



## **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

## **Cuidados de Enfermagem de Reabilitação em Doentes com Deglutição Comprometida: Resultados de um Programa de Intervenção**

Paulo César Lopes Silva

Orientação: Professora Doutora Eugénia Nunes Grilo

### **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**

## **Cuidados de Enfermagem de Reabilitação em Doentes com Deglutição Comprometida: Resultados de um Programa de Intervenção**

Paulo César Lopes Silva

Orientação: Professora Doutora Eugénia Nunes Grilo

### **Mestrado em Enfermagem**

Área de Especialização: Enfermagem de Reabilitação  
Relatório de Estágio

Évora, 2018

(página intencionalmente deixada em branco)

*“Faith is taking the first step even when you don’t see the whole staircase”*

Martin Luther King, Jr.

## **Resumo**

O presente relatório pretende descrever o processo de aquisição de competências, as atividades desenvolvidas no Estágio Final e evidenciar os resultados de um programa de enfermagem de reabilitação. A literatura foca a importância de uma abordagem sistemática, multidisciplinar e detalhada nos doentes com deglutição comprometida. Partindo da identificação de tal compromisso, aplicou-se um programa de enfermagem de reabilitação em cinco doentes vítimas de Acidente Vascular Cerebral, visando a promoção da deglutição segura e fomentando a sua independência. A metodologia de estudo de caso e a análise reflexiva sobre o processo de desenvolvimento de competências permitiram ajuizar sobre os resultados obtidos. Os doentes que integraram o programa não desenvolveram complicações e alguns reverteram o compromisso na deglutição, concorrendo para aumentar a sua autonomia e independência. Os dados obtidos e a reflexão realizada permitem afirmar que o processo de aquisição de competências de enfermeiro especialista e de mestre também se concretizou.

Palavras-chave: Deglutição, Transtornos da Deglutição, Enfermagem, Enfermagem em Reabilitação.

## **Abstract**

### ***Rehabilitation Nursing Care in patients with compromised swallowing: Outcomes of an intervention program.***

This report aims to describe the process of acquiring competencies, the activities developed in the Final Stage and evidence the results of a rehabilitation nursing program. The literature focuses on the importance of a systematic, multidisciplinary and detailed approach in patients with compromised swallowing. Based on the identification of this commitment, a rehabilitation nursing program was applied to five stroke patients in order to promote safe swallowing and fostering their independence. The case study methodology and the reflexive analysis about the competencies development process allowed the judgement of the obtained results. The patients involved in the program did not develop any complications and some reversed their commitment on swallowing, thereby increasing their autonomy and independence. The obtained data and the realized reflection allow to affirm that the process of acquisition of competences of specialist nurse and master also materialized.

Keywords: Deglutition, Deglutition disorders, Nursing, Rehabilitation nursing

## **Agradecimentos**

Mais uma etapa do percurso académico se encerra e emerge uma nova realidade a nível profissional. Todo o trajeto foi gratificante e impera a necessidade de endossar agradecimentos às pessoas que deram o seu contributo para a conclusão deste processo.

Para os doentes que integraram este projeto de intervenção vai o meu primeiro agradecimento.

A toda a equipa de multidisciplinar da unidade de internamento que me acolheu no Estágio Final. O espírito de cooperação, a partilha e a oportunidade de experiências de aprendizagem proporcionaram o alcance dos objetivos propostos.

À Sra. Professora Doutora Eugénia Nunes Grilo pelo acompanhamento, disponibilidade e proximidade demonstrada, que se revelaram fundamentais para concluir esta etapa com aproveitamento.

À minha esposa, pais, irmã e sogros por todo carinho e apoio demonstrado neste período em que, embora afastados fisicamente, estiveram sempre presentes.

## ÍNDICE

	Pág.
INTRODUÇÃO.....	15
1. APRECIÇÃO DO CONTEXTO .....	19
2. ANÁLISE DO ENVOLVIMENTO .....	22
2.1. Caracterização da Unidade de Internamento .....	22
2.2. Caracterização dos Utentes .....	25
3. ANÁLISE DA PRODUÇÃO DE CUIDADOS .....	27
4. DEFINIÇÃO DE OBJETIVOS .....	32
5. CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO EM DOENTES COM DEGLUTIÇÃO COMPROMETIDA - PROGRAMA DE INTER- VENÇÃO .....	34
5.1. Fisiologia da Deglutição .....	34
5.2. Compromisso na Deglutição .....	37
5.3. Avaliação da Deglutição .....	41
5.4. Reeducação Funcional na Deglutição Comprometida .....	47
5.5. Cuidados de Enfermagem de Reabilitação em Doentes com Deglu- tição Comprometida .....	58
5.6. Plano de Intervenção .....	61
5.7. Metodologia .....	68
5.7.1. Caracterização do estudo .....	68
5.7.2. Seleção dos participantes .....	68
5.7.3. Instrumentos de colheita de dados .....	69
5.7.4. Procedimentos ético-legais .....	70

	Pág.
<b>6. RESULTADOS DO PROGRAMA DE INTERVENÇÃO: “CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO EM DOENTES COM DEGLUTIÇÃO COMPROMETIDA”</b> .....	72
6.1. Processo de Avaliação e Controlo .....	73
6.2. Análise dos Resultados do Programa de Intervenção .....	73
6.2.1. Descrição dos casos .....	75
6.2.2. Síntese dos casos .....	95
6.3. Discussão dos Resultados do Programa de Intervenção .....	98
<b>7. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS</b> .....	102
7.1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista .....	102
7.2. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação .....	105
7.3. Competências de Mestre em Enfermagem .....	108
<b>8. CONCLUSÕES</b> .....	111
<b>9. BIBLIOGRAFIA</b> .....	114
<b>ANEXOS</b>	

## INDICE DE ANEXOS

	<b>Pág.</b>
<b>Anexos</b> .....	CXXII
<b>Anexo A</b> – Parecer da Comissão de Ética para a Saúde do Centro Hospitalar (parecer nº 025/2017 P) .....	CXXIII
<b>Anexo B</b> – Índice de Barthel .....	CXXVI
<b>Anexo C</b> – MIF em suporte <i>Excel</i> .....	CXXVIII
<b>Anexo D</b> – Escala de Comas de Glasgow .....	CXXXI
<b>Anexo E</b> – Escala de <i>Lower</i> .....	CXXXIII
<b>Anexo F</b> – Procedimento P.S. NEUR. 015 – Teste de deglutição da UAVC .....	CXXXV
<b>Anexo G</b> – <i>Eating Assessment Tool</i> (EAT-10) .....	CXXXIX
<b>Anexo H</b> – <i>Volume-Viscosity Swallow Test</i> /Método de Exploração Clínico Volume – Viscosidade (V-VST/MECV-V) .....	CXLI
<b>Anexo I</b> – <i>Functional Oral Intake Scale</i> (FOIS).....	CXLIII
<b>Anexo J</b> – Posturas compensatórias da deglutição.....	CXLV
<b>Anexo K</b> – Terminologia das texturas dietéticas .....	CXLVII
<b>Anexo L</b> – Manobras compensatórias da deglutição .....	CXLIX
<b>Anexo M</b> – Plano de cuidados de Enfermagem de Reabilitação .....	CLI
<b>Anexo N</b> – Tabela de classificação de adultos de acordo com o IMC .....	CLVIII
<b>Anexo O</b> – Tabelas de registo .....	CLX
<b>Anexo P</b> – Anexo 7 do Gabinete de Investigação e Desenvolvimento do Centro Hospitalar .....	CLXXV
<b>Anexo Q</b> – Deliberação do Conselho de Administração do Centro Hospitalar .....	CLXXVII
<b>Anexo R</b> - Autorizações para uso dos instrumentos de avaliação .....	CLXXIX
<b>Anexo S</b> - Formulário de Consentimento Informado .....	CLXXXII
<b>Anexo T</b> – Tabela de registo de doentes avaliados .....	CLXXXV
<b>Anexo U</b> – Unidades de Registo – <i>Score</i> no EAT-10 .....	CLXXXVII
<b>Anexo V</b> – Unidades de Registo – Resultados do V-VST/MECV-V e categorização na escala de FOIS .....	CXC
<b>Anexo W</b> – Manifestações clínicas na aplicação do V-VST/MECV-V e escolha do programa de exercícios terapêuticos .....	CXCVI

	<b>Pág.</b>
<b>Anexo X</b> – Unidades de Registo – Capacidade para executar exercícios e técnicas de deglutição .....	CCII
<b>Anexo Y</b> – Unidades de Registo – Conhecimento para executar exercícios e técnicas de deglutição .....	CCVII
<b>Anexo Z</b> – Unidades de Registo – Conhecimento do prestador de cuidados para promover a deglutição .....	CCXII
<b>Anexo AA</b> – Unidades de Registo – Valores basais de saturação de oxigénio .....	CCXVII
<b>Anexo AB</b> – Análise estatística das respostas obtidas nos questionários EAT-10 .....	CCXX
<b>Anexo AC</b> – 1º Seminário de Enfermagem do Centro Hospitalar.....	CCXXII
<b>Anexo AD</b> - Sessão Clínica “Deglutição Comprometida: O Papel do Enfermeiro na Avaliação e Intervenção Precoce” .....	CCXXIV
<b>Anexo AE</b> - Póster: “A Reeducação na Deglutição Comprometida” .....	CCXXXVI
<b>Anexo AF</b> – Questionário de avaliação da Sessão Clínica .....	CCXXXVIII
<b>Anexo AG</b> – IV Encontro de Reabilitação no Doente pós-AVC .....	CCXL

## ÍNDICE DE FIGURAS

	Pág.
<b>Figura 1</b> - Exercícios de amplitude de movimentos e fortalecimento muscular dos lábios.....	48
<b>Figura 2</b> - Exercícios de amplitude de movimentos e fortalecimento muscular da língua .....	49
<b>Figura 3</b> - Exercícios de amplitude de movimentos e fortalecimento muscular da mandíbula .....	49
<b>Figura 4</b> - Exercícios de amplitude de movimentos e fortalecimento muscular das bochechas .....	50
<b>Figura 5</b> -_Diagnósticos de enfermagem associados à deglutição comprometida – doente A .....	78
<b>Figura 6</b> - Diagnósticos de enfermagem associados à deglutição comprometida – doente B .....	82
<b>Figura 7</b> - Diagnósticos de enfermagem associados à deglutição comprometida – doente C .....	86
<b>Figura 8</b> - Diagnósticos de enfermagem associados à deglutição comprometida – doente D .....	90
<b>Figura 9</b> - Diagnósticos de enfermagem associados à deglutição comprometida – doente G .....	94

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

	<b>Pág.</b>
<b>Gráfico 1</b> - Sessões Realizadas .....	74
<b>Gráfico 2</b> - Duração total do programa (minutos).....	74
<b>Gráfico 3</b> - Número de doentes incluídos por idade, sexo e estado civil.....	75
<b>Gráfico 4</b> - <i>Score</i> EAT-10 – doente A.....	76
<b>Gráfico 5</b> - Categorização do doente A na escala de FOIS.....	79
<b>Gráfico 6</b> - <i>Score</i> EAT-10 – doente B.....	80
<b>Gráfico 7</b> - Categorização do doente B na escala de FOIS.....	83
<b>Gráfico 8</b> - <i>Score</i> EAT-10 – doente C.....	84
<b>Gráfico 9</b> - Categorização do doente C na escala de FOIS.....	87
<b>Gráfico 10</b> - <i>Score</i> EAT-10 – doente D.....	88
<b>Gráfico 11</b> - Categorização do doente D na escala de FOIS.....	91
<b>Gráfico 12</b> - <i>Score</i> EAT-10 – doente G.....	92
<b>Gráfico 13</b> - Categorização do doente G na escala de FOIS.....	95
<b>Gráfico 14</b> - Síntese do <i>score</i> EAT-10.....	95
<b>Gráfico 15</b> – Síntese – valores basais de SpO <sub>2</sub> .....	97
<b>Gráfico 16</b> - Síntese da categorização na escala de FOIS.....	98

## ÍNDICE DE TABELAS

	<b>Pág.</b>
<b>Tabela 1 -</b> Compromissos nas diversas fases da deglutição.....	40
<b>Tabela 2 -</b> Programa de exercícios terapêuticos, posturas e técnicas compensatórias da deglutição.....	63
<b>Tabela 3 -</b> Material utilizado no programa de intervenção.....	67
<b>Tabela 4 -</b> Critérios de inclusão.....	69
<b>Tabela 5 -</b> Aplicação da Escala de Comas de Glasgow como critério de seleção.....	72
<b>Tabela 6 -</b> Aplicação do EAT-10 como critério de seleção.....	72
<b>Tabela 7 -</b> Síntese dos resultados do V-VST/MECV-V .....	96
<b>Tabela 8 -</b> Síntese – dieta recomendada ao longo do programa de intervenção.....	96

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

° - Graus

% - Percentagem

AVC – Acidente Vascular Cerebral

bpm – batimentos por minuto

c/min – Ciclos por minuto

CES – Comissão de Ética para a Saúde

CIPE® - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

EAT-10 – *Eating Assessment Tool*

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

ER – Enfermagem de Reabilitação

ESSD – *European Society for Swallowing Disorders*

FOIS – *Functional Oral Intake Scale*

GID – Gabinete de Investigação e Desenvolvimento

IMC – Índice de Massa Corporal

kg – quilograma

Kg/m<sup>2</sup> – Quilograma por metro quadrado

l/min – litros por minuto

MECV-V – Método de Exploração Clínico Volume-Viscosidade

MIF – Medida de Independência Funcional

OE – Ordem dos Enfermeiros

RFM – Reeducação Funcional Motora

RFR – Reeducação Funcional Respiratória

SNG – Sonda Nasogástrica

SpO<sub>2</sub> – Saturação periférica de oxigénio

UAVC – Unidade de AVC

UC – Unidade Curricular

V-VST – *Volume-Viscosity Swallow Test*

WGO – *World Gastroenterology Organization*

## INTRODUÇÃO

Este relatório de estágio foi desenvolvido no âmbito do curso de Mestrado em Enfermagem em Associação das Escolas Superiores de Enfermagem São João Deus da Universidade de Évora, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Beja, Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias do Instituto Politécnico de Castelo Branco, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre e Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal no contexto da Unidade Curricular (UC) Estágio Final, ramo de Enfermagem de Reabilitação (ER).

Pretende-se descrever todo o processo de aquisição e desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação (EEER) e de mestre em enfermagem, tendo em conta as exigências definidas para esta UC. Este documento, também apresenta o desenvolvimento de um programa de intervenção numa problemática específica que, neste caso concreto, integra a intervenção sistematizada de cuidados de ER em doentes com compromisso da deglutição, procurando compreender se tal intervenção permite reverter ou minimizar o referido compromisso nos doentes que apresentem essa função humana comprometida, relacionada com a necessidade humana básica fundamental que é a de comer e beber.

De acordo com Glenn-Molali (2011, p. 303-304) “a deglutição é um processo neuromuscular complexo, cuja eficácia pode ser comprometida por múltiplos fatores”. Entre esses fatores encontram-se a diminuição da capacidade discriminativa, a diminuição da força da língua em indivíduos com mais de 60 anos, a perda de peças dentárias, a diminuição da sensibilidade na cavidade oral, a redução do peristaltismo faríngeo, a diminuição da abertura cricofaríngea e as mudanças na coordenação entre a deglutição e a respiração. Segundo refere Glenn-Molali (2011), desconhece-se a verdadeira dimensão do problema, mas estima-se que, nos Estados Unidos, anualmente, sofram de disfagia, inabilidade ou dificuldade em deglutir, um número variável de pessoas, entre os 394000 e os 624000. A doença neurológica que mais se associa à disfagia é o acidente vascular cerebral (AVC), embora os doentes com doenças crónicas e progressivas, como a doença de Parkinson ou a esclerose lateral amiotrófica também possam apresentar esta disfunção (Glenn-Molali, 2011).

Enquanto futuro enfermeiro especialista e, no sentido de desenvolver competências acrescidas, é importante desenvolver práticas baseadas na evidência científica, adotando uma

postura proativa e de iniciativa, como o preconizado no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista da Ordem dos Enfermeiros [OE] (Regulamento nº 122/2011 de 18 de fevereiro da OE), procurando responder aos problemas de saúde dos doentes e apresentando níveis elevados de apreciação clínica e tomada de decisão.

A intervenção dos enfermeiros, nomeadamente dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação (EEER) é fundamental nos doentes com deglutição comprometida, acompanhando-os no processo de reabilitação desde o seu início e em permanência constante. Guedes, Vicente, Paula, Oliveria, Andrade e Barcelos (2009) sugerem que as avaliações de enfermagem fornecem dados que, muitas vezes, não são colhidos durante a avaliação de outros profissionais e salientam que a avaliação precoce do compromisso da deglutição é tão ou mais importante quanto avaliar o estado de consciência do doente. Salientam também que a equipa de enfermagem deve estar preparada para a rápida identificação destas situações nos doentes, de modo a facilitar o diagnóstico e o tratamento desta disfunção.

Segundo Glenn-Molali (2011), em doentes com compromisso na deglutição, os enfermeiros podem ajudar a reduzir os episódios de aspiração ao reforçarem as técnicas compensatórias da deglutição, tornando o processo mais seguro. A utilização de técnicas compensatórias da deglutição nos doentes com problemas desta natureza permite melhorar o autocuidado de alimentação na medida em que promove a manutenção da nutrição e hidratação adequadas.

A prática de enfermagem em geral e a prática especializada em particular tem como pressupostos o processo de enfermagem procurando uma abordagem holística da pessoa cuidada. Garcia e Nóbrega (2009) sublinham que o processo de enfermagem compreende uma série de ações dinâmicas e interrelacionadas entre si, assentes na adoção de uma base metodológica e fundamentado num sistema de valores, crenças e no conhecimento técnico-científico.

Por outro lado, Peixoto e Peixoto (2016) salientam também que a prática reflexiva inicia-se quando se problematiza a prática e se adquirem novas sabedorias, capacidades e posturas, aquisição essa que assume maior expressividade em contexto clínico, por se tratar de um período onde os estudantes interligam os conhecimentos teóricos com a prática, fomentando a reflexão para a tomada de decisão.

A formação contínua em enfermagem resulta da necessidade em incrementar, ao longo da vida profissional, atitudes, conhecimentos e habilidades tendo em conta os progressos tecnológicos e

científicos, procurando maximizar a qualidade dos cuidados prestados à pessoa (Ribeiro, 2013). No âmbito da formação especializada em enfermagem esta condição torna-se mais evidente, visto que o futuro enfermeiro especialista, mediante a prática clínica tutelada, procura desenvolver competências específicas no âmbito da sua especialização participando em programas de melhoria da qualidade e incrementado, de forma autónoma, o seu conhecimento técnico e científico.

Foi neste contexto que, ao longo do Estágio Final e com base num projeto de intervenção profissional, se implementaram um conjunto de intervenções ou cuidados de enfermagem de reabilitação em doentes com deglutição comprometida. Com recurso a um conjunto de estratégias fundamentadas no processo de enfermagem, foi possível a avaliação dos resultados de um programa de intervenção, tendo como objetivos centrais a promoção da eficácia e segurança da deglutição destes doentes, assim como conhecer os benefícios das intervenções de ER nos mesmos.

Adotou-se a metodologia de estudos de caso por ser a mais apropriada para estudar em profundidade um fenómeno no seu ambiente natural, como refere Yin (1994) citado por Coutinho (2011), no sentido de verificar a repetição do mesmo fenómeno (Carvalho, 2009). De acordo com Coutinho (2011) a característica que melhor define estes estudos é envolverem uma abordagem intensiva e detalhada de uma entidade bem definida ou “caso” que, nesta pesquisa, se reporta aos doentes com deglutição comprometida.

A UC Estágio Final do curso de Mestrado em Associação em Enfermagem – Ramo de Especialização em ER apresenta-se como um período letivo onde o mestrando é confrontado com situações de prestação de cuidados em contexto real visando o desenvolvimento de competências através da mobilização de conhecimentos apreendidos nas unidades curriculares teóricas. Assim no corpo deste Relatório faz-se também a exposição pormenorizada do processo de aquisição e desenvolvimento de competências para o qual contribuiu a implementação de um programa de intervenção no âmbito da prática especializada de ER dando enfoque aos resultados alcançados e à forma como estes também contribuíram para o desenvolvimento do conhecimento técnico-científico.

Em termos estruturais este relatório respeita o Regulamento do Estágio Final e Relatório do Mestrado em Enfermagem elaborado pela Associação de Escolas Superiores de Enfermagem e Saúde e encontra-se dividido em capítulos, secções e subsecções de forma a facilitar a sua consulta. Após esta breve introdução, apresenta-se uma análise do ambiente em que se desenvolveu o Estágio Final com os capítulos apreciação do contexto e análise do envolvimento, funcionando como contextualiz-

zação de toda a envolvimento que permitiu o mestrando desenvolver as suas competências. Segue-se o capítulo da análise de produção de cuidados, onde se expõe o tipo de cuidados que se realizam no contexto, orientando-os para a problemática selecionada para alvo do programa de intervenção. Após essa análise surge o capítulo relativo à definição de objetivos. Posteriormente é apresentado o programa de intervenção em doentes com deglutição comprometida, que contempla secções como a sua fundamentação teórica e a metodologia. Após esta abordagem são apresentados e discutidos os resultados do programa de intervenção. Antes de concluir o presente relatório é apresentada a análise reflexiva sobre o desenvolvimento de competências. Este relatório é finalizado com a exposição das conclusões, das suas referências bibliográficas e dos seus anexos.

Procurou-se ao longo deste relatório ter o cuidado de manter o anonimato da instituição, do serviço e dos participantes do estudo tal como solicitado no parecer 025/2017P emitido pela Comissão de Ética para a Saúde (CES) do Centro Hospitalar onde decorreu o Estágio Final (Anexo A).

O presente relatório apresenta-se como um documento de cariz reflexivo crítico pormenorizado e fundamentado das atividades desenvolvidas no âmbito do Estágio Final e será submetido a prova pública perante um júri. Em termos gráficos encontra-se em conformidade com as normas de referência adotadas pela instituição que acolhe o Mestrado em Enfermagem - sexta edição do *Publication Manual da American Psychology Association* e procurou-se respeitar o Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa publicado no Diário da República, 1.ª série, n.º 193, de 23 de agosto de 1991.

## **1. APRECIÇÃO DO CONTEXTO**

O contexto onde decorreu o Estágio Final está integrado num Centro Hospitalar que, segundo o Ministério da Saúde (2017), caracteriza-se como uma instituição de referência no desenvolvimento de técnicas eficientes e inovadoras no tratamento ambulatorio e no internamento, assumindo-se como um centro de elevada competência na organização assistencial, no desenvolvimento, e na inovação dos cuidados de saúde. Em termos de resposta assistencial, garante responsabilização direta na prestação de cuidados de saúde diferenciados a três concelhos, proporcionando igualmente a segurança da saúde de todos os que visitam a região.

Os objetivos definidos internamente visam ir ao encontro do Decreto-Lei nº 233/2005 de 29 de dezembro, o qual preconiza que os centros hospitalares, como Entidades Públicas Empresariais, têm como objetivo principal a prestação de cuidados de saúde à população em geral, aos utentes do Sistema Nacional de Saúde, aos beneficiários dos subsistemas de saúde ou de entidades externas que contratualizem a prestação dos referidos cuidados. A unidade hospitalar também apresenta como objetivo a formação, ensino e o desenvolvimento de atividades de investigação.

O Estágio Final teve uma duração de 16 semanas, período durante o qual se pretendia o desenvolvimento de competências gerais e específicas em ER, arquitetando e implementando também um programa de intervenção, apenas possível com o conhecimento mais ou menos profundo do contexto da prática clínica. Tal conhecimento possibilitou a identificação de possíveis aspetos da prática de cuidados de ER problemáticos e suscetíveis de melhoria. Na unidade de internamento, a maioria (ou quase totalidade) dos doentes apresentam necessidades especiais como a ajuda na mobilidade por défices neurológicos, ajuda nos autocuidados e apresentam riscos de complicações suscetíveis de comprometerem a sua segurança, tais como as alterações da deglutição, problemas do foro neurológico e respiratório.

No contexto da prestação de cuidados, os EEER identificam as necessidades de saúde, analisam os dados sobre cada situação, definem diagnósticos de enfermagem e, de acordo com as suas competências, prescrevem intervenções avaliando e analisando para a possibilidade de as alterar caso não produzam os resultados esperados. Este planeamento é sempre norteado pelos enunciados descritivos previstos no Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em ER, e que são: a satisfação dos doentes, a promoção da saúde, a prevenção de

complicações, o bem-estar e autocuidado, a readaptação funcional, a reeducação funcional, a promoção da inclusão social e a organização dos cuidados de Enfermagem (Regulamento nº 350/2015 de 22 de junho da OE). Neste sentido, um serviço do departamento de medicina, foi considerado o ideal para a aquisição de competências gerais de enfermeiro especialista e competências específicas em ER. Essas competências assentam em ser capaz de cuidar de pessoas com necessidades especiais em todos os contextos da prática de cuidados, capacitar a pessoa com deficiência, limitação da atividade ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania e maximizar a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa (Regulamento nº 125/2011 de 18 de fevereiro da OE).

A prestação direta de cuidados de ER, durante o Estágio Final, foi suportada pela Teoria do Défice de Autocuidado de Dorothea Orem, tendo em conta as necessidades reais dos doentes, as características da unidade de internamento e o recurso aos produtos de apoio disponíveis. Objetivou-se sobretudo dar resposta às necessidades dos doentes internados e, ao mesmo tempo, responder a outra exigência do Estágio Final que assentava no desenvolvimento de competências do mestrando. Procurou-se oferecer aos doentes e familiares, conhecimentos e ferramentas de forma a minimizar complicações, visando o autocuidado e a capacitação dos mesmos e zelando pela sua segurança.

Caraterizado pela diversidade de doentes e suas patologias, nível de défices de autocuidado, dependência e riscos acrescidos suscetíveis de interferirem com a sua segurança, este contexto foi considerado adequado para o desenvolvimento de um programa de intervenção em doentes com compromisso da deglutição. Visa dar um contributo para a solução de tal problemática, na expectativa de que este torne também possível o desenvolvimento das competências de enfermeiro especialista e de mestre.

Gomes, Martins, Gonçalves e Fernandes (2012) denotam que os enfermeiros especialistas necessitam de salientar os elementos determinantes da qualidade dos seus cuidados, procurando uma melhoria contínua dos mesmos. Estes autores referem aspetos necessários à avaliação da qualidade dos cuidados de enfermagem especializados que se centram nas estruturas, nos processos e/ou nos resultados, compondo o ciclo de melhoria contínua da qualidade dos mesmos. Assim, ao longo do Estágio Final foram desenvolvidas práticas assentes nos aspectos mencionados, visando contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados, investindo na segurança dos doentes e procurando reduzir efeitos adversos.

De acordo com Barra e Sasso (2012), os procedimentos da enfermagem moderna assentam na identificação de necessidades, na implementação de intervenções adequadas às mesmas e na avaliação dos resultados obtidos. Este conjunto de procedimentos, ao qual se chama Processo de Enfermagem, procura uma constante readaptação dos cuidados de acordo com o nível exigido pela condição do doente, permitindo uma prática contextualizada dos cuidados.

Para além de fundamentada numa linha teórica, a prática de cuidados de ER, no âmbito do Estágio Final, foi desenvolvida com recurso à linguagem definida pela Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) versão 2015, desenvolvida pelo *International Council of Nurses* no referido ano e adaptada para o português europeu, pela OE, no ano de 2016. A prestação de cuidados de ER também se suportou no Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de ER (OE, 2015), instrumento fundamental para avaliar as respostas do doente e respetivos familiares ao longo do processo de transição da dependência para a autonomia, e de todo o processo terapêutico.

## **2. ANÁLISE DO ENVOLVIMENTO**

O Ministério da Saúde (2017) assegura que esta unidade de saúde tem como principal missão a promoção da saúde a todos os cidadãos no âmbito das responsabilidades e capacidades dos hospitais que a integram, prestando cuidados de saúde especializados, respeitando a dignidade dos doentes, assentando num clima de desenvolvimento profissional dos seus colaboradores, num quadro de qualidade, eficiência e eficácia organizativa.

O Estágio Final decorreu numa unidade de medicina de um Centro Hospitalar no âmbito da jurisdição da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, por ser possível, neste contexto de cuidados, avaliar necessidades de cuidados de ER, conceber, implementar e monitorizar planos de cuidados diferenciados, baseados nos problemas reais e potenciais das pessoas (Regulamento nº 125/2011 de 18 de fevereiro da OE). Como no decorrer do estágio foi desenvolvido um programa de intervenção nos doentes e por imperativos internos de ordem ética, expostos no Parecer da Comissão de Ética para a Saúde do Centro Hospitalar (parecer nº025/2017P), o nome da instituição de saúde é omitido (Anexo A).

### **2.1. Caracterização da Unidade de Internamento**

A unidade de internamento, onde foi realizado o Estágio Final, trata-se de um serviço direcionado à prestação de cuidados a doentes do foro médico, com capacidade para vinte e seis camas de internamento, sendo oito camas destinadas à especialidade de Neurologia, oito camas destinadas à especialidade de Nefrologia e seis camas destinadas à especialidade de Oncologia Médica.

A Unidade de AVC (UAVC), incorporada nesta unidade de internamento, é composta por quatro camas em *open space* e encontra-se integrada na Rede Nacional de UAVC e na Rede de Via Verde do AVC. Segundo Oliveira (2012), estas unidades estão catalogadas por níveis mediante a sua capacidade de resposta em emergência na Via Verde AVC. De acordo com esta classificação, esta unidade está identificada como sendo do tipo B (regional), uma vez que está apta a efetuar tratamento fibrinolítico por via intravenosa, mas, no entanto, carece dos cuidados existentes nas

UAVC tipo A (central), principalmente no que concerne à resposta por parte de neuroradiologia de intervenção e cirurgia vascular.

Quanto aos recursos humanos, a equipa médica do serviço de internamento é constituída por um corpo fixo de treze médicos distribuídos pelas três valências mencionadas (sete neurologistas, quatro nefrologistas e dois oncologistas). Por sua vez, a equipa de enfermagem é constituída pela Enfermeira Chefe, Especialista em ER, e mais vinte e nove elementos de enfermagem, divididos por seis equipas, de entre os quais quatro elementos são especializados em ER. Nesta equipa, apenas um elemento se encontra a desempenhar exclusivamente cuidados diferenciados. O serviço dispõe de vinte e dois assistentes operacionais e uma assistente administrativa.

Em termos de material de uso clínico, o serviço dispõe de equipamentos que possibilitam a monitorização de sinais vitais, controlo de administração de terapêutica e um carro de unidose. No que concerne aos recursos materiais para a prestação de cuidados de ER, encontram-se disponíveis: camas articuladas; colchões de pressão alterna; almofadas para posicionamento terapêutico; calcanheiras viscoelásticas; três elevadores e respetivas lonas para execução de transferência, um deles apresentando a função adicional de *stand-in-frame*; *roll-board* de transferência; tábua de transferência; cinto de transferência; cadeiras de duche; cadeiras de rodas, com apoio podal; cadeirões com espaldar rebatível; superfícies de apoio transparentes; auxiliares de marcha (andarilhos, quadripés, tripés, bengalas); pesos; faixas elásticas de vários graus de intensidade, para exercícios resistidos; caixa de estimulação propriocetiva; degraus amovíveis; espelho quadriculado; calçado (ténis); bola terapêutica (suíça ou *Bobath*); dispositivos para reeducação funcional respiratória (RFR) (bastões, sacos de areia, inspirómetros de incentivo); material para reabilitar a motricidade fina.

De acordo com Costa (2004), aspetos como a carga de trabalho, a determinação dos efetivos e o rácio custo-eficácia determinam a implementação do método de prestação de cuidados de enfermagem. O autor foca quatro métodos: o funcional, o individual, em equipa e o método por enfermeiro responsável. Na unidade de internamento, a prestação de cuidados de enfermagem é norteadada pelo método em equipa. Os enfermeiros encontram-se divididos por seis equipas e a assistência é guiada e supervisionada por um enfermeiro que assume a posição de líder (chefe de equipa). Contudo, observa-se a fusão deste método de prestação de cuidados com o método por enfermeiro responsável, sendo atribuído uma média de sete doentes por enfermeiro e ficando esse

responsável pelos cuidados prestados aos doentes que lhe são distribuídos. Na UAVC encontra-se escalado um enfermeiro por turno.

A distribuição de doentes pelos enfermeiros é realizada pela enfermeira chefe no início do turno da manhã e da tarde. Nos turnos em que a esta não está presente a distribuição dos doentes é realizada pelo chefe de equipa. Tal como refere Costa (2004), a oportunidade de cooperação facilita o desempenho de uma tarefa mais completa, com mais responsabilidade e capacita os enfermeiros para interagir eficazmente com a pessoa cuidada.

A chefia de enfermagem fomenta nos enfermeiros especialistas o espírito de coordenação da equipa e organiza a distribuição do trabalho para que a presença do EEER em funções se centre nos turnos da manhã, preocupação que visa dar resposta à necessidade de recuperação funcional dos doentes, nomeadamente através do treino das atividades de vida diária. Os programas de RFR e de Reeducação Funcional Motora (RFM) iniciam-se o mais precocemente possível, respeitando as orientações e estratégias para a fase aguda da doença (até às 48 horas) ou após estabilização hemodinâmica do doente, sempre respeitando as *guidelines* mais recentes.

O EEER presta cuidados de enfermagem pelo método de enfermeiro responsável, direcionando as suas intervenções para a RFR e RFM, sendo a sua intervenção muito requisitada pelos enfermeiros generalistas e a sua participação de extrema importância na articulação com a equipa multidisciplinar. Articula-se também com os outros profissionais da equipa de reabilitação do doente, nomeadamente com os fisioterapeutas, terapeutas da fala e terapeutas ocupacionais. Esta articulação assume um carácter de complementaridade e cooperativismo que resulta proveitosa na recuperação da funcionalidade dos doentes.

O EEER colabora também com a enfermeira chefe na gestão do serviço, participando nas visitas médicas e substituindo a enfermeira chefe na sua ausência.

A reabilitação é um processo educativo, dinâmico, contínuo e progressivo que ambiciona a recuperação funcional da pessoa, a reintegração na família, comunidade e sociedade (Menoita, Sousa, Alvo & Marques-Vieira, 2012). Para tal, a funcionalidade dos doentes e o diagnóstico das alterações que determinam limitações da sua atividade determinam os cuidados ou intervenções a implementar, assim como a monitorização de planos de ER garantem que os resultados esperados são atingidos (Regulamento nº 125/2011 de 18 de fevereiro da OE, 2011).

De acordo com esta reflexão, na unidade de internamento, os cuidados de enfermagem são implementados a partir de decisões relativas à promoção da saúde, prevenção de complicações secundárias, tratamento e reabilitação, maximizando o potencial dos doentes internados.

## **2.2. Caracterização dos Utentes**

No início do Estágio Final foram colhidos alguns dados referentes à contratualização da unidade de internamento, visando compreender o impacto dos cuidados prestados e a importância da existência de um EEER na prestação de cuidados diferenciados. Tais dados foram obtidos após contacto com o Serviço de Acompanhamento da Produção do Centro Hospitalar, após consentimento da direcção da unidade de internamento.

Verificou-se que, na unidade de internamento, vigora a admissão de pessoas idosas, observando-se uma média de idades que se situa entre os 60 e os 70 anos de idade. O contexto da UAVC é muito específico, observa-se que os doentes internados têm uma média de idades a rondar os 65 anos de idade (CHS, 2017).

A patologia do foro neurológico mais comum é o AVC, seguida de patologias de foro oncológico (CHS, 2017). No entanto, a unidade de internamento recebe doentes de outras valências que, de acordo com as suas necessidades, também recebem cuidados diferenciados em ER. A disfunção cognitiva e as flutuações do estado de consciência nestes doentes são frequentes.

Na análise dos dados fornecidos verifica-se que, relativamente ao ano de 2016, as valências de neurologia e oncologia não cumpriram o contratualizado em relação ao número de dias de internamento dos doentes saídos, observando-se 3117 dias em relação aos 3000 contratualizados para a valência de Neurologia e 3451 dias em relação aos 3300 contratualizados para a valência de Oncologia. Quanto à demora média do serviço, apenas a valência de Oncologia não cumpriu o contratualizado, observando-se 11,2 dias contra os 10,2 contratualizados. Nesse mesmo ano, a valência de Neurologia apresentou a maior demora média de internamento (13,55 dias) (CHS, 2017).

Na unidade de internamento os doentes são admitidos através da urgência, das consultas externas, de transferência interna ou de outras unidades hospitalares para a área de residência.

Relativamente ao mesmo ano, foram admitidos 447 doentes na valência de Neurologia e 312 doentes na valência de Oncologia Médica (CHS, 2017).

Nesse mesmo ano, o número de óbitos apresentou uma taxa elevada na valência de Oncologia Médica (153 óbitos) contrastando com os 7 óbitos verificados na valência de Neurologia. No que respeita às altas hospitalares, constata-se que a valência de Neurologia apresentou o maior número (267 altas), seguindo-se a valência de Nefrologia (186 altas) e por último a valência de Oncologia (138 altas) (CHS, 2017).

Ainda durante o ano de 2016, foram realizados, pela unidade de internamento, um total de 191 pedidos de colaboração ao serviço de Medicina Física e Reabilitação, verificando-se o maior número de pedidos efectuados pela UAVC (88 pedidos). Relativamente ao primeiro semestre de 2017, verifica-se a mesma tendência, observando-se um total de 113 pedidos, sendo que 55 desses foram efectuados para doentes internados na UAVC (CHS, 2017).

### 3. ANÁLISE DA PRODUÇÃO DE CUIDADOS

De acordo com os objetivos definidos para o Estágio Final, o mestrando deve ser capaz de analisar o contexto que o envolve e a forma de como são produzidos os cuidados de enfermagem na unidade de saúde que o acolhe. Spínola e Amendoeira (2014) sublinham que é o contexto de trabalho que atribui um significado às práticas de saúde desenvolvidas pelo aluno. Este encontra-se influenciado por uma dinâmica cognitiva e avaliativa, assim como fatores materiais, relacionais e simbólicos, próprios ao funcionamento duma organização de saúde.

Na unidade de internamento onde foi desenvolvido o Estágio Final, a prestação de cuidados de enfermagem é norteada pela teoria de Enfermagem do Défice de Autocuidado de Dorothea Orem. Petronilho e Machado (2016) salientam que esta teoria de enfermagem propõe cinco áreas de atividades para a prática, que são: a manutenção de um relacionamento com a pessoa/família até que estes não necessitem de cuidados de enfermagem; a determinação de como os doentes e famílias podem ser ajudados através dos mesmos; a resposta às necessidades dos doentes em relação ao contacto e à assistência do enfermeiro; a prescrição, fornecimento e regulação da ajuda direta aos doentes e pessoas significativas; a coordenação e integração dos cuidados de enfermagem na vida diária do doente; outra assistência de saúde ou os serviços sociais e de educação necessários. Queirós, Vidinha e Filho (2014) defendem que os modelos conceptuais e teóricos geram mecanismos através dos quais é facilitada a comunicação entre os enfermeiros, orientam a prática de cuidados, norteiam as intervenções, sistematizam o pensamento teórico e a prática dos cuidados, incrementam a autonomia profissional e fomentam a investigação.

Na unidade de internamento a avaliação do autocuidado é obtida pelo índice de *Barthel* (Anexo B), procedendo-se à sua monitorização na admissão e ficando agendada nova avaliação a cada 7 dias. Esta avaliação é parte integrante do processo de cuidados de enfermagem e foi realizada e registada no *S-Clinico*. Foi possível avaliar os doentes através da Medida de Independência Funcional (MIF) e o seu registo foi feito em suporte *Excel* (Anexo C), visando atestar a progressão da funcionalidade de acordo com o sugerido no Regulamento nº 125/2011 de 18 de fevereiro da OE. Neste regulamento encontra-se expresso que o EEER "(...) 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" (p. 8658). O EEER deve desenvolver treinos

de atividades de vida de acordo com as reais necessidades dos doentes, procurando reduzir o risco de alteração da funcionalidade (Regulamento nº 125/2011 de 18 de fevereiro da OE). Um dos fatores de risco de alteração da funcionalidade reside nas flutuações do estado de consciência dos doentes. Devido a esse facto, o nível de consciência foi avaliado diariamente com a aplicação da Escala de Comas de Glasgow (Anexo D).

A identificação dos factores facilitadores e inibidores para a realização, de forma independente, das atividades de vida diária no contexto de vida da pessoa, assim como a implementação de intervenções planeadas com o objetivo de otimizar e/ou reeducar funções a nível motor, sensorial, cognitivo, cardiorespiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade (Regulamento nº 125/2011 de 18 de fevereiro da OE) são também cuidados regularmente realizados e os quais foram desenvolvidos, procurando sempre envolver a família no processo de reabilitação do doente.

A prevenção das consequências da imobilidade também requer um planeamento adequado dos cuidados de enfermagem. Tais cuidados devem incluir intervenções no âmbito da manutenção da mobilidade, centrando-se sempre na lógica do autocuidado (OE, 2013). Na unidade de internamento é priorizada a mobilização precoce dos doentes, sendo preconizado o levante nas 24 horas após o internamento, caso o doente apresente estabilidade hemodinâmica para tal.

Movimento corporal é definido como o “(...) movimento espontâneo voluntário ou involuntário dos músculos e articulações” (OE 2016, p. 66). Doentes com AVC apresentam com frequência compromisso no movimento corporal, assim como é frequente observar-se algum grau de incapacidade funcional noutros doentes como os portadores de insuficiência renal ou neoplasia pulmonar. No sentido de obter dados que permitissem nortear a implementação de técnicas de exercício muscular e articular, tais doentes foram avaliados através da monitorização da força muscular (com a aplicação da Escala de *Lower*) (Anexo E) e da monitorização do tónus muscular (com a aplicação da escala de *Ashworth* Modificada).

A intolerância à atividade é definida como a “ (...) falta de capacidade ou energia para tolerar ou completar atividades” (OE 2016, p. 64) e é impeditiva de qualquer plano de RFM, pelo que a prescrição do treino motor e cardiorrespiratório deve reger-se pela tolerância dos doentes à sua intensidade. Assim, a tolerância à atividade foi avaliada no início e no final de qualquer programa de reabilitação através da aplicação da Escala de *Borg*.

A debilidade muscular, as alterações posturais, a acumulação excessiva de secreções e a ineficácia da tosse são disfunções que afectam comumente os doentes internados na unidade de internamento. Visando o autocontrolo do padrão respiratório, a otimização da ventilação, a correção postural e o aumento da capacidade para promover a limpeza das vias aéreas, foram implementados planos individualizados de RFR recorrendo também a produtos de apoio que são empregues no intuito de alcançar objetivos terapêuticos.

O equilíbrio refere-se à “ (...) segurança do corpo e coordenação dos músculos, ossos e articulações para movimentar-se, pôr-se de pé, sentar-se ou deitar-se.” (OE, 2016, p. 56). Com base no equilíbrio corporal dos doentes, avaliado a partir da escala de *Tinetti*, são posteriormente implementadas intervenções no âmbito da RFM como: o treino de equilíbrio (alternância de carga nos membros; apoio unipodal; exercícios de coordenação de movimentos e a técnica de facilitação cruzada). Tais medidas contribuem para a segurança do doente, reduzindo o risco de queda e lesão física. Para além da avaliação do equilíbrio é também avaliado o risco de queda através da escala de *Morse* a cada três dias e, no serviço, existe calçado antiderrapante que é colocado ao dispor dos doentes assim que estes iniciam levante.

O risco de úlceras de pressão também está presente na maioria dos doentes internados neste contexto. A imobilidade conduz a um acréscimo do tempo de contacto do doente com as superfícies de apoio e esta condição provoca um aumento da pressão direta e das forças de fricção e deslizamento sobre os tecidos moles, o que poderá conduzir ao aparecimento de úlceras por pressão (OE, 2013). No sentido de prevenir e evitar este evento adverso é avaliado o risco com a escala de *Braden*, a cada três dias, de acordo com as orientações da Direção-Geral da Saúde (2011). Em função do risco que os doentes apresentam, são colocados dispositivos para prevenção de úlceras de pressão (colchões de pressão alterna) e realizados outros cuidados como a massagem terapêutica e a instrução e incentivo do doente a posicionar-se.

De acordo com Nunes (2006), o objetivo da gestão de risco reside na identificação, análise e tratamento de potenciais perigos inerentes a uma determinada prática. A autora refere que a gestão do risco baseia-se na identificação e abolição de potenciais riscos antes que algum dos intervenientes no processo de cuidados seja afectado, assim como permite desenvolver políticas e procedimentos que orientem a prática direta de cuidados. Não se encontram disponíveis normas de procedimentos, relativas às intervenções a implementar, no âmbito dos cuidados de ER desenvolvidos nesta unidade de internamento.

Nelson (2011) refere que a probabilidade de ocorrência de incidentes aumenta em instituições que apresentam múltiplos e complexos processos de cuidados em diversas áreas interdisciplinares, comprometendo a segurança dos doentes com incapacidade. Desta forma, a comunicação entre esses profissionais e a prática padronizada de cuidados são peças fundamentais de forma a evitar potenciais erros clínicos. A prevenção do risco clínico é tida como um conjunto de medidas que visam melhorar a segurança e contribuir para incrementar a qualidade dos cuidados prestados. Ainda no âmbito da segurança, de acordo com Correia, Martins e Forte (2017) é através da identificação dos contextos que colocam os doentes em risco e, pela atuação objetiva de forma a prevenir e monitorizar esses mesmos riscos, que se limita a ocorrência de eventos adversos (prevenindo) e se minimiza os danos causados pelos mesmos (recuperando). Neste contexto de cuidados são desenvolvidos esforços no sentido de alcançar esse duplo objetivo.

Os registos de enfermagem revestem-se de carácter legal e funcionam como ótimo indicador de qualidade. Neste contexto, os cuidados especializados de ER completam os cuidados gerais prestados aos doentes. Tal como os enfermeiros generalistas, o EEER efetua os seus registos na aplicação *S-Clinico*, em articulação com a linguagem CIPE® versão 2015 (OE, 2016) com intervenções específicas de ER, associadas a determinados focos, tais como: aspiração; dispneia; dispneia funcional; expectorar; limpeza das vias aéreas; tossir; ventilação; andar; andar com auxiliar de marcha; anquilose; autocuidado; cinestesia; cognição; comunicação; contratatura muscular; deglutição; equilíbrio corporal; espasticidade; levantar-se; mover-se em cadeira de rodas; movimento muscular; negligência unilateral; parésia; pé equino; transferir-se.

Relativamente ao foco de enfermagem deglutição, este é frequentemente alvo dos cuidados de ER dadas as características dos doentes deste contexto de cuidados. Na unidade de internamento encontra-se disponível, para a UAVC, o documento P.S.NEUR.015, que se trata de um procedimento normalizado, cuja revisão se prevê para o final de março de 2018. O referido procedimento elenca um conjunto de sinais e sintomas sugestivos de dificuldades na deglutição e um conjunto de medidas a adotar definidas em algoritmo (Anexo F). Não existe um instrumento instituído para avaliação do compromisso na deglutição para toda a unidade de internamento, como também não se encontra disponível um protocolo de atuação no caso de deteção do referido compromisso, e da consistência dos alimentos a oferecer ao doente em função do défice.

De acordo com Clavé, Arreola, Romea, Medina, Palomera e Serra-Prat (2008) um elevado número de métodos de exploração, para despiste do compromisso na deglutição, envolve a deglutição contínua de grandes quantidades de líquidos, aumentando o risco de aspiração. Os

autores testaram a segurança da deglutição dos doentes com recurso a diversas consistências, ficando evidente o risco da ingestão de líquidos sem a devida adaptação. Também constataram que a monitorização de oximetria e o despiste de alterações na qualidade da voz eram marcos importantes na avaliação do compromisso na deglutição, aumentando a probabilidade de identificar doentes com aspirações silenciosas.

A necessidade dos cuidados de enfermagem gera um sistema de enfermagem. Esse sistema detém um conjunto de ações e interações entre o enfermeiro e a pessoa cuidada, classificadas como totalmente compensatórias, parcialmente compensatórias ou de suporte educativo. O défice de autocuidado representa a necessidade de autocuidado que, quando reconhecida, ativa um sistema de enfermagem. Assim, para a enfermagem ser lícita, o défice de autocuidado precisa de estar presente (Vitor, Lopes & Araújo, 2010), como é caso da deglutição comprometida.

Sendo objetivo central da Enfermagem assistir a pessoa nas suas necessidades humanas e permitir o retorno ao autocuidado, como sublinham Lutz e Davis (2011), os cuidados de ER visam a re aquisição de competências para a concretização do mesmo. A dependência no autocuidado, de acordo com Petronilho e Machado (2016), surge como foco na prestação de cuidados de ER, cujo objetivo central reside em capacitar a pessoa para o desempenho das atividades que constituem cada um dos diversos domínios do autocuidado. Neste sentido, os cuidados de ER em doentes com a deglutição comprometida não devem centrar-se apenas no desenvolvimento de intervenções de RFR e RFM. Devem ser desenvolvidas intervenções de enfermagem promotoras do autocuidado para fornecer instrumentos que possibilitem uma alimentação e hidratação seguras, fomentando a independência do doente nas referidas atividades de vida.

Tendo por base o descrito, foi projetado um programa de intervenção de ER, visando instituir intervenções que concorram para a recuperação da função perdida e promoção do autocuidado do doente com deglutição comprometida, reduzindo, assim, os impactos nefastos causados pela referida disfunção.

#### **4. DEFINIÇÃO DE OBJETIVOS**

A ação de delinear objetivos assume extrema importância na concretização de qualquer trabalho. Os objetivos funcionam como alicerces e fio condutor do mesmo e ajudam também na sua avaliação. De acordo com o definido para a UC Estágio Final, o mestrando deverá:

1. Desenvolver competências no âmbito da prestação de cuidados especializados de ER a pessoas com patologia do foro neurológico e respiratório;
2. Aperfeiçoar competências adquiridas no primeiro estágio subordinadas ao planeamento de cuidados especializados de ER no sentido de maximizar a autonomia e funcionalidade da pessoa;
3. Adquirir competências no que concerne a gestão, supervisão e coordenação do corpo de enfermagem e projetos;
4. Produzir dados que demostrem resultados sensíveis aos cuidados de ER.

O envolvimento no contexto da prática de cuidados, a reflexão realizada sobre as necessidades de cuidados dos doentes, as práticas de cuidados no contexto escolhido para a realização da UC são aspectos que, conjugados com a exigência de identificar uma situação problemática sobre a qual incide um programa de intervenção no âmbito da área de especialização do mestrando, conduzem à seguinte questão de investigação:

**Será que a avaliação precoce e a intervenção sistemática de ER conseguem reverter o compromisso na deglutição?**

Partindo da questão anteriormente formulada, definiu-se como objetivo geral da pesquisa conhecer os benefícios de um programa de intervenção de reabilitação em doentes com deglutição comprometida, visando fornecer à pessoa estratégias no caminho da eficácia e segurança da deglutição. No caso concreto desta pesquisa, definem-se como objetivos específicos:

1. Identificar as alterações da deglutição nos doentes internados no serviço escolhido para o desenvolvimento do Estágio Final;
2. Avaliar as alterações da deglutição com escalas próprias de acordo com o estado da arte;
3. Instituir um programa de optimização da deglutição em doentes com deglutição comprometida;

4. Avaliar os resultados da intervenção de ER no momento da alta ou recuperação funcional.

A concretização destes objetivos de intervenção também procura responder às exigências do grau de mestre, principalmente através da demonstração de conhecimentos e da capacidade de compreensão que possibilitem o desenvolvimento de aplicações originais. Mais concretamente permite: desenvolver habilidades para a resolução de problemas em situações novas e em contextos multidisciplinares relacionados com a área de estudo do mestrando; integrar conhecimentos; lidar com questões complexas; desenvolver soluções e reflexões sobre as implicações e as responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos; ser capaz de comunicar os conhecimentos, raciocínios e conclusões de uma forma clara e sem ambiguidades (Decreto-Lei nº 63/2016 de 13 de setembro).

## **5. CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO EM DOENTES COM DEGLUTIÇÃO COMPROMETIDA - PROGRAMA DE INTERVENÇÃO**

Autores como Matsuo e Palmer (2008), Ortega, Martin e Clavé (2017), Rofes, Arreola, Mukherjee e Clavé (2014) descrevem o papel da reabilitação em doentes com deglutição comprometida referindo que o objetivo central da mesma reside na identificação precoce e no controlo da disfunção, mantendo a eficácia e segurança na alimentação e hidratação destes doentes.

Na pesquisa bibliográfica não se encontrou informação coerente sobre a intensidade e frequência dos exercícios de fortalecimento muscular, treino de posturas compensatórias e treino de técnicas de deglutição compensatórias.

O baixo número de estudos direcionados para os cuidados de ER em doentes com deglutição comprometida conduziu o mestrando para o uso de documentos emitidos pela OE que se reportam a este foco de atenção. Assim, para este programa de intervenção, utilizou-se o manual da CIPE® versão 2015 (OE, 2016) e o Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de ER (OE, 2015) para fundamentação das intervenções de enfermagem.

### **5.1. Fisiologia da Deglutição**

À medida que o ser humano evoluiu, a deglutição tornou-se um processo cada vez mais complexo (Altman, 2013) que implica interação de múltiplos componentes sensoriais, motores e psicológicos. Sendo um fenómeno complexo, a deglutição exige comunicação entre os sistemas nervosos central e periférico, permitindo a coordenação de diversas estruturas anatómicas (Glenn-Molali, 2011).

De acordo com a CIPE® versão 2015, deglutir é o processo fisiológico da “ (...) passagem dos líquidos e dos alimentos fragmentados, pelo movimento da língua e dos músculos, da boca para o estômago através da orofaringe e esófago.” (OE, 2016, p. 52). Envolve estruturas ósseas e musculares, que requerem integridade da função de nervos cranianos específicos (pares V, VII, IX, X, XI e XII) e dos centros de controlo cerebrais (Forster, Samaras, Gold & Samaras, 2011; Zancan,

Luchesi, Mituuti & Furkim, 2017). A complexidade da deglutição advém do envolvimento dos 6 pares de nervos cranianos na coordenação de mais de 20 pares de músculos (Braga, 2016a; Nazarko, 2010; White, O'Rourke, Ong, Cordato & Chang, 2008).

A cavidade oral é a estrutura anatômica onde se inicia o processo de deglutição, sendo composta pelas bochechas, lábios, dentes, gengivas, língua, mandíbula, palato duro, palato mole, úvula, arcos palatogrosso e palatino (arcos fauciais), amígdalas palatinas e glândulas salivares (Braga, 2016 a; Glenn-Molali, 2011). A cavidade oral é forrada por células mecanorreceptoras, termorreceptoras e quimiorreceptoras que modulam o processo de deglutição (Glenn-Molali, 2011). A língua é o órgão responsável pela movimentação dos alimentos na cavidade oral, processo de mastigação e deglutição (Braga, 2016a). A cavidade oral é limitada e separada da faringe pelos arcos fauciais (Matsuo & Palmer, 2008).

A faringe é uma estrutura que se estende desde o palato mole até à cartilagem cricoide, dividindo-se em três regiões: a nasofaringe, orofaringe e laringofaringe (Glenn-Molali, 2011; Matsuo & Palmer, 2008). Através de contrações sequenciais, os músculos da faringe impulsionam o bolo alimentar. A entrada de ar no esófago durante a respiração e o refluxo de conteúdo alimentar para a faringe são evitados pelo músculo cricofaríngeo que, em repouso, se encontra contraído (Glenn-Molali, 2011; Matsuo & Palmer, 2008).

A laringe é estruturada pelas cartilagens tiroide e cricoide (Matsuo & Palmer, 2008) e localiza-se na porção superior da traqueia (Glenn-Molali, 2011). Esta estrutura inicia-se na epiglote, ao nível da base da língua (Matsuo & Palmer, 2008). Quando a epiglote se inclina posteriormente, a laringe é elevada, a epiglote desloca-se para baixo e as cordas vocais são aduzidas, promovendo o encerramento da glote e favorecendo a proteção das vias aéreas (Matsuo & Palmer, 2008). Existem espaços que se formam entre a base da língua e as faces laterais da epiglote (váléculas) onde os alimentos podem ficar retidos antes ou depois da deglutição (Glenn-Molali, 2011; Matsuo & Palmer, 2008).

### ***Fases da Deglutição***

A deglutição é um processo coordenado entre duas funções vitais: transporte do bolo alimentar e proteção das vias aéreas. É necessária uma coordenação adequada entre estas funções para promover a segurança do doente e evitar eventuais complicações (Forster, Samaras, Gold & Samaras, 2011).

O processo de deglutição foi inicialmente descrito a partir de um modelo de três fases: oral, faríngea e esofágica. De acordo com Matsuo e Palmer (2008), estudos posteriores levaram à divisão da fase oral, dando origem às fases oral preparatória e fase oral, resultando num modelo de quatro fases que permitiu descrever a biomecânica e o movimento do bolo alimentar durante a deglutição de líquidos.

Alguns autores sugerem que a deglutição é composta por três fases (Hughes, 2011; Khan, Carmona & Traube, 2014; Menoita, Sousa, Alvo & Marques-Vieira, 2012), outros sugerem quatro (Altman, 2013; Braga 2016a; Glenn-Molali, 2011) e um grupo de peritos (Zancan, Luchesi, Mituuti & Furkim, 2017) sugere cinco.

A fase oral preparatória é uma fase voluntária da deglutição (Braga, 2016a; Glenn- Molali, 2011; Khan, Carmona & Traube, 2014), na qual as vias aéreas permanecem abertas e vigora a respiração nasal (Braga, 2016a; Glenn-Molali, 2011). O encerramento labial permite manter os alimentos na cavidade oral enquanto estes são processados através de movimentos rotativos e laterais da língua e maxilar inferior (Glenn-Molali, 2011). A ativação das células quimiorreceptoras e mecanorreceptoras promovem a ativação das glândulas salivares (Khan, Carmona & Traube, 2014). Triturados e envolvidos pela saliva, os alimentos agregam-se formando um bolo alimentar sólido. No que respeita aos líquidos, estes são processados de maneira diferente que os alimentos sólidos. O líquido é estabilizado pela superfície posterior dos dentes, pelo palato mole e pela língua, evitando a sua progressão para a orofaringe antes da deglutição. A duração desta fase da deglutição varia consoante a consistência dos alimentos processados (Braga, 2016a; Glenn-Molali, 2011).

A fase oral é uma fase voluntária da deglutição e inicia-se quando a língua começa a empurrar o bolo alimentar em direção à orofaringe (Glenn-Molali, 2011; Hughes, 2011; Khan, Carmona & Traube, 2014; Madeira, Leite & Rizzolo, 2016; Matsuo & Palmer, 2008; Nazarko, 2010). Num movimento ascendente, a língua aumenta a sua área de contacto com o palato, gerando uma pressão progressiva da frente para trás e propulsionando o bolo alimentar para a região posterior da língua, em direção à orofaringe (Glenn- Molali, 2011; Madeira, Leite & Rizzolo, 2016; Matsuo & Palmer, 2008). Na ingestão de líquidos, a fase faríngea, geralmente, inicia-se enquanto decorre a fase oral (Matsuo & Palmer, 2008).

A fase faríngea é modulada por mecanismos involuntários (Braga, 2016a; Glenn-Molali, 2011; Hughes 2011; Nazarko, 2010). Evitar a entrada de alimentos na via aérea é um dos aspetos mais importantes desta fase, requerendo uma coordenação precisa da epiglote, cordas vocais e laringe

(Glenn-Molali, 2011; Hughes, 2011; Khan, Carmona & Traubé, 2014; Madeira, Leite & Rizzolo, 2016). Esta fase demora menos de um segundo, tempo durante o qual a respiração se encontra suspensa (Braga, 2016a; Madeira, Leite & Rizzolo, 2016; Matsuo & Palmer, 2008). A fim de evitar o regurgitamento nasal, a musculatura da faringe assegura o encerramento da nasofaringe (Glenn-Molali, 2011; Khan, Carmona & Traubé, 2014; Madeira, Leite & Rizzolo, 2016; Matsuo & Palmer, 2008). O início desta fase ocorre com o encerramento das cordas vocais verdadeiras, constituindo a proteção mais fiável contra a aspiração, seguindo-se o encerramento das cordas vocais falsas (Khan, Carmona & Traubé, 2014). O deslocamento da laringe, assumindo uma posição superior e anterior, obriga ao deslocamento epiglote, aumentando a segurança da deglutição (Khan, Carmona & Traubé, 2014; Madeira, Leite & Rizzolo, 2016) e o bolo alimentar, ao entrar em contacto com a mucosa da faringe, aciona os organorreceptores que desencadeiam o peristaltismo faríngeo (Khan, Carmona & Traube, 2014; Madeira, Leite & Rizzolo, 2016; Matsuo & Palmer, 2008).

## **5.2. Compromisso na Deglutição**

A deglutição comprometida, frequentemente designada de disfagia, é caracterizada pela dificuldade em deglutir saliva, líquidos ou sólidos. A deglutição comprometida inclui a disfagia orofaríngea e exclui a disfagia esofágica (Andersen, Beck, Kjaersgaard, Hansen & Poulsen, 2013). A disfagia orofaríngea é tida como a dificuldade de iniciar a deglutição e a disfagia esofágica como a percepção de que os alimentos se encontram retidos na transição da boca para o estômago (World Gastroenterology Organization [WGO], 2014). Khan, Carmona e Traube (2014) acrescentam que os doentes podem apresentar disfagia orofaríngea, disfagia esofágica ou uma combinação de ambas.

O controlo da deglutição tem merecido atenção por parte das entidades reguladoras da saúde. Os peritos têm utilizado a Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde para abordar este compromisso (Ortega, Martin & Clavé, 2017). Na CIPE® versão 2015, a deglutição comprometida é abordada com diagnósticos e intervenções de enfermagem associados ao foco “deglutir” (OE, 2016).

Este compromisso para além de afetar a qualidade de vida e o estado nutricional dos doentes (Altman, 2013; Matsuo & Palmer, 2008) também pode conduzir a graves complicações como a desidratação, a desnutrição, a pneumonia, a asfixia e até a morte. No processo de reabilitação da deglutição, quando esta está comprometida, é fundamental que a equipa multidisciplinar se

encontre consciente das consequências deste compromisso e saiba identificar os seus sinais clínicos (Matsuo & Palmer, 2008).

Um estudo realizado por Altman (2011) aponta que a presença de compromisso na deglutição está associada a um aumento de 40 por cento (%) do número de dias de internamento e acrescenta que a mortalidade em doentes com compromisso na deglutição é substancialmente elevada comparando os dados obtidos para doentes com disritmias cardíacas ou aterosclerose (Altman, 2013).

Altman (2013) foca múltiplos factores, nas mais diversas faixas etárias, associados à deglutição comprometida. O autor salienta que, na infância, o maior responsável por esse compromisso é o atraso do desenvolvimento neurológico; na adolescência sobrepõe-se a faringite; no jovem adulto vigora a doença do refluxo gastroesofágico e nos adultos é frequente verificar-se em patologias médicas e neurodegenerativas.

No processo natural do envelhecimento, a deglutição comprometida poderá surgir, sendo designada por presbifagia (Altman, 2013; Ortega, Martin & Clavé, 2017). O compromisso da cognição também poderá ser um factor predisponente para aumento do risco de aspiração nestes doentes (Altman, 2013). Na população idosa, com compromisso na deglutição, a tosse ineficaz e uma menor reserva pulmonar inviabilizam a expulsão de resíduos faríngeos, podendo ficar acumulados após a deglutição (Altman, 2013). A diminuição da força no maxilar inferior, a produção salivar, a alteração na dentição e o aumento do tecido conjuntivo e adiposo na língua podem condicionar a fase oral preparatória e a fase oral da deglutição nestes doentes. Depois dos 60 anos, a fase faríngea torna-se mais demorada, sendo necessárias deglutições múltiplas para a eficácia da deglutição, aumentando substancialmente o risco de aspiração (Khan, Carmona & Traube, 2014).

Altman, Richards, Goldberg, Frucht e McCabe (2013) salientam que, nos doentes com AVC, a deglutição comprometida é uma disfunção frequente na fase aguda, apresentando uma prevalência de até 78%. Esta disfunção, segundo os mesmos autores, conduz a efeitos nefastos no tempo de internamento e nas taxas de mortalidade, aproximando-se dos 40% nestes doentes. A pneumonia apresenta-se como uma das principais causas de morbilidade associada a esta disfunção. Os doentes com AVC e deglutição comprometida apresentam o triplo do risco de desenvolver pneumonia em relação a doentes com AVC sem este compromisso (Altman, Richards, Goldberg, Frucht & McCabe, 2013). A gravidade do compromisso da deglutição nos doentes com AVC é modulada pelo grau de representação faríngea no hemisfério cerebral não afetado, observando-se maior severidade nos

doentes com o hemisfério dominante envolvido. De acordo com Altman, Richards, Goldberg, Frucht e McCabe (2013), a taxa de compromisso na deglutição é maior em doentes com lesão do tronco cerebral e a recuperação do compromisso poderá estar relacionada com a neuroplasticidade no hemisfério não-afetado.

Segundo Matsuo e Palmer (2008) para além dos distúrbios causados pelo envelhecimento e pelo AVC, existem outras causas que contribuem para o aumento da prevalência da deglutição comprometida como as patologias neurológicas e psiquiátricas, lesões estruturais e doenças do tecido conjuntivo, cirurgias da cabeça e do pescoço, radioterapia e fármacos.

A presença de compromisso na deglutição limita a capacidade do doente para atingir os seus objetivos nutricionais, e depender de familiares para o suprimento dos autocuidados relacionados com a satisfação desta necessidade fisiológica pode ter consequências devastadoras, podendo conduzir a elevados índices de depressão e isolamento social (Altman, 2013).

Na reabilitação da deglutição comprometida, os distúrbios funcionais são as alterações que mais merecem atenção (Matsuo & Palmer, 2008). No que respeita à cavidade oral, a redução da pressão de encerramento labial pode conduzir ao escape anterior de saliva. A motricidade e sensibilidade da língua são essenciais para a mastigação, formação do bolo alimentar e seu transporte. Se existir alteração nestes componentes, ocorre a acumulação excessiva de alimentos na cavidade oral (resíduos orais) após a deglutição (Matsuo & Palmer, 2008).

Ainda de acordo com Matsuo e Palmer (2008), a falta de dentição também afecta o processamento dos alimentos, impossibilitando a redução do volume do bolo alimentar e aumentando o risco de aspiração. Uma higiene oral deficitária incrementa a carga bacteriana ao nível da cavidade oral e orofaringe, aumentando o risco de pneumonia nos doentes com compromisso na deglutição (Matsuo & Palmer, 2008; Ott, Veronese, Damuleviciene, Kasiukiewicz & Tsiantouli, 2017).

A disfunção da faríngea também pode levar a uma fraca propulsão do bolo alimentar, conduzindo à retenção de fragmentos alimentares após a deglutição. Matsuo e Palmer (2008) referem que a fraqueza muscular dos músculos faríngeos e da base da língua podem debilitar o peristaltismo, resultando na acumulação de resíduos nas valéculas ou seios piriformes (resíduos faríngeos). O impacto da presença dos resíduos faríngeos e do escape oral posterior do bolo alimentar tem sido amplamente estudado na abordagem da deglutição comprometida.

A penetração laríngea ocorre quando fragmentos do bolo alimentar, provenientes da cavidade oral ou do esófago, atravessam o vestíbulo laríngeo. Por sua vez, a aspiração é definida como a passagem de fragmentos do bolo alimentar pelas cordas vocais (Matsuo & Palmer, 2008; Ortega, Martin & Clavé, 2017). Estes distúrbios podem ocorrer quando se verifica déficit na inclinação da epiglote, encerramento incompleto do vestíbulo laríngeo ou encerramento inadequado das cordas vocais (Matsuo & Palmer, 2008).

A aspiração silenciosa ocorre quando existe aspiração de conteúdo alimentar sem presença de qualquer sinal de alerta. De acordo com Matsuo e Palmer (2008) tal disfunção pode ocorrer em 25% a 30% dos doentes com deglutição comprometida e, segundo González-Fernandez e Daniels (2008), ocorre em dois terços dos doentes com AVC que apresentam compromisso na deglutição.

### ***O compromisso nas diversas fases da deglutição***

Autores como Glenn-Molali (2011) e Ricci Maccarini, Filipini, Padovani, Limarzi, Loffredo e Casolino (2007) descrevem compromissos específicos das diversas fases da deglutição, os quais se encontram sistematizados na tabela 1.

**Tabela 1** – Compromissos nas diversas fases da deglutição.

<b>Fases da deglutição</b>	<b>Glenn-Molali (2011)</b>	<b>Ricci Maccarini, Filipini, Padovani, Limarzi, Loffredo &amp; Casolino (2007)</b>
<b>Fase Oral Preparatória</b>	Reflexo de sucção comprometido; Reflexos desajustados; Mastigação comprometida; Déficit no controlo da língua.	Dificuldade de entrada de comida; Dificuldade em manter os alimentos na cavidade oral; Dificuldade em mastigar; Persistência de alimentos na cavidade oral; Dificuldade em posicionar o bolo alimentar; Aspiração pré-deglutição.
<b>Fase Oral</b>	Atraso no reflexo de deglutição; Hemiparésia da língua; Asfixia ou tosse.	Alteração da protrusão do bolo alimentar (deglutições múltiplas); Trânsito oral prolongado; Progressão do bolo alimentar para a hipofaringe antes da deglutição; Aspiração pós-deglutição.
<b>Fase Faríngea</b>	Compromisso no peristaltismo da faringe; Acumulação de resíduos nas valéculas e seios piriformes; Aspiração.	Alteração do reflexo de deglutição (atraso ou ausência); Aspiração pós-deglutição.

Adaptado de: Glenn-Molali (2011, p. 305); Ricci Maccarini, Filipini, Padovani, Limarzi, Loffredo & Casolino (2007, p.305)

O programa de intervenção, composto por cuidados de ER a doentes com deglutição comprometida, integrou apenas doentes com compromisso na deglutição orofaríngea, pois são susceptíveis de beneficiar dessa mesma intervenção. A disfagia esofágica, por ter etiologia diferente (WGO, 2014), requer uma abordagem terapêutica que está fora da esfera de competências dos EEER.

### ***Sinais de alerta da deglutição comprometida***

Na abordagem dos doentes com risco de desenvolverem ou com compromisso na deglutição é fundamental o reconhecimento de sinais de alerta. De acordo com Domingos, Silva, Pereira, Alameda, Ferreira e Graudo (2014), o nível de vigília, a qualidade vocal, as características da ventilação, a limpeza das vias aéreas, a avaliação da face, lábios e língua, a capacidade para mastigar, o controlo cervical e ainda o grau de dependência, podem predizer o risco ou a presença efetiva de compromisso da deglutição. Segundo Braga (2016a) os sinais de alerta são: a tosse; a regurgitação nasal; a dispneia; a presença de sons respiratórios anormais (respiração ruidosa); o lacrimejo; a realização de “caretas” durante a alimentação; o pigarreio (tentativa de limpeza da orofaringe) após a deglutição; a presença de odinofagia; a sensação de congestionamento da orofaringe; a dor torácica durante a alimentação; a alteração da qualidade da voz; os movimentos exacerbados da língua; o aumento das secreções; a anorexia; a perda de peso sem razão aparente; a perda de saliva pela cavidade oral, ou presença de resíduos alimentares na mesma após a deglutição.

Braga (2016a) alerta ainda para o facto de, na avaliação clínica do compromisso da deglutição, ser fundamental ter em conta que alguns destes sinais de alerta poderão ocorrer até cerca de um minuto após a conclusão da deglutição.

### **5.3. Avaliação da Deglutição**

Guedes, Vicente, Paula, Oliveria, Andrade e Barcelos (2009) sublinham a importância de uma alimentação adequada e deglutição segura para a progressão do doente a fim de alcançar um estado clínico saudável. Clavé, Arreola, Romea, Medina, Palomera e Serra-Prat (2008) indicam que o controlo da deglutição comprometida assenta em três aspetos fundamentais: a identificação precoce de doentes em risco de aspiração; a avaliação de alterações nos eventos biomecânicos da deglutição; o tratamento e prevenção de complicações associadas à deglutição comprometida.

A história clínica pregressa e a história da doença atual fornecem dados bastante importantes para detectar a causa do compromisso na deglutição. É necessária uma avaliação inicial pormenorizada orientada para o despiste dos sinais alerta (Guedes, Vicente, Paula, Oliveria & Barcelos, 2009; Queirós, Moreira, Silva, Costa & Lains, 2013).

A avaliação das características sociodemográficas do doente, o aspecto geral, o diagnóstico clínico, a função respiratória, o nível de consciência, a comunicação, a história alimentar, a qualidade da voz e articulação das palavras, a presença de sialorreia ou xerostomia e a duração média da refeição são de grande importância (Ricci Maccarini, Filippini, Limarzi, Loffredo & Casolino, 2007).

A avaliação estrutural reporta-se à função de cada um dos pares cranianos envolvidos na deglutição (Braga, 2016a; Ricci Maccarini, Filippini, Limarzi, Loffredo & Casolino, 2007) e envolve: a mobilidade e sensibilidade dos lábios (abertura, fechamento, beijos e insuflação das bochechas); a mobilidade e sensibilidade da língua (protrusão e retração); a mobilidade mandibular; a mobilidade do palato mole (insuflação das bochechas, vocalização /a/); a mobilidade e morfologia da laringe (morfologia, elevação); o controlo muscular da cabeça (Ricci Maccarini, Filippini, Limarzi, Loffredo & Casolino, 2007). Braga (2016a) defende que também são importantes: o controlo da cabeça na posição de sentado; a aparência da mucosa da cavidade oral; as peças dentárias e sua integridade; a capacidade de fazer apneia voluntária; a eficácia da tosse; o movimento laríngeo; a capacidade de deglutir saliva.

A oximetria de pulso<sup>1</sup> é, de acordo com vários autores (Braga, 2016a; Marian *et al.*, 2017) um método complementar para a avaliação da deglutição. Embora este método isolado não apresente sensibilidade nem especificidade na deteção do risco de aspiração, trata-se de um método não invasivo e que requer pouca colaboração por parte do doente, tornando-se fácil de aplicar (Braga, 2016a; Marian *et al.*, 2017). Não havendo consenso entre os autores, a dessaturação entre 2% e 4% pode ser preditiva de aspiração traqueobrônquica (Marian *et al.*, 2017; Clavé, Arreola, Romea, Medina, Palomera & Serra-Prat, 2008). Os mesmos autores recomendam que as leituras que funcionam como base devem ser obtidas dois minutos antes de se iniciar a avaliação não instrumental da deglutição e, após essa avaliação, deve ser mantida a leitura durante dois minutos. Os episódios de dessaturação, durante a alimentação, devem ser valorizados como sinais de alerta, orientando para uma avaliação mais detalhada (Marian *et al.*, 2017).

---

<sup>1</sup> A oximetria de pulso é definida como a percentagem de oxigénio arterial na corrente sanguínea e é medida através de um oxímetro de pulso (Marian *et al.*, 2017).

### ***Escalas de avaliação da deglutição***

A nível mundial, não há consenso absoluto sobre o instrumento que deve ser utilizado para o despiste do compromisso da deglutição e sobre quem deve desenvolver tal intervenção. Também se verifica ausência de consenso relativamente à consistência e volume de alimentos que devem ser oferecidos aos doentes ao longo da avaliação (Braga, 2016a).

No âmbito nacional têm sido desenvolvidos esforços no sentido de validar uma escala que permita avaliar o compromisso da deglutição. De acordo com Queirós, Moreira, Silva, Costa e Lains, (2013), as diversas escalas abordadas apresentam diferenças consideráveis no que concerne à necessidade ou não de uma avaliação funcional, à necessidade de colaboração do doente, à duração da aplicação e à facilidade da sua utilização por parte do avaliador. Para Braga (2016a) é importante serem asseguradas determinadas condições para a sua aplicabilidade, tais como: a manutenção de um ambiente calmo; o posicionamento do doente na posição sentada; a garantia de material para aspiração de secreções; a garantia de que a pessoa compreende o procedimento e a não utilização de leite e derivados, pois potenciam o surgimento de secreções viscosas.

O *Eating Assessment Tool* (EAT-10), desenvolvido por Belafsky *et al.* (2008) (Nogueira, Ferreira, Reis & Lopes, 2015), é um instrumento de avaliação do compromisso da deglutição centrado no doente. É fácil de aplicar, apresentando uma demora média de dois minutos e não necessita de uma avaliação funcional prévia (Nogueira, Ferreira, Reis & Lopes, 2015; Queirós, Moreira, Silva, Costa & Lains, 2013). Nogueira, Ferreira, Reis e Lopes (2015) salientam que a finalidade deste instrumento é avaliar a severidade dos sintomas, a qualidade de vida do doente e a eficácia do tratamento.

De acordo com Nogueira, Ferreira, Reis e Lopes (2015), o EAT-10 é um instrumento aplicável a todos os doentes com compromisso da deglutição, independentemente do seu diagnóstico. Trata-se de um questionário com dez afirmações, tipo Likert<sup>2</sup>, podendo ser preenchido pelo próprio doente ou administrado por um profissional de saúde (Nogueira, Ferreira, Reis & Lopes, 2015; Queirós, Moreira, Silva, Costa & Lains, 2013; Rofes, Arreola, Mukherjee & Clavé, 2014). Em cada afirmação, o doente posiciona-se manifestando o grau de intensidade do compromisso. O *score* 0 corresponde a “sem problema” e o *score* 4 corresponde a “problema grave”. Com a soma das respostas obtém-se o

---

<sup>2</sup> As escalas de Likert são constituídas por uma série de afirmações relacionadas com o tema pesquisado, sobre as quais o entrevistado manifesta a intensidade da sua atitude. É atribuído uma escala de pontuação (normalmente de 1 a 5) a cada questão, na qual o entrevistado se posiciona, refletindo a direção da sua atitude (Guil Bozal, 2006).

score total. Um score total acima de três pontos aponta para uma alta percepção de compromisso da deglutição (Nogueira, Ferreira, Reis & Lopes, 2015) (Anexo G).

O EAT-10 foi traduzido e validado para a população portuguesa por Queirós, Moreira, Silva, Costa e Lains (2013) e avaliada a sua validade e confiabilidade por Nogueira, Ferreira, Reis e Lopes (2015). Segundo Rofes, Arreola, Mukherjee e Clavé (2014), a utilização isolada do EAT-10 não confere precisão diagnóstica. A European Society for Swallowing Disorders [ESSD] (2013) recomenda uma avaliação abrangente da eficácia e segurança da deglutição, incorporando a oximetria de pulso e a administração de diferentes consistências ou outros métodos validados.

De acordo com Clavé, Arreola, Romea, Medina, Palomera e Serra-Prat (2008), cerca de 48% dos doentes com aspirações detetadas por videofluroscopia não apresentaram tosse após aspiração, comprovando uma elevada incidência de aspirações silenciosas. Assim, o Volume-Viscosity Swallow Test (V-VST) adiciona o método complementar de oximetria de pulso para ajudar a identificar esses doentes (Clavé, Arreola, Romea, Medina, Palomera & Serra-Prat, 2008).

O V-VST é um método de exploração clínico desenvolvido por Clavé, Arreola, Romea, Medina, Palomera e Serra-Prat (2008). A sua sensibilidade e especificidade foram estudadas posteriormente por Rofes, Arreola, Mukherjee e Clavé (2014). Segundo Cabré, Almirall e Clavé (2011) o V-VST apresenta 88,2% de sensibilidade para as alterações da segurança na deglutição, 100% de sensibilidade para aspiração e cerca de 88% de sensibilidade para as alterações da eficácia na deglutição. De acordo com uma publicação da ESSD (2013) este instrumento cumpre as recomendações desta sociedade científica.

O objetivo deste método de exploração é identificar os sinais clínicos de alteração na eficácia e segurança da deglutição. As alterações na eficácia compreendem: o encerramento labial ineficaz, a presença de resíduos orais ou faríngeos e as múltiplas deglutições por bolo alimentar administrado. Por outro lado, os sinais de compromisso da segurança compreendem: a alteração na qualidade da voz, a tosse ou a diminuição da SpO<sub>2</sub> superior ou igual a 3% (Clavé, Arreola, Romea, Medina, Palomera & Serra-Prat, 2008; Rofes, Arreola, Mukherjee & Clavé, 2014). Este método foi projetado para proteger os doentes com compromisso na deglutição da penetração/aspiração laríngea (Cabré, Almirall & Clavé, 2011; Clavé, Arreola, Romea, Medina, Palomera & Serra-Prat, 2008; Rofes, Arreola, Mukherjee & Clavé, 2014).

Trata-se de um método simples, rápido, seguro e preciso, que apresenta uma duração média de aplicação inferior a 6 minutos e faz recurso a uma série de *bólus* de água em três diferentes consistências (néctar, líquido e pudim) (Clavé, Arreola, Romea, Medina, Palomera & Serra-Prat, 2008). Tais consistências são administradas em volumes de 5 até 20 mililitros (ml), num grau crescente de dificuldade (Cabré, Almirall & Clavé, 2011; Clavé, Arreola, Romea, Medina, Palomera & Serra-Prat, 2008; Rofes, Arreola, Mukherjee & Clavé, 2014).

Este método de exploração clínico inicia-se com a administração de *bólus* de água numa consistência segura (néctar) e num volume baixo (5ml). Posteriormente é aumentado, de forma progressiva, o seu volume (10ml e 20 ml), induzindo um aumento progressivo do grau de dificuldade. Ao completar a série de *bólus* de néctar sem apresentar sinais de compromisso da segurança na deglutição, o doente prossegue para a série de *bólus* na consistência líquida. Esta consistência é a menos segura e deve ser avaliada com a administração de *bólus* em crescente dificuldade, tal como na série anterior. Em último lugar procede-se à avaliação da deglutição na série de *bólus* na consistência pudim, ou seja, a mais segura, respeitando igualmente a gradação de volume. Caso o doente apresente sinais de compromisso na segurança com a consistência néctar, a série é interrompida e a série de *bólus* líquido é abolida, prosseguindo para a série de *bólus* na consistência pudim. Por outro lado, se o doente apresentar sinais de compromisso na segurança com a consistência líquida, interrompe-se a série e é avaliada a série de *bólus* na consistência pudim (Clavé, Arreola, Romea, Medina, Palomera & Serra-Prat, 2008) (Anexo H).

Em Portugal, foi proposta a tradução e adaptação do V-VST pelos terapeutas da fala Susana Mestre e Adriano Rockland, que depois o submeteram a um painel de peritos, contando com o apoio da Nestlé Health Science. O conteúdo de validação deste método foi apresentado sob a forma de um póster por Matos, Bouça, Batista, Seara, Mestre e Dias (2015) no quinto congresso da ESSD. Esta versão portuguesa é denominada por Método de Exploração Clínica Volume-Viscosidade (MECV-V).

A objetividade do instrumento EAT-10 na triagem clínica do compromisso na deglutição e a aplicação do V-VST/MECV-V demonstram-se bastante eficazes para detectar doentes com risco de desenvolverem complicações nutricionais e respiratórias resultantes do referido compromisso. Estes instrumentos oferecem dados importantes para identificar os doentes que necessitam de uma avaliação instrumental mais exaustiva (videofluroscopia ou endoscopia) (Rofes, Arreola, Mukherjee & Clavé, 2014). É recomendada a utilização conjunta destas duas ferramentas e sugerida a sua aplicação universal em doentes com deglutição comprometida, garantindo uma abordagem holística

do doente, prevendo complicações, reduzindo taxas de mortalidade, incrementando a qualidade de vida e reduzindo os custos em saúde (Rofes, Arreola, Mukherjee & Clavé, 2014).

A *Functional Oral Intake Scale* (FOIS) é uma escala de avaliação funcional da deglutição que foi desenvolvida por Crary (2004) e avaliada do ponto de vista psicométrico por Crary, Mann e Groher (2005). De acordo com estes autores, a aplicação desta escala orienta a implementação de medidas compensatórias para a reeducação da função perdida. Esta escala foi adaptada e validada para o português europeu por Queirós, Moreira, Silva, Costa e Lains (2013). Trata-se de uma escala desenvolvida com a finalidade de descrever o nível funcional do doente para a ingestão oral, tendo em conta as alterações detetadas na avaliação clínica.

Os 7 itens da FOIS possibilitam a categorização do grau de severidade das limitações funcionais na alimentação por via oral. Assim, um doente posicionado no nível 7 não apresenta qualquer tipo de limitação, por sua vez, um doente posicionado no nível 1 não ingere qualquer alimento por via oral (Crary, Mann & Groher, 2005; Queirós, Moreira, Silva, Costa & Lains, 2013). Os doentes posicionados nos níveis 1 a 3 desta escala são aqueles que necessitam de sonda nasogástrica (SNG) para manutenção de um aporte alimentar consistente. Por sua vez, os doentes posicionados nos níveis 4 a 7 são aqueles que apresentam capacidade de ingestão total por via oral (Crary, Mann & Groher, 2005) (Anexo I).

Queirós, Moreira, Silva, Costa e Lains (2013) referem que a FOIS tem uma duração média de aplicação de 5 minutos e poderá ser empregue por profissionais de saúde como os enfermeiros ou terapeutas da fala.

Tal como a EAT-10, a FOIS é uma escala transversal a todos os doentes com deglutição comprometida, não sendo necessária a sua colaboração nem o recurso a métodos invasivos (videofluoscopia ou endoscopia). Apresentam-se como dois instrumentos de fácil aplicação, sendo uma mais-valia para a avaliação do compromisso na deglutição e respetiva reabilitação (Queirós, Moreira, Silva, Costa & Lains, 2013).

#### **5.4. Reeducação Funcional na Deglutição Comprometida**

De acordo com Regulamento nº 125/2011 de 18 de fevereiro da OE, com a finalidade de melhorar as funções, recuperar a independência nas atividades de vida e minimizar o impacto das incapacidades instaladas, os EEER devem utilizar técnicas específicas de reabilitação e intervir na educação dos doentes e respetivos elementos da família significativos.

Uma vez identificado o compromisso da deglutição no doente, impõe-se o planeamento dos cuidados de enfermagem, visando a reeducação da deglutição. Estes cuidados, pela sua complexidade, requerem competências na área (Braga, 2016a). É fundamental a avaliação da capacidade do doente para se alimentar e hidratar de forma autónoma, atendendo à sua mobilidade, à força muscular, ao controlo dos talheres desde o prato até à boca, à presença de movimentos inadequados que interfiram com a execução destas atividades de vida, à capacidade de preparar os alimentos e os líquidos para a sua ingestão, ao controlo da cabeça na posição sentada e à acuidade visual. Toda a história clínica e avaliação de enfermagem fornecem dados fundamentais para descrever a incapacidade e servir de base aos diagnósticos de enfermagem (Glenn-Molali, 2011).

Para além da avaliação do compromisso motor, as capacidades cognitivas e sensoriais do doente também devem ser avaliadas, pois podem influenciar o processo de reabilitação (González-Fernandez & Daniels, 2008). Um instrumento de rápida aplicação, fiável e conciso para uma avaliação sumária destas capacidades é a Escala de Comas de Glasgow, permitindo monitorizar a “Consciência”, ou seja, a “resposta mental a impressões resultantes de uma combinação dos sentidos, mantendo a mente alerta e sensível ao ambiente exterior” (OE, 2016, p. 49).

A reabilitação da deglutição comprometida envolve o treino de habilidades e treino da força muscular. Esse treino é desenvolvido visando assegurar uma ingestão oral segura e alterar definitivamente a disfunção na deglutição (Easterling, 2017).

##### ***Exercícios de amplitude de movimentos e fortalecimento muscular***

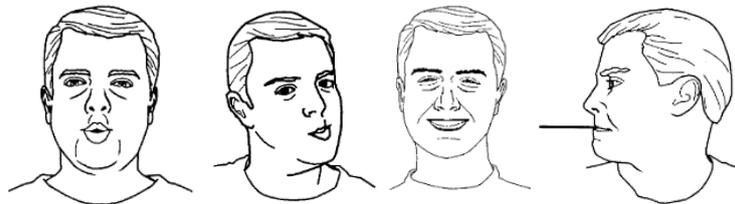
Os exercícios de amplitude de movimentos e fortalecimento muscular fornecem a força e coordenação necessárias para que os doentes não necessitem mais das compensações fornecidas e possam retornar à ingestão oral segura e eficaz (Logemann, 2008). Têm sido propostos uma variedade de programas de exercícios que visam melhorar a amplitude de movimentos e providenciar estimulação sensorial (Alves & Andrade, 2017).

Logemann (2008) defende que os programas implementados necessitam de avaliações regulares, pois a sua eficácia não é instantânea. Em média, cada exercício demora 1 a 6 semanas a produzir efeito. É fundamental compreender a finalidade de cada exercício, tendo o cuidado de o direcionar para a finalidade pretendida. Cada exercício deve promover a amplitude do movimento da estrutura treinada até ao máximo, num período mínimo de 3 segundos. Geralmente é aconselhado ao doente que repita o movimento cerca de 5 vezes e a realizar o exercício entre 5 a 10 vezes por dia (Logemann, 2008)

Pauloski (2008) recomenda que, após conclusão de cada ciclo de exercícios, seja feito um período de relaxamento muscular. Na reeducação funcional de deglutição são frequentemente realizados exercícios de amplitude de movimentos e fortalecimento muscular dos lábios, língua, bochechas, maxilar inferior e laringe (Braga, 2016b).

Os lábios têm uma estrita relação com o processo de deglutição. A abertura e o encerramento labial são bastante importantes para a fase oral da deglutição e para o controlo salivar (Ibrahim, Arifin & Rahim, 2013). De acordo com Pauloski (2008), na reabilitação funcional da deglutição, podem ser realizados exercícios que envolvam esta estrutura muscular: protração, retração, lateralização, sorrir e segurar um objeto entre os lábios (figura 1).

**Figura 1** - Exercícios de amplitude de movimentos e fortalecimento muscular dos lábios.



Adaptado de: Ohio State University Medical Center (2003).

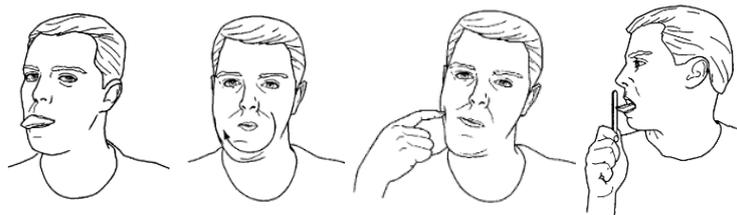
A língua desempenha uma função importante ao longo da deglutição. A sua disfunção origina múltiplas perturbações, tais como: mastigação comprometida; compromisso na formação do bolo alimentar e seu posicionamento na cavidade oral; permanência de resíduos orais; trânsito oral alterado (Ibrahim, Arifin & Rahim, 2013).

De acordo com Easterling (2017), o exercício de resistência da língua conduz a um aumento da força e pressão efectuada pela mesma, interferindo positivamente no trânsito oral e no processamento do bolo alimentar. Relativamente aos exercícios de amplitude de movimentos, estes são direccionados para a porção oral e faríngea da língua. O doente é instruído a realizá-los com a

maior amplitude possível, sem sentir dor, relaxando de seguida (Pauloski, 2008). Estes exercícios incluem a extensão, lateralização, elevação e retração da língua. Para a porção laríngea da língua, deve-se instruir o doente a elevar a mesma, produzindo sons como /k/ ou /g/. À medida que a elevação da língua melhora, os doentes devem ser instruídos a realizar exercícios de mobilidade do maxilar inferior. O *biofeedback*, através dos bocejos e gargarejos é um recurso eficaz para aumentar o movimento de retração da língua (Pauloski, 2008).

No âmbito dos exercícios de fortalecimento muscular da língua, estes são realizados no intuito de melhorar o controlo da língua e reduzir o apósito de resíduos alimentares na boca e valéculas. São efetuados com auxílio de uma espátula ou colher, sendo instruído o doente a empurrar a língua contra a espátula em todas as direções, ou realizando pressão com os dedos sobre a face externa das bochechas (Pauloski, 2008) (figura 2).

**Figura 2** - Exercícios de amplitude de movimentos e fortalecimento muscular da língua.



Adaptado de: Ohio State University Medical Center (2003)

A mandíbula é uma estrutura fundamental para o processo de deglutição e a sua mobilidade envolve a ativação de múltiplos músculos. Os exercícios direcionados para a amplitude de movimentos e fortalecimento muscular da mandíbula incluem exercícios passivos, ativos ou alongamentos, podendo ser realizados com recurso aos dedos ou espátula. A mandíbula pode ser exercitada instruindo o doente a abrir a boca ao máximo da sua amplitude de movimento e realizar movimentos circulares, sem causar dor (Pauloski, 2008) (figura 3).

**Figura 3** - Exercícios de amplitude de movimentos e fortalecimento muscular da mandíbula.



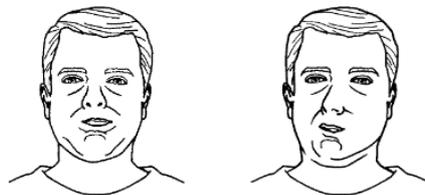
Adaptado de: Ohio State University Medical Center (2003)

Pauloski (2008) salienta que o déficit na elevação laríngea é frequentemente observado em doentes com deglutição comprometida. A instituição de exercícios terapêuticos, direcionados ao treino da mobilidade faríngea, é fundamental num programa de reabilitação para este tipo de doentes.

No decorrer deste exercício é promovida a elevação e abaixamento da laringe, sendo a sua amplitude de movimento semelhante à da deglutição. O doente é instruído a emitir tons, em forma de escala, o mais alto possível, mantendo-se no tom mais alto da escala durante alguns segundos (Pauloski, 2008). Para facilitar este exercício, pode instruir-se o doente a bocejar e posteriormente produzir o som (Braga, 2016b).

As bochechas também desempenham um papel fundamental ao longo do processo de deglutição. Pode instruir-se o doente a insuflar as bochechas unilateralmente e bilateralmente, e exercer pressão externa com os dedos sobre as bochechas, mantendo os lábios encerrados. Também se pode instruir os doentes a realizar movimentos de sucção (Pauloski, 2008) (figura 4).

**Figura 4** - Exercícios de amplitude de movimentos e fortalecimento muscular das bochechas.



Adaptado de: Ohio State University Medical Center (2003)

### ***Posturas compensatórias***

Para além dos exercícios de amplitude de movimentos e fortalecimento muscular, as posturas compensatórias permitem controlar o fluxo do bolo alimentar, visando reduzir o risco de aspiração durante a deglutição (Kagaya, Inamoto, Okada & Saitoh, 2011; Lazarus, 2017; Pauloski, 2008). Pauloski (2008) refere que é fundamental ter em conta a origem do compromisso da deglutição, visando identificar as posturas compensatórias mais adequadas.

A posição reclinada é frequentemente utilizada em doentes com dificuldade na progressão do bolo alimentar ao longo da cavidade oral (Kagaya, Inamoto, Okada & Saitoh, 2011; Lazarus, 2017). Esta postura utiliza a gravidade para auxiliar a progressão do bolo alimentar até à faringe (Lazarus, 2017) e permite que o bolo alimentar deslize ao longo da parede posterior da faringe, entrando

facilmente no esófago (Kagaya, Inamoto, Okada & Saitoh, 2011). Esta posição compensatória pode ser associada a manobras da deglutição para garantir a proteção das vias aéreas (Lazarus, 2017). A elevação da cabeceira a 30° é utilizada em doentes com grave compromisso da deglutição e a elevação da cabeceira superior a 60° ou a posição de sentado devem ser privilegiadas no momento da refeição, de modo a fomentar a independência (Kagaya, Inamoto, Okada & Saitoh, 2011). Ainda de acordo com estes autores, a adoção da posição de sentado favorece a manutenção da vigília do doente, prevenindo a aspiração. Esta postura, nas duas horas após a refeição, previne o refluxo gastroesofágico e o risco da sua aspiração (Kagaya, Inamoto, Okada & Saitoh, 2011).

A flexão cervical é uma postura eficaz em doentes com atraso no reflexo de deglutição ou déficit na elevação laríngea (Kagaya, Inamoto, Okada & Saitoh, 2011; Pauloski, 2008), alterações que resultam frequentemente em aspiração antes da deglutição (Lazarus, 2017). Esta postura permite ampliar o espaço entre as valéculas, impossibilitando a acumulação de resíduos alimentares nestas estruturas enquanto se verifica o atraso na deglutição (Lazarus, 2017; Pauloski, 2008). Lazarus (2017) e Logemann (2008) defendem tratar-se da postura de eleição para doentes com déficit no encerramento das vias aéreas, pois promove a mobilidade da epiglote e um deslocamento da base da língua para a região posterior da faringe, funcionando também como proteção adicional das vias aéreas e favorecendo o deslocamento do bolo alimentar (Lazarus, 2017; Pauloski, 2008). De acordo com Glenn-Molali (2011), o doente deve ser instruído, durante a deglutição, a baixar a cabeça até que o pescoço fique flectido e o queixo permaneça a um quarto da sua distância normal do tronco.

A extensão cervical é uma postura eficaz em doentes com dificuldades no trânsito oral. Pauloski (2008) refere que esta postura promove a *clearance* da cavidade oral, devendo ser associada a outras técnicas facilitadoras da deglutição, visando a proteção das vias aéreas. Como favorece a rápida deslocação do bolo alimentar na cavidade oral, está contraindicada em doentes com défices na compreensão ou na coordenação motora (Braga, 2016b). O uso desta postura requer que o doente apresente um reflexo de deglutição coordenado, sem déficit no encerramento das vias aéreas (Logemann, 2008). Os doentes são instruídos, durante a deglutição, a deslocar a cabeça lenta e suavemente no plano sagital e no sentido posterior (Glenn-Molali, 2011).

A rotação cervical para o lado menos funcional é considerada útil em doentes com disfunção unilateral da faringe (Lazarus, 2017; Logemann, 2008; Pauloski, 2008) ou fraqueza unilateral das cordas vocais (Pauloski, 2008). Estes doentes apresentam déficit na progressão do bolo alimentar na faringe e acumulam maior volume de resíduos faríngeos. O uso desta postura conduz à progressão do bolo alimentar pelo lado mais funcional da faringe (Lazarus, 2017; Logemann, 2008), permite o

encerramento laríngeo no lado em que a cabeça se encontra voltada (Logemann, 2008) e proporciona um melhor fluxo do bolo alimentar e proteção das vias aéreas (Lazarus, 2017). O doente é instruído, durante a deglutição, a rodar a cabeça para o lado menos funcional (Glenn-Molali, 2011).

A inclinação cervical para o lado mais funcional é uma postura indicada para doentes com fraqueza muscular unilateral oral e/ou faríngea. Esta postura permite que o bolo alimentar progrida pelo lado mais funcional da cavidade oral e da faringe (Lazarus, 2017; Pauloski, 2008). Lazarus (2017) defende que esta postura é eficaz em doentes disártricos ou com hemiparesia da língua, embora não existam estudos que comprovem a eficácia do uso isolado desta postura compensatória em doentes com deglutição comprometida.

O decúbito lateral com cabeça apoiada demonstra-se eficaz em doentes cuja contração dos músculos da faringe é ineficaz, evitando a acumulação de resíduos alimentares nas vias aéreas superiores após a deglutição (Lazarus, 2017; Logemann, 2008). Nesta postura compensatória, o doente é instruído a deitar-se de lado com a cabeça apoiada numa almofada (Kagaya, Inamoto, Okada & Saitoh, 2011; Lazarus, 2017), permanecendo o lado mais funcional em contacto com a mesma (Kagaya, Inamoto, Okada & Saitoh, 2011). Tendo em conta o défice na mobilidade da faringe, esta postura compensatória permite que os resíduos alimentares permaneçam na parede lateral da mesma após a primeira deglutição e, com as deglutições seguintes, o doente possa mobilizar eficazmente esses resíduos, evitando a sua deslocação para as vias aéreas (Lazarus, 2017). Esta postura compensatória deve ser associada à postura reclinada, assegurando que o bolo alimentar progride pelo lado mais funcional (Kagaya, Inamoto, Okada & Saitoh, 2011).

Kagaya, Inamoto, Okada e Saitoh (2011) e Lazarus (2017) defendem a combinação das posturas descritas na reeducação funcional da deglutição. A combinação da flexão com a rotação cervical é apontada como bastante eficaz em doentes com disfunção faríngea unilateral, com hipocinesia da base posterior da língua e com défice no encerramento das vias aéreas. Lazarus (2017) salienta que a combinação da flexão com a rotação cervical conduz a uma redução significativa dos resíduos faríngeos, comparando com uma postura neutra da cabeça.

Em anexo encontra-se um quadro que reúne todas as posturas compensatórias descritas, os objetivos e as indicações de cada uma, tendo em conta as fontes consultadas (Anexo J).

### ***Técnicas compensatórias da deglutição***

A terapia compensatória da deglutição utiliza técnicas e manobras que incrementam a estimulação sensitiva dos doentes com diminuição da sensibilidade da cavidade oral e faringe, atraso ou diminuição na atividade da língua, atraso e/ou diminuição do reflexo faríngeo e apraxia da deglutição (Lazarus, 2017; Logemann, 2008). Esta terapia fornece o estímulo sensorial necessário para o início de uma atividade consistente da língua e de uma deglutição faríngea eficaz e segura (Lazarus, 2017). Intervenções terapêuticas como a mudança no sabor, volume, temperatura e oferta de bebidas gaseificadas são bastante importantes em doentes com deglutição comprometida, pois o bolo alimentar é o estímulo sensorial primário para a deglutição. Outros procedimentos têm sido aplicados para incrementar a sensibilidade das estruturas que envolvem a deglutição, tais como a estimulação tátil/térmica (Lazarus, 2017; Logemann, 2008).

De acordo com Logemann (2008) tem sido evidenciada a eficácia destas técnicas em doentes com défices sensoriais, mas ainda não existe muita evidência científica sobre a duração preconizada para a estimulação sensorial e qual a sua periodicidade.

A mudança no volume do bolo alimentar é outra técnica compensatória utilizada na reeducação funcional da deglutição comprometida. Esta técnica permite corrigir compromissos da deglutição na fase oral e faríngea da deglutição (Lazarus, 2017; Pauloski, 2008). Em alguns doentes com deglutição comprometida, um bolo alimentar de maiores proporções pode ser mais eficaz para induzir uma deglutição faríngea mais rápida. Maiores volumes fornecem maior estímulo sensorial ao doente (Braga, 2016b; Pauloski, 2008) e incrementam a consciencialização da presença do bolo alimentar na cavidade oral. Contudo, os doentes que precisam de deglutições múltiplas para propulsionar o bolo alimentar necessitam de volumes menores para reduzir os resíduos e minimizar o risco de aspiração (Pauloski, 2008).

A alteração na dieta, nomeadamente da sua consistência, constitui outra técnica compensatória fundamental na reeducação da deglutição comprometida. Os doentes com alterações na mobilidade, coordenação e força da língua terão maior dificuldade em deglutir alimentos mais espessos. Por outro lado, os doentes com atraso no reflexo faríngeo ou com disfunção no encerramento laríngeo devem ter abolida a administração de líquidos finos (Pauloski, 2008).

Uma revisão sistemática realizada por Andersen, Beck, Kjaersgaard, Hansen e Poulsen (2013) conduziu a duas recomendações com nível de evidência A para a prevenção da pneumonia por

aspiração: a utilização da postura compensatória de flexão cervical conjugada com a administração de líquidos finos deve ser a primeira escolha em vez do recurso a líquidos espessados em casos crónicos de compromisso na deglutição; na fase aguda do compromisso na deglutição deve ser fornecido um aconselhamento personalizado, acompanhamento e alteração da consistência dos alimentos e administração de líquidos espessados.

Glenn-Molali (2011) defende a terminologia das texturas dietéticas para os alimentos líquidos e alimentos sólidos de acordo com o estandardizado pela *American Dietetic Association* (2003) (Anexo K). Contudo, não existe consenso sobre a terminologia e classificação das texturas dietéticas indicadas na abordagem do doente com deglutição comprometida (ESSD, 2013).

A estimulação táctil e térmica dos arcos faciais aumenta a velocidade de deglutição e facilita a deglutição por vários minutos (Teismann *et al.*, 2009). Segundo referem Teismann *et al.*, (2009) a estimulação sensorial dos arcos faciais e de outras partes da orofaringe é uma abordagem comumente utilizada no tratamento do compromisso na deglutição. Consiste na aplicação de frio a nível dos arcos faciais anteriores, contribuindo para melhorar o reflexo faríngeo em doentes com atraso na fase faríngea da deglutição. A periodicidade óptima deste tratamento é de 5 vezes por dia (Lazarus, 2017). A temperatura aplicada sobre os arcos faciais deve situar-se entre  $-1^{\circ}$  e  $3^{\circ}$  *Celcius*. O frio deve ser aplicado em ambos os arcos faciais, com sentido descendente, evitando tocar na língua. O procedimento deve ser realizado 5 vezes durante 2 minutos (Teismann *et al.*, 2009).

### ***Manobras compensatórias da deglutição***

O controlo do bolo alimentar é um tipo de exercícios de amplitude de movimentos e fortalecimento muscular que visam melhorar os movimentos da língua necessários para a mastigação, processamento e transporte do bolo alimentar. De acordo com Pauloski (2008) estes exercícios podem ser realizados com um bolo alimentar fictício (uma compressa embebida em água ou sumo, um botão de grandes dimensões preso a um cordel, ou um pequeno chupa-chupa). Existem três tipos destes exercícios, são eles: *Tongue cupping*, *Tongue side-to-side movement* e *Tongue posterior movement* (Pauloski, 2008).

No *Tongue cupping* o doente é instruído a colocar o bolo alimentar fictício no centro da língua, segurando a outra extremidade fora da cavidade oral. Posteriormente solicita-se ao doente que pressione o bolo alimentar fictício contra o palato duro, com a língua em forma de concha. O doente deverá manter esta posição durante 5 segundos e depois relaxar, repetindo o exercício 5 a 10

vezes; no *Tongue side-to-side movement* o doente é instruído a colocar o bolo alimentar fictício no centro da língua, segurando a outra extremidade fora da cavidade oral. Posteriormente o doente deve mobilizar o bolo alimentar fictício em todas as direções da cavidade oral, sendo incentivado a repetir o circuito de movimentos cerca de 5 a 10 vezes; no *Tongue posterior movement* o doente é instruído a colocar o bolo alimentar fictício no centro da língua, segurando a outra extremidade fora da cavidade oral. Posteriormente o doente deve mobilizar o bolo alimentar fictício para cima e para trás com a língua, como se o fosse deglutir, sendo incentivado a repetir o exercício cerca de 5 a 10 vezes (Pauloski, 2008).

A deglutição múltipla, de acordo com Silva (2007) é uma manobra que minimiza o apósito de resíduos orais e faríngeos, contribuindo indiretamente para a recuperação funcional da deglutição. Contudo, trata-se de uma técnica que, realizada isoladamente, não é eficaz. O doente é instruído a efetuar várias deglutições com o intuito de mobilizar eventuais resíduos acumulados. É uma das manobras de eleição para melhorar a *clearance* faríngea (Braga, 2016b).

A deglutição forçada é uma manobra que envolve um maior esforço de contração dos músculos envolvidos na deglutição, no sentido de aumentar a pressão oral e faríngea durante a mesma (Logemann, 2008; Pauloski, 2008). De acordo com Easterling (2017) e Pauloski (2008) esta manobra também aumenta a retração da língua, contribuindo para a *clearance* de resíduos acumulados nas valéculas. A deglutição forçada requer que o doente incremente, de forma consciente, o esforço muscular durante a deglutição (Easterling, 2017).

A manobra de *Mendelsohn* consiste numa técnica para prolongar, de forma voluntária, a excursão laríngea, aumentando o tempo de abertura do esfíncter cricofaríngeo (Pauloski, 2008). Segundo este autor, um maior tempo de abertura deste esfíncter, associado à manobra de *Mendelsohn*, permite a passagem de um bolo alimentar de maior volume sem que haja compromisso na deglutição. Para esta manobra o doente é instruído a colocar uma mão sobre a laringe e sentir a sua elevação. Quando a laringe atinge a sua posição mais elevada, o doente é incentivado a manter esta posição por 3 segundos e depois deixá-la regressar à sua posição inicial. Esta manobra deverá ser praticada sem alimentos e, posteriormente, quando o doente dominar a técnica, poderá treiná-la com alimentos (Pauloski, 2008).

A deglutição supraglótica foi originalmente concebida com o objetivo de melhorar a capacidade para proteger as vias aéreas e prevenir a aspiração durante a deglutição (Pauloski, 2008). O doente é instruído a respirar profundamente e, numa fase posterior, de forma consciente realiza

um período de apneia enquanto deglute o bolo alimentar. Após deglutir, o doente é instruído a permeabilizar imediatamente as vias aéreas (Kagaya, Inamoto, Okada & Saitoh, 2011). O ato de realizar a apneia proporciona o encerramento da glote (Kagaya, Inamoto, Okada & Saitoh, 2011) e adução das cordas vocais verdadeiras (Logemann, 2008) evitando a aspiração de conteúdo alimentar. A tosse após a deglutição remove qualquer resíduo que tenha progredido para as vias aéreas (Kagaya, Inamoto, Okada & Saitoh, 2011).

A deglutição super-supraglótica é uma manobra que permite encerrar, de forma voluntária, o vestíbulo laríngeo, potenciando a adução das cordas vocais falsas antes e durante a deglutição (Logemann, 2008; Pauloski, 2008). O procedimento desta técnica assemelha-se ao da deglutição supraglótica, contudo o doente é incentivado a inspirar profundamente e sustentar a respiração enquanto deglute, tossindo posteriormente (Pauloski, 2008). A deglutição super-supraglótica também prolonga o encerramento das vias aéreas antes, durante e após a deglutição, sendo desenvolvido um esforço extra das estruturas envolventes (Logemann, 2008).

A manobra de *Masako* é uma técnica que consiste em protraír a língua e prendê-la entre os dentes incisivos e deglutir com a língua nesta posição (Logemann, 2008; Pauloski, 2008). Esta manobra promove uma posição mais avançada da língua, favorecendo o aumento da contração faríngea. Encontra-se indicada em doentes com baixo peristaltismo faríngeo (Logemann, 2008). Para além do aumento da contração faríngea, a manobra de *Masako* permite melhorar a força da língua (Easterling, 2017). Pauloski (2008) defende que esta manobra deve ser utilizada com precaução, pois pode ocorrer aumento dos resíduos faríngeos (especialmente nas valéculas), redução no encerramento do vestíbulo laríngeo e atraso na deglutição. Assim, o doente deve ser instruído a realizar esta técnica sem alimentos, devido ao elevado risco de aspiração (Braga, 2016b; Easterling, 2017). A frequência e a duração ideal deste exercício, para a obtenção de ganhos funcionais no doente, ainda não foram determinadas (Easterling, 2017).

O exercício de *Shaker* é uma técnica que permite o fortalecimento muscular da faringe e controlar a abertura do esfíncter esofágico superior (Logemann, 2008; Pauloski, 2008), tendo sido demonstrada melhoria da biomecânica da deglutição, diminuição dos resíduos alimentares nos seios piriformes após a deglutição e redução da aspiração em todos os doentes, independentemente da causa ou duração do compromisso na deglutição (Easterling, 2017). É realizado com o doente deitado na cama ou no chão, sem almofada, e em decúbito dorsal. Inicia-se instruindo o doente a levantar a cabeça de forma a visualizar os dedos dos pés, mantendo a região escapular apoiada. O doente é incentivado a manter esta posição durante 1 minuto e depois descansar no minuto

seguinte. Esta manobra deve ser repetida três vezes (Logemann, 2008; Pauloski, 2008). Na segunda parte do exercício, o doente é instruído a levantar a cabeça e baixa-la por 30 vezes (Logemann, 2008; Pauloski, 2008). O exercício *Shaker* não é indicado em doentes que demonstrem sinais de aspiração pré-deglutição (Easterling, 2017). Segundo Logemann (2008) o exercício de *Shaker* deve ser repetido 3 vezes por dia, ao longo de 6 semanas, de forma a produzir efeitos significativos, não estando totalmente esclarecido quais os doentes que mais beneficiam com o mesmo. Easterling (2017) refere que doentes com AVC mostraram uma melhoria funcional da deglutição após conclusão dos programas propostos com esta técnica.

Em anexo encontram-se todas as manobras compensatórias anteriormente descritas, os seus objetivos e indicações, tendo em conta as fontes consultadas (Anexo L).

### ***Cinesiterapia respiratória***

De acordo com Braga (2016b) na reeducação funcional da deglutição comprometida devem ser implementadas técnicas de melhoria da ventilação, do padrão respiratório e da mecânica ventilatória. Estas técnicas visam assegurar a permeabilidade das vias aéreas e promover o fortalecimento da musculatura respiratória.

Kagaya, Inamoto, Okada e Saitoh (2011) referem que nos doentes com compromisso da deglutição, a mobilização das secreções é frequentemente ineficaz, justificando a necessidade de cinesiterapia respiratória. A tosse é a técnica mais utilizada na mobilização de secreções, contudo a utilização de expirações forçadas “*huffs*” também se demonstra eficaz. Outras técnicas como a percussão torácica ou a técnica de vibrocompressão torácica são frequentemente utilizadas para a mobilização de secreções em doentes com deglutição comprometida. Braga (2016b) defende que o ensino da tosse e tosse dirigida é fundamental para otimizar a proteção da via aérea, reduzindo o risco de pneumonia de aspiração. A integridade do reflexo da tosse e da deglutição desempenha um papel importante na proteção das vias aéreas. Assim, a avaliação objetiva da tosse e deglutição é importante para decidir uma dieta adequada e tratamento a instituir (Lee, Lee, Kim, Lee & Park, 2015).

O estudo de Lee, Lee, Kim, Lee e Park (2015) demonstrou que os doentes com elevado resíduo faríngeo apresentaram uma fraca capacidade para executar a técnica da tosse. Desta forma, os peritos recomendam o treino da tosse como uma boa atividade terapêutica no tratamento da

deglutição comprometida, promovendo a proteção das vias aéreas. A eficácia terapêutica da tosse e o treino da força muscular expiratória, revelaram também benefícios em doentes com Parkinson.

## **5.5. Cuidados de Enfermagem de Reabilitação em Doentes com Deglutição Comprometida**

Na prestação de cuidados a doentes com deglutição comprometida é fundamental considerar múltiplos aspetos para além do treino de exercícios de amplitude e fortalecimento muscular, de posturas compensatórias ou de manobras compensatórias.

A higiene oral é um aspeto fundamental, contribuindo não apenas para o conforto do doente, mas também para minimizar o risco de colonização bacteriana e penetração nas vias aéreas (Braga, 2016b). Neste âmbito, são sugeridas duas áreas de intervenção fundamentais para reduzir o risco de pneumonia por aspiração e, conseqüente morbidade e mortalidade, são elas: a triagem, identificação e tratamento precoce de doentes com deglutição comprometida, usando métodos clínicos fiáveis; a avaliação rotineira da saúde oral, instituindo medidas para melhorar a higiene; o tratamento adequado das doenças orais (Ortega, Parra, Zarceró, Nart, Sakwinska & Clavé, 2014).

A reabilitação do doente com deglutição comprometida é um processo demorado e que, frequentemente, pode conduzir à fadiga do doente. Trata-se de um processo que implica concentração e esforço por parte do mesmo (Braga, 2016b). Deve ter-se sempre em conta que é um processo que prepara o doente para uma ingestão oral segura, sendo recomendada a SNG para alimentação dos doentes enquanto tais tarefas requeiram tempo adicional e manobras complexas. O treino de deglutição deve ser mantido com a ingestão de pequenas quantidades, mantendo o reforço nutricional e hídrico via SNG (Braga, 2016b).

Para além da manutenção da SNG, até que os doentes apresentem uma via oral segura, e dos cuidados de higiene oral rigorosos, Braga (2016b) sublinha a importância de outros cuidados transversais a adoptar em doentes com deglutição comprometida e que devem ser foco de atenção para a equipa de enfermagem, são eles: a avaliação regular do estado nutricional; a avaliação do estado de consciência; a atenção às preferências alimentares; a adoção de uma postura corporal correta; a colocação dos alimentos no campo visual e ao alcance do doente; o recurso a produtos de apoio; a solicitação da atenção durante a alimentação e hidratação; a solicitação do tempo

necessário para se alimentar ou hidratar; a instrução para pensar no processo de deglutição; o incentivo para ingerir pequenas porções de cada vez; a precaução em não fornecer alimentos com duas consistências ou que se liquidifiquem rapidamente; a monitorização atenta de sinais de aspiração; o cuidado de nunca deixar o doente a alimentar-se sozinho; a manutenção do doente com a cabeceira elevada nunca menos de 30 a 45 minutos após a refeição; inspecionar a cavidade oral após a refeição.

Ainda de acordo com Braga (2016b), embora sejam implementados os cuidados transversais na abordagem ao doente com deglutição comprometida, de uma forma geral as equipas de enfermagem não se encontram devidamente treinadas na área da reeducação funcional da deglutição. O doente deve ser alimentado e hidratado via SNG pelos enfermeiros de cuidados gerais, encontrando-se as intervenções de enfermagem na área da reeducação da deglutição alocadas aos EEER com formação na área.

Na abordagem ao doente com deglutição comprometida os EEER devem avaliar a funcionalidade da ingestão oral, reforçar o uso de estratégias compensatórias (Glenn-Molali, 2011) e providenciar ao doente dispositivos de apoio (Glenn-Molali, 2011; Perry, Hamilton, Williams & Jones, 2012). São exemplos de dispositivos de apoio: pratos com rebordo, talheres modificados e superfícies antiderrapantes. Tais instrumentos facilitam a preparação dos alimentos e sua ingestão (Glenn-Molali, 2011). A utilização de copos adaptados evita inclinação exagerada da cabeça, minimizando o risco de aspiração. A palhinha implica uma elevada coordenação da musculatura oral, pelo que a sua utilização deve ser desaconselhada (Glenn-Molali, 2011).

Na reeducação funcional da deglutição o envolvimento do doente e da família nos cuidados prestados, definindo metas e estabelecendo prioridades é fundamental (Glenn-Molali, 2011). Os EEER funcionam como agentes promotores da comunicação e como advogados dos direitos do doente e respetiva família (Glenn-Molali, 2011). A abordagem centra-se na promoção do conhecimento do doente e família sobre os riscos do compromisso na deglutição, modificação da consistência dos alimentos, uso de dispositivos de apoio e recurso a técnicas compensatórias (Glenn-Molali, 2011). Perry, Hamilton, Williams e Jones, (2012) consideram que os EEER devem também promover a formação dos pares sobre nutrição, alimentação segura e promoção da higiene oral destes doentes.

O foco de enfermagem, de acordo com CIPE® versão 2015 é definido como a “ (...) área de atenção que é relevante para a Enfermagem (...)” (OE, 2016, p. 19) e, na prestação de cuidados de ER à pessoa com compromisso na deglutição, é essencial toda uma abordagem holística. Neste sentido,

o programa de intervenção de ER a doentes com a deglutição comprometida, para além do foco deglutir inclui outros que se encontram associados ao compromisso da deglutição e que, por isso, merecem igual atenção na sua concretização.

O diagnóstico de enfermagem é alcançado através de um juízo efectuado sobre determinado foco. Assim o juízo é definido como “(...) opinião clínica ou determinação relativamente ao foco da prática de Enfermagem (...)” (OE, 2016, p.19). Assim devem ser estabelecidos diagnósticos de enfermagem prioritários a serem utilizados nos défices de alimentação e deglutição. Esses diagnósticos estão circunscritos aos focos: deglutir, limpeza das vias aéreas, aspiração e ingestão nutricional. Contudo, outros diagnósticos de enfermagem devem ser estabelecidos para uma abordagem global a este tipo de doentes, é o caso dos diagnósticos subordinados ao autocuidado (Glenn-Molali, 2011).

Tal como abordado anteriormente, o foco deglutir refere-se à “... passagem dos líquidos e dos alimentos fragmentados, pelo movimento da língua e dos músculos, da boca para o estômago através da orofaringe e esófago” (OE, 2016, p.52). Por sua vez, o foco aspiração diz respeito ao compromisso no processo do sistema respiratório e caracteriza-se pela “... inalação de substâncias gástricas ou externas para a traqueia ou pulmões” (OE, 2016, p.40). O foco limpeza das vias aéreas diz respeito ao processo do sistema respiratório e caracteriza-se por “... manter aberta a passagem de ar desde a boca até aos alvéolos pulmonares através da capacidade para limpar as secreções ou obstruções do trato respiratório” (OE, 2016, p.65). Quanto ao foco desidratação, este diz respeito ao compromisso do processo do sistema de regulação e caracteriza-se pela “... redução do volume de líquidos ou perda de líquido corporal” (OE, 2016, p. 48). Por último, o foco Ingestão nutricional diz respeito ao estado nutricional do doente e caracteriza-se pela “... quantidade e qualidade de nutrientes ou alimentos introduzidos no corpo” (OE, 2016, p. 63).

Situações e deficiências específicas afectam o autocuidado, evidenciando-se na capacidade do doente para executar as suas atividades de vida. O autocuidado consiste em múltiplas vertentes e estratégias para completar uma tarefa. Assim, algumas tarefas podem ser executadas facilmente enquanto outras podem ter dificuldades acrescidas (Hoeman, Lizzner & Alverzo, 2011). O autocuidado é definido como uma atividade realizada pelo próprio visando “... tratar do que é necessário para se manter, manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as atividades da vida diárias.” (OE, 2016, p. 42).

Para além do compromisso no autocuidado, e visando uma abordagem holística ao doente com deglutição comprometida, não se pode descurar que muitos destes doentes apresentam alterações a nível da mobilidade. Menoita, Sousa, Alvo & Marques-Vieira (2012) salientam que as alterações da mobilidade estão relacionadas com o compromisso da força e tónus muscular, do controlo postural e da sensibilidade. Desta forma, na concretização do programa de intervenção, também foram desenvolvidas intervenções de enfermagem subordinadas aos focos “défice sensorial”, “equilíbrio corporal” e “movimento muscular” tal como definidas pelo Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de ER (OE, 2015).

## **5.6. Plano de Intervenção**

O programa de intervenção de que foram alvo os doentes, objetiva demonstrar os resultados das intervenções de ER no doente com deglutição comprometida. As etapas da implementação do referido programa obedeceram às etapas do processo de enfermagem, sendo a primeira etapa a avaliação dos doentes.

### ***Avaliação não instrumental da deglutição e programas de reabilitação***

De acordo com a revisão da literatura foram integrados, neste programa, os doentes que apresentavam onze ou mais pontos na Escala de Comas de Glasgow (permitido a colaboração dos mesmos nas técnicas); três ou mais pontos no questionário EAT-10 (sugerindo a auto-percepção de compromisso na deglutição); nível entre dois e seis na escala de FOIS (permitindo a inclusão de doentes com via oral, mas com compromisso na ingestão de determinadas consistências).

Hughes (2011) salienta que é fulcral a avaliação sistemática da deglutição nas primeiras 24 horas após a admissão. Desta forma, procurou-se recrutar os doentes para o presente estudo avaliando-os nas 24 horas após a sua admissão na unidade de internamento, caso fosse possível. Uma vez identificado o compromisso da deglutição nos doentes, procedeu-se à avaliação objetiva de cada doente com a aplicação do V-VST/MECV-V inicial no sentido de determinar a consistência dos alimentos e o volume que permitiam uma deglutição segura. Tais dados possibilitaram confirmar ou corroborar o nível de FOIS obtido na avaliação subjetiva do doente, fundamentar a dieta recomendada para o mesmo e a supervisão necessária. Os sinais de compromisso na deglutição foram registados numa unidade de registo própria.

Durante a realização do V-VST/MECV-V foram observadas manifestações clínicas do compromisso na deglutição, tal como relatadas por Glenn-Molali (2011) e Ricci Maccarini, Filipini, Padovani, Limarzi, Loffredo e Casolino (2007). Estas manifestações foram anotadas numa unidade de registo própria e possibilitaram a identificação da fase da deglutição com maior compromisso.

Tendo em conta a fase da deglutição com maior compromisso foi selecionado um programa de reabilitação composto por: exercícios de amplitude de movimentos e fortalecimento muscular, treino de posturas compensatórias e treino de manobras de deglutição compensatórias direcionadas para as disfunções detetadas, tal como referenciado por diversos autores (Alves & Andrade, 2017; Glenn-Molali, 2011; Kagaya, Inamoto, Okada & Saitoh, 2011; Lazarus, 2017; Pauloski, 2008; Silva, 2007).

Foram definidos três programas de reabilitação a serem aplicados ao longo do programa de intervenção, direcionados para a fase da deglutição com maior número de distúrbios: programa 1 (direcionado à fase oral preparatória); programa 2 (direcionado à fase oral); programa 3 (direcionado à fase faríngea) (Tabela 2).

Cada programa tem uma duração média de 30 minutos, à semelhança do implementado por Alves e Andrade (2017).

**Tabela 2** - Programa de exercícios terapêuticos, posturas e técnicas compensatórias da deglutição.

Fase da deglutição com maior número de distúrbios	Programa	Exercícios	Duração	
<b>Fase preparatória (Programa 1)</b>	Exercícios de Fortalecimento Muscular	Lábios; Língua; Bochechas; Língua e Bochechas; Maxilar Inferior.	15 minutos	<b>30 minutos</b>
	Posturas compensatórias	Posição Reclinada; Extensão cervical; Rotação cervical para o lado menos funcional; Rotação cervical para o lado menos funcional e extensão cervical; Decúbito lateral com cabeça apoiada.	10 minutos	
	Técnicas compensatórias/facilitadoras da deglutição	Controlo do bolo alimentar; Deglutição múltipla; Deglutição de esforço.	5 minutos	
<b>Fase Oral (Programa 2)</b>	Exercícios de Fortalecimento Muscular	Língua; Bochechas; Língua e Bochechas; Maxilar inferior.	10 minutos	<b>30 minutos</b>
	Posturas compensatórias	Posição Reclinada; Rotação cervical para o lado menos funcional; Flexão Cervical; Rotação cervical para o lado menos funcional e flexão cervical; Decúbito lateral com a cabeça apoiada.	10 minutos	
	Técnicas compensatórias/facilitadoras da deglutição	Estimulação Térmica; Controlo do bolo alimentar; Deglutição Múltipla; Deglutição de esforço; Deglutição supraglótica.	10 minutos	
<b>Fase faríngea (Programa 3)</b>	Exercícios de Fortalecimento Muscular	Língua e bochechas; Maxilar inferior; Larínge.	5 minutos	<b>30 minutos</b>
	Posturas compensatórias	Posição Reclinada; Flexão Cervical; Inclinação Cervical.	5 minutos	
	Técnicas compensatórias/facilitadoras da deglutição	Estimulação térmica; Deglutição de esforço; Deglutição supraglótica; Deglutição super-supraglótica; Manobra de <i>Mendelsohn</i> ; <i>Masako</i> ; Exercício de <i>Shaker</i> .	20 minutos	

Adaptado de: Alves & Andrade (2017); Glenn-Molali (2011, p. 312); Kagaya, Inamoto, Okada & Saitoh (2011); Lazarus (2017); Pauloski (2008); Silva (2007).

### ***Plano de cuidados de Enfermagem de Reabilitação***

O plano de cuidados de ER foi suportado pela CIPE® versão 2015 (OE, 2016) e pelo Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de ER (OE, 2015), surgindo a necessidade de elaborar o planeamento de cuidados de ER com recurso aos seguintes diagnósticos: Deglutar comprometido; Autocuidado: Beber Comprometido; Alimentar-se dependente; Limpeza das vias aéreas comprometida; Risco de aspiração; Risco de desidratação; Risco de compromisso na ingestão nutricional; Défice sensorial presente; Equilíbrio corporal comprometido; Movimento muscular diminuído (Anexo M).

Relativamente ao diagnóstico deglutar comprometido, a intervenção “avaliar a deglutição” contemplou a aplicação dos instrumentos de medida (EAT-10, V-VST/MECV-V e FOIS), a avaliação da qualidade da voz, da articulação das palavras, do reflexo de deglutição nas diversas consistências, da mobilidade da língua e lábios, do controlo postural, do reflexo de vômito, da sensibilidade da mucosa oral e da simetria facial (OE, 2015).

O potencial para melhorar a capacidade do doente para executar os exercícios e técnicas de deglutição e o conhecimento do doente sobre exercícios e técnicas de deglutição foram avaliados ao longo do programa de intervenção. O potencial para melhorar o conhecimento do prestador de cuidados para promover a deglutição também foi avaliado, sempre que tal foi possível. No âmbito destes diagnósticos de enfermagem, avaliou-se a capacidade do doente e o conhecimento do doente/familiar sobre exercícios de deglutição, técnica de consistência adaptada, técnica sensorial e técnica postural compensatória da deglutição, tal como preconiza o Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de ER (OE, 2015).

No diagnóstico autocuidado beber comprometido, a intervenção “avaliar o autocuidado beber” contemplou a avaliação da capacidade do doente para abrir recipientes, colocar os líquidos no copo ou chávena, preparar os líquidos para a sua ingestão, segurar no copo ou chávena e beber através dos mesmos (OE, 2015).

No âmbito do diagnóstico alimentar-se dependente, a intervenção “avaliar o alimentar-se” contemplou a avaliação da capacidade do doente para cortar e preparar alimentos, abrir e fechar recipientes, colocar os alimentos nos talheres, levar os alimentos à boca, pegar e beber por copo ou chávena e concluir a refeição (OE, 2015).

Subordinado ao diagnóstico limpeza das vias aéreas comprometida, a intervenção “avaliar limpeza das vias aéreas” contemplou a avaliação do reflexo de tosse do doente e sua eficácia. Desta forma, a OE (2015) define três resultados possíveis: reflexo de tosse ausente, requerendo aspiração de secreções; reflexo de tosse presente, mas ineficaz, requerendo aspiração de secreções ocasional; reflexo de tosse presente e eficaz.

Foi gerada uma unidade de registo, para cada doente, de forma a interpretar a condição ventilatória dos mesmos ao longo do programa de intervenção, nomeadamente no que concerne aos valores basais de SpO<sub>2</sub>. No âmbito da intervenção “Gerir oxigenoterapia”, foi realizado o registo do débito de oxigénio fornecido ao doente, utilizando a unidade de medida litros por minuto (l/min). Na intervenção “Monitorizar frequência respiratória” foi registado o número de ciclos respiratórios do doente, utilizando a unidade de medida ciclos por minuto (c/min). Na intervenção “Monitorizar saturação de oxigénio” foi registado o valor de oximetria periférica obtida através de leitura por oxímetro, utilizando a unidade de medida percentagem (%). Estes registos foram efetuados em todas as sessões.

No âmbito da intervenção “executar cinesiterapia respiratória” foram implementadas técnicas de RFR que visaram melhorar a função ventilatória dos doentes e incrementar a sua capacidade de limpeza das vias aéreas, tais como: a respiração abdomino-diafragmática, a abertura costal global, abertura costal seletiva, exercício de rotação da escapulo-umeral, técnica de percussão torácica, técnica de vibrocompressão torácica, ensino da tosse dirigida e a técnica de expiração forçada. Foi avaliada a performance do doente e a sua tolerância a tais técnicas.

Na definição do juízo presente ou ausente no diagnóstico risco de aspiração é fundamental proceder ao despiste desse mesmo risco. Ao longo do programa de intervenção, tal como preconizado pela OE (2016), procedeu-se à categorização do referido risco atentando à alteração do estado consciência, ao compromisso na deglutição, aos reflexos laríngeos comprometidos, à tosse ineficaz e à presença de dispositivos médicos de ventilação e alimentação.

Na abordagem do diagnóstico risco de desidratação, a intervenção “avaliar desidratação” contemplou a monitorização de sinais de desidratação, tais como: diminuição da elasticidade da pele; mucosas secas; sensação de sede; diminuição do débito urinário; urina concentrada (OE, 2016). No que concerne à intervenção “monitorizar peso corporal” foi registado o peso do doente semanalmente, utilizando a unidade de medida quilogramas (kg). E na intervenção “monitorizar

frequência cardíaca” foi registado o valor obtido, diariamente, através de leitura por oxímetro, utilizando a unidade de medida batimentos por minuto (bpm).

Na abordagem do doente com deglutição comprometida, o diagnóstico risco de compromisso na ingestão nutricional esteve sempre ativo. Ao longo deste processo foi fundamental o registo de um indicador de forma a atestar a condição nutricional destes doentes. Assim, foi registado, na unidade de registo de cada doente, o valor de Índice de Massa Corporal (IMC)<sup>3</sup>, utilizando a unidade de medida quilograma por metro quadrado (Kg/m<sup>2</sup>). Para interpretação do valor obtido recorreu-se à tabela de classificação de adultos de acordo com o IMC (Anexo N). Este cálculo foi efetuado semanalmente, desde o início do programa de intervenção até ao seu termo.

Quanto ao diagnóstico défice sensorial presente, em todas as sessões, desenvolveram-se intervenções como: a avaliação da sensibilidade (superficial e profunda); aplicação de frio e calor (sacos térmicos); gestão do ambiente físico; execução de estimulação sensitiva (material de preensão fina, superfícies de diferentes texturas, facilitação cruzada) e da técnica de massagem; incentivo do exercício muscular e articular; execução da técnica de posicionamento (OE, 2015).

No que concerne ao diagnóstico equilíbrio corporal comprometido, em todas as sessões, desenvolveram-se intervenções como: avaliar o equilíbrio corporal (equilíbrio estático e dinâmico sentado; equilíbrio estático e dinâmico em ortostatismo); estimular a manter equilíbrio corporal (correção postural diante de espelho quadriculado); executar técnica de treino de equilíbrio (alternância de carga nos membros; apoio unipodal; exercícios de coordenação de movimentos; facilitação cruzada); monitorizar equilíbrio corporal (índice de *Tinetti*) (OE, 2015).

No âmbito do diagnóstico movimento muscular diminuído, em todas as sessões, desenvolveram-se intervenções como: executar técnica de exercício muscular e articular ativo-resistido nos segmentos corporais do hemicorpo sã; executar técnica de exercício muscular e articular passivo, ativo-assistido ou ativo nos segmentos corporais do hemicorpo afectado; incentivar o doente a executar os exercícios musculares e articulares ativos (automobilizações); supervisionar o movimento muscular; monitorizar força muscular através de escala (Escala de *Lower*); monitorizar tónus muscular através de escala (Escala de *Ashworth* Modificada) (OE, 2015).

---

<sup>3</sup> O Índice de Massa corporal (IMC) é um cálculo simples que relaciona o peso com a altura e é frequentemente utilizado para classificar baixo peso, excesso de peso e a obesidade em adultos. Calcula-se dividindo o peso em quilogramas pelo quadrado da altura em metros (kg/m<sup>2</sup>). (World Health Organization, 2000)

O plano de reabilitação e os cuidados de enfermagem foram assegurados em todos os contactos com os doentes incluídos no programa de intervenção. Tais intervenções visaram a recuperação da função da deglutição documentada pela evolução na escala de FOIS.

### ***Materiais e recursos***

O recurso fundamental para a aplicação do programa de intervenção é a concretização do programa de ER com a duração de 30 minutos, em cada doente, e a utilização equipamentos que se encontram descritos na tabela 3.

**Tabela 3 – Material utilizado no programa de intervenção**

<b>Teste V-VST/MECV-V</b>	<b>Exercícios Terapêuticos</b>
Estetoscópio; Oxímetro; Espessante; 3 Copos de plástico de 160ml: 1. 100ml – água à temperatura ambiente; 2. 100ml – água com textura néctar; 3. 100ml – água com textura pudim. Colher de plástico; Seringa 20 ml.	Espátula de madeira; Seringa de 2ml congelada; Compressas de 10x10; Cronómetro; Espelho quadriculado.
<b>Cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC)</b>	
Estadiómetro; Balança.	

Utilizaram-se outros dispositivos de apoio disponíveis na unidade de internamento, tais como: talheres e copos adaptados; pratos com rebordo; superfícies antiderrapantes; bastão, pesos e inspirómetros de incentivo com a finalidade de auxiliar no desempenho de determinadas tarefas ou atividades (OE, 2015).

### ***Avaliações intermédias***

No que respeita aos instrumentos de avaliação da deglutição, não existe consenso entre o intervalo de tempo para a aplicação dos mesmos. Queirós, Moreira, Silva, Costa e Lains (2013) defendem um intervalo de 48 em 48 horas para a aplicação do EAT-10. No caso do V-VST/MECV-V não existe, na bibliografia consultada, informação disponível sobre a periodicidade de aplicação do instrumento. Quanto à FOIS, Queirós, Moreira, Silva, Costa e Lains (2013) defendem a sua aplicação nas 24 horas após a admissão e 3 a 10 dias após uma avaliação inicial.

Objetivou-se que todos os doentes incluídos no programa de intervenção fossem sujeitos a uma avaliação no início do mesmo e a avaliações intermédias num intervalo de três sessões até ao dia da alta, transferência de serviço ou total recuperação funcional, evitando exceder o tempo preconizado para a aplicação da escala de FOIS, tal como definido por Queirós, Moreira, Silva, Costa e Lains (2013). A avaliação das restantes intervenções de ER acompanhou as avaliações intermédias.

## **5.7. Metodologia**

O programa de intervenção, explanado neste relatório, apresenta-se como uma atividade de natureza cognitiva, flexível, concreta e com a finalidade de compreender fenómenos sociais. Esta atividade surge dos problemas no contexto da prática, suscita o debate e constrói ideias inovadoras (Coutinho, 2011). Na escolha de um método de pesquisa em Enfermagem deve avaliar-se o foco do estudo e a forma como se pretende alcançá-lo. É fulcral efetuar uma reflexão sobre a viabilidade do projeto e a metodologia que melhor se aplica ao fenómeno estudado (Gangeness & Yurkovich, 2006).

### **5.7.1. Caracterização do estudo**

De acordo com o foco de estudo, e considerando que em Enfermagem se valoriza a abordagem holística, o estudo de caso é a metodologia que melhor se adapta a esta abordagem (Gangeness & Yurkovich, 2006). O estudo de caso apresenta-se com um cariz explicativo, exploratório ou descritivo e pode fazer recurso a um caso único ou a múltiplos casos (Gangeness & Yurkovich, 2006). De acordo com os mesmos autores, o estudo de caso oferece aos enfermeiros uma abordagem apropriada para o estudo de populações com variadas características e fornece uma abordagem holística que se adapta na perfeição ao metaparadigma de enfermagem (pessoa, ambiente, saúde e Enfermagem). O presente estudo evidencia a descrição de múltiplos casos de doentes com deglutição comprometida. Gangeness e Yurkovich (2006) salientam que esta abordagem, para além de proporcionar uma visão holística e abrangente, impulsiona à elaboração de conclusões que se enquadram com o fenómeno estudado, servindo de base para futuros estudos.

### **5.7.2. Seleção dos participantes**

A população alvo do presente programa de intervenção englobou todos os doentes com deglutição comprometida admitidos na unidade de internamento, acolhedora do Estágio Final, no período compreendido entre 1 de novembro de 2017 e 6 de janeiro de 2018. Foram excluídos do programa de intervenção os doentes que não cumpriram os critérios de inclusão previamente estabelecidos e que se encontram sistematizados na tabela 4.

**Tabela 4 – Critérios de inclusão**

Critérios de inclusão
Escala de Comas de Glasgow (GSC) $\geq$ 11 pontos (de forma a incluir no programa os doentes com défice de expressão) – pontuação máxima nos itens “abertura ocular” e “melhor resposta motora”
<i>Eat Assessment Tool</i> (EAT-10) $\geq$ 3 pontos
<i>Functional Oral Intake Scale</i> (FOIS) > nível 1 e < nível 7

Uma amostra com estas características é denominada amostra por conveniência, ou seja, foram selecionados elementos da população que se encontravam ao alcance do investigador e que demonstraram disposição para colaborar no estudo (Fortin, 2009).

### 5.7.3. Instrumentos de colheita de dados

No intuito de facilitar o processo de colheita de dados, foram construídos instrumentos de registo, sob a forma de tabelas, baseados nas escalas de avaliação e nas fontes bibliográficas, os quais proporcionaram um registo prático da avaliação do doente nos períodos de avaliação intermédia. Adicionalmente, estes instrumentos serviram de base para a personalizar os exercícios terapêuticos e delinear as intervenções de ER de acordo com o compromisso detectado.

Foram elaborados os seguintes instrumentos de colheitas de dados: tabela de registo de *score* na Escala de Comas de Glasgow; tabela de registo de *score* na *Eating Assessment Tool* (EAT-10); tabela de registo do *Volume-Viscosity Swallow Test* (V-VST/MECV-V) e Escala Funcional de Ingestão Oral (FOIS); tabela de registo das manifestações clínicas após aplicação do *Volume-Viscosity Swallow Test* (V-VST/MECV-V); tabela de registo da capacidade para executar exercícios e técnicas de deglutição; tabela de registo do conhecimento para executar exercícios e técnicas de deglutição; tabela de registo do conhecimento do prestador de cuidados para promover a deglutição; tabelas de registo de diagnósticos de enfermagem ativos; tabelas de registo das intervenções de enfermagem ativas; tabela de registo de valores basais SpO<sub>2</sub> (Anexo O).

As tabelas supracitadas apenas contemplam a avaliação inicial e as avaliações intermédias, com exceção da tabela de registo de valores basais de SpO<sub>2</sub>, cujo registo foi efetuado em todas as sessões. Os restantes dados obtidos na prestação diária de cuidados de ER foram incluídos no processo de enfermagem do doente no sistema informático *SClinico*.

A construção dos instrumentos de colheita de dados procurou alcançar os objetivos delineados pela equipa docente para o Estágio Final, tendo como horizonte o desenvolvimento de competências específicas do EEER, de competências comuns do enfermeiro especialista e o alcance das competências de mestre em Enfermagem.

### ***Análise e tratamento dos dados***

Apresentando-se como fundamental para recolher, organizar, apresentar, analisar e interpretar dados, a estatística é um instrumento matemático fundamental. Visando facilitar a sua aplicação, o IBM-SPSS é um programa informático intuitivo e poderoso de apoio à estatística (Pestana & Gageiro, 2014). A informação obtida no contexto deste trabalho foi analisada do ponto de vista estatístico através do programa informático IBM-SPSS versão 22.0, facilitando uma posterior análise descritiva dos resultados. Para a apresentação dos dados em termos gráficos, recorreu-se ao programa *Microsoft Excel*.

#### **5.7.4. Procedimentos ético-legais**

Na Enfermagem, a abordagem dos princípios éticos é fundamental. Como ciência humana que é, a Enfermagem tem sempre a preocupação com o bem-estar, os direitos e integridade dos participantes dos estudos (Nunes, 2013). Esta assenta em princípios universais da ética, como: o princípio da autonomia, da beneficência, de não maleficência e da justiça. Com base nesses princípios, os enfermeiros devem encontrar-se conscientes dos procedimentos que podem ou não efetuar. Estes procedimentos orientam e estabelecem limites à ação (Martins, 2008).

Este cuidado e esta reflexão são também alicerçadas na ideia de que a Enfermagem, enquanto profissão autorregulada, é regida pelos termos definidos no Código Deontológico do Enfermeiro e pelo Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, referenciais que explicitam e sustentam a investigação em enfermagem como um direito e um dever de todos os enfermeiros (Nunes, 2013).

Com base no supracitado, foram adotados determinados procedimentos ético-legais. Após aprovação do projeto de estágio pela Comissão de Ética – Área da Saúde e do Bem-estar da Universidade de Évora, foi pedida autorização à instituição acolhedora do Estágio Final. O pedido de autorização para a realização do estudo necessitou de um requerimento dirigido ao Conselho de Administração da referida instituição.

Foi contactado o Gabinete de Investigação e Desenvolvimento (GID) no sentido de tomar conhecimento dos requisitos necessários para submissão do protocolo do estudo à CES. Após este contacto foi reunida toda a documentação necessária, a qual foi submetida a verificação, de acordo com o anexo 7 (Anexo P), e encaminhada pelo GID para a CES do Centro Hospitalar.

Após parecer favorável da CES (Anexo A), o estudo foi posteriormente aprovado pelo Conselho de Administração do Centro Hospitalar (Anexo Q).

Como o programa de intervenção contempla o uso de instrumentos específicos para a avaliação do compromisso na deglutição, os quais foram adaptados para o português europeu por investigadores nacionais. Foram efetuados pedidos de autorização a esses mesmos investigadores (Anexo R).

Nos estudos em saúde é frequente a abordagem de populações compostas por indivíduos incapacitados ou fragilizados. Silva (2017) salienta que o consentimento informado é uma ferramenta vital para alterar o padrão de vulnerabilidade do doente, na medida em que lhe fornece a possibilidade de refletir e partilhar da tomada de decisão terapêutica. O consentimento informado é, assim, um processo que favorece a autonomia do doente e incrementa a sua participação permitindo-lhe tomar decisões no seu projeto de vida (Silva, 2017). No intuito de atribuir legalidade ao programa de intervenção, foi elaborado e obtido um consentimento informado, tendo em conta o preconizado na norma n.º 015/2013 da Direção-Geral da Saúde (Anexo S).

Visando ocultar a identidade dos participantes, todos os doentes que integraram o programa foram incluídos na tabela de registo de doentes avaliados (Anexo T), designados por uma letra, salvaguardando a confidencialidade, o anonimato dos dados e o anonimato dos participantes (Nunes, 2013).

## 6. RESULTADOS DO PROGRAMA DE INTERVENÇÃO: “CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO EM DOENTES COM DEGLUTIÇÃO COMPROMETIDA”

Foram submetidos a avaliação inicial 77 doentes, sendo excluídos 12 (15,6%) por apresentarem um *score* na Escala de Comas de Glasgow inferior a 11 (tabela 5). Esta medida garantiu a segurança e a colaboração dos doentes durante a prestação dos cuidados de ER.

**Tabela 5** – Aplicação da Escala de Comas de Glasgow como critério de seleção

Escala de Comas de Glasgow superior ou igual a 11 (Inicial)		
Score superior ou igual a 11 pontos	Número de doentes	Percentagem
Sim	65	84,4%
Não	12	15,6%

Dos 77 doentes avaliados, apenas 11 (14,3%) apresentaram risco de compromisso na deglutição, comprovado por um *score* no EAT-10 superior ou igual a 3. Contudo, 18 doentes (23,4%) não apresentaram capacidades cognitivas para responder ao referido questionário (tabela 6).

**Tabela 6** – Aplicação do questionário EAT-10 como critério de seleção

Questionário EAT-10 (Inicial)		
Score superior ou igual a 3 pontos	Número de doentes	Percentagem
Sim	11	14,3%
Não	48	62,3%
Não Testável	18	23,4%

Nem todos os doentes com risco de deglutição comprometida reuniram os critérios de inclusão no estudo. Após a aplicação do último critério de inclusão, a Escala de FOIS, foi comprovado que, dos 77 doentes submetidos a avaliação inicial, 68 (88,3%) foram excluídos por não apresentarem compromisso na deglutição (nível 7) ou por terem indicação de dieta 0 (nível 1).

Apenas 7 doentes cumpriram os três critérios de inclusão (*Score* na Escala de Comas de Glasgow superior ou igual a 11; *Score* no EAT-10 superior ou igual a 3; FOIS entre o nível 2 e 6). A esses doentes foi atribuída uma letra (A, B, C, D, E, F e G) no intuito de ocultar a sua identidade.

## **6.1. Processo de Avaliação e Controlo**

Ao serem implementadas as intervenções de reabilitação planeadas no projeto de intervenção profissional, verificou-se que o tempo pré-estabelecido para a realização das sessões de exercícios terapêuticos (20 minutos) apresentava-se insuficiente, pelo que se optou por aumentar a sua duração por mais 10 minutos. Esta medida corretiva possibilitou que os doentes incluídos no programa pudessem cumprir os exercícios definidos, realizando as técnicas de forma calma e ponderada, facilitando a sua assimilação.

Nesse momento também foi verificado que seria impossível implementar todos os exercícios e técnicas disponíveis na revisão bibliográfica em apenas 30 minutos. Tal como mencionado anteriormente, optou-se por elaborar três programas específicos com exercícios terapêuticos indicados para a fase da deglutição com mais distúrbios. Nas avaliações intermédias foi selecionado o programa de reabilitação mais indicado tendo em conta as disfunções observadas.

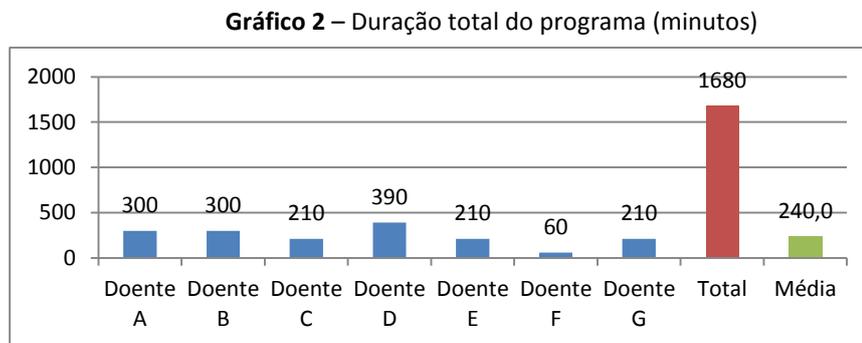
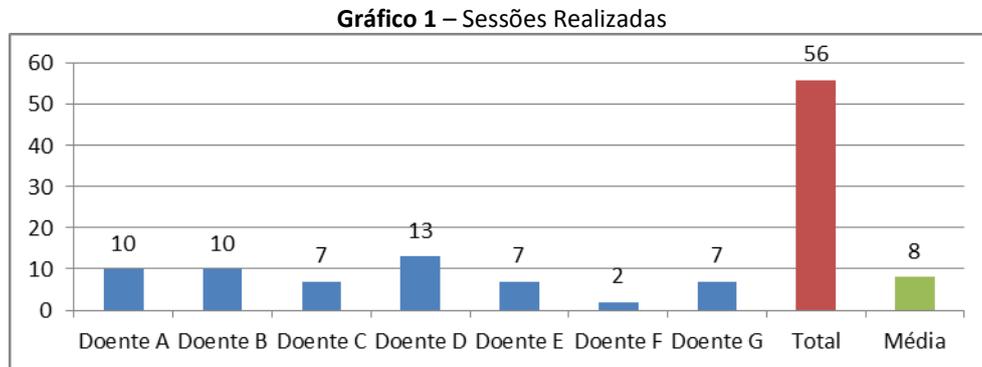
Em cada uma das avaliações intermédias foi avaliada a capacidade do doente para executar exercícios e técnicas de deglutição, o conhecimento do doente sobre exercícios e técnicas de deglutição e o conhecimento do prestador de cuidados para promover a deglutição.

## **6.2. Análise dos Resultados do Programa de Intervenção**

Dos 7 doentes incluídos no programa de intervenção, apenas 5 conseguiram concluir o mesmo. Dois doentes abandonaram o programa de intervenção por não cumprirem os critérios de inclusão no decorrer das avaliações intermédias.

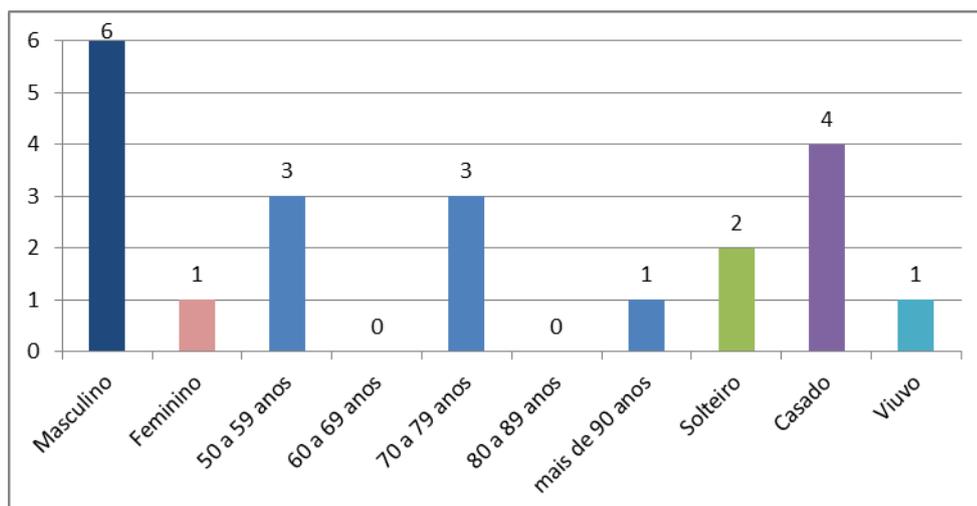
O doente sinalizado pela letra F abandonou o programa de intervenção no início da terceira sessão e o doente sinalizado com a letra E abandonou o programa de intervenção no início da oitava sessão. O abandono destes doentes prendeu-se com a depressão no estado de consciência, traduzindo-se por *scores* na Escala de Comas de Glasgow inferiores a 11 pontos.

Verificou-se a realização completa das sessões em todos os casos, mesmo naqueles doentes que abandonaram o programa. Foram realizadas um total de 56 sessões, o que perfaz um total de 1680 minutos de realização de exercícios terapêuticos (gráficos 1 e 2).



As características sociodemográficas dos doentes incluídos no programa de intervenção encontram-se expostas no gráfico 3, onde se pode observar que foram incluídos: seis doentes do sexo masculino e uma doente do sexo feminino; três doentes na faixa etária dos 50 anos de idade e três na faixa etária dos 70 anos de idade. Quanto ao estado civil, foram incluídos quatro doentes casados, dois doentes solteiros e um viúvo.

**Gráfico 3 – Número de doentes Incluídos por idade, sexo e estado civil**



### 6.2.1. Descrição dos casos

Após esta exposição inicial segue-se a apresentação dos resultados do programa de intervenção em doentes com deglutição comprometida com suporte nos dados contidos nas unidades de registo de cada doente, que se encontram expostas do anexo U ao anexo AA.

#### ***O caso do doente A***

Tratou-se de um doente de 57 anos de idade, do sexo masculino, admitido por AVC Isquémico Vertebro-Basilar. Foi realizada a primeira avaliação não instrumental da deglutição apenas no quarto dia após a sua admissão, pois até à data apresentava uma FOIS nível 1 com indicação médica expressa para não iniciar dieta via oral. Iniciou plano de reabilitação nas 48 horas após a admissão. Esteve sempre colaborante nos cuidados prestados. No que concerne aos défices motores, apresentava hemiparésia esquerda com força muscular grau 4 na escala de *Lower*<sup>4</sup>. Em termos de défices sensoriais apresentava hipostesia algica à esquerda com parésia facial central. Ao nível da comunicação apresentava disartria, tendo iniciado exercícios orofaciais nas primeiras 48 horas de internamento.

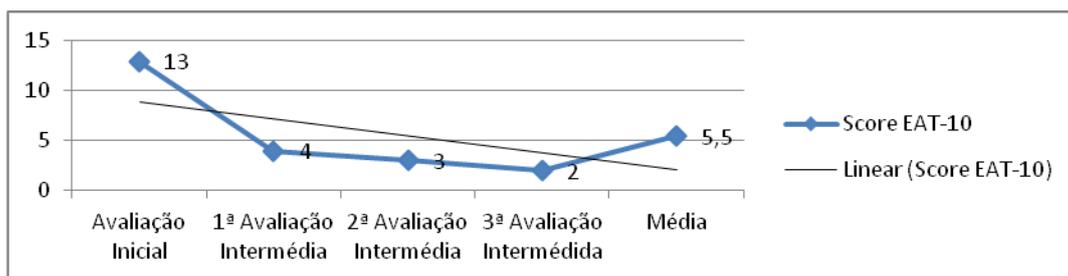
<sup>4</sup> A força muscular avalia-se em todos os movimentos dos vários segmentos corporais. Inicia-se dos segmentos distais para os proximais e realiza-se bilateralmente. A escala utilizada mais frequentemente é a escala de *Lower*, que utiliza como recurso a força e resistência aplicada pelo profissional (Menoita, Sousa, Alvo & Marques-Vieira, 2012).

O programa de intervenção para o doente A decorreu em 10 sessões, tendo sido realizado um total de 4 avaliações, respeitando o intervalo de 3 sessões. O doente manteve-se no programa até à recuperação funcional da deglutição.

A avaliação da função deglutição foi realizada através dos instrumentos de avaliação (EAT-10, V-VST/MECV-V) e antes de qualquer intervenção, foi sempre avaliado o nível de consciência através da aplicação da Escala de Comas de Glasgow. Em todas as sessões demonstrou estar orientado e colaborante, apresentando 15 pontos na referida escala.

A avaliação da percepção do compromisso na deglutição foi realizada através do questionário EAT-10, sendo completado pelo próprio após orientação sobre o seu preenchimento (anexo U). A percepção do compromisso na deglutição apresentou uma tendência decrescente, confirmada pela curva de tendência linear (gráfico 4).

**Gráfico 4 – Score EAT-10 – doente A**



Após categorização do risco com o EAT-10 seguiu-se para a aplicação do método de exploração clínico (V-VST/MECV-V). Na terceira avaliação o doente já tolerava *bólus* de líquido, mantendo sinais de compromisso na segurança da deglutição nesta consistência, em volumes altos (20ml). Aconselhou-se a ingestão de líquidos com supervisão e em médios volumes (10 ml). Na quarta avaliação, o doente já ingeria altos volumes de líquidos sem apresentar sinais de compromisso na segurança ou eficácia da deglutição (Anexo V).

A escolha do programa de reabilitação da deglutição também se baseou nos achados clínicos do V-VST/MECV-V. De acordo com os dados colhidos foi selecionado o programa 1 na avaliação inicial e o programa 3 na segunda avaliação. Na terceira avaliação, embora coexistindo igual número disfunções referentes à fase oral e à fase faríngea, selecionou-se o programa 3, pois tratava-se de um programa familiar ao doente. Na avaliação final, embora não existindo alterações no V-VST/MECV-V, aproveitou-se para reforçar as técnicas, selecionando-se o programa 3. Os dados colhidos também sugeriram que o doente apresentou maior número de disfunções na fase faríngea (Anexo W).

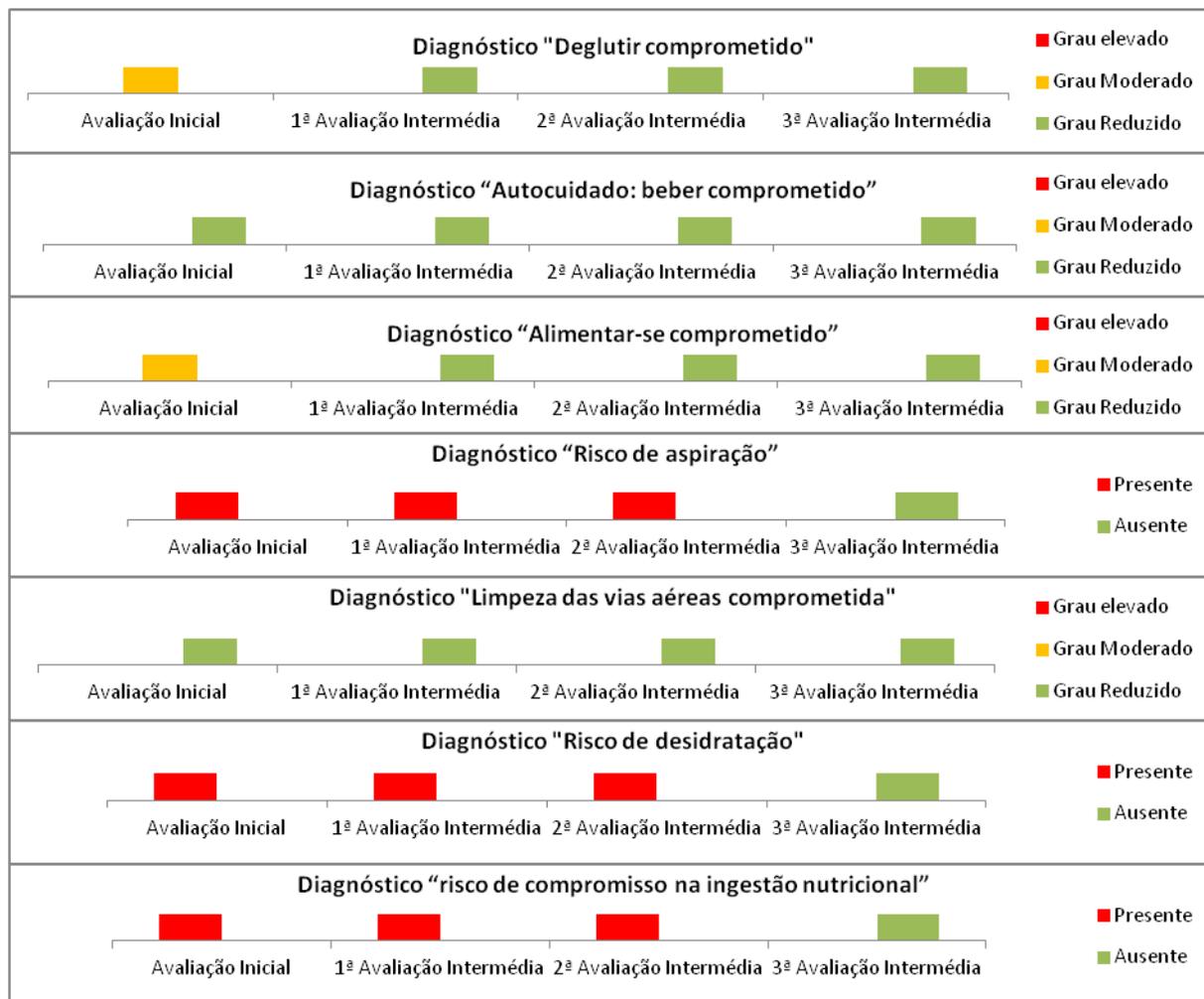
O doente demonstrou, de forma geral, capacidade para executar exercícios e técnicas de deglutição. Observa-se uma maior capacidade no treino de exercícios orofaciais e no treino de posturas compensatórias da deglutição. A técnica onde se observou menor capacidade foi na manobra de *Masako*, sendo constatado esse facto em três das avaliações. A estimulação térmica foi, inicialmente, procedida pelo enfermeiro. Contudo, no final do programa de intervenção, o doente já demonstrou capacidade para realizar a técnica (anexo X).

A mudança do programa de reabilitação, do programa 1 para programa 3 contribuiu para que existissem algumas lacunas no conhecimento do doente para executar exercícios e técnicas de deglutição. O maior défice de conhecimento foi observado no treino da deglutição super-supraglótica. Embora a manobra de *Masako* seja a técnica onde o doente demonstrou maior dificuldade na execução, tal não se verificou com o conhecimento sobre a mesma. O doente demonstrou um conhecimento mais consistente nos exercícios e técnicas em que apresentava maior capacidade para a execução. (anexo Y).

No âmbito do conhecimento do prestador de cuidados para promover a deglutição, foram realizadas duas avaliações, pois só foi possível abordar o prestador de cuidados a partir da quinta sessão. O prestador de cuidados apreendeu corretamente os ensinamentos ministrados (Anexo Z).

Relativamente à evolução clínica do doente, a partir dos diagnósticos de enfermagem, a figura 5 sistematiza alguns diagnósticos associados à deglutição comprometida e a sua evolução ao longo do programa de intervenção. É possível verificar a evolução do doente no sentido da sua autonomia a partir destes diagnósticos de enfermagem.

**Figura 5 – Diagnósticos de enfermagem associados à deglutição comprometida – doente A**

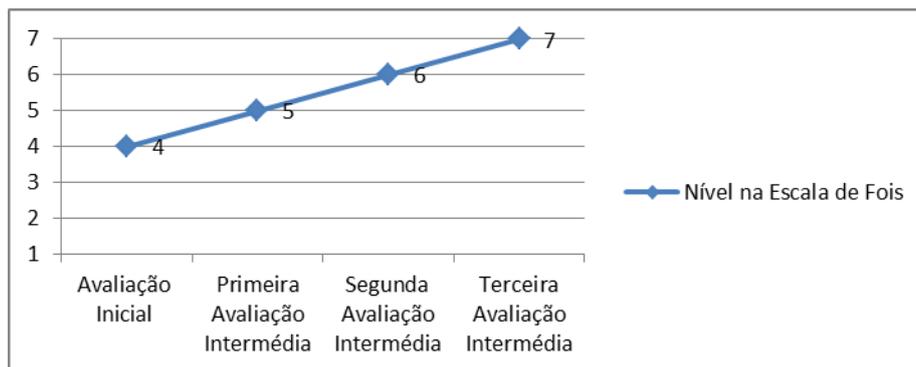


Ao longo do programa de intervenção, o doente foi apresentando valores basais de SpO<sub>2</sub> numa tendência ascendente (93% na primeira sessão e 98% na última sessão) (Anexo AA).

O IMC foi semanalmente avaliado na tentativa de atestar a condição nutricional do doente. Na avaliação inicial, o doente apresentava um IMC de 25 kg/m<sup>2</sup>, mantendo este valor até ao final do programa de intervenção.

No final de cada avaliação e, reunindo os dados colhidos, foi categorizado o doente na escala de FOIS. O gráfico 5 mostra que, no final do programa, o doente reverteu por completo o compromisso na deglutição, situando-se no nível 7 na escala de FOIS (Ingestão total por via oral sem quaisquer restrições).

**Gráfico 5 – Categorização do doente A na escala de FOIS**



Ao longo do programa de intervenção foram implementadas medidas de RFM no intuito de debelar os défices motores e sensoriais do doente. Quanto à força muscular verificou-se a manutenção da parésia de grau 4 no hemicorpo esquerdo. A nível dos défices sensoriais verificou-se uma melhoria significativa da parésia facial. Embora mantendo disartria, o doente apresentou uma maior fluidez do discurso no final do programa de intervenção. Não apresentou compromisso do equilíbrio corporal ao longo do programa de intervenção.

#### ***O caso do doente B***

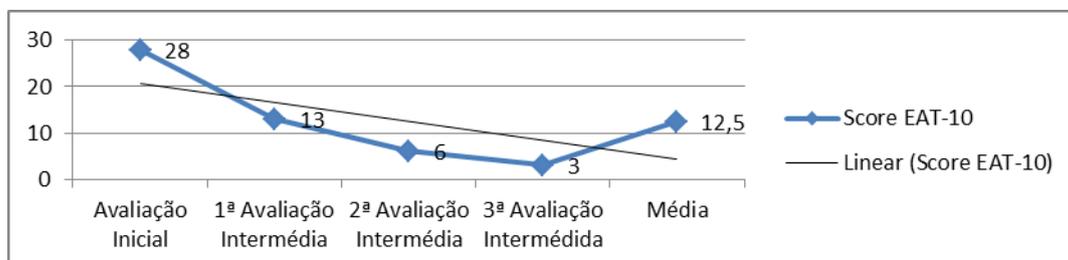
Tratava-se de um doente de 75 anos de idade, do sexo masculino, admitido por AVC Isquémico Lenticular esquerdo. Foi realizada a primeira avaliação não instrumental da deglutição nas 24 horas após a sua admissão e, no dia seguinte, o doente iniciou plano de reabilitação, mostrando-se sempre colaborante nos cuidados prestados. No que concerne aos défices motores, apresentava hemiplégia direita flácida. Em termos de défices sensoriais apresentava analgesia direita com presença de parésia facial central. Ao nível da comunicação apresentava disartria, tendo iniciado, exercícios orofaciais nas primeiras 24 horas de internamento.

O programa de intervenção para o doente decorreu em 10 sessões, tendo sido realizado um total de 4 avaliações, respeitando o intervalo de 3 sessões. O doente manteve-se no programa até à alta hospitalar.

A avaliação da função deglutição foi realizada através dos instrumentos de avaliação (EAT-10, V-VST/MECV-V) e, antes de qualquer intervenção, foi avaliado o nível de consciência através da aplicação da Escala de Comas de Glasgow. Em todas as sessões demonstrou-se orientado e colaborante, apresentando 15 pontos na referida escala.

A avaliação da percepção do compromisso na deglutição foi realizada através do questionário EAT-10 (Anexo U). A percepção do compromisso na deglutição apresentou uma tendência decrescente, confirmada pela curva de tendência linear (gráfico 6).

Gráfico 6 – Score EAT-10 – doente B



Após categorização do risco com o EAT-10 seguiu-se para a aplicação do método de exploração clínico (V-VST/MECV-V). Os dados obtidos comprovaram que, na terceira avaliação, o doente já tolerava *bólus* de líquido, mantendo sinais de compromisso na segurança de deglutição nesta consistência, em volumes altos (20ml). Aconselhou-se a ingestão de líquidos com supervisão e em médios volumes (10 ml). Na quarta avaliação, o doente ainda mantinha sinais de compromisso na segurança da deglutição para volumes altos de líquidos (20 ml) (Anexo V).

A escolha do programa de reabilitação da deglutição também foi baseada nos achados clínicos do V-VST/MECV-V. Os dados obtidos permitiram colocar o doente no programa de reabilitação 3. Na terceira avaliação intermédia, embora coexistindo o mesmo número de alterações na fase oral e na fase faríngea, optou-se por manter o doente num programa de reabilitação já familiar, fornecendo o tempo necessário para assimilar as diversas técnicas. Os dados obtidos também sugeriram que o doente apresentou maior número de disfunções na fase faríngea (Anexo W).

O doente demonstrou, de forma geral, capacidade para executar exercícios e técnicas de deglutição. A maior dificuldade foi observada na realização do treino de técnicas compensatórias/facilitadoras da deglutição. A técnica onde se observou menor capacidade foi na manobra de *Masako*, sendo constatado em todas as avaliações efetuadas. Efetuou-se uma tentativa para que o doente realizasse a técnica de estimulação térmica, estimulada até aí pelo enfermeiro, mas foi uma tentativa frustrada (Anexo X).

Relativamente ao nível do conhecimento do doente para executar exercícios e técnicas de deglutição, contrariamente ao que se verificou no doente A, a manutenção do doente B no mesmo

programa de reabilitação contribuiu para que existissem menos lacunas no conhecimento. O maior déficit de conhecimento foi observado na estimulação térmica, na manobra de *Mendelsohn* e na manobra de *Masako*, sendo verificado em duas avaliações (Anexo Y).

Salienta-se que o prestador de cuidados demonstrou apreender corretamente os ensinamentos, demonstrando conhecimento sobre as diversas técnicas e exercícios no final do programa de intervenção. Apresentou maior dificuldade em assimilar a técnica da deglutição super-supraglótica, demonstrando conhecimento em apenas uma avaliação. No início do programa de intervenção, não demonstrava conhecimento sobre a técnica de consistência adaptada, situação que já não se verificou no final do mesmo (Anexo Z).

A figura 6 apresenta os diversos diagnósticos de enfermagem associados à deglutição comprometida e o grau atribuído ao longo do programa de intervenção. Foi possível verificar que, no final do mesmo, o doente mantinha risco de aspiração, risco de desidratação e risco de compromisso na ingestão nutricional, contudo verificou-se uma evolução do doente relativamente à sua capacidade para beber, deglutir e tossir de um modo mais eficaz.

**Figura 6 – Diagnósticos de enfermagem associados à deglutição comprometida – doente B**



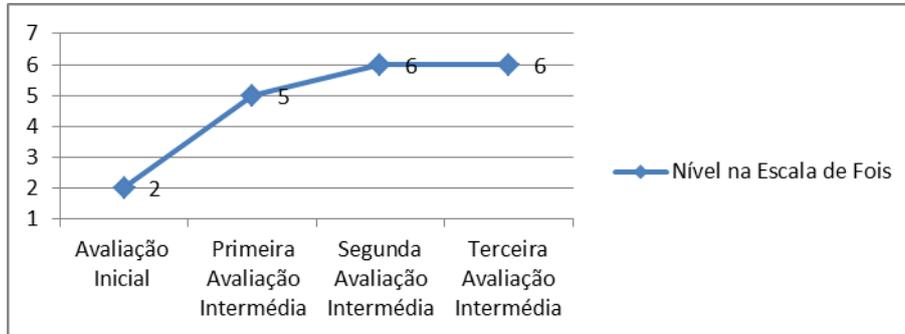
O doente apresentou tendência para estabilização dos valores basais de SpO<sub>2</sub> (98% na primeira sessão e 97 % na última sessão) Este facto deveu-se, provavelmente, ao facto de se encontrar a realizar oxigénio por cânula nasal no início do programa de intervenção. Nesse período o doente apresentava elevada sialorria e oximetrias baixas a ar ambiente (88 a 89%) (Anexo AA).

O risco de compromisso na ingestão nutricional foi monitorizado através da avaliação do IMC semanalmente. Na avaliação inicial o doente, apresentava um índice corporal de 19,03 kg/m<sup>2</sup> e no final do programa de intervenção 19,38 kg/m<sup>2</sup>, comprovando uma discreta melhoria da sua condição nutricional.

No final de cada avaliação, reunindo os dados colhidos, o doente foi categorizado na escala de FOIS. O gráfico 7 mostra que, ao longo do programa de intervenção, o doente reverteu o

compromisso na deglutição, situando-se no nível 6 na escala de FOIS (ingestão total por via oral sem preparação específica, mas com restrição para alguns alimentos específicos e alguns líquidos).

**Gráfico 7 – Categorização do doente B na escala de FOIS**



Ao longo do programa de intervenção foram implementadas medidas de RFM, no intuito de debelar os défices motores e sensoriais do doente. Quanto à força muscular verificou-se a progressão do doente para uma parésia de grau 2 nos segmentos corporais do hemicorpo direito. A nível dos défices sensoriais verificou-se uma melhoria significativa da parésia facial e do controlo salivar. Embora mantendo disartria, o doente apresentou uma maior fluidez do discurso no final do programa de intervenção. Evidenciou-se melhoria do compromisso do equilíbrio corporal estático na posição sentado, mantendo alterações na posição ortostática.

### ***O caso do doente C***

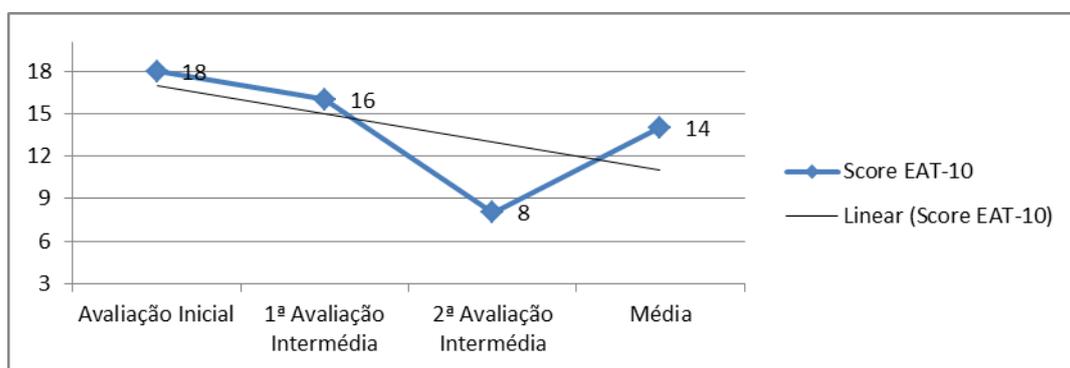
O terceiro doente a ser incluído no programa de intervenção era um doente de 73 anos de idade, do sexo masculino, admitido por AVC Hemorrágico lenticulo-capsular e radiário esquerdo. Foi realizada a primeira avaliação não instrumental da deglutição nas 72 horas após a sua admissão, altura em que iniciou plano de reabilitação. No início do programa de intervenção o doente demonstrou-se bradicinético, mas com capacidade de colaboração. No que concerne aos défices motores, apresentava hemiparesia direita com força de grau 4 na escala de *Lower* e equilíbrio corporal diminuído na posição ortostática. Em termos de défices sensoriais apresentava hemihipostesia álgica à direita, nomeadamente a nível do membro inferior. Ao nível da comunicação apresentava uma disartria ligeira que não afectava a comunicação.

O programa de intervenção decorreu em 7 sessões, tendo sido realizado um total de 3 avaliações, respeitando o intervalo de 3 sessões. O doente manteve-se no programa até à alta hospitalar.

A avaliação da função deglutição foi realizada de acordo com o definido (EAT-10, V-VST/MECV-V) e o nível de consciência foi também avaliado, antes de qualquer intervenção, através da aplicação da Escala de Comas de Glasgow. Tal como os doentes anteriores este doente também estava orientado e colaborante, apresentando 15 pontos na referida escala.

A avaliação da percepção do compromisso na deglutição foi realizada através do questionário EAT-10 (Anexo U). A percepção do compromisso na deglutição apresentou uma tendência decrescente, confirmada pela curva de tendência linear (gráfico 8).

**Gráfico 8 – Score EAT-10 – doente C**



Após deteção do risco, com o EAT-10, seguiu-se para a aplicação do método de exploração clínico (V-VST/MECV-V). No final do programa de intervenção, o doente já tolerava bolus de líquido, mantendo sinais de compromisso na segurança de deglutição nesta consistência, em volumes altos (20ml). Aconselhou-se a ingestão de líquidos com supervisão e em médios volumes (10 ml) (Anexo V).

A escolha do programa de reabilitação da deglutição também se baseou nos achados clínicos do V-VST/MECV-V. Pôde constatar-se que o doente apresentou, em todas as avaliações efectuadas, um maior número de disfunções na fase faríngea da deglutição, sendo, para tal, selecionado o programa 3 (Anexo W).

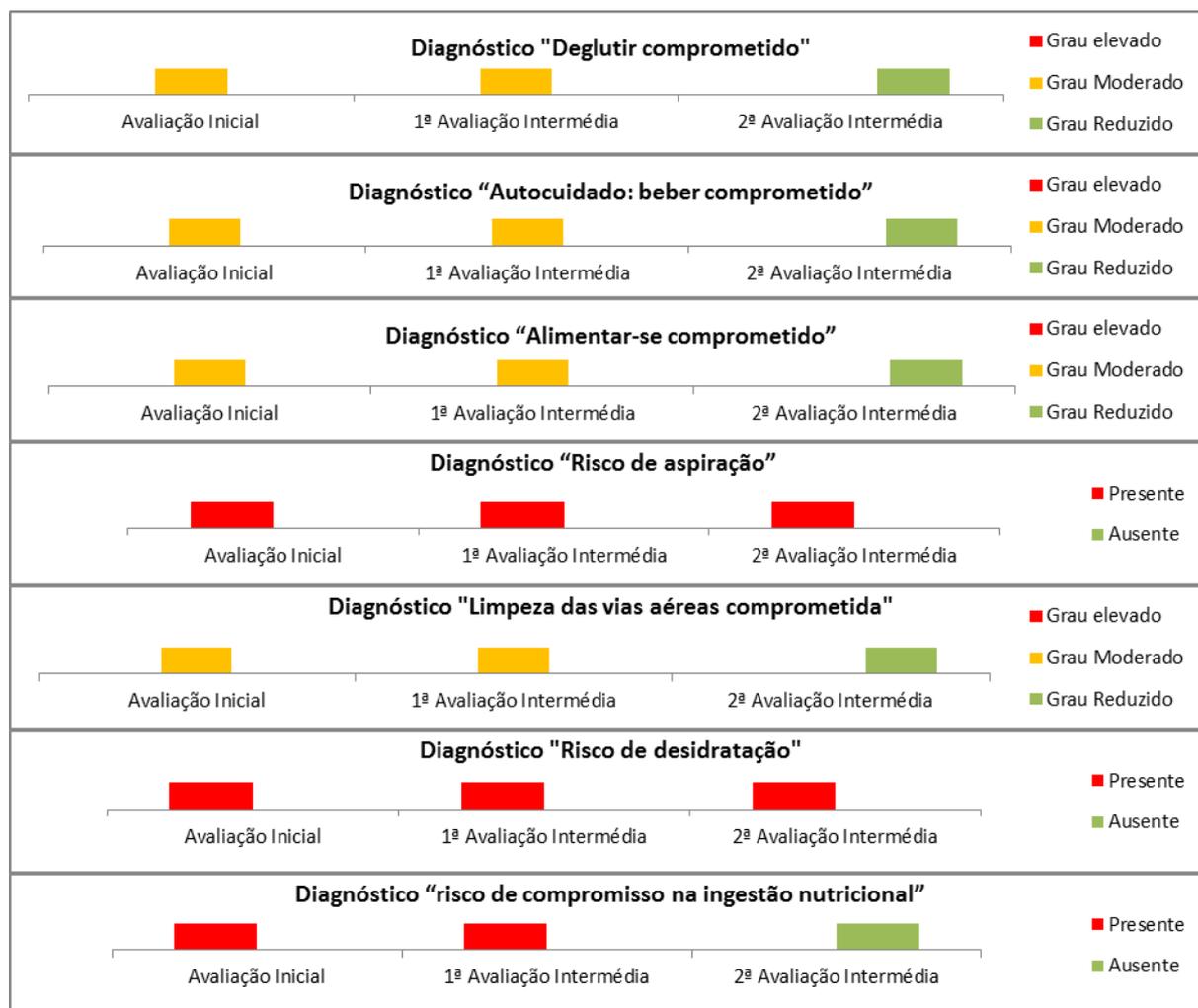
A técnica onde o doente revelou menor capacidade para execução foi na manobra de *Masako*, sendo constatado esse facto nas três avaliações efetuadas. Foi também realizada uma tentativa de realização da técnica de estimulação térmica pelo doente, realizada até aí pelo enfermeiro, tentativa que se demonstrou infrutífera (Anexo X).

Os dados obtidos comprovam que a manutenção do doente C no mesmo programa de reabilitação (programa 3) contribuiu para que existirem menos lacunas no conhecimento. Verificou-se um conhecimento mais consistente acerca dos exercícios de amplitude de movimentos/fortalecimento muscular e no treino de posturas compensatórias. De salientar que o doente, ao longo do programa de intervenção, não demonstrou conhecimento sobre a técnica de consistência adaptada (Anexo Y).

O conhecimento do prestador de cuidados para promover a deglutição, apenas foi avaliado na última sessão. Foi possível a realização de ensinamentos ao prestador de cuidados desde a quinta sessão. Tais ensinamentos demonstraram-se produtivos, pois o prestador de cuidados demonstrou conhecimento sobre todas as técnicas realizadas (Anexo Z).

Relativamente aos diagnósticos de enfermagem associados à deglutição comprometida e ao grau de compromisso ao longo do programa de intervenção, a figura 7 apresenta a evolução dos mesmos neste doente. O doente manteve o risco de aspiração e risco de desidratação, mas melhorou na capacidade de deglutir e nos autocuidados beber e alimentar-se, na capacidade de promover a limpeza das vias aéreas e no risco de compromisso na ingestão nutricional.

**Figura 7 – Diagnósticos de enfermagem associados à deglutição comprometida – doente C**

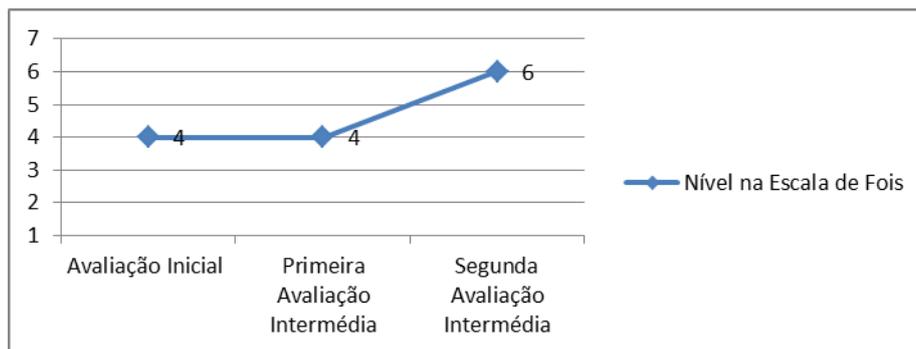


Foram colhidos dados que atestam a condição ventilatória do doente. Ao longo do programa de intervenção o doente foi apresentando valores basais de SpO<sub>2</sub> numa tendência ascendente (93% na primeira sessão e 95% na última sessão) (Anexo AA).

O risco de compromisso na ingestão nutricional foi monitorizado através da avaliação do IMC semanalmente. Na avaliação inicial, o doente apresentava um IMC de 24,6 kg/m<sup>2</sup> e, na avaliação final, 24,45 kg/m<sup>2</sup>, revelando uma descida, mas discreta.

Reunindo os dados colhidos, foi categorizado o doente na escala de FOIS (gráfico 9). No final do programa de intervenção, o doente reverteu o compromisso na deglutição em dois níveis, situando-se no nível 6 da escala de FOIS (ingestão total por via oral sem preparação específica, mas com restrição para alguns alimentos específicos e alguns líquidos).

**Gráfico 9 – Categorização do doente C na escala de FOIS**



Foram implementadas medidas de RFM no intuito de debelar os défices motores e sensoriais do doente. Quanto à força muscular verificou-se a manutenção dos défices do doente, mantendo parésia de grau 4 nos segmentos corporais do hemisfério direito, contudo com o treino do equilíbrio e da marcha constatou-se a melhoria do equilíbrio na posição ortostática. A nível dos défices sensoriais verificou-se a melhoria da hemihipostesia a nível do membro inferior direito e remissão da disartria.

#### ***O caso do doente D***

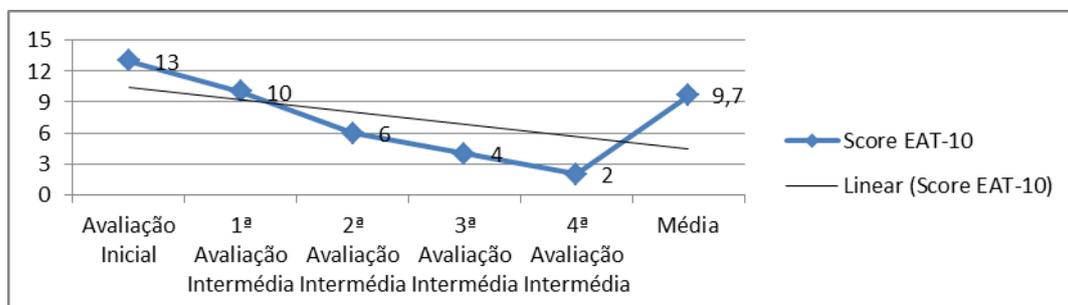
O quarto doente era do sexo masculino, tinha 57 anos de idade e foi admitido por AVC Isquémico. Realizou-se a primeira avaliação não instrumental da deglutição ao quinto dia de internamento, pois até à data apresentava uma FOIS nível 1 com indicação médica expressa para não iniciar dieta via oral. O doente iniciou o restante plano de reabilitação nas 48 horas após a admissão e, embora sonolento, demonstrou-se sempre colaborante nos cuidados prestados. Apresentava como défices motores uma hemiplegia esquerda. Apresentava parésia facial central e disartria, tendo iniciado, nesse período alguns exercícios orofaciais.

O programa de intervenção decorreu em 13 sessões, tendo sido realizado um total de 5 avaliações, respeitando o intervalo de 3 sessões. O doente manteve-se no programa até à recuperação funcional da deglutição.

A avaliação da função deglutição foi realizada através dos instrumentos definidos (EAT-10, V-VST/MECV-V) e, tal como os restantes doentes, antes de qualquer intervenção, foi sempre avaliado o nível de consciência apresentando 15 pontos na Escala de Comas de Glasgow.

Foi avaliada a percepção do compromisso na deglutição através do questionário EAT-10, sendo preenchido com orientação (Anexo U). A percepção do compromisso na deglutição apresentou uma tendência decrescente, confirmada pela curva de tendência linear (gráfico 10).

Gráfico 10 – Score EAT-10 – doente D



Após categorização do risco com o EAT-10 seguiu-se a aplicação do método de exploração clínico (V-VST/MECV-V). Na quarta avaliação, o doente já tolerava *bólus* de líquido, mantendo sinais de compromisso da deglutição nesta consistência, em volumes altos (20ml). Aconselhou-se a ingestão de líquidos com supervisão e em médios volumes (10 ml). Na avaliação final o doente já ingeria altos volumes de líquidos sem sinais de compromisso da deglutição (Anexo V).

A escolha do programa de reabilitação da deglutição também se baseou nos achados clínicos do V-VST/MECV-V. Na primeira e na segunda avaliação foi selecionado o programa 1, sendo selecionado o programa 3 nas restantes avaliações. Os dados colhidos também demonstram que o doente apresentou maior número de disfunções na fase oral (Anexo W).

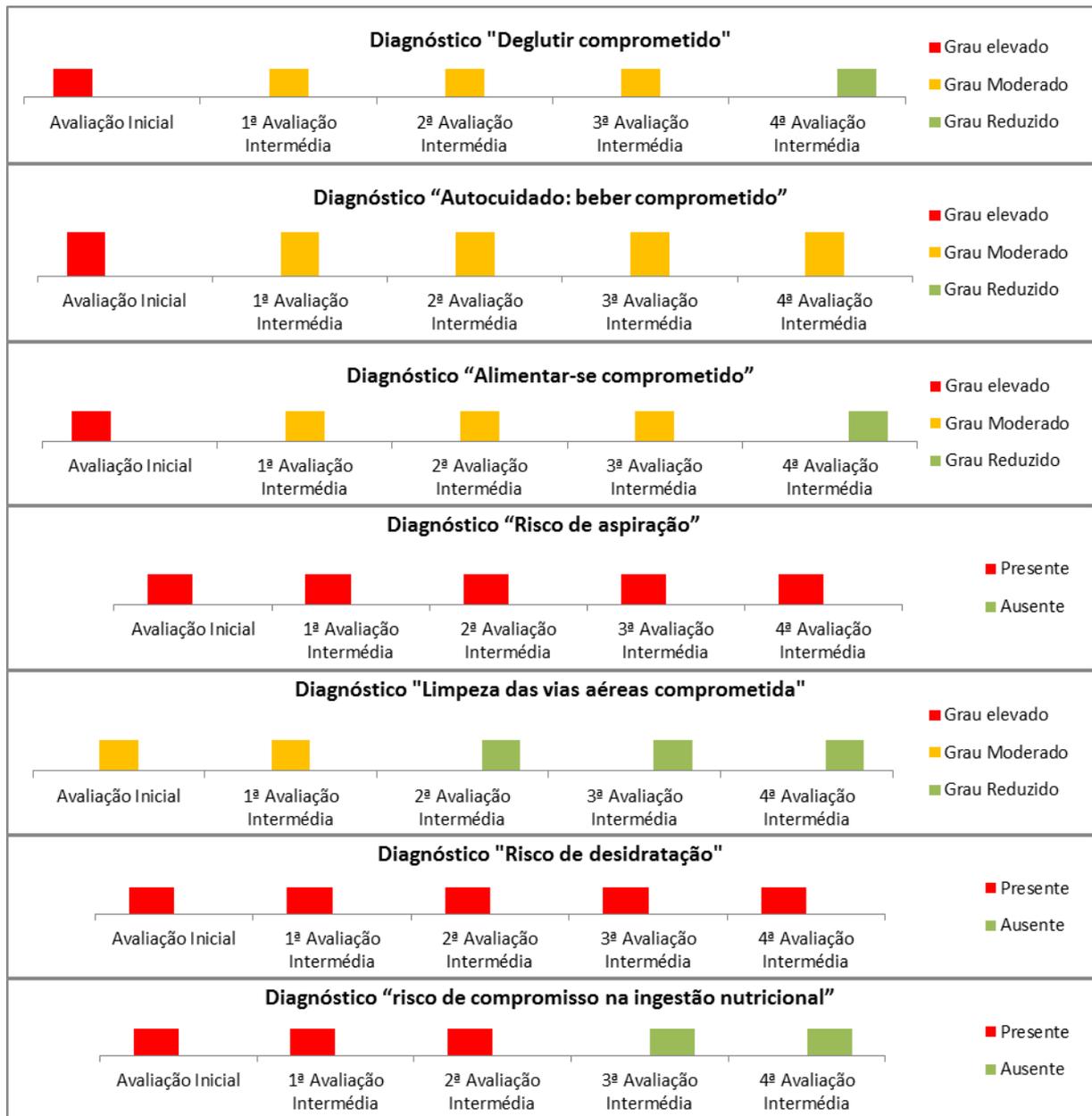
O doente demonstrou capacidade para realizar os exercícios e técnicas, sobretudo nas técnicas compensatórias/facilitadoras da deglutição, provavelmente devido ao maior número de sessões em que tais técnicas foram privilegiadas. Deteve uma elevada capacidade para realizar a técnica de deglutição de esforço, observável em todas as avaliações efectuadas. A maior dificuldade foi observada na realização da técnica de estimulação térmica, não apresentando capacidade para executá-la ao longo de todo o programa (Anexo X).

A mudança do programa de reabilitação contribuiu para que existissem algumas lacunas no conhecimento do doente. Demonstrou um conhecimento mais consistente nos exercícios terapêuticos ministrados desde o início do programa de intervenção, concretamente nos exercícios da língua e bochechas, maxilar inferior, posição reclinada e rotação cervical para o lado menos funcional (Anexo Y).

O prestador de cuidados esteve presente em todas as sessões, apreendendo corretamente os ensinamentos. Apresentou maior dificuldade em assimilar as posturas compensatórias de extensão cervical e a posição combinada de rotação e extensão cervical, não demonstrando conhecimento em nenhuma das avaliações. Demonstrou conhecimento mais consistente nas técnicas que permaneceram ao longo do programa de intervenção, tais como a posição reclinada, a inclinação cervical e a deglutição de esforço. Ao longo do programa de intervenção, o prestador de cuidados demonstrou conhecimentos sobre consistência adaptada (Anexo Z).

A evolução clínica do doente, a partir dos diagnósticos de enfermagem associados à deglutição comprometida, encontra-se expressa na figura 8, verificando-se alguma melhoria em termos da sua independência, mas ainda com risco de aspiração e desidratação no final do programa.

**Figura 8 – Diagnósticos de enfermagem associados à deglutição comprometida – doente D**



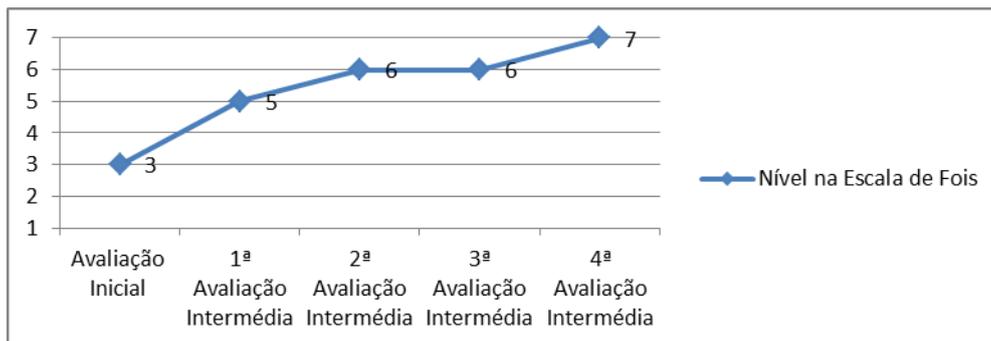
A condição ventilatória do doente foi atestada através da obenção dos valores basais de SpO<sub>2</sub>, os quais variaram entre os 91% e os 98%. Por valores baixos de oximetria a ar ambiente (91%), o doente teve necessidade de realizar oxigenoterapia por cânula nasal entre a terceira e a quinta sessão. Após realização de desmame, o doente manteve valores de SpO<sub>2</sub> numa tendência ascendente (Anexo AA).

O risco de compromisso nutricional foi monitorizado através da avaliação do IMC semanalmente. O doente na avaliação inicial apresentava um índice corporal de 25 kg/m<sup>2</sup>. Contudo,

no final do programa de intervenção, verificou-se que o doente apresentava uma redução de 0,5 kg/m<sup>2</sup>.

Reunindo os dados colhidos, foi categorizado o doente na escala de FOIS. O gráfico 11 mostra que, no final do programa, o doente reverteu por completo o compromisso na deglutição, situando-se no nível 7 na escala de FOIS (Ingestão total por via oral sem quaisquer restrições).

**Gráfico 11 – Categorização do doente D na escala de FOIS**



Foram implementadas medidas de RFM no intuito de debelar os défices motores e sensoriais do doente. Quanto à força muscular verificou-se melhoria dos défices do doente, constatando-se a presença de uma parésia de grau 3 a nível dos segmentos corporais do hemicorpo esquerdo e concorrendo para uma melhoria do equilíbrio corporal na posição sentado. Finaliza o programa com equilíbrio ortostático mantido com recurso a produtos de apoio. A nível dos défices sensoriais verificou-se a melhoria da parésia facial e recuperação da sensibilidade no hemicorpo afectado. Evidenciou-se melhoria franca da disartria.

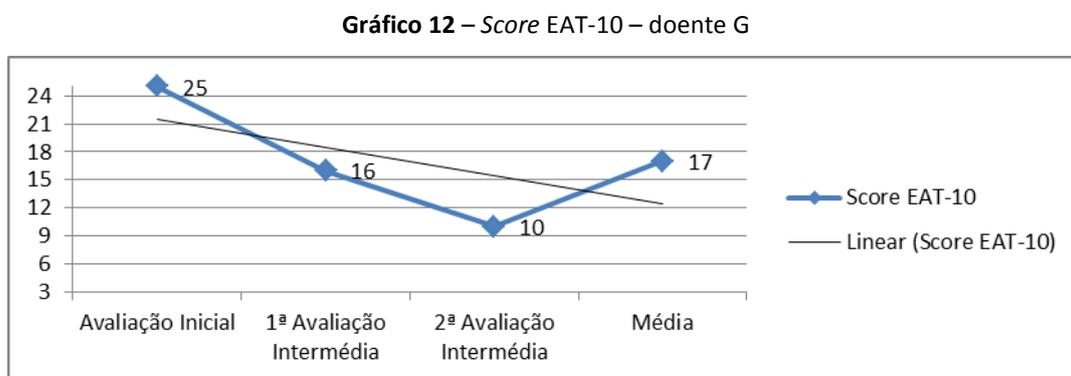
### ***O caso do doente G***

O sétimo doente a ser incluído no programa de intervenção era do sexo masculino e tinha 74 anos de idade. Foi admitido por AVC Isquémico da artéria cerebral média direita. Foi realizada a primeira avaliação não instrumental da deglutição no sexto dia de internamento. Iniciou plano de reabilitação nesse mesmo dia e demonstrou sempre colaboração relativamente aos cuidados prestados. Apresentava como défices motores uma hemiparésia esquerda com força muscular grau 4 na escala de *Lower*. Não apresentava défices sensoriais.

O programa de intervenção decorreu em 7 sessões, tendo sido realizado um total de 3 avaliações, respeitando o intervalo de 3 sessões. O doente manteve-se no programa até ao termo do Estágio Final.

A avaliação da função deglutição foi realizada através dos instrumentos de avaliação definidos (EAT-10, V-VST/MECV-V) e, tal como nos restantes doentes, foi sempre avaliado o nível de consciência através da aplicação da Escala de Comas de Glasgow, antes de qualquer intervenção. Apresentou, em todas as avaliações, 15 pontos na referida escala, demonstrando-se orientado e colaborante.

A avaliação da percepção do compromisso na deglutição, através do questionário EAT-10, foi completada pelo próprio após orientação sobre o seu preenchimento (Anexo U). A percepção do compromisso na deglutição apresentou uma tendência decrescente, confirmada pela curva de tendência linear (gráfico 12).



Após categorização do risco com o EAT-10 seguiu-se a aplicação do método de exploração clínico (V-VST/MECV-V). Os dados obtidos demonstram que, na última sessão, o doente já tolerava *bólus* de líquido, mantendo sinais de compromisso na segurança de deglutição nesta consistência, em volumes altos (20ml). Aconselhou-se a ingestão de líquidos com supervisão e em médios volumes (10 ml). De salientar que, em todas as avaliações, o doente apresentou dessaturação de oxigénio (Anexo V).

A escolha do programa de reabilitação da deglutição também se baseou nos achados clínicos do V-VST/MECV-V. Estes demonstram que o doente permaneceu todo o programa de intervenção com o programa de reabilitação 3 ativo e sugerem que o doente apresentou maior número de disfunções na fase faríngea (Anexo W).

O doente demonstrou, de forma geral, capacidade para executar exercícios e técnicas da deglutição por não apresentar paresia facial ou défices motores maior. A técnica onde se observou menor capacidade foi na manobra de *Masako*, sendo constatado esse facto nas três avaliações. A

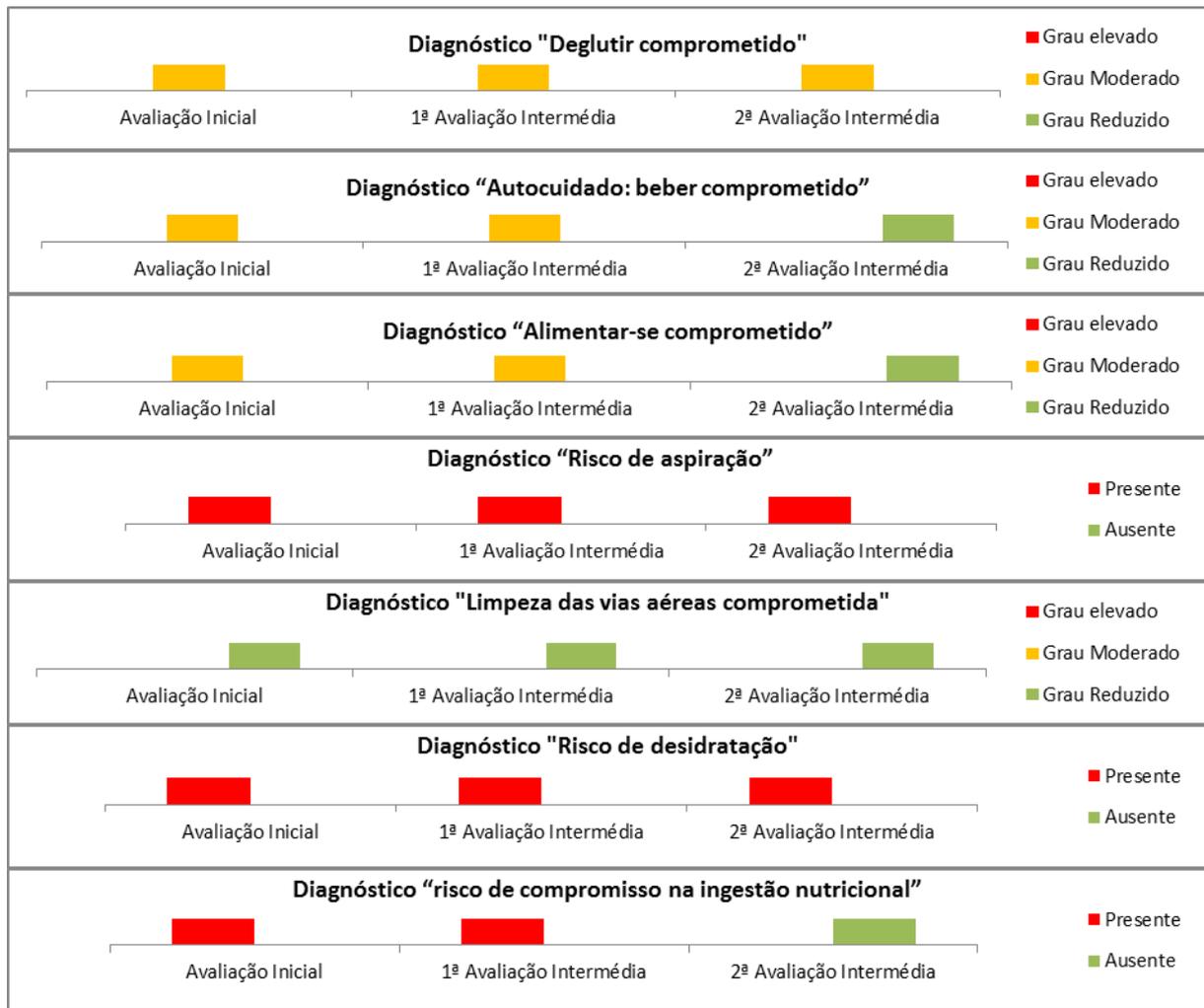
estimulação térmica foi, inicialmente, procedida pelo enfermeiro. Contudo, foi realizada tentativa para que o doente efetuasse a técnica, não tendo surtido benefício (Anexo X).

O conhecimento do doente sobre exercícios e técnicas de deglutição demonstrou-se inconstante. O maior déficit de conhecimento foi observado na manobra de *Mendelsohn* e na estimulação térmica, verificado em todas as avaliações efectuadas. Ao longo do programa de intervenção, o doente não adquiriu conhecimentos sobre a técnica de consistência adaptada (Anexo Y).

O prestador de cuidados do doente apreendeu corretamente os ensinamentos ministrados. Apenas numa das avaliações não demonstrou conhecimento sobre os exercícios e técnicas de deglutição. O prestador de cuidados demonstrou conhecimentos sobre a técnica de consistência adaptada (Anexo Z).

Nos diagnósticos de enfermagem associados à deglutição comprometida (figura 9) verificou-se a evolução positiva do doente no sentido da sua recuperação e independência mantendo-se o risco de aspiração e de desidratação no final do programa de intervenção.

**Figura 9 – Diagnósticos de enfermagem associados à deglutição comprometida – doente G**

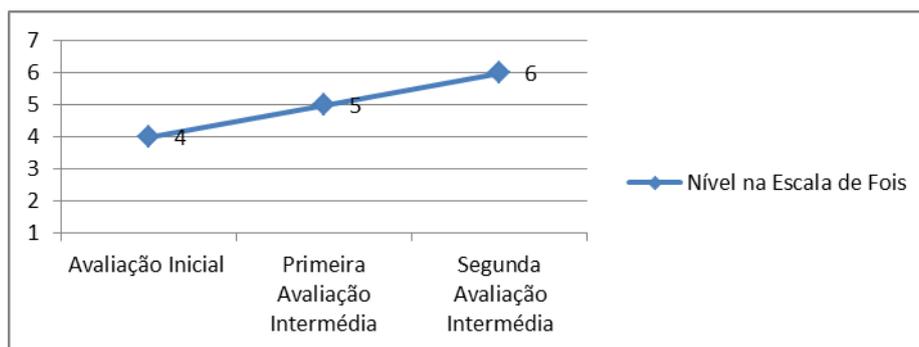


No âmbito da condição ventilatória do doente, foram obtidos valores basais de SpO<sub>2</sub> numa tendência ascendente (oscilando entre os 94 e os 98%). Na última sessão o doente apresentou valores basais de SpO<sub>2</sub> 2% mais elevados que na primeira avaliação (Anexo AA).

Tal como nos doentes anteriores, o risco de compromisso na ingestão nutricional foi monitorizado semanalmente através do IMC. Na avaliação inicial o doente apresentava um IMC de 32,3 kg/m<sup>2</sup>, mantendo este valor até ao final do programa.

Reunindo os dados colhidos e, de acordo com a escala FOIS, o gráfico 13 mostra que, no final do programa, o doente reverteu o compromisso na deglutição em dois níveis, situando-se no nível 6 na escala de FOIS (Ingestão total por via oral sem preparação específica, mas com restrição para alguns alimentos específicos e alguns líquidos)

**Gráfico 13 – Categorização do doente G na escala de FOIS**

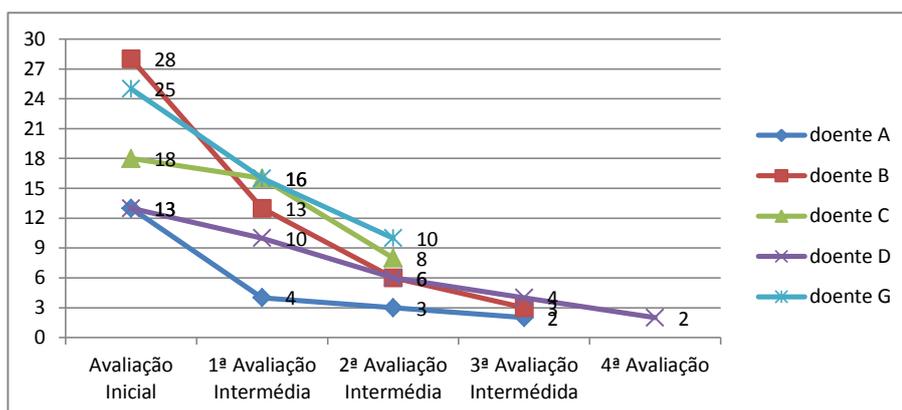


Ao longo do programa de intervenção foram implementadas medidas de RFM no intuito de debelar os défices motores do doente. Verificou-se a manutenção dos défices do doente, mesmo tendo sido realizada uma aposta significativa no treino muscular e articular resistido e no treino de marcha com andarilho.

### 6.2.2. Síntese dos casos

Três doentes (doente A, B e D) apresentaram *scores* de EAT-10 inferiores ou igual a 3 na avaliação final (gráfico 14). De acordo com Nogueira, Ferreira, Reis e Lopes (2015) e Rofes, Arreola, Mukherjee e Clave (2014) tais valores sugerem remissão total dos sintomas de compromisso na deglutição.

**Gráfico 14 – Síntese do Score EAT-10**



Relativamente à aplicação do método de exploração clínico (V-VST/MECV-V) dos 5 doentes, apenas dois doentes (doente A e D) finalizaram o programa de intervenção sem sinais de compromisso na segurança ou eficácia da deglutição (tabela 7).

**Tabela 7 – Síntese dos Resultados do V-VST/MECV-V**

Resultados do V-VST/MECV-V										
Doente	Avaliação	Último <i>bolus</i> com sinais de segurança		Sinais de compromisso na segurança			Sinais de compromisso na eficácia			
		Consistência	Volume	Tosse	↓SpO <sub>2</sub>	Alterações Vocais	Encerramento Labial	Resíduos Oraís	Deglutições Múltiplas	Resíduos Faríngeos
A	Avaliação Inicial	Néctar	10 ml	X	4%		X	X	X	X
	Avaliação Final	Líquido	20 ml							
B	Avaliação Inicial	Néctar	5 ml	X	6%	X				
	Avaliação Final	Líquido	10 ml	X					X	
C	Avaliação Inicial	Néctar	10 ml	X	4%	X	X		X	X
	Avaliação Final	Líquido	10 ml	X						X
D	Avaliação Inicial	Néctar	20 ml	X			X	X	X	
	Avaliação Final	Líquido	20 ml							
G	Avaliação Inicial	Néctar	5 ml		4%				X	X
	Avaliação Final	Líquido	10 ml	X	4%		X	X	X	X

Nota. ↓ diminuição; X – presente. Adaptado de: Clavé, Arreola, Romea, Medina, Palomera & Serra-Prat (2008)

Todos os doentes concluíram o programa de intervenção a tolerar *bolus* de líquido e observou-se uma progressão gradual na tolerância de consistências dos alimentos sólidos (tabela 8).

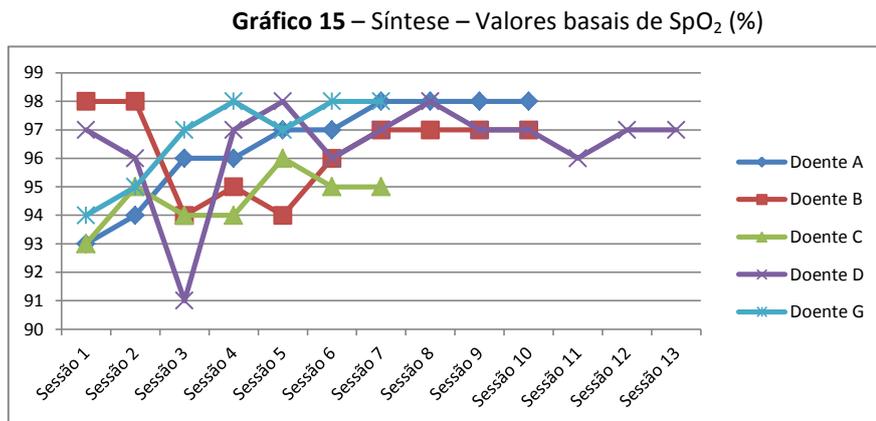
**Tabela 8 – Síntese - dieta recomendada ao longo do programa de intervenção**

Doente	Avaliação	Dieta Recomendada		
		Alimentos Líquidos		Alimentos Sólidos
		Consistência	Volume	Nível
A	Avaliação Inicial	Mel	20 ml	Nível 2
	Avaliação Final	Líquido	20 ml	Nível 4
B	Avaliação Inicial	Pudim	20 ml	Nível 1
	Avaliação Final	Líquido	10 ml	Nível 3
C	Avaliação Inicial	Mel	20 ml	Nível 1
	Avaliação Final	Líquido	10 ml	Nível 3
D	Avaliação Inicial	Pudim	20ml	Nível 1
	Avaliação Final	Líquido	20 ml	Nível 4
G	Avaliação Inicial	Pudim	20 ml	Nível 1
	Avaliação Final	Líquido	10 ml	Nível 3

Adaptado de: Glenn-Molali (2011, p. 311).

Apenas um doente (doente G) não apresentou progressão da autonomia no diagnóstico deglutir comprometido. No âmbito dos diagnósticos autocuidado beber comprometido, alimentar-se comprometido e limpeza das vias aéreas comprometida, todos os doentes apresentaram evolução positiva no grau de autonomia. Quanto ao diagnóstico risco de desidratação presente, apenas um doente (doente A) terminou o programa de intervenção não evidenciando o referido risco.

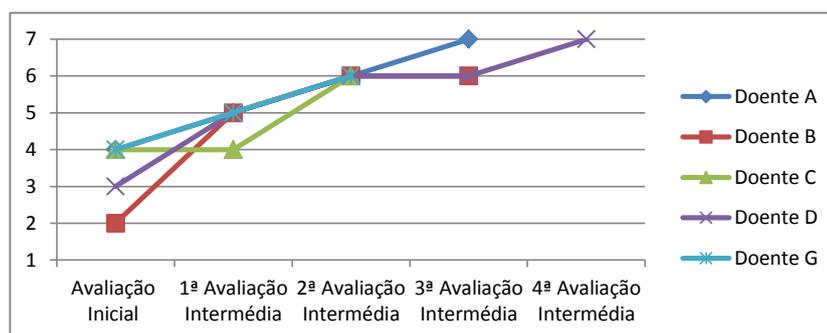
Apesar de 4 dos 5 doentes estudados manterem risco de aspiração ao longo de todo programa, as curvas de SpO<sub>2</sub> manifestam uma tendência ascendente (gráfico 15).



Nos doentes abordados era evidente o risco de compromisso na ingestão nutricional. Contudo, ao longo do programa de intervenção, não foram observadas grandes oscilações nos valores de IMC. A maior oscilação foi verificada no doente D com 0,5 kg/m<sup>2</sup>.

Após a análise detalhada caso-a-caso verifica-se que todos os doentes que concluíram o programa de intervenção apresentaram melhoria funcional da deglutição, comprovado pela progressão no nível de FOIS. Contudo, apenas dois doentes (doente A e D) reverteram por completo o compromisso na deglutição, atingindo o nível 7 na escala de FOIS (Ingestão total por via oral sem quaisquer restrições) (gráfico 16).

**Gráfico 16 – Síntese da categorização na escala de FOIS**



Tratando-se de doentes com AVC, as intervenções de enfermagem implementadas no âmbito da RFM foram fundamentais para a remissão dos défices motores e sensoriais observados. Foi observada uma progressão positiva principalmente nos doentes que se encontravam hemiplégicos no início do programa de intervenção, contribuindo de forma afincada para a concretização do autocuidado.

### **6.3. Discussão dos Resultados do Programa de Intervenção**

Os resultados do programa de intervenção demonstram que os EEER desempenham um papel fundamental na intervenção precoce junto dos doentes com deglutição comprometida, pois os enfermeiros são os profissionais que permanecem mais tempo junto dos doentes, sendo responsáveis por assegurar a sua autonomia e segurança, tal como sugerem Guedes, Vicente, Paula, Oliveria, Andrade e Barcelos (2009). Reforçando tal ideia, a ESSD (2013) sugere que, para uma abordagem eficaz do compromisso na deglutição, emerge a necessidade de encarar esta realidade como uma prioridade de atuação multidisciplinar.

Easterling (2017) defende que são necessárias pesquisas para estabelecer a eficácia da reabilitação em distúrbios específicos da deglutição, definindo o tratamento adequado para rentabilizar os custos e produzir resultados positivos no doente. Concorrendo para tal objetivo, os casos apresentados, contemplaram a avaliação do compromisso da deglutição através de instrumentos de avaliação apropriados e, em função das alterações detetadas, implementou-se um programa de optimização da deglutição visando a recuperação da função perdida.

No processo de seleção do programa de reabilitação da deglutição mais apropriado, a utilização das ferramentas EAT-10 e V-VST/MECV-V foi fundamental para caracterizar, de forma adequada o compromisso observado, tal como defendido por Rofes, Arreola, Mukherjee e Clave (2014).

Com o EAT-10 observou-se que os problemas percebidos com maior frequência pelos doentes residiam em “engolir líquidos exige um esforço maior” e “eu tusso quando como” com médias de 2,16 e 1,95 pontos, sugerindo serem os que mais inquietam os doentes com deglutição comprometida (Anexo AB). Tais dados sublinham que o compromisso da deglutição pode causar distúrbios sociais e psicológicos, conduzindo a sentimentos de depressão e ansiedade durante as refeições, tal como sugerido por Nogueira, Ferreira, Reis e Lopes (2015). Verificou-se que todos os doentes apresentaram uma redução significativa dos sintomas. A aplicação do EAT-10 permitiu quantificar o grau de severidade dos sintomas do compromisso na deglutição dos doentes e monitorizar a eficácia do programa de reabilitação, tal como referem Nogueira, Ferreira, Reis e Lopes, 2015; Queirós, Moreira, Silva, Costa & Lains, 2013 e Rofes, Arreola, Mukherjee e Clave, 2014.

Rofes, Arreola, Mukherjee e Clave (2014) referem que a conjugação do EAT-10 com o método de exploração clínico (V-VST/MECV-V) apresenta grande precisão na deteção do compromisso na deglutição. Os resultados apresentados com a aplicação destes instrumentos salientam a importância da realização de um rastreio clínico por alguém treinado, podendo ser um enfermeiro, integrando a avaliação da eficácia e segurança da deglutição, determinando a presença, gravidade e mecanismo do compromisso na deglutição, tal como indicado pela European Society for Swallow Disorders (2013). O V-VST/MECV-V permitiu despistar alterações na segurança e eficácia da deglutição e verificou-se que todos os doentes, no final do programa, já toleravam *bólus* de líquido. Tal facto sugere a eficácia das intervenções planeadas.

Em consonância com o estudo de Pauloski (2008), foi importante identificar a origem do compromisso na deglutição. Tendo em conta as manifestações clínicas observadas mediante a realização do V-VST/MECV-V (Rofes, Arreola, Mukherjee & Clave, 2014), foi fundamental o ajuste dos exercícios de fortalecimento muscular, posturas compensatórias e técnicas facilitadoras da deglutição, tal como defendem Alves e Andrade (2017). Esse ajuste permitiu individualizar o plano de intervenção de acordo com a disfunção apresentada pelo doente. Os doentes apresentaram maior número de disfunções na fase faríngea, sendo o programa 3 escolhido com maior frequência.

Altman, Richards, Goldberg e McCabe (2013) defendem que a reeducação funcional da deglutição do doente com AVC deve incluir medidas terapêuticas dirigidas ao aumento da sensibilidade oral, exercícios motores orais e manobras compensatórias de forma a prevenir a aspiração. Estes aspectos foram sempre incluídos nos três programas de reabilitação propostos.

Os doentes demonstraram, de uma forma geral, deter conhecimento e capacidade para executar exercícios e técnicas de deglutição, sendo o reforço positivo fundamental (Li *et al*, 2016) e necessário para a sua concretização. A dificuldade dos doentes em realizar determinadas técnicas, principalmente no que concerne às técnicas facilitadoras da deglutição, prendeu-se pela presença de défices motores/sensoriais que impossibilitaram a sua autonomia na realização das mesmas. Assim, a participação do prestador de cuidados no processo de reabilitação do doente demonstrou-se fundamental, reforçando a importância do seu papel na continuidade dos cuidados, tal como defendido por Glenn-Molali (2011).

Estas conclusões sugerem que o programa de intervenção poderia ter um tempo de duração superior, visto que estes exercícios terapêuticos demoram cerca de 1 a 6 semanas a produzirem benefícios (Logeman, 2008). Contudo, o número de sessões e os dias de programa estiveram dentro do apontado em estudos anteriores (Alves & Andrade, 2017; Furkim & Sacco, 2008; Pinto, Cola, Carvalho, Motonaga & Silva, 2013).

Através da revisão da literatura efetuada e da informação obtida pensa-se poder afirmar que os cuidados de ER são fundamentais nos doentes com deglutição comprometida, reconhecendo alguma urgência numa atenção sistematizada e especializada neste âmbito, visando promover os processos de readaptação e promover a capacidade para o autocuidado (Regulamento nº 350/2015 de 22 de junho da OE). Salienta-se a importância do planeamento dos cuidados de ER baseados em diagnósticos de enfermagem em conformidade com a disfunção observada. Os resultados apresentados comprovam que todos os doentes apresentaram uma melhoria no compromisso da deglutição, melhoria da condição ventilatória e do autocuidado.

A aposta na cinesiterapia respiratória foi fundamental, prevenindo a pneumonia por aspiração e otimizando a condição ventilatória do doente, tal como defendido por Kagaya, Inamoto, Okada & Saitoh (2011); Lee, Lee, Kim, Lee e Park (2015).

Observou-se que dois doentes, no início do programa, apresentavam SNG e que, no final do mesmo, nenhum doente necessitava de tal dispositivo para suprimir as suas necessidades

nutricionais. O treino de deglutição, conjugado com técnicas de *biofeedback*, foi fundamental para a reeducação funcional da deglutição desses doentes, tal como defendem Li *et al.* (2016).

De uma forma global, as intervenções implementadas concorreram para a reeducação da deglutição comprometida, sendo comprovada a melhoria funcional em todos os doentes que concluíram o programa. Tal facto foi atestado pela progressão na escala FOIS. Importa salientar que a recuperação funcional da deglutição demonstrou-se diretamente proporcional ao compromisso do doente nos autocuidados.

O estudo destes casos permitiu ajuizar sobre a importância da avaliação sistemática da deglutição e o acompanhamento do risco nutricional dos doentes com AVC que exigem um esforço contínuo tal como sugerido por Kampman *et al.* (2015).

## **7. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS**

Com a conclusão da UC Estágio Final é importante avaliar os objetivos inicialmente delineados na formulação do projeto de intervenção profissional. Esta ação permite aferir o alcance de competências comuns do enfermeiro especialista, das competências específicas do EEER e das competências de mestre, facilitando na sua reflexão.

O conceito de competência profissional envolve duas componentes centrais para a sua aquisição, são elas: a mobilização de conhecimentos e o agir com responsabilidade. A competência profissional reside num saber agir responsável que contempla a mobilização e transferência de conhecimentos, recursos e habilidades que atribuem valor económico à instituição e valor social ao próprio trabalhador (Paiva & Martins, 2011).

### **7.1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista**

Para a aquisição de competências comuns do enfermeiro especialista demonstrou-se proveitoso o trabalho desenvolvido pelo mestrando. Foi possível desempenhar um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica (Regulamento nº 122/2011 de 18 de fevereiro da OE), por exemplo através da sugestão da implementação da MIF, em suporte *Excel*, no serviço que acolheu o estudante na referida UC. A aplicação deste instrumento possibilitou um cálculo mais preciso do nível de dependência funcional de alguns doentes internados no serviço. A participação em algumas reuniões do grupo de EEER da unidade hospitalar (Grupo Institucional Reabilitação Operacional) e no I Seminário de Enfermagem da unidade hospitalar permitiram entrar em contacto com alguns projetos no âmbito da melhoria contínua dos cuidados e observar os resultados alcançados pelos mesmos (Anexo AC).

Ainda sobre as competências gerais do enfermeiro especialista, o Regulamento nº 122/2011 de 18 de fevereiro da OE refere que este “concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade” (p.8651). O alcance desta competência foi possível com a realização do programa de intervenção exposto neste relatório. Foi elaborada toda uma análise da produção de

cuidados do contexto do Estágio Final, sendo identificada uma problemática e elaborado um programa no intuito de melhorar a qualidade dos cuidados prestados e reduzir os riscos relacionados com a mesma. Também foram desenvolvidas atividades no âmbito da melhoria contínua da qualidade, das quais se destacam a realização de uma sessão clínica (Anexo AD) e a elaboração de um póster informativo (Anexo AE) no âmbito do programa de intervenção.

O enfermeiro especialista, através de uma postura proactiva, “cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro” (Regulamento nº 122/2011 de 18 de fevereiro da OE). A aquisição desta competência foi conseguida através da elaboração de planos de cuidados de enfermagem, no âmbito da área de especialidade, individualizados e contextualizados com as reais necessidades do doente e respetiva família. Estes planos foram concebidos em parceria com os doentes e família, demonstrando-se mutáveis ao longo do tempo, visando a sua constante aplicabilidade e segurança do doente, procurando prevenir eventos adversos. Tendo em conta que na prestação de cuidados especializados existe risco de erro clínico, foram desenvolvidos esforços de forma a evitar a sua ocorrência, apresentando-se o planeamento de cuidados como uma ferramenta fundamental para minimizar tais erros. A prestação de cuidados especializados foi pautada pela adoção de uma ergonomia adequada, prevenindo a ocorrência de lesões músculo-esqueléticas relacionadas com o trabalho e diminuindo o risco de lesão física do doente. A realização da sessão clínica também contribuiu para o alcance desta competência, na medida em que esta sessão contribuiu para sensibilizar os pares para a problemática da deglutição comprometida, fornecendo informações sobre instrumentos eficazes para garantir a segurança de doentes com a referida disfunção.

O enfermeiro especialista “gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional.” (Regulamento nº 122/2011 de 18 de fevereiro da OE, p. 8652). O Estágio Final demonstrou-se um período de excelência para alcançar esta competência, na medida em que foi possível a colaboração com o orientador clínico em atividades de gestão dos cuidados. A participação ativa em várias reuniões de serviço também se demonstrou fundamental, facilitando o contributo para decisões no seio da equipa multidisciplinar e, na ausência da Enfermeira Chefe, foi possível colaborar na orientação e supervisão das tarefas delegadas, visando a segurança e qualidade dos cuidados prestados pela equipa.

O enfermeiro especialista “adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a optimização da qualidade dos cuidados.” (Regulamento nº 122/2011 de 18 de fevereiro da OE, p. 8652). Ao longo do Estágio Final foi fundamental a colaboração com a Enfermeira

Chefe e o Orientador Clínico em atividades de gestão dos cuidados, observando atentamente o estilo de liderança praticado a fim de promover a qualidade dos mesmos.

É igualmente suposto que o enfermeiro especialista desenvolva “o autoconhecimento e a assertividade” (Regulamento nº 122/2011 de 18 de fevereiro da OE, p. 8652). Toda a experiência vivida ao longo do mestrado demonstrou-se proveitosa para a aquisição desta competência, contribuindo para o desenvolvimento do mestrando quer a nível pessoal, quer a nível profissional. O Estágio Final apresentou-se como período de excelência para o crescimento e o presente relatório como um momento de reflexão sobre os conteúdos apreendidos e atividades desenvolvidas nesta fase final do percurso. Este período demonstrou-se exímio para o desenvolvimento do conhecimento científico, principalmente no âmbito da prestação de cuidados especializados de ER. Foi um período intenso e de elevada pressão, com a qual o mestrando conseguiu lidar eficazmente, respondendo com segurança e prontidão a todas as tarefas que lhe foram solicitadas, assim como antecipando e prevendo eventuais situações geradoras de conflitos.

Outra das competências que é suposto desenvolver reside na capacidade do enfermeiro especialista em basear a sua prática clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento e apresentar-se como agente facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, na área da especialidade (Regulamento nº 122/2011 de 18 de fevereiro da OE). Concorrendo para o desenvolvimento desta competência, e após ter sido identificada a necessidade formativa foi desenvolvida a sessão clínica já referida, procedendo-se à avaliação do impacto da mesma através da aplicação de um questionário de avaliação da sessão (Anexo AF). A sessão foi bastante produtiva e esclarecedora, sendo atingidos os objetivos propostos. Concorrendo para o mesmo objetivo foi possível frequentar o IV Encontro de Reabilitação no Doente Pós-AVC (Anexo AG), fundamental para a partilha de experiências multiprofissionais na abordagem ao doente com AVC e sobre a prestação de cuidados de reabilitação a doentes com deglutição comprometida, tema do programa de intervenção desenvolvido ao longo do Estágio Final. Também foi possível frequentar o II Seminário da Disfagia Orofaríngea – Importância de uma Abordagem Interdisciplinar, organizado pelo Centro Hospitalar Universitário do Algarve, que decorreu no dia 19 de dezembro de 2017 em Faro.

Ampliando os horizontes do saber em Enfermagem, o enfermeiro especialista procura suportar a sua prática clínica em sólidos padrões de conhecimento, na área da especialidade (Regulamento nº 122/2011 de 18 de fevereiro da OE). Contemplando a projeção e implementação do programa de intervenção, o presente Relatório contribui, de forma sustentada, para a aquisição desta unidade de competência. Possibilitou a interpretação e organização dos dados provenientes da

evidência, visando fortalecer o conhecimento e desenvolvimento em enfermagem. Para completar esta unidade de competência, almeja-se a futura divulgação do programa de intervenção e respetivos resultados.

Com o objetivo de “estabelecer a liderança na formulação e implementação de políticas, padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho” (Regulamento nº 122/2011 de 18 de fevereiro da OE, p. 8653) foram rentabilizadas todas as oportunidades de aprendizagem, visando obter uma base sólida de conhecimentos em enfermagem. A concretização do programa de intervenção concorreu, de igual modo, para a aquisição desta unidade de competência.

A prática de enfermagem especializada respeita um exercício seguro, profissional e ético, fazendo recurso a uma tomada de decisão ética e deontológica inerente à profissão. Tal prática assenta no “desenvolvimento de uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção” (Regulamento nº 122/2011 de 18 de fevereiro da OE, p.8649). Ao longo do Estágio Final foi cumprida esta competência em todos os contactos com a pessoa cuidada e respetivos familiares, observando-se uma prática de cuidados assente num agir e pensar ético, e respeitando a deontologia profissional de enfermagem.

A universalidade relativa é compatível com as premissas presentes na Declaração Universal dos Direitos Humanos, a qual assume que toda a pessoa tem direito à vida, liberdade, segurança, educação e participação política (França, 2016). Ao longo do Estágio Final prestaram-se cuidados especializados de ER tendo em conta a noção de universalidade relativa e sendo “promovidas práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais” (Regulamento nº 122/2011 de 18 de fevereiro da OE, p.8650). O conjunto dos procedimentos desenvolvidos no âmbito do programa de intervenção foi exemplo dessas práticas.

## **7.2. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação**

Reunidas as condições para a aquisição e desenvolvimento de competências específicas do EEER, impõe-se um momento de reflexão sobre as atividades desenvolvidas no âmbito de cada uma das suas três competências. Tal é possível através de uma análise suportada nas unidades de

competência e critérios de avaliação definidos pelo Regulamento nº 125/2011 de 18 de fevereiro da OE.

A primeira competência específica do EEER diz respeito a cuidar de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados (Regulamento n.º 125/2011 de 18 de fevereiro da OE). O cuidado do outro ou cuidado pelo outro reflete pensamentos e ações que têm implícita uma maneira de estar e de se relacionar que compreende a ajuda ao outro sempre no sentido do seu crescimento (Grilo & Mendes, 2015). Mediante a prestação de cuidados de ER à pessoa com afecções neurológicas e respiratórias, verificou-se o alcance desta competência reflectida nas intervenções de ER desenvolvidas no âmbito do ensino e capacitação para o autocuidado tanto dos doentes como das suas famílias. Foi possível proceder a uma abordagem holística da pessoa, colhendo dados pertinentes através de escalas e instrumentos de medida, visando identificar alterações ou risco de alteração da funcionalidade, aspetos favoráveis ou desfavoráveis para a concretização do autocuidado e aspectos psicossociais suscetíveis de interferem com processo de reabilitação.

Tais avaliações conduziram à elaboração de planos de cuidados respeitando o processo de enfermagem em todas as suas vertentes. Estes planos possibilitaram a promoção de capacidades adaptativas com vista ao autocontrolo e autocuidado, sendo, para tal, selecionadas e prescritas intervenções sensíveis às alterações funcionais detetadas. Respeitaram-se sempre as convicções do doente/família, dando-se primazia a momentos de reflexão conjunta com os mesmos, nos quais foram definidas estratégias e estabelecidas metas exequíveis. Estas premissas tiveram sempre presentes na implementação do programa de intervenção.

A segunda competência específica do EEER que lhe permite capacitar a pessoa com deficiência, limitação da atividade ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania (Regulamento n.º 125/2011 de 18 de fevereiro da OE) foi desenvolvida através da elaboração e implementação de programas de treino de atividades de vida diária, procurando capacitar a pessoa para o exercício da sua autonomia e contribuindo para a sua independência. Foram implementadas intervenções promotoras do autocuidado que envolveram a instrução/treino de técnicas específicas e a avaliação da necessidade de utilização de equipamento adaptativo. Fez-se recurso a esses produtos, oferecendo à pessoa todos os instrumentos necessários para melhorar a sua funcionalidade. Assim, no decorrer deste período, o mestrando foi selecionando e prescrevendo os produtos de apoio tendo em conta as reais necessidades da pessoa. A utilização de produtos de

apoio no programa de intervenção demonstrou-se bastante proveitosa, tendo desempenhando um papel fundamental para a recuperação funcional da pessoa com deglutição comprometida.

No âmbito desta competência específica do EEER, a passagem pelo Departamento de Atividades de Vida Diárias no Centro de Medicina Física e Reabilitação de Alcoitão, que decorreu do dia 23 a 25 de outubro de 2017, demonstrou-se um período bastante rico em novas aprendizagens que possibilitou a consolidação dos conhecimentos teóricos aprendidos ao longo do Mestrado em Enfermagem e permitiu a mobilização desses mesmos conhecimentos para o contexto da prática clínica durante o Estágio Final.

Quanto à terceira competência do EEER, a de maximizar a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa (Regulamento n.º 125/2011 de 18 de fevereiro da OE), esta foi desenvolvida através de práticas de qualidade centradas no desenvolvimento da funcionalidade da pessoa cuidada. Ao longo do Estágio Final, o mestrando prestou cuidados de ER que abordaram componentes de treino na área da RFM e RFR. As intervenções de enfermagem visaram a constante maximização das capacidades funcionais e possibilitaram a colaboração da pessoa/família nos cuidados prestados. A frequente monitorização desses cuidados possibilitou uma avaliação pormenorizada dos resultados obtidos assim como a reformulação dos planos de cuidados, procurando potenciar o rendimento e desenvolvimento da pessoa.

Tendo em conta todo o trabalho desenvolvido para o alcance desta competência, destaca-se o contributo do programa de intervenção sobre cuidados de ER em doentes com deglutição comprometida. Este programa permitiu conceber sessões de treino direcionadas para a disfunção observada, fornecendo à pessoa/família instrumentos de forma a promover segurança, reeducar a função e maximizar a autonomia.

Após a reflexão sobre as atividades desenvolvidas para a aquisição e desenvolvimento de competências específicas de EEER, resta salientar que todo o trabalho desenvolvido, ao longo do Estágio Final, permitiu adquirir tais competências na sua plenitude.

### **7.3. Competências de Mestre em Enfermagem**

O mestre detém a capacidade de desenvolver e fazer recurso a pesquisas visando acrescentar valor à sua atividade profissional, imprimindo análise crítica da prática e promovendo o desenvolvimento técnico-científico (Munari, Parada, Gelbcke, Silvino, Ribeiro & Scochi, 2014).

Estando reunidas as condições para a aquisição de competências de mestre em enfermagem, é fundamental uma reflexão sobre as atividades desenvolvidas, clarificando o seu contributo para o alcance das mesmas. A atribuição deste grau académico encontra-se baseada no Decreto-Lei n.º 63/2016 de 13 de setembro, do Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, que regulamenta o regime jurídico dos graus académicos e dos diplomas do ensino superior. A reflexão apresentada nesta secção baseou-se nos itens expostos no referido documento legal.

O mestrando deve ser capaz de possuir conhecimentos e demonstrar uma capacidade avançada de compreensão. Estas características devem cimentar os conhecimentos adquiridos na licenciatura e possibilitar o desenvolvimento de aplicações originais na sua área de especialização (Decreto-Lei nº 63/2016 de 13 de setembro do Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior). O mestre de enfermagem detém a capacidade e reúne habilidades de forma a iniciar, colaborar, suportar e disseminar produções de carácter científico para a promoção de uma prática de enfermagem especializada baseada na evidência.

O primeiro passo para o alcance desta competência deu-se com a publicação do artigo “Enfermagem de Reabilitação e a Acessibilidade da pessoa com Incapacidade” na Revista Iberoamericana de Saúde e Envelhecimento. Esta produção original aprofundou os conhecimentos adquiridos na UC Enfermagem de Reabilitação na Comunidade e procurou disseminar o trabalho académico desenvolvido ao longo da referida UC. O recurso constante à pesquisa bibliográfica permitiu desenvolver uma prática especializada de ER apoiada na evidência científica mais recente, visando atingir as competências comuns do enfermeiro especialista, específicas do EEER e de mestre.

O processo de projecção, concretização e análise dos resultados obtidos pelo programa de intervenção foi fundamental para a aquisição da referida competência. Os resultados alcançados demonstram-se fulcrais para evidenciar a qualidade dos cuidados de ER prestados ao longo do programa de intervenção. A busca pela prestação de cuidados de qualidade exigiu a elaboração de um enquadramento e fundamentação teóricos visando documentar a importância do EEER no processo de recuperação funcional da pessoa com compromisso na deglutição.

A participação em atividades extracurriculares como Seminários e Encontros afetos à área de especialização concorreram para o gradual alcance da referida competência.

No exercício das suas plenas funções, o mestre deve procurar aplicar os seus conhecimentos e habilidades no sentido de resolver problemas em situações novas e não familiares, em contextos multidisciplinares, relacionados com a sua área de especialização (Decreto-Lei nº 63/2016 de 13 de setembro do Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior). O mestre em Enfermagem desenvolve uma postura proactiva em contexto multidisciplinar e intersectorial, integrando equipas e projetos no âmbito da sua área de intervenção. Demonstrou-se fundamental a adoção de um comportamento proactivo do mestrando no sentido de colaborar em reuniões multidisciplinares e participar em projetos a decorrer no serviço. Salienta-se a autonomia do mestrando para lidar com situações novas no contexto da prática clínica especializada, aplicando os conhecimentos e técnicas inerentes para sua resolução.

O mestre, no âmbito do seu exercício profissional, deve ser detentor da capacidade de aplicar conhecimentos que o permitam lidar com situações complexas, procurando soluções e emitindo juízos. Desta forma, deve ser capaz de refletir sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais inerentes a essas soluções e juízos (Decreto-Lei nº 63/2016 de 13 de setembro do Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior). Ao longo do Estágio Final o mestrando aplicou habilidades e conhecimentos visando a tomada de decisão e adoptando um agir reflexivo orientado para a responsabilidade ética, deontológica e social que está plasmada neste relatório.

Dado o seu conhecimento profundo sobre uma área específica, o mestre detém a capacidade de comunicar o resultado das suas produções autónomas, dos seus conhecimentos e raciocínios, a especialistas e não especialistas, de uma forma clara e objetiva (Decreto-Lei nº 63/2016 de 13 de setembro do Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior). O mestre em Enfermagem é um agente promotor de excelência da formação dos pares e colaboradores. Para o alcance desta competência preconiza-se a produção de um artigo científico a partir da evidência gerada com a implementação deste programa de intervenção.

A autonomia e a competência profissional são características muito próprias do mestre. O Decreto-Lei nº 63/2016 de 13 de setembro do Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior vem reforçar que o mestre detém "(...) competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo" (p. 3174). O mestrando

demonstrou, de forma autónoma, os conhecimentos e habilidades apreendidas ao longo do seu percurso.

Na aquisição de competências de mestre em Enfermagem, a prova pública apresentar-se-á como o culminar do processo. Será, decerto, um momento de aprendizagem no qual o mestrando poderá ter a oportunidade de expor e argumentar o trabalho desenvolvido, permitindo demonstrar as suas competências adquiridas.

## 8. CONCLUSÕES

O planeamento desta UC pela equipa docente e a monitorização constante pela Enfermeira Chefe, pelo Supervisor Clínico e pelo Docente Orientador, possibilitaram o desenvolvimento de estratégias profissionais e atividades curriculares e extracurriculares que contribuíram para crescimento do mestrando. Destaca-se a vontade constante que o mesmo apresentou de alargar os horizontes, adquirindo e desenvolvendo conhecimentos e habilidades visando uma prática especializada de enfermagem revestida de qualidade.

Após análise do contexto da prática de cuidados na unidade de internamento e tendo sido já identificada uma área problemática sensível à ER, impôs-se o desenvolvimento de um programa de intervenção que foi baseado na reeducação funcional da pessoa com deglutição comprometida e respetiva capacitação para o autocuidado.

Os cuidados de ER revelaram-se indispensáveis à promoção das capacidades da pessoa. Neste processo, as intervenções específicas que integraram o programa potenciaram a capacitação dos doentes com incapacidade e a sua inclusão social visando reconquistar a sua cidadania.

No trajeto para a aquisição e desenvolvimento de competências comuns de enfermeiro especialista, específicas de ER e de mestre foram traçados objetivos para a UC Estágio Final, os quais se consideram atingidos após a análise reflexiva das referidas competências. A UC Estágio Final decorreu de forma a permitir o desenvolvimento pessoal e profissional, concorrendo para a aquisição das mesmas.

Suportado no Decreto-Lei nº 63/2016 de 13 de setembro do Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, o mestrando adoptou uma postura que lhe permitiu aprofundar conhecimentos de uma forma auto-orientada. Este agir autónomo permitiu desenvolver o programa de intervenção presente neste relatório procurando mobilizar conhecimentos avançados. Tais conhecimentos orientaram para a capacidade de produzir reflexões no sentido da tomada de decisão, permitiram a aquisição de habilidades nas diversas áreas da prática clínica de enfermagem e desenvolveram proficiências no âmbito da comunicação das conclusões alcançadas com a prática especializada baseada na evidência científica.

Os resultados alcançados com o programa de intervenção permitiram destacar a eficácia das intervenções de ER delineadas para incrementar a segurança e a funcionalidade dos doentes com compromisso na deglutição, na expectativa de que o mesmo possa ser integrado nos cuidados de ER nesses doentes.

No início do programa de intervenção, todos os doentes apresentavam níveis na escala de FOIS inferior ou igual a 4 e terminaram o programa com níveis iguais ou superiores a 6, demonstrando melhoria funcional da deglutição. Apenas dois doentes reverteram por completo o compromisso na deglutição, atingindo o nível 7 na escala de FOIS. Um doente não apresentou progressão da autonomia no diagnóstico deglutir comprometido. No âmbito dos autocuidados, todos os doentes apresentaram evolução positiva no grau de autonomia. Apenas um doente terminou o programa não evidenciando risco de aspiração, contudo as curvas da SpO<sub>2</sub> manifestam uma tendência ascendente, demonstrando a eficácia das intervenções de RFR nestes doentes. Ao longo do programa foi evidente o risco de compromisso na ingestão nutricional, mas não foram observadas grandes oscilações nos valores de IMC que comprovassem tal compromisso. Estes dados permitem concluir que as intervenções de enfermagem demonstraram-se eficazes para reverter o compromisso na deglutição dos doentes e concorreram para incrementar a sua autonomia.

Dos resultados do programa de intervenção, sobressaem algumas limitações. Seria importante, numa futura pesquisa, alargar o tempo disponível para a implementação do programa, permitindo uma amostragem mais significativa e expressiva. Tomo, Pereira, Pompeu e Pompeu (2014) defendem que, no treino funcional, a divisão da atenção pode prejudicar o desempenho da pessoa ao longo da referida tarefa. O facto de o programa de intervenção ter sido implementado nos turnos da manhã impossibilitou uma adequada atenção da pessoa nas tarefas ministradas, pois existia sempre excesso de ruído e movimentação nos quartos. Pensamos que se o programa de intervenção decorresse nos turnos da manhã e tarde seria possível aumentar o número de sessões e proporcionar uma prestação de cuidados num ambiente mais favorável, aumentando a sua eficácia.

Verificou-se, mediante a pesquisa bibliográfica efetuada, a presença de poucos estudos publicados por enfermeiros na área da reeducação funcional da deglutição comprometida. O presente estudo e a sua eventual publicação poderão fornecer um contributo para demonstrar a importância do papel do EEER nos cuidados aos doentes com deglutição comprometida, sendo necessário a realização de mais estudos nesta área.

No que concerne ao desenvolvimento de competências comuns do enfermeiro especialista infere-se que as mesmas foram alcançadas através da prestação direta de cuidados de ER e das diversas atividades desenvolvidas no âmbito do Estágio Final. Tal foi possível através da mobilização de conhecimentos adquiridos na área da RFM e RFR de doentes com afecções neurológicas e respiratórias, desenvolvendo uma prática baseada em princípios éticos, deontológicos e epistemológicos inerentes à ER, respeitando sempre os direitos da pessoa cuidada e respetiva família, almejando a sua segurança e capacitação para o autocuidado e autocontrolo.

Quanto às competências específicas do EEER, foram implementadas intervenções de enfermagem tendo em conta o regulamento das competências específicas do EEER (Regulamento nº 125/2011 de 18 de fevereiro da OE) e o Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de ER (OE, 2015), visando proporcionar à pessoa cuidada o máximo de autonomia, prevenindo complicações e concorrendo para maximizar as suas funções e capacidades.

No sentido de alcançar competências de mestre em enfermagem, nas quais se ressalta o papel deste profissional na formação dos pares, foi desenvolvido um momento formativo no contexto do Estágio Final de forma a sensibilizar a equipa de enfermagem para o compromisso na deglutição e da importância do papel do enfermeiro na sua abordagem. Este momento formativo sensibilizou os profissionais para esta problemática e revelou-se como um momento de reflexão sobre as práticas realizadas e a necessidade de modificar comportamentos no intuito de oferecer cuidados mais seguros aos doentes com compromisso da deglutição.

Concluimos que a frequência do Curso de Mestrado em Enfermagem, Especialização em Enfermagem de Reabilitação se assumiu como uma fase da vida do mestrando extremamente rica em novas aprendizagens possibilitando o desenvolvimento de capacidades avançadas e de uma atitude visionária no que concerne à prática profissional futura, visando a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados.

## 9. BIBLIOGRAFIA

- Altman, K. (2013). Understanding Dysphagia: A Rapidly Emerging Problem. *Otolaryngologic Clinics of North America*, 46(6), xiii–xvi. DOI: [10.1016/j.otc.2013.09.012](https://doi.org/10.1016/j.otc.2013.09.012)
- Altman, K., Richards, A., Goldberg, L., Frucht, S., & McCabe, D. (2013). Dysphagia in Stroke, Neurodegenerative Disease, and Advanced Dementia. *Otolaryngologic Clinics of North America*, 46(6), 1137–1149. DOI: [10.1016/j.otc.2013.08.005](https://doi.org/10.1016/j.otc.2013.08.005)
- Alves, I., & Andrade, C. (2017). Mudança funcional no padrão de deglutição por meio da realização de exercícios orofaciais. *CoDAS*, 29(3). DOI: [10.1590/2317-1782/20172016088](https://doi.org/10.1590/2317-1782/20172016088)
- Andersen, U., Beck, A., Kjaersgaard, A., Hansen, T. & Poulsen, I. (2013). Systematic review and evidence based recommendations on texture modified foods and thickened fluids for adults ( $\geq 18$  years) with oropharyngeal dysphagia. *e-SPEN Journal*, 8(4), 127–134. DOI: [10.1016/j.clnme.2013.05.003](https://doi.org/10.1016/j.clnme.2013.05.003)
- Barra, D., & Sasso, G. (2012). Processo de enfermagem conforme a classificação internacional para as práticas de enfermagem: uma revisão integrativa. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 21(2), 440–447. DOI: [10.1590/s0104-07072012000200024](https://doi.org/10.1590/s0104-07072012000200024)
- Braga, R. (2016a). Avaliação da Função Deglutição. In C. Marques-Vieira, & L. Sousa, *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (1ª ed., pp. 181-188). Loures: Lusodidacta.
- Braga, R. (2016b). Reeducação da Deglutição. In C. Marques-Vieira, & L. Sousa, *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (1ª ed., pp. 263-270). Loures: Lusodidacta.
- Cabré, M., Almirall, J., & Clavé, P. (2011). Aspiration pneumonia: management in Spain. *European Geriatric Medicine*, 2(3), 180–183. DOI: [10.1016/j.eurger.2011.03.004](https://doi.org/10.1016/j.eurger.2011.03.004)
- Carvalho, J. (2009). *Metodologia do trabalho científico : "saber-fazer" da investigação para dissertações e teses* (2ªed.). Lisboa: Escolar Editora.
- CHS (2017). *Contratualização e dados estatísticos da unidade de internamento*. Serviço de Acompanhamento da Produção do Centro Hospitalar
- 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)

- Correia, T., Martins, M. & Forte, E. (2017). Processos desenvolvidos por gestores de enfermagem face ao erro. *Revista de Enfermagem Referência* 4(12), 75–84. DOI: [10.12707/riv16073](https://doi.org/10.12707/riv16073)
- Costa, J. (2004). Métodos de Prestação de Cuidados. *Revista do Instituto Superior Politécnico de Viseu*, n.º 30, Outubro, 234-251. Disponível em: <http://www.ipv.pt/millennium/Millennium30/19.pdf>
- Coutinho, C. (2011). *Metodologia de investigação em Ciências Sociais e Humanas: Teoria e Prática*. Coimbra: Edições Almedina, SA.
- Crary, M., Mann, G., & Groher, M. (2005). Initial Psychometric Assessment of a Functional Oral Intake Scale for Dysphagia in Stroke Patients. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 86(8), 1516–1520. DOI: [10.1016/j.apmr.2004.11.049](https://doi.org/10.1016/j.apmr.2004.11.049)
- 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 nº 233/2005 de 29 de Dezembro. Diário da República. 1ª Série - A, 249. (2005). Disponível em: <https://dre.pt/application/file/a/469113>
- Direção- Geral da Saúde (2013). Norma nº 015/2013 de 4 de Novembro. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0152013-de-03102013.aspx>
- Direção-Geral da Saúde (2011). Norma nº 017/2011 de 19 de Maio. Disponível em: [https://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude/ficheiros-anexos/orientacao\\_ulceraspdf-pdf.aspx](https://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude/ficheiros-anexos/orientacao_ulceraspdf-pdf.aspx)
- Domingos, J., Silva, I., Pereira, C., Alameda, A., Ferreira, M & Graudo, S. (2014). Deglutição comprometida: avaliação não invasiva num Serviço de Medicina Interna. Congresso Internacional de Enfermagem de Reabilitação. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra: Coimbra. Disponível em: [https://www.esenfc.pt/event/event/abstracts/exportAbstractPDF.php?id\\_abstract=7904&id\\_event=162](https://www.esenfc.pt/event/event/abstracts/exportAbstractPDF.php?id_abstract=7904&id_event=162)
- Easterling, C. (2017). 25 Years of Dysphagia Rehabilitation: What Have We Done, What are We Doing, and Where are We Going? *Dysphagia*, 32(1), 50–54. DOI: [10.1007/s00455-016-9769-8](https://doi.org/10.1007/s00455-016-9769-8)
- European Society for Swallowing Disorders. (2013). *Dysphagia*, 28(2), 280–335. DOI: [10.1007/s00455-013-9455-z](https://doi.org/10.1007/s00455-013-9455-z)
- Forster, A., Samaras, N., Gold, G., & Samaras, D. (2011). Oropharyngeal dysphagia in older adults: A review. *European Geriatric Medicine*, 2(6), 356–362. DOI: [10.1016/j.eurger.2011.08.007](https://doi.org/10.1016/j.eurger.2011.08.007)
- Fortin, M-F. (2009) - Fundamentos e etapas do processo de investigação. Lisboa : Lusodidacta.

- França, J. (2016). Khant e a Concepção Contemporânea de Direitos Humanos: conquistas e desafios à teoria geral dos direitos humanos. *Revista Direitos Humanos e Democracia*, 4(7), 4-23. DOI: [10.21527/2317-5389.2016.7.4-23](https://doi.org/10.21527/2317-5389.2016.7.4-23)
- Furkim, A., & Sacco, A. B. de F. (2008). Eficácia da fonoterapia em disfagia neurogênica usando a escala funcional de ingestão por via oral (FOIS) como marcador. *Revista CEFAC*, 10(4), 503–512. DOI: [10.1590/s1516-18462008000400010](https://doi.org/10.1590/s1516-18462008000400010)
- Gangeness, J. & Yurkovich, E. (2006). Revisiting case study as a nursing research design. *Nurse Researcher*, 13(4), 7–18. DOI: [10.7748/nr2006.07.13.4.7.c5986](https://doi.org/10.7748/nr2006.07.13.4.7.c5986)
- Garcia, T. & Nóbrega, M. (2009). Processo de enfermagem: da teoria à prática assistencial e de pesquisa. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 13(1). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n1/v13n1a26.pdf>
- 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.
- Gomes, J., Martins, M., Gonçalves, M., & Fernandes, C. (2012). Enfermagem de reabilitação: percurso para a avaliação da qualidade em unidades de internamento. *Revista de Enfermagem Referência, III Série*( 8), 29–38. DOI: [10.12707/riii1265](https://doi.org/10.12707/riii1265)
- González-Fernández, M., & Daniels, S. (2008). Dysphagia in Stroke and Neurologic Disease. *Physical Medicine and Rehabilitation Clinics of North America*, 19(4), 867–888. DOI: [10.1016/j.pmr.2008.07.001](https://doi.org/10.1016/j.pmr.2008.07.001)
- Grilo, E., & Mendes, F. P. (2016). Cuidados de Longa Duração e Cuidar de Enfermagem: A perspectiva dos idosos. *Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento*, 1(3), 339. DOI: [10.24902/r.riase.2015.1\(3\).339](https://doi.org/10.24902/r.riase.2015.1(3).339)
- Guedes, L., Vicente, L., Paula, C., Oliveria, E., Andrade, E. & Barcelos, W. (2009). Conhecimento dos profissionais da enfermagem que assistem pacientes com alterações da deglutição em um Hospital Universitário de Belo Horizonte. *Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia*, 14(3), 372-380. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsbf/v14n3/v14n3a14>
- Guil Bozal, M. (2006). Escala Mixta Likert-Thurstone. *Anduli*, 5, 81-95. Disponível em: [https://idus.us.es/xmlui/bitstream/handle/11441/50616/art\\_6.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://idus.us.es/xmlui/bitstream/handle/11441/50616/art_6.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Hoeman, S., Liszner, K., & Alverzo, J. (2011). Mobilidade Funcional nas Actividades de Vida Diária. In Hoeman S. P., *Enfermagem de Reabilitação: Prevenção, Intervenção e Resultados Esperados* (4ª ed., pp. 295-317). Loures: Lusodidacta
- 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)

- Ibrahim, F., Arifin, N., & Rahim, Z. (2013). Effect of Orofacial Myofunctional Exercise Using an Oral Rehabilitation Tool on Labial Closure Strength, Tongue Elevation Strength and Skin Elasticity. *Journal of Physical Therapy Science*, 25(1), 11–14. DOI: [10.1589/jpts.25.11](https://doi.org/10.1589/jpts.25.11)
- Kagaya, H., Inamoto, Y., Okada, S. & Saitoh, E. (2011) Body Positions and Functional Training to Reduce Aspiration in Patients with Dysphagia. *Japan Medical Association Journal* 54 (1):35-38. Disponível em: [https://www.med.or.jp/english/journal/pdf/2011\\_01/035\\_038.pdf](https://www.med.or.jp/english/journal/pdf/2011_01/035_038.pdf)
- Kampman, M., Eltoft, A., Karaliute, M., Børvik, M., Nilssen, H., Rasmussen, I. & Johnsen, S. (2015). Full Implementation of Screening for Nutritional Risk and Dysphagia in an Acute Stroke Unit. *The Neurohospitalist*, 5(4), 205–211. DOI: [10.1177/1941874415588749](https://doi.org/10.1177/1941874415588749)
- Khan, A., Carmona, R., & Traube, M. (2014). Dysphagia in the Elderly. *Clinics in Geriatric Medicine*, 30(1), 43–53. DOI: [10.1016/j.cger.2013.10.009](https://doi.org/10.1016/j.cger.2013.10.009)
- Lazarus, C. (2017). History of the Use and Impact of Compensatory Strategies in Management of Swallowing Disorders. *Dysphagia*, 32(1), 3–10. DOI: [10.1007/s00455-016-9779-6](https://doi.org/10.1007/s00455-016-9779-6)
- Lee, S., Lee, K., Kim, S., Lee, J., & Park, M. (2015). Voluntary Cough and Swallowing Function Characteristics of Acute Stroke Patients Based on Lesion Type. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 96(10), 1866–1872. DOI: [10.1016/j.apmr.2015.06.015](https://doi.org/10.1016/j.apmr.2015.06.015)
- Li, C., Wang, T., Lee, H., Wang, H., Hsieh, S., Chou, M. & Chen, J. (2016). Swallowing Training Combined With Game-Based Biofeedback in Poststroke Dysphagia. *PM&R*, 8(8), 773–779. DOI: [10.1016/j.pmrj.2016.01.003](https://doi.org/10.1016/j.pmrj.2016.01.003)
- 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)
- 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* (4ª ed., pp. 15-30). Loures: Lusodidacta.
- Madeira, M., Leite, H., & Rizzolo, R. (2016). Anatomia da Cavidade Oral. Sistema Digestório: Integração Básico-Clínica, 25–60. DOI: [10.5151/9788580391893-01](https://doi.org/10.5151/9788580391893-01)
- Marian, T., Schröder, J., Muhle, P., Claus, I., Oelenberg, S., Hamacher, C., Warnecke, T., Suntrup-Krüger, S. & Dziewas, R. (2017). Measurement of Oxygen Desaturation Is Not Useful for the Detection of Aspiration in Dysphagic Stroke Patients. *Cerebrovascular Diseases Extra*, 7(1), 44–50. DOI: [10.1159/000453083](https://doi.org/10.1159/000453083)
- Martins, J. (2008). Investigação em Enfermagem: Alguns apontamentos sobre a dimensão ética. *Pensar em Enfermagem*, 12(2), 62-66. Disponível em: [http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2008\\_12\\_2\\_62-66.pdf](http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2008_12_2_62-66.pdf)

- Matos, M., Bouça, C., Batista, J., Mestre, S. & Dias, T. (2015). Portuguese Version of the V-VST: Content Validation. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/293333882 Portuguese Version of the V-VST Content Validation](https://www.researchgate.net/publication/293333882_Portuguese_Version_of_the_V-VST_Content_Validation)
- Matsuo, K., & Palmer, J. (2008). Anatomy and Physiology of Feeding and Swallowing: Normal and Abnormal. *Physical Medicine and Rehabilitation Clinics of North America* 19(4), 691–707. DOI: [10.1016/j.pmr.2008.06.001](https://doi.org/10.1016/j.pmr.2008.06.001)
- Menoita E., Sousa L., Alvo I. & Marques-Vieira, C. (2012). Cuidados de Reabilitação à Pessoa Idosa com AVC. In Menoita, *Reabilitar a pessoa idosa com AVC: Contributos para um envelhecer resiliente* (1ª ed, pp. 22-194). Loures: Lusociência.
- Ministério da Saúde (2017). *Missão & Visão*. Acedido em 25 de setembro de 2017. Disponível em: <http://www.chs.min-saude.pt/View.aspx?p=601>
- Munari, D., Parada, C., Gelbcke, F., Silvino, Z., Ribeiro, L. & Scochi, C. (2014). Professional Master's degree in Nursing: knowledge production and challenges. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 22(2), 204-210. DOI: [10.1590/0104-1169.3242.2403](https://doi.org/10.1590/0104-1169.3242.2403)
- Nazarko, L. (2010). Recognising and managing dysphagia. *Nursing and Residential Care*, 12(3), 133–137. DOI: [10.12968/nrec.2010.12.3.46683](https://doi.org/10.12968/nrec.2010.12.3.46683)
- Nelson, A. (2011). Segurança para Doentes com Incapacidades. In Hoeman S. P., *Enfermagem de Reabilitação: Prevenção, Intervenção e Resultados Esperados* (4ª ed., pp. 169-176). Loures: Lusodidacta.
- Nogueira, D., Ferreira, P., Reis, E., & Lopes, I. (2015). Measuring Outcomes for Dysphagia: Validity and Reliability of the European Portuguese Eating Assessment Tool (P-EAT-10). *Dysphagia*, 30(5), 511–520. DOI: [10.1007/s00455-015-9630-5](https://doi.org/10.1007/s00455-015-9630-5)
- Nunes, L. (2006). Perspetiva ética da gestão do risco: caminhos para cuidados seguros. *Revista Portuguesa de Enfermagem*, 3, Abril, 53-58. Disponível em: [https://conversamos.files.wordpress.com/2007/11/perspectivaeticarisco\\_cuidados-seguros\\_in.pdf](https://conversamos.files.wordpress.com/2007/11/perspectivaeticarisco_cuidados-seguros_in.pdf)
- Nunes, L. (2013) *Considerações éticas a atender nos trabalhos de investigação académica de enfermagem*. Setúbal: Instituto Politécnico de Setúbal, Escola Superior de Saúde, Departamento de Enfermagem. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.26/4547>
- Oliveira, V. (2012). Acidente Vascular Cerebral em Portugal – O Caminho para a Mudança. *Revista Científica da Ordem dos Médicos*. Sep-Oct;25(5), 263-264. Disponível em: <https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/282/78>
- Ordem dos Enfermeiros (2013). *Guia Orientador de Boas Práticas – Cuidados à pessoa com alterações da mobilidade – posicionamentos, transferências e treino de deambulação*.

Disponível em:  
[https://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/documents/gobp\\_mobilidade\\_vf\\_site.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/documents/gobp_mobilidade_vf_site.pdf)

Ordem dos Enfermeiros (2015). *Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação*. Porto: Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. Disponível em:  
[https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER\\_Assembleia/PadraoDocumental\\_EER.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER_Assembleia/PadraoDocumental_EER.pdf)

Ordem dos Enfermeiros (2016). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem Versão 2015*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Disponível em:  
[https://futuresenf.files.wordpress.com/2017/04/cipe\\_2015.pdf](https://futuresenf.files.wordpress.com/2017/04/cipe_2015.pdf)

Ortega, O., Martín, A., & Clavé, P. (2017). Diagnosis and Management of Oropharyngeal Dysphagia Among Older Persons, State of the Art. *Journal of the American Medical Directors Association*, 18(7), 576–582. DOI: [10.1016/j.jamda.2017.02.015](https://doi.org/10.1016/j.jamda.2017.02.015)

Ortega, O., Parra, C., Zarcero, S., Nart, J., Sakwinska, O., & Clavé, P. (2014). Oral health in older patients with oropharyngeal dysphagia. *Age and Ageing*, 43(1), 132–137. DOI: [10.1093/ageing/aft164](https://doi.org/10.1093/ageing/aft164)

Ott, A., Veronese, N., Damulevičienė, G., Kasiukiewicz, A., & Tsiantouli, E. (2017). Oral health and dysphagia in the older population: Report of the 2nd EICA-ESSD-EUGMS train the trainers course. *European Geriatric Medicine*, 8(2), 191–195. DOI: [10.1016/j.eurger.2017.01.013](https://doi.org/10.1016/j.eurger.2017.01.013)

Paiva, K. & Martins, V (2011). Contribuições do estágio extracurricular para as competências profissionais: percepções de enfermeiros de um hospital público. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 13(2), 227-238 . Doi: [10.5216/ree.v13i2.9983](https://doi.org/10.5216/ree.v13i2.9983)

Pauloski, B. (2008). Rehabilitation of Dysphagia Following Head and Neck Cancer. *Physical Medicine and Rehabilitation Clinics of North America*, 19(4), 889–928. DOI: [10.1016/j.pmr.2008.05.010](https://doi.org/10.1016/j.pmr.2008.05.010)

Peixoto, N. & Peixoto, P. (2016). Prática reflexiva em estudantes de enfermagem em ensino clínico. *Revista de Enfermagem Referência* 11(5), 121-132. DOI: [10.12707/RIV16030](https://doi.org/10.12707/RIV16030)

Perry, L., Hamilton, S., Williams, J., & Jones, S. (2012). Nursing Interventions for Improving Nutritional Status and Outcomes of Stroke Patients: Descriptive Reviews of Processes and Outcomes. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 10(1), 17–40. DOI: [10.1111/j.1741-6787.2012.00255.x](https://doi.org/10.1111/j.1741-6787.2012.00255.x)

Pestana, M & Gageiro, J. (2014). *Análise de Dados para Ciências Sociais – A Complementariedade do SPSS*. (6ªed). Lisboa: Edições Sílabo Lda.

- Petronilho, F., & Machado, M. (2016). Teorias de Enfermagem e Autocuidado: Contributos para a Construção do Cuidado de Reabilitação. In C. Marques-Vieira, & L. Sousa, *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (1ª ed., pp. 3-14). Loures: Lusodidacta.
- Pinto, A., Cola, P., Carvalho, L., Motonaga, S., & Silva, R. (2014). Ingestão Oral e Grau de Comprometimento da Disfagia Orofaríngea Neurogênica Pré e Pós-Fonoterapia. *Revista Neurociências*, 21(04), 531–536. DOI: [10.4181/rnc.2013.21.798.6p](https://doi.org/10.4181/rnc.2013.21.798.6p)
- Queirós, A., Moreira, S., Silva, A., Costa, R. & Lains, J. (2013). Contributo para a Adaptação e Validação da *Eat Assessment Tool* (EAT-10) e da *Functional Oral Intake Scale* (FOIS). *Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Física e de Reabilitação*, 24(2), 25-30. Disponível em: <https://spmfrjournal.org/index.php/spmfr/article/view/108>
- Queirós, P., Vidinha, T. & Filho, A. (2014). Autocuidado: o contributo teórico de Orem para a disciplina e profissão de Enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência* 4(3), 157–164. DOI: [10.12707/riv14081](https://doi.org/10.12707/riv14081)
- Regulamento nº 122/2011 de 18 de fevereiro da Ordem dos Enfermeiros. Diário da República. 2ªSérie, 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. 2ªSérie, 35. (2011). Disponível em: <http://www.aper.pt/Ficheiros/competencias%20do%20enfermeiro%20de%20reabilita%C3%A7%C3%A3o.pdf>
- Regulamento nº 350/2015 de 22 de junho da Ordem dos Enfermeiros. Diário da República. 2ªSérie, 119. (2015). Disponível em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoPadQualidadeCuidEspecializEnfReabilitacao\\_DRJun2015.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoPadQualidadeCuidEspecializEnfReabilitacao_DRJun2015.pdf)
- Resolução nº 26/91 de 23 de Agosto da Assembleia da República. Diário da República. 1ªSérie - A, 193. (1991). Disponível em: <https://dre.pt/application/file/a/403254>
- Ribeiro, P. (2013). Formação Contínua em Enfermagem – Quais as motivações? *Nursing*, 25 (288), 35-37
- Ricci Maccarini, A., Filippini, A., Padovani, D., Limarzi, M., Loffredo, M., & Casolino, D. (2007). Clinical non-instrumental evaluation of dysphagia. *Acta Otorhinolaryngologica Italica*, 27(6), 299–305. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2640056/pdf/0392-100X.27.299.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)
- Silva, M. F. (2017). Consentimento informado: estratégia para mitigar a vulnerabilidade na assistência hospitalar. *Revista Bioética*, 25(1), 30–38. DOI: [10.1590/1983-80422017251163](https://doi.org/10.1590/1983-80422017251163)
- 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)
- Spínola, A., & Amendoeira, J. (2014). O Processo de Cuidados: análise da conceção dos estudantes de Enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, IV Série (Nº 2), 163–170. DOI: [10.12707/riv14006](https://doi.org/10.12707/riv14006)
- Teismann, T., Steinsträter, O., Warnecke, T., Suntrup, S., Ringelstein, E., Pantev, C. & Dziewas, R. (2009). Tactile thermal oral stimulation increases the cortical representation of swallowing. *BMC Neuroscience*, 10(1), 71. DOI: [10.1186/1471-2202-10-71](https://doi.org/10.1186/1471-2202-10-71)
- The Ohio State University Medical Center (2003). *Facial Strengthening Exercises*. Department of Rehabilitation Services. Disponível em: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion/facial-strengthening.pdf>
- Tomo, C., Pereira, V., Pompeu, S., & Pompeu, J. (2014). Efeitos do treino funcional de membro superior em condição de dupla tarefa na doença de Parkinson. *Revista Neurociências*, 22(03), 344–350. DOI: [10.4181/rnc.2014.22.03.966.7p](https://doi.org/10.4181/rnc.2014.22.03.966.7p)
- Vitor, A., Lopes, M. & Araujo, T. (2010). Teoria do déficit de autocuidado: análise da sua importância e aplicabilidade na prática de enfermagem. *Escola Anna Nery*, 14(3), 611–616. DOI: [10.1590/s1414-81452010000300025](https://doi.org/10.1590/s1414-81452010000300025)
- 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=efd90121-1934-4656-8205-86af9c028239%40sessionmgr103>
- World Gastroenterology Organization (2014). Disfagia – Diretrizes e Cascatas Mundiais. In *World Gastroenterology Organisation Practice Guidelines*. Disponível em: <http://www.worldgastroenterology.org/UserFiles/file/guidelines/dysphagia-portuguese-2014.pdf>
- World Health Organization (2000) Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation. WHO Technical Report Series 894. Geneva: World Health Organization. Disponível em: [http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO\\_TRS\\_894.pdf](http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_894.pdf)
- Zancan, M., Luchesi, K., Mituuti, C., & Furkim, A. (2017). Locais de início da fase faríngea da deglutição: meta-análise. *CoDAS*, 29(2), 1-8. DOI: [10.1590/2317-1782/20172016067](https://doi.org/10.1590/2317-1782/20172016067)

## **ANEXOS**

**Anexo A** – Parecer da Comissão de Ética para a Saúde do Centro Hospitalar (parecer nº025/2017P)

Exmo. Senhor  
Enf. Paulo Silva

**Assunto:** Pedido de parecer Estudo interventivo "*Cuidados de enfermagem de reabilitação em doentes com deglutição comprometida: resultados de um programa de intervenção*"

**Parecer:** n.º 025/2017P

**Data:** 17 de novembro de 2017

#### DESCRITIVO SINTÉTICO DO DOCUMENTAL

- Nota de serviço do GID para a CES, identificando que o estudo será a realizar no serviço de Especialidades Médicas, CHS;
- Lista de documentação necessária e requisitos (GID);
- Pedido de autorização da investigadora principal, Paulo César Lopes Silva;
- Pedido de parecer à CES, pelo investigador principal, identificando como trabalho académico de Mestrado em Enfermagem e projeto interventivo;
- Termo de responsabilidade do investigador principal;
- Termo de responsabilidade do orientador da Instituição de Ensino;
- Declaração de conflito de interesses do investigador principal;
- Pedido de autorização ao Diretor de serviço, assinado;
- Pedido de autorização ao Enfermeiro chefe, assinado;
- Folha de rosto de submissão - que informa ser um trabalho académico e projecto de investigação interventivo, com data prevista de início em novembro de 2017 e término em 5 janeiro de 2018, ter orientador no CHS, não ter grupo de controlo, ter selecção aleatória de participantes, sendo estudo aberto, com realização de entrevistas e saída para outras instituições;
- Protocolo do estudo - fundamentos do estudo, com objetivo de "*avaliar doentes com deglutição comprometida, categorizar o seu grau de compromisso e instituir um programa de reabilitação no intuito de recuperar a função perdida*";
- CV do investigador principal e do orientador no CHS.

## ANÁLISE

1. Trata-se de um pedido para aplicar um programa de reabilitação a pessoas com deglutição comprometida, com critérios de inclusão definidos.
2. Recurso a escalas validadas para a população portuguesa - escala de comas de Glasgow, questionário EAT 10 e FOIS - sendo que a inclusão no projeto depende dos scores obtidos na aplicação dos instrumentos [mais de 11 pontos na escala de Glasgow, 2 ou mais pontos na EAT e entre 2 e 6 na FOIS].
3. Caso o doente tenha critérios de inclusão e aceite participar no estudo, é implementado um programa de reabilitação com exercícios de fortalecimento muscular, posturas compensatórias e treino de técnicas de deglutição compensatórias (20' cada doente) "*Objetiva-se a recuperação da função de deglutição documentada pela evolução da escala de FOIS*".
4. Os dados colhidos - avaliação no início do programa, avaliações intermédias no início de cada período de contacto até à saída do serviço ou total recuperação funcional - "*serão sujeitas a análise de natureza descritiva*".
5. O formulário de consentimento informado identifica o objetivo, o contexto e orientador científico; explicita que pode conhecer os resultados e que a informação é confidencial e anónima, explicando a atribuição de uma codificação. Falta referência de poder abandonar quando entender e sugere-se que seja retirada a expressão "*(ou à participação do seu familiar se for o caso)*" por não estar identificada a participação de pessoas incapazes de consentir.
6. Sendo um projeto que articula a prestação de cuidados de Enfermagem (programa de reabilitação) com a investigação clínica, a constar em relatório de Estágio para a aquisição de grau, um uso secundário dos dados sendo que, no relatório de mestrado, se recomenda anonimizar a instituição, o serviço e os participantes.

Corrigida a recomendação dos pontos 5 e 6, o parecer é favorável.

Com os melhores cumprimentos

O Presidente da CES

Dr. José Vinhas



**Anexo B – Índice de *Barthel***

<b>1. Alimentação</b>	
Independente.....	<input type="checkbox"/> 10
Precisa de alguma ajuda (por exemplo para cortar os alimentos).....	<input type="checkbox"/> 5
Dependente.....	<input type="checkbox"/> 0
<b>2. Transferências</b>	
Independente.....	<input type="checkbox"/> 15
Precisa de alguma ajuda.....	<input type="checkbox"/> 10
Necessita de ajuda de outra pessoa, mas não consegue sentar-se.....	<input type="checkbox"/> 5
Dependente, não tem equilíbrio sentado.....	<input type="checkbox"/> 0
<b>3. Toalete</b>	
Independente a fazer a barba, lavar a cara, lavar os dentes.....	<input type="checkbox"/> 5
Dependente, necessita de alguma ajuda.....	<input type="checkbox"/> 0
<b>4. Utilização do WC</b>	
Independente.....	<input type="checkbox"/> 10
Precisa de alguma ajuda.....	<input type="checkbox"/> 5
Dependente.....	<input type="checkbox"/> 0
<b>5. Banho</b>	
Toma banho só (entra e sai do duche ou banheira sem ajuda).....	<input type="checkbox"/> 5
Dependente, necessita de alguma ajuda.....	<input type="checkbox"/> 0
<b>6. Mobilidade</b>	
Caminha 50 metros, sem ajuda ou supervisão (pode usar ortóteses).....	<input type="checkbox"/> 15
Caminha menos de 50 metros, com pouca ajuda.....	<input type="checkbox"/> 10
Independente, em cadeira de rodas, pelo menos 50 metros, incluindo esquinas.....	<input type="checkbox"/> 5
Imóvel.....	<input type="checkbox"/> 0
<b>7. Subir e Descer Escadas</b>	
Independente, com ou sem ajudas técnicas.....	<input type="checkbox"/> 10
Precisa de ajuda.....	<input type="checkbox"/> 5
Dependente.....	<input type="checkbox"/> 0
<b>8. Vestir</b>	
Independente.....	<input type="checkbox"/> 10
Com ajuda.....	<input type="checkbox"/> 5
Impossível.....	<input type="checkbox"/> 0
<b>9. Controlo Intestinal</b>	
Controla perfeitamente, sem acidentes, podendo fazer uso de supositório ou similar.....	<input type="checkbox"/> 10
Acidente ocasional.....	<input type="checkbox"/> 5
Incontinente ou precisa de uso de clisteres.....	<input type="checkbox"/> 0
<b>10. Controlo Urinário</b>	
Controla perfeitamente, mesmo algaliado desde que seja capaz de manejar a algália sozinho.....	<input type="checkbox"/> 10
Acidente ocasional (máximo uma vez por semana).....	<input type="checkbox"/> 5
Incontinente, ou algaliado sendo incapaz de manejar a algália sozinho.....	<input type="checkbox"/> 0
<b>TOTAL</b>	

Nota. Fonte: Direção Geral da Saúde (2011), norma nº 054/2011 (p. 13).

**Anexo C – MIF em suporte *Excel***

Nome do doente

Número do processo

MIF- MEDIDA DE INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL		
AUTO-CUIDADOS		
<b>Alimentação</b>	3 passos	
Pegar Utensílio	0	0
Alimento na Colher	0	0
Levar à boca	0	0
Mastigar e engolir	0	0
Beber de um copo	0	0
<b>Sub-Total</b>	0	0
<b>Higiene Pessoal</b>	3 passos	
Pentear o Cabelo	0	0
Lavar a Face	0	0
Tricotomia	0	0
Lavar as mãos	0	0
Higiene Oral	0	0
<b>Sub-Total</b>	0	0
<b>Banho</b>	10 passos	
Tórax	0	0,00
Abdómen	0	0,00
MSD	0	0,00
MSE	0	0,00
Região Perineal	0	0,00
Nádegas	0	0,00
Coxa Esquerda	0	0,00
Coxa Direita	0	0,00
Perna + pé Esq. (3% cada)	0	0,00
Perna + pé Dta. (3% cada)	0	0,00
<b>Sub-Total</b>	0	0
<b>Vestir Metade Superior</b>	4 passos	
Colocar MSD	0	0,00
Colocar MSE	0	0,00
Colocar Cabeça/Passar Costas	0	0,00
Ajustar Frente e Atrás/Abotoar	0	0,00
<b>Sub-Total</b>	0	0
<b>Vestir Metade Inferior</b>	10 passos	
Colocar Pé Esq	0	0
Colocar Pé Dto	0	0
Passar Joelho Esq	0	0
Passar Joelho Dto	0	0
Ajustar Anca Esq	0	0
Ajustar Anca Dta	0	0
Colocar Meia Esq	0	0
Colocar Meia Dta	0	0
Colocar Sapatinha Esq	0	0
Colocar Sapatinha Dta	0	0
<b>Sub-Total</b>	0	0
<b>Uso da Sanita</b>	3 passos	
Baixar a Roupa	0	0
Realizar Higiene Perineal	0	0
Subir a Roupa	0	0
<b>Sub-Total</b>	0	0

DATA	DATA

1	1
---	---

1	1
---	---

1	1
---	---

1	1
---	---

1	1
---	---

1	1
---	---

CONTROLE DE ESFÍNCTERES		
<b>Controle de urina</b>		
Supervisão * ou 1 acidentes em 3dias	0	0
Ajuda para colocar * ou 2 acidentes em 3dias	0	0
Ajuda para segurar * ou 3 acidentes em 3dias	0	0
4 acidentes em 3dias	0	0
feita por terceiros	0	0
<b>Controle de Fezes</b>		
Supervisão * ou 1 acidentes em 3dias	0	0
Ajuda para colocar * ou 2 acidentes em 3dias	0	0
Ajuda para segurar * ou 3 acidentes em 3dias	0	0
4 acidentes em 3dias	0	0
feita por terceiros	0	0
<b>MOBILIDADE</b>		
<b>Transferências Leito/Cadeira/Cadeira Rodas</b>		
Supervisão ou indicações verbais	0	0
Necessita de contato para estabilidade ou levante de 1perna para a cama	0	0
Ajuda para elevar parte do corpo ou para segurar as pernas para tirar ou por na cama	0	0
Ajuda para se levantar e sentar ou deitar	0	0
Com elevador ou ajuda de terceiros	0	0
<b>Transferências Sanita</b>		
Supervisão/indicações verbais ou preparação da cadeira de rodas	0	0
Necessita de contato para com segurança se equilibrar	0	0
Ajuda para elevar parte do corpo, para colocar de pé ou para baixar	0	0
Ajuda para se colocar de pé e sentar	0	0
Com ajuda de terceiros	0	0
<b>LOCOMOÇÃO</b>		
<b>Marcha (M)/Cadeira de Rodas (CR)</b>		
Incentivo ou sugestão para distancia pelo mmenos de 45m	0	0
Percorre uma distancia de 45m/ou menos se não lhe é dada a oportunidade	0	0
Percorre uma distancia pelo menos de 45m	0	0
Para distancia de 15m precisa de 1pessoa	0	0
Com ajuda de terceiros numa distancia <15m	0	0
<b>Escadas</b>		
Pelo menos 4 degraus, mas menos do que 12 a 14 degraus de uma só vez, sem qualquer ajuda, com ou sem ajuda de uma ajuda técnica.	0	0
30 degraus	0	0
Apoio de terceiros 20 degraus	0	0
Precisa de 1pessoa 4-11degraus	0	0
Com ajuda de terceiros 1-3 degraus	0	0

1	1
---	---

1	1
---	---

1	1
---	---

1	1
---	---

M  CR

1	1
---	---

1	1
---	---

<b>Total</b>	<b>Total</b>
--------------	--------------

<b>12</b>	<b>12</b>
-----------	-----------

ENFERMEIRO ESPECIALISTA

Incapacidade Leve > 80 pontos | Incapacidade Moderada 40 a 80 pontos | Incapacidade Grave < 40 pontos

**Anexo D** – Escala de Comas de Glasgow

Abertura Ocular		
Critério	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 das extremidades 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	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	Classificação	Pontuação
Cumprimento de ordens com duas ações.	A ordens	6
Elevação da mão acima do nível da clavícula ao estímulo na cabeça ou no 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	Características da resposta em flexão	
	Flexão anormal	Flexão normal
<ul style="list-style-type: none"> <li>Pressão nas extremidades dos dedos;</li> <li>Pinçamento do trapézio;</li> <li>Incisura supraorbitária.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Lenta;</li> <li>Estereotipada;</li> <li>Aproximação do braço em relação ao tórax;</li> <li>Rotação do antebraço;</li> <li>Cerramento do polegar.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Rápida;</li> <li>Variável;</li> <li>Afastamento do braço relativamente ao corpo.</li> </ul>

Adaptado de: <http://www.glasgowcomascale.org/downloads/GCS-Assessment-Aid-Portuguese.pdf>

**Anexo E – Escala de *Lower***

<b>Força</b>	<b>Descrição</b>
5/5	Movimento normal contra a gravidade e resistência.
4/5	Raio de movimento completo contra a resistência moderada e contra gravidade.
3/5	Raio de movimento completo apenas contra gravidade.
2/5	Movimento das extremidades mas não contra a gravidade.
1/5	Contração muscular palpável e/ou visível sem movimento.
0/5	Sem contração muscular e sem movimento

Adaptado de: Menoita E., Sousa L., Alvo I., Marques-Vieira C. (2012, p. 59-60)

**Anexo F – Procedimento P.S. NEUR. 015 – Teste de deglutição da UAVC**

<i>Procedimento do Teste de Deglutição da UAVC Serviço de Neurologia</i>	Data de entrada em vigor:	10/02/2012
	Versão 02	20/03/2015
	Próxima revisão:	20/03/2018
	Cód. Documento:	PS.NEUR.015

## 1. Objectivo

Implementar o procedimento correcto de actuação do teste de deglutição nos doentes na Unidade de AVC.

## 2. Campo de aplicação

Este procedimento aplica-se aos profissionais da UAVC do Serviço de Neurologia.

## 3. Siglas, abreviaturas e definições

UAVC – Unidade de Acidentes Vasculares Cerebrais

AVC – Acidente Vascular Cerebral

AIT – Acidente Vascular Transitório

TAS – Tensão Arterial Sistólica

TAD - Tensão Arterial Diastólica

FA – Fibrilhação Auricular

## 4. Referências

- Adaptado de Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Management of patient with stroke: identification and management of dysphagia, June 2010
- CHKS - Programa de Acreditação Internacional para Organizações Prestadoras de Cuidados de Saúde. Normas para a Acreditação, 4.ª Edição, Versão 01 (Julho 2013); critério 52.15.

## 5. Responsabilidades

Ao Director do Serviço pela sua divulgação e implementação.

Ao Enfermeiro Chefe do Serviço pela sua divulgação e implementação.

Ao Neurologista e Enfermeiro responsáveis da Unidade o controlo da execução deste procedimento.

Ao Neurologista Assistente do doente a execução das intervenções preconizadas.

Ao Enfermeiro do turno a recepção do doente a execução das intervenções preconizadas.

## 6. Procedimento

### Teste de deglutição

Nada PO até teste de deglutição

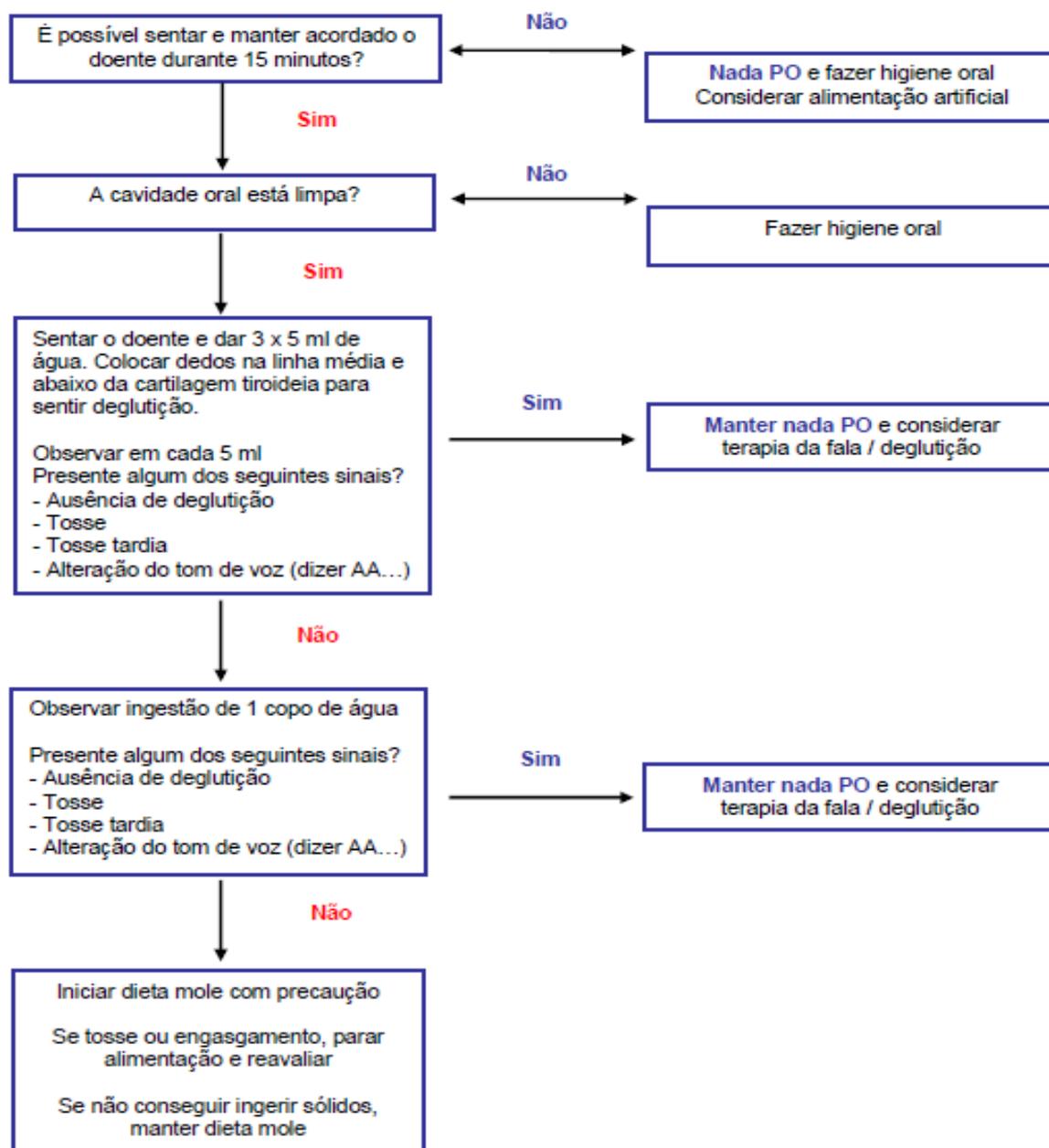
- Testar deglutição:

- Verificar estado de vigília e colaboração
- Observação de dificuldade de deglutição (engasgamento, tosse, «voz molhada»)
- Verificar protusão da língua
- Verificar reflexo faríngeo (pouco fiável)
- Verificar voz (disfonia)
- Teste de disfagia

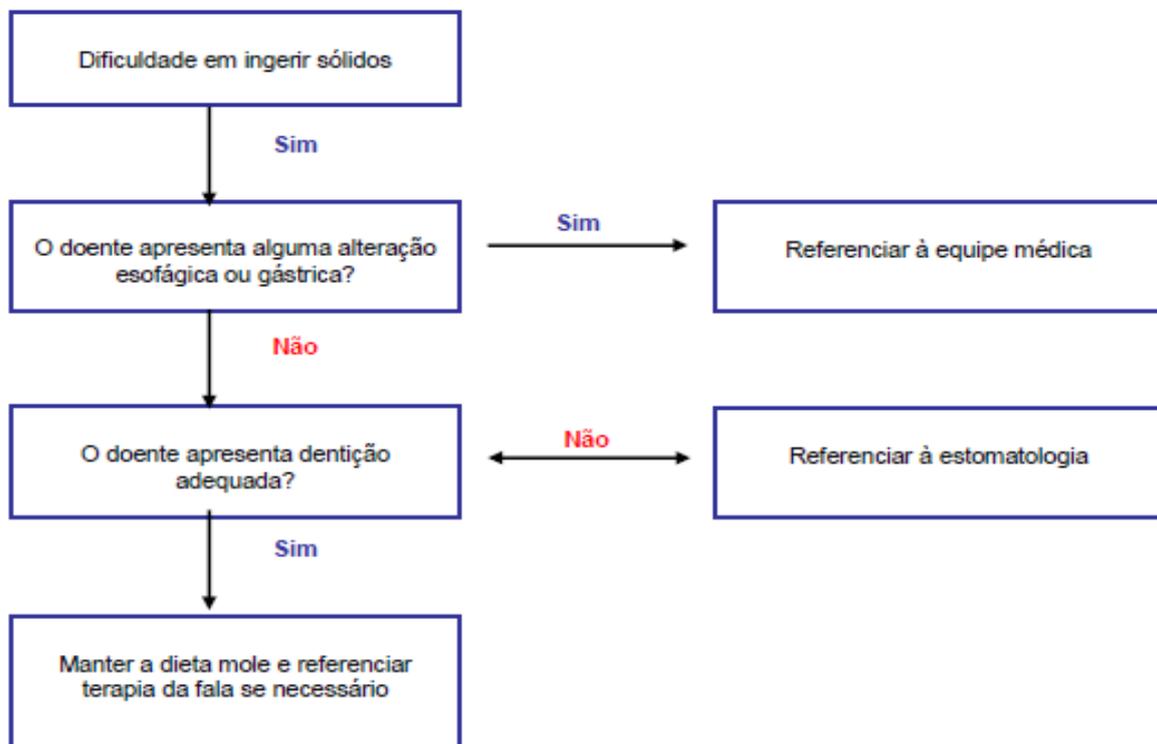
<b>Procedimento do Teste de Deglutição da UAVC Serviço de Neurologia</b>	Data de entrada em vigor:	10/02/2012
	Versão 02	20/03/2015
	Próxima revisão:	20/03/2018
	Cód. Documento:	PS.NEUR.015

- Se se mantiver obnubilação ou disfagia, SNG ou alimentação parentérica
- Caso a técnica de entubação seja difícil deverá ser suspensa
- No doente submetido a rt-PA repetir teste após 6 horas de pausa alimentar.

#### Teste de disfagia



	<i>Procedimento do Teste de Deglutição da UAVC Serviço de Neurologia</i>	Data de entrada em vigor:	10/02/2012
		Versão 02	20/03/2015
		Próxima revisão:	20/03/2018
		Cód. Documento:	PS.NEUR.015



## 7. Anexos

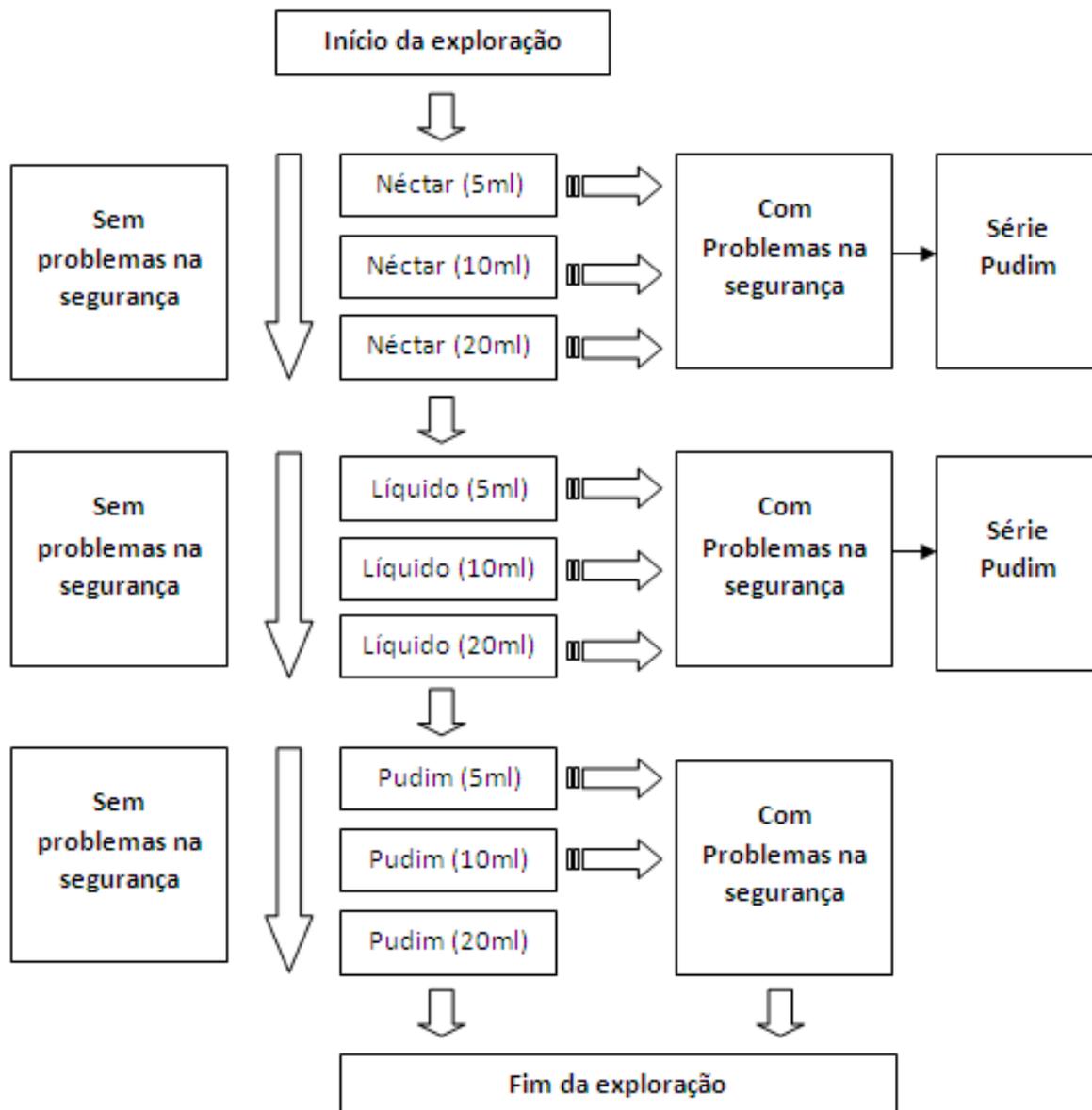
Elaboração:	Revisão: Coordenador Médico e de Enfermagem	Ratificação Director do Serviço de Neurologia
		Data: 12/05/2015

**Anexo G** – *Eating Assessment Tool (EAT-10)*

<b>Instrumento de Avaliação da Deglutição – EAT-10</b>					
Até que ponto as seguintes situações são problemáticas para si?					
<b>Faça um círculo na resposta adequada</b>	<b>0 = Sem problema 4 = Problema Grave</b>				
1 . O meu problema de engolir faz-me perder peso.	0	1	2	3	4
2. O meu problema de engolir interfere com o ir comer fora.	0	1	2	3	4
3. Engolir líquidos exige um esforço maior.	0	1	2	3	4
4. Engolir sólidos exige um esforço maior.	0	1	2	3	4
5. Engolir comprimidos exige um esforço maior.	0	1	2	3	4
6. Engolir é doloroso.	0	1	2	3	4
7. O prazer de comer é afetado pelas minhas dificuldades em engolir.	0	1	2	3	4
8. Quando engulo a comida fica presa na minha garganta.	0	1	2	3	4
9. Eu tusso quando como.	0	1	2	3	4
10. Engolir causa-me stress.	0	1	2	3	4
<b>Total EAT-10</b>					

Adaptado de: Queirós, Moreira, Silva, Costa & Lains (2013, p.30)

**Anexo H – *Volume-Viscosity Swallow Test*/Método de Exploração Clínico Volume –  
Viscosidade (V-VST/MECV-V)**



Adaptado de: Clavé, Arreola, Romea, Medina, Palomera, & Serra-Prat (2008)

**Anexo I – *Functional Oral Intake Scale (FOIS)***

<b>Escala Funcional de Ingestão por via Oral</b>	
<b>Níveis</b>	<b>Dependentes de Sonda</b>
1	Incapacidade de ingestão por via oral
2	Dependente da sonda com ingestão por via oral residual
3	Ingestão por via oral com suplementos por sonda
<b>Ingestão total por via oral (níveis 4-7)</b>	
4	Ingestão total por via oral de uma única consistência
5	Ingestão total por via oral de várias consistências que necessitam de preparação específica
6	Ingestão total por via oral sem preparação específica mas com restrição para alguns alimentos específicos e alguns líquidos
7	Ingestão total por via oral sem quaisquer restrições

Adaptado de: Queirós, Moreira, Silva, Costa & Lains (2013, p.30)

## **Anexo J – Posturas compensatórias da deglutição**

<b>Posturas compensatórias</b>	<b>Descrição</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Indicações</b>
<b>Posição reclinada</b>	Elevação da cabeceira a 30° (alimentação assistida) com almofada sob a cabeça de modo a providenciar ligeira flexão do pescoço, almofada sob a região popliteia, almofada sob os membros superiores e tronco alinhado; Elevação da cabeceira a mais de 60° (alimentação sem assistência)	A força da gravidade facilita a progressão do bolo alimentar da cavidade oral até à faringe. Paralelamente, a posição reclinada eleva o trato respiratório e promove o abaixamento do esófago, assim o bolo alimentar progride para baixo ao longo da parede posterior da faringe e encaminha-se mais facilmente para o esófago, minimizando o risco de aspiração.	Dificuldades no trânsito oral.
<b>Flexão cervical</b>	Baixar a cabeça até que o pescoço fique flectido e o queixo permaneça a ¼ da sua distância normal do tronco	Esconde a valécula; Epiglote cobre mais as vias aéreas, protegendo-as e diminuindo o risco de aspiração.	Reflexo da deglutição lentificado; Redução do encerramento laríngeo.
<b>Extensão cervical</b>	Deslocar a cabeça lenta e suavemente no plano sagital e no sentido posterior	Desloca os alimentos mais rapidamente ao longo da cavidade oral.	Hipocinesia dos músculos da língua.
<b>Rotação cervical para o lado menos funcional</b>	Rotação da cabeça para o lado afectado	Aumenta a adução das cordas vocais; Encerra a faringe do lado para o qual a cabeça está rodada.	Disfunção faríngea e laríngea unilateral;
<b>Inclinação cervical para o lado mais funcional</b>	Inclinação da cabeça para o lado contralateral ao afectado	Pela gravidade dirige os alimentos para o lado mais funcional da faringe.	Lesão unilateral da língua e faringe;
<b>Rotação e flexão cervical</b>	Rotação da cabeça e baixar a cabeça até que o pescoço fique flectido e o queixo permaneça a ¼ da sua distância normal do tronco.	Encaminha o bolo alimentar e aumenta a protecção das vias aéreas	Redução do encerramento laríngeo.
<b>Rotação e extensão cervical</b>	Deslocar a cabeça lenta e suavemente no plano sagital e no sentido posterior efetuando rotação da cabeça em simultâneo	Faz progredir rapidamente o bolo alimentar pela cavidade oral	Hipocinesia dos músculos da língua; Diminuição do encerramento laríngeo; Atrofia unilateral da laringe.
<b>Decúbito lateral com cabeça apoiada</b>	Elevar a cabeceira num ângulo superior a 30°; Posicionar a pessoa em decúbito lateral para o lado mais funcional e com a cabeça apoiada numa almofada.	Anula o efeito da gravidade	Redução do peristaltismo; Redução da elevação faríngea

Adaptado de: Glenn-Molali (2011, p. 312); Kagaya, Inamoto, Okada & Saitoh (2011); Lazarus (2017); Pauloski (2008).

**Anexo K – Terminologia das texturas dietéticas**

<b>Classificação da Consistência dos Alimentos Líquidos</b>	
<b>Líquidos</b>	Água, caldo de carne, leite, sumos de frutas, suplementos nutricionais, café e chá.
<b>Néctar</b>	Sumo de ameixa, néctares.
<b>Mel</b>	Espessado até a densidade de mel.
<b>Pudim</b>	Espessado até poder ser dado à colher.

Adaptado de: Glenn-Molali (2011, p. 311)

<b>Classificação da consistência dos alimentos sólidos.</b>	
<b>Nível 1</b>	Puré com consistência homogénea
<b>Nível 2</b>	Alimentos semi-sólidos
<b>Nível 3</b>	Alimentos moles
<b>Nível 4</b>	Alimentos com qualquer textura

Adaptado de: Glenn-Molali (2011, p. 311)

**Anexo L – Manobras compensatórias da deglutição**

Técnicas/ Manobras	Descrição	Duração/ Repetições	Objetivos	Indicações
<b>Estimulação Térmica</b>	Com um cotonete congelado a uma temperatura de -1 a -3°C, efetuar estimulação no sentido descendente em ambas as faces anteriores dos pilares fauciais.	2 minutos; 5 toques de cada lado.	Aumenta a velocidade da deglutição; Facilita a deglutição, aumentando o limiar de excitabilidade do reflexo de deglutição;	Atraso no reflexo de deglutição
<b>Controlo do bolo alimentar</b>	Atar um botão a um fio dentário e solicitar ao doente para mobilizar o botão de um lado para o outro na boca sem o deglutir. Completar exercício efetuando a técnica de <i>Double Swallow</i> .	5 a 10 repetições	Estimula a mastigação; Coordenação dos movimentos da língua; Fortalece músculos da língua.	Hipocinésia dos músculos da língua
<b>Deglutição Múltipla (Double swallow)</b>	<u>Indireta (sem alimento):</u> Pedir ao doente para deglutir a saliva por duas vezes seguidas, enquanto sustem a respiração. <u>Direta (com alimento):</u> Fornecer ao doente o volume e consistência recomendados. Pedir ao doente para deglutir duas vezes seguidas, enquanto sustem a respiração.	--	Promove a remoção de vestígios orais e faríngeos; Minimiza risco de aspiração de conteúdo alimentar.	Dificuldades no trânsito oral
<b>Deglutição forçada (Effortfull Swallow)</b>	<u>Indireta (sem alimento):</u> Pedir ao doente para deglutir a saliva com força como se “engolisse um comprimido sem água.” <u>Direta (com alimento):</u> Fornecer ao doente o volume e consistência recomendada. Pedir ao doente para deglutir com força como se “engolisse um comprimido sem água.”	--	Melhora a fraqueza da base da língua; Protege as vias aéreas.	Sialorreia; Hipocinésia posterior da língua.
<b>Manobra de Mendelsohn</b>	<u>Indireta (sem alimento):</u> Pedir ao doente para colocar um dedo por debaixo da apófise tiroidea; Deglutir saliva e sentir a laringe atingir a sua posição mais elevada durante 3 segundos. <u>Direta (com alimento):</u> Fornecer ao doente o volume e consistência recomendada; Pedir ao doente para colocar um dedo por debaixo da apófise tiroidea; Deglutir segurando a laringe no seu ponto mais elevado durante 3 segundos.	--	Favorece a elevação da laringe durante a deglutição; Prolonga o encerramento da passagem de ar.	Diminuição da elevação da laringe; Distúrbios na abertura do esfíncter cricofaríngeo
<b>Deglutição Supraglótica</b>	<u>Indireta (sem alimento):</u> Pedir inspirar e suster a respiração; Deglutir; Tossir após deglutição, para limpeza da via aérea; Retomar a respiração. <u>Direta (com alimento):</u> Fornecer ao doente o volume e consistência recomendada; Pedir inspirar e suster a respiração; Deglutir; Tossir após deglutição, para limpeza da via aérea; Retomar a respiração.	--	Protege a via aérea inferior, maximizando o encerramento das pregas vocais; Assegura o encerramento voluntário da glote;	Compromisso na fase faríngea; Compromisso do encerramento das cordas vocais.
<b>Deglutição Super-Supraglótica</b>	<u>Indireta (sem alimento):</u> Pedir inspirar e suster a respiração; <i>Effortfull Swallow</i> ; Tossir após deglutição, para limpeza da via aérea; Retomar a respiração. <u>Direta (com alimento):</u> Fornecer ao doente o volume e consistência recomendada; Pedir inspirar e suster a respiração; <i>Effortfull Swallow</i> ; Tossir após deglutição, para limpeza da via aérea; Retomar a respiração.	--	Intensifica a proteção da via aérea inferior, acionando o fechamento glótico e das pregas vocais	Compromisso na fase faríngea e alterações vocais mediante realização do V-VST
<b>Manobra de Masako</b>	<u>Indireta (sem alimento):</u> Pedir ao doente para protrar a língua, o mais confortavelmente possível, prender entre os incisivos centrais e engolir saliva. <u>Direta (com alimento):</u> Fornecer ao doente o volume e consistência recomendada; Pedir ao doente para protrar a língua, o mais confortavelmente possível, prender entre os incisivos centrais e engolir.	--	Proporciona movimentação da parede faríngea	Redução da mobilidade faríngea
<b>Exercício de Shaker</b>	Colocar o doente em decúbito dorsal sem almofada Fletir o pescoço olhando em direção ao pés	1 minuto; 3 repetições	Influencia a abertura do esfíncter cricofaríngeo	Compromisso na fase faríngea.
	Colocar o doente em decúbito dorsal sem almofada Fletir o pescoço olhando em direção ao pés durante 3 segundos.	30 repetições	Exercício isométrico que fortalece a musculatura anterior do pescoço	

Adaptado de: Kagaya, inamoto, Okada & Saitoh (2011); Pauloski (2008); Tiesmann et al. (2009); Silva (2007).

**Anexo M – Plano de cuidados de Enfermagem de Reabilitação**

<b>Foco Deglutir</b>	
<b>Diagnóstico</b>	<b>Intervenções de Enfermagem</b>
<b>Deglutir comprometido em grau reduzido</b>	Incentivar deglutição
	Instruir/treinar a técnica de deglutição
	Vigiar reflexo de deglutição
	Estimular deglutição
	Avaliar deglutição
<b>Deglutir comprometido em grau moderado</b>	Instruir/treinar a técnica de deglutição
	Vigiar reflexo de deglutição
	Estimular deglutição
	Avaliar deglutição
<b>Deglutir comprometido em grau elevado</b>	Incentivar deglutição
	Estimular deglutição
	Avaliar deglutição
	Vigiar reflexo de deglutição
	Executar técnica de posicionamento preventiva da aspiração
	Posicionar para a refeição
	Instruir a posicionar-se
	Otimizar sonda gástrica
	Planejar dieta
	Planejar as refeições
	Vigiar refeição
Oportunidade de: Potencial para melhorar conhecimento sobre exercícios e técnicas de deglutição	Ensinar sobre processo patológico
	Ensinar sobre complicações do processo patológico
	Ensinar sobre dieta
	Ensinar sobre exercícios terapêuticos para a deglutição
	Avaliar conhecimento para promover a deglutição
Oportunidade de: Potencial para melhorar capacidade para executar exercícios e técnicas de deglutição	Instruir/Treinar a técnica de deglutição
	Instruir/Treinar exercícios terapêuticos para a deglutição
	Avaliar capacidade para executar a técnica de deglutição
Oportunidade de: Potencial para melhorar o conhecimento do prestador de cuidados para promover a deglutição	Ensinar o prestador de cuidados sobre alimentação
	Avaliar conhecimento do prestador de cuidados para promover a deglutição

Adaptado de: Ordem dos Enfermeiros (2015); Ordem dos Enfermeiros (2016).

Foco Beber	
Diagnóstico	Intervenções de Enfermagem
<b>Auto Cuidado: Beber Comprometido</b> em grau reduzido	Assistir no auto cuidado: beber
	Avaliar o auto cuidado: beber
	Ensinar sobre o auto cuidado: beber
	Incentivar o auto cuidado: beber
	Instruir o auto-cuidado: beber
<b>Auto Cuidado: Beber Comprometido</b> em grau moderado	Assistir no auto cuidado: beber
	Avaliar o auto cuidado: beber
	Ensinar sobre o auto cuidado: beber
	Instruir o auto-cuidado: beber
<b>Auto Cuidado: Beber Comprometido</b> em grau elevado	Assistir no auto cuidado: beber
	Avaliar o auto cuidado: beber
	Ensinar sobre o auto cuidado: beber
Oportunidade de: Potencial para melhorar capacidade para usar estratégias adaptativas para o auto cuidado: beber	Avaliar capacidade para usar dispositivo auxiliar para autocuidado: beber
	Instruir sobre uso de dispositivo auxiliar para autocuidado: beber
	Treinar o uso de dispositivo auxiliar para autocuidado: beber
Oportunidade de: Potencial para melhorar a capacidade do prestador de cuidados para assistir no auto cuidado: beber	Assistir no auto cuidado: beber
	Avaliar capacidade do prestador de cuidados para assistir no auto cuidado: beber
	Ensinar prestador de cuidados sobre dispositivo auxiliar para auto cuidado: beber
	Instruir o prestador de cuidados no uso de dispositivo auxiliar para o auto cuidado: beber
	Treinar o prestador de cuidados para assistir no auto cuidado: beber

Adaptado de: Ordem dos Enfermeiros (2015); Ordem dos Enfermeiros (2016).

Foco Alimentar-se	
Diagnóstico	Intervenções de Enfermagem
Alimentar-se dependente em grau reduzido	Assistir no alimentar-se
	Assistir no alimentar-se através de sonda
	Avaliar o alimentar-se
	Incentivar a alimentar-se
	Instruir a alimentar-se
	Instruir a alimentar-se com dispositivo
	Providenciar dispositivos para alimentar-se
	Supervisionar dieta
	Supervisionar prestador de cuidados a alimentar
	Treinar a alimentar-se usando dispositivos
	Treinar a alimentar-se usando sonda gástrica
Vigiar refeição	
Alimentar-se dependente em grau moderado	Alimentar
	Alimentar através de sonda
	Assistir no alimentar-se
	Assistir no alimentar-se através de sonda
	Avaliar o alimentar-se
	Incentivar a alimentar-se
	Instruir a alimentar-se
	Instruir a alimentar-se com dispositivo
	Providenciar dispositivos para alimentar-se
	Supervisionar dieta
	Supervisionar prestador de cuidados a alimentar
Vigiar refeição	
Alimentar-se dependente em grau elevado	Alimentar
	Alimentar através de sonda
	Assistir no alimentar-se
	Assistir no alimentar-se através de sonda
	Avaliar o alimentar-se
	Incentivar a alimentar-se
	Instruir a alimentar-se
	Supervisionar a dieta
	Supervisionar o prestador de cuidados a alimentar
	Vigiar a refeição
Oportunidade de: Potencial para melhorar capacidade para usar estratégias adaptativas para alimentar-se	Avaliar capacidade para usar dispositivo auxiliar para o alimentar-se
	Instruir sobre uso de dispositivo auxiliar para o alimentar-se
	Treinar uso de dispositivo auxiliar para o alimentar-se
Potencial para melhorar capacidade do prestador de cuidados para alimentar através de sonda gástrica	Avaliar capacidade de prestador de cuidados para alimentar através de sonda gástrica
	Instruir o prestador de cuidados a alimentar através de sonda
	Treinar o prestador de cuidados a alimentar por sonda
Potencial para melhorar capacidade do prestador de cuidados para alimentar/assistir no alimentar-se	Alimentar
	Assistir no alimentar-se
	Avaliar capacidade do prestador de cuidados para alimentar/assistir no alimentar-se
	Ensinar o prestador de cuidados sobre alimentação
	Ensinar o prestador de cuidados sobre prevenção da aspiração
	Treinar o prestador de cuidados para assistir no alimentar-se
Treinar o prestador de cuidados a assistir no alimentar-se	

Adaptado de: Ordem dos Enfermeiros (2015); Ordem dos Enfermeiros (2016).

<b>Foco Limpeza das vias aéreas</b>	
<b>Diagnóstico</b>	<b>Intervenções de Enfermagem</b>
<b>Limpeza das vias aéreas comprometida em grau reduzido</b>	Optimizar/Gerir inaloterapia
	Executar/Gerir oxigenoterapia
	Supervisionar ingestão de líquidos
	Vigiar as secrecies
	Auscultar tórax
	Estimular a tossir
	Aspirar secrecies
	Incentivar a tossir
	Executar cinesiterapia respiratória
	Vigiar respiração
	Monitorizar frequência respiratória
	Monitorizar saturação de oxigénio
	Avaliar limpeza das vias aéreas
<b>Limpeza das Vias Aéreas comprometida em grau moderado</b>	Executar/Gerir inaloterapia
	Executar/Gerir oxigenoterapia
	Gerir a ingestão de líquidos
	Assistir a pessoa a otimizar a ventilação através de técnica respiratória
	Assistir a pessoa a otimizar a ventilação através de dispositivos respiratórios
	Aspirar secrecies
	Executar cinesiterapia respiratória
	Vigiar respiração
	Monitorizar frequência respiratória
	Monitorizar saturação de oxigénio
	Avaliar limpeza das vias aéreas
<b>Limpeza das vias aéreas comprometida em grau elevado</b>	Executar/Gerir inaloterapia
	Executar/gerir oxigenoterapia
	Vigiar as secrecies
	Vigiar a respiração
	Administrar líquidos
	Planear ingestão de líquidos
	Aspirar secrecies
	Executar cinesiterapia respiratória
	Monitorizar frequência respiratória
	Monitorizar saturação de oxigénio
Avaliar limpeza das vias aéreas	
<b>Oportunidade de: Potencial para melhorar conhecimento para promover a limpeza das vias aéreas</b>	Instruir a técnica de tossir
	Ensinar sobre o processo patológico
	Ensinar sobre complicações do processo patológico
	Ensinar sobre expetoração
	Avaliar conhecimento para promover limpeza das vias aéreas
<b>Oportunidade de: Potencial para melhorar a capacidade para promover a limpeza das vias aéreas</b>	Treinar a técnica de inalação através de inalador
	Instruir a inaloterapia
	Treinar a técnica de tossir
	Instruir a promover a limpeza das vias aéreas
	Avaliar capacidade para promover limpeza das vias aéreas
<b>Oportunidade de: Potencial para melhorar o conhecimento do prestador de cuidados para promover a limpeza das vias aéreas</b>	Instruir/Treinar o uso de dispositivos para limpeza das vias aéreas
	Ensinar o prestador de cuidados a promover o tossir
	Ensinar o prestador de cuidados sobre limpeza das vias aéreas
	Ensinar o prestador de cuidados sobre inaloterapia
	Avaliar o conhecimento do prestador de cuidados para promover a limpeza das vias aéreas

Adaptado de: Ordem dos Enfermeiros (2015); Ordem dos Enfermeiros (2016).

<b>Foco Aspiração</b>	
<b>Diagnóstico</b>	<b>Intervenções de Enfermagem</b>
<b>Risco de Aspiração Presente</b>	Otimizar sonda gástrica
	Inspeccionar cavidade oral
	Treinar técnica de posicionamento preventiva da aspiração
	Interromper a ingestão de alimentos
	Monitorizar conteúdo gástrico
	Elevar a cabeceira da cama
	Vigiar refeição
	Avaliar risco de aspiração
Oportunidade de: Potencial Para Melhorar o Conhecimento Sobre Prevenção da Aspiração	Ensinar sobre prevenção da aspiração
	Avaliar conhecimento sobre prevenção da aspiração

Adaptado de: Ordem dos Enfermeiros (2016).

<b>Foco Desidratação</b>	
<b>Diagnóstico</b>	<b>Intervenções de Enfermagem</b>
<b>Risco de Desidratação Presente</b>	Avaliar risco de desidratação
	Gerir ingestão de líquidos
	Incentivar a ingestão de líquidos
	Monitorizar entrada e saída de líquidos
	Monitorizar peso corporal
	Planear ingestão de líquidos
	Monitorizar frequência cardíaca
	Monitorizar pressão venosa central
Oportunidade de: Potencial para melhorar o conhecimento sobre prevenção de desidratação	Ensinar sobre prevenção de desidratação
	Avaliar conhecimento sobre prevenção de desidratação

Adaptado de: Ordem dos Enfermeiros (2016).

<b>Foco Ingestão Nutricional</b>	
<b>Diagnóstico</b>	<b>Intervenções de Enfermagem</b>
<b>Risco de Compromisso da Ingestão Nutricional presente</b>	Avaliar risco de compromisso da ingestão nutricional
	Monitorizar índice de massa corporal
	Incentivar a alimentar-se
	Assistir a alimentar-se
	Alimentar
	Alimentar através de sonda
	Avaliar ingestão nutricional

Adaptado de: Ordem dos Enfermeiros (2016).

Foco Déficit Sensorial	
Diagnóstico	Intervenções de Enfermagem
Déficit Sensorial presente	Aplicar frio/calor
	Gerir ambiente físico
	Executar estimulação sensitiva
	Executar técnica de massagem
	Executar técnica de posicionamento
	Incentivar a execução de exercício muscular e articular
	Avaliar a sensibilidade (superficial e profunda)
	Ensinar sobre estratégias adaptativas ao déficit sensorial
	Avaliar conhecimento sobre estratégias adaptativas ao déficit sensorial

Adaptado de: Ordem dos Enfermeiros (2015)

Foco Equilíbrio Corporal	
Diagnóstico	Intervenções de Enfermagem
Equilíbrio Corporal diminuído	Avaliar equilíbrio corporal
	Monitorizar equilíbrio corporal através de escala (Escala de <i>Tinetti</i> )
	Estimular a manter equilíbrio corporal
	Orientar na técnica de treino de equilíbrio
	Aplicar dispositivos de apoio
	Ensinar sobre técnica de equilíbrio corporal
	Treinar técnica de equilíbrio corporal
	Avaliar conhecimento sobre técnica de equilíbrio corporal
	Avaliar capacidade para executar técnica de equilíbrio corporal

Adaptado de: Ordem dos Enfermeiros (2015)

Foco Movimento Muscular	
Diagnóstico	Intervenções de Enfermagem
Movimento Muscular diminuído	Monitorizar força muscular através de escala (Escala de <i>Lower</i> )
	Executar técnica de exercício muscular e articular ativo-assistido
	Executar técnica de exercício muscular e articular ativo-resistido
	Executar técnica de exercício muscular e articular passivo
	Incentivar a executar exercícios musculares e articulares ativos
	Ensinar sobre técnicas de exercício muscular e articular
	Treinar técnicas de exercício muscular e articular
	Avaliar capacidade para executar técnicas de exercício muscular e articular
	Avaliar conhecimento para executar técnicas de exercício muscular e articular

Adaptado de: Ordem dos Enfermeiros (2015)

**Anexo N – Tabela de classificação de adultos de acordo com o IMC**

<b>Classificação</b>	<b>Índice de Massa Corporal (IMC) (Kg/m<sup>2</sup>)</b>	<b>Riscos de comorbilidades</b>
Magreza	< 18,50	Baixo (mas com risco aumentado de outros distúrbios clínicos)
Normal	18,50 – 24,99	Peso normal
Pré-obesidade	25,00 – 29,99	Aumentado
Obesidade classe I	30,00 – 34,99	Moderado
Obesidade classe II	35,00 – 39,99	Elevado
Obesidade classe III	≥ 40,00	Muito Elevado

Adaptado de: World Health Organization (2000, p. 9)

**Anexo O – Tabelas de registro**

TABELA DE REGISTO DE SCORE NA ESCALA DE COMAS DE GLASGOW				
Avaliação	1	2	3	4
Data				
Abertura Ocular (O)				
Resposta Verbal (V)				
Melhor Resposta Motora (M)				
<b>Score</b>				
Legenda	NT – Não testável			
Anotações				

Adaptado de: <http://www.glasgowcomascale.org/downloads/GCS-Assessment-Aid-Portuguese.pdf>

TABELA DE REGISTO DE SCORE NA <i>EATING ASSESSMENT TOOL</i> (EAT-10)				
Avaliação	1	2	3	4
Data				
<b>Questão</b>				
1 – O meu problema de engolir faz-me perder peso.				
2 – O meu problema de engolir interfere com o ir comer fora.				
3 - Engolir líquidos exige um esforço maior.				
4 - Engolir sólidos exige um esforço maior.				
5 - Engolir comprimidos exige um esforço maior.				
6 – Engolir é doloroso.				
7 – O prazer de comer é afetado pelas minhas dificuldades em engolir.				
8 – Quando engulo a comida fica presa na minha garganta.				
9 – Eu tusso quando como.				
10 - Engolir causa-me stress.				
<b>Score</b>				
Anotações				

Adaptado de: Queirós, Moreira, Silva, Costa & Lains (2013, p. 30)

Avaliação/Data		1			2			3			4		
<b>Néctar/vol (ml)</b>													
Segurança		5	10	20	5	10	20	5	10	20	5	10	20
Tosse													
Alterações vocais													
Dessaturação de Oxigénio													
Eficácia		5	10	20	5	10	20	5	10	20	5	10	20
Encerramento Labial													
Resíduos orais													
Deglutições múltiplas													
Resíduos Faríngeos													
<b>Líquido/vol (ml)</b>													
Segurança		5	10	20	5	10	20	5	10	20	5	10	20
Tosse													
Alterações vocais													
Dessaturação de Oxigénio													
Eficácia		5	10	20	5	10	20	5	10	20	5	10	20
Encerramento Labial													
Resíduos orais													
Deglutições múltiplas													
Resíduos Faríngeos													
<b>Pudim/vol (ml)</b>													
Segurança		5	10	20	5	10	20	5	10	20	5	10	20
Tosse													
Alterações vocais													
Dessaturação de Oxigénio													
Eficácia		5	10	20	5	10	20	5	10	20	5	10	20
Encerramento Labial													
Resíduos orais													
Deglutições múltiplas													
Resíduos Faríngeos													
Hidratação Recomendada		Visc	Vol		Visc	Vol		Visc	Vol		Visc	Vol	
Dieta	Via												
	Alimentos líquidos												
	Alimentos sólidos												
<b>FOIS</b>													

Nota. NT – Não testável, + - positivo, - negativo, L – Líquido, N – Néctar, P – Pudim, SNG – sonda nasogástrica, ORAL – via oral; Adaptado de: Clavé, Arreola, Romea, Medina, Palomera & Serra-Prat (2008); Glenn-Molali (2011, p. 311)

FASES DA DEGLUTIÇÃO		MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS NA APLICAÇÃO DO V-VST/MECV-V			
		Dia	Dia	Dia	Dia
		1	2	3	4
FASE ORAL PREPARATÓRIA	Posição inadequada da cabeça				
	Encerramento labial ineficaz				
	Reflexos orais exacerbados				
	Alteração do tónus muscular da língua (hipertonia/hipotonia)				
	Sialorreia				
	Aspiração pré-deglutição (Tosse)				
FASE ORAL	Atraso no reflexo de deglutição				
	Trânsito oral prolongado				
	Deglutições Múltiplas				
	Resíduo oral elevado				
	Queda do bolo alimentar para a hipofaringe antes da deglutição				
	Aspiração após deglutição (Tosse)				
FASE FARÍNGEA	Redução da mobilidade faríngea				
	Resíduos Faríngeos				
	Dessaturação de oxigénio				
	Aspiração após deglutição (Tosse)				
	Qualidade da voz / Auscultação cervical alterada				
	Alteração do reflexo de deglutição	L A	L A	L A	L A
% DE DISTÚRBIOS NA FASE PREPARATÓRIA					
% DE DISTÚRBIOS NA FASE ORAL					
% DE DISTÚRBIOS NA FASE FARÍNGEA					
PROGRAMA DE INTERVENÇÃO A INSTITUIR					

Nota. (+) positivo; (-) negativo; L – Lentificado; A – Ausente, Adaptado de: Glenn-Molali (2011, p. 305); Ricci Maccarini, Filipini, Padovani, Limarzi, Loffredo & Casolino (2007, p.305).

TABELA DE REGISTO DA CAPACIDADE PARA EXECUTAR EXERCÍCIOS E TÉCNICAS DE DEGLUTIÇÃO						
FASE DA DEGLUTIÇÃO COM MAIOR % DE DISTÚRBIOS	PROGRAMA	EXERCÍCIOS	AVALIAÇÃO/DATA			
			1	2	3	4
Fase preparatória (Programa 1)	Exercícios orofaciais	Lábios				
		Língua				
		Bochechas				
		Língua e Bochechas				
		Maxilar Inferior				
	Posturas compensatórias	Posição Reclinada				
		Extensão cervical				
		Rotação cervical				
		Rotação e extensão cervical				
		Decúbito lateral				
	Técnicas/ Manobras compensatórias	Controlo do bolo alimentar				
		Deglutição múltipla				
		Deglutição de esforço				
FASE ORAL (PROGRAMA 2)	Exercícios orofaciais	Língua				
		Bochechas				
		Língua e Bochechas				
		Maxilar inferior				
	Posturas compensatórias	Posição Reclinada				
		Rotação cervical				
		Flexão cervical				
		Rotação e flexão cervical				
		Decúbito lateral				
	Técnicas/ Manobras compensatórias	Estimulação Térmica				
		Controlo do bolo alimentar				
		Deglutição Múltipla				
		Deglutição de esforço				
Deglutição Supraglótica						
FASE FARÍNGEA (PROGRAMA 3)	Exercícios Orofaciais	Língua e bochechas				
		Maxilar inferior				
		Laringe				
	Posturas compensatórias	Posição Reclinada				
		Flexão cervical				
		Inclinação cervical				
	Técnicas/ Manobras compensatórias	Estimulação térmica				
		Manobra de <i>Mendelsohn</i>				
		Deglutição de esforço				
		Deglutição Supraglótica				
		Deglutição Super-supraglótica				
		<i>Masako</i>				
	Exercício de <i>Shaker</i>					

Nota. D – Demonstra; N – Não demonstra, Adaptado de: Glenn-Molali (2011, p. 312); Kagaya, Inamoto, Okada & Saitoh (2011); Lazarus (2017); Ordem dos Enfermeiros (2015); Pauloski (2008); Silva (2007).

TABELA DE REGISTO DO CONHECIMENTO PARA EXECUTAR EXERCÍCIOS E TÉCNICAS DE DEGLUTIÇÃO						
FASE DA DEGLUTIÇÃO COM MAIOR % DE DISTÚRBIOS	PROGRAMA	EXERCÍCIOS	AVALIAÇÃO/DATA			
			1	2	3	4
Fase preparatória (Programa 1)	Exercícios orofaciais	Lábios				
		Língua				
		Bochechas				
		Língua e Bochechas				
		Maxilar Inferior				
	Posturas compensatórias	Posição Reclinada				
		Extensão cervical				
		Rotação cervical				
		Rotação e extensão cervical				
		Decúbito lateral				
	Técnicas/ Manobras compensatórias	Controlo do bolo alimentar				
		Deglutição múltipla				
		Deglutição de esforço				
FASE ORAL (PROGRAMA 2)	Exercícios orofaciais	Língua				
		Bochechas				
		Língua e Bochechas				
		Maxilar inferior				
	Posturas compensatórias	Posição Reclinada				
		Rotação cervical				
		Flexão cervical				
		Rotação e flexão cervical				
		Decúbito lateral				
	Técnicas/ Manobras compensatórias	Estimulação Térmica				
		Controlo do bolo alimentar				
		Deglutição Múltipla				
		Deglutição de esforço				
Deglutição Supraglótica						
FASE FARÍNGEA (PROGRAMA 3)	Exercícios Orofaciais	Língua e bochechas				
		Maxilar inferior				
		Laringe				
	Posturas compensatórias	Posição Reclinada				
		Flexão cervical				
		Inclinação cervical				
	Técnicas/ Manobras compensatórias	Estimulação térmica				
		Manobra de <i>Mendelsohn</i>				
		Deglutição de esforço				
		Deglutição Supraglótica				
		Deglutição Super-supraglótica				
		<i>Masako</i>				
		Exercício de <i>Shaker</i>				
Técnica de Consistência Adaptada						

Nota. D – Demonstra; N – Não demonstra; Adaptado de: Glenn-Molali (2011, p. 312); Kagaya, Inamoto, Okada & Saitoh (2011); Lazarus (2017); Ordem dos Enfermeiros (2015); Pauloski (2008); Silva (2007).

TABELA DE REGISTO DO CONHECIMENTO DO PRESTADOR DE CUIDADOS PARA PROMOVER A DEGLUTIÇÃO						
FASE DA DEGLUTIÇÃO COM MAIOR % DE DISTÚRBIOS	PROGRAMA	EXERCÍCIOS	AVALIAÇÃO/DATA			
			1	2	3	4
Fase preparatória (Programa 1)	Exercícios orofaciais	Lábios				
		Língua				
		Bochechas				
		Língua e Bochechas				
		Maxilar Inferior				
	Posturas compensatórias	Posição Reclinada				
		Extensão cervical				
		Rotação cervical				
		Rotação e extensão cervical				
	Técnicas/ Manobras compensatórias	Decúbito lateral				
		Controlo do bolo alimentar				
		Deglutição múltipla				
	FASE ORAL (PROGRAMA 2)	Exercícios orofaciais	Deglutição de esforço			
Língua						
Bochechas						
Língua e Bochechas						
Posturas compensatórias		Maxilar inferior				
		Posição Reclinada				
		Rotação cervical				
		Flexão cervical				
		Rotação e flexão cervical				
Técnicas/ Manobras compensatórias		Decúbito lateral				
		Estimulação Térmica				
		Controlo do bolo alimentar				
		Deglutição Múltipla				
	Deglutição de esforço					
FASE FARÍNGEA (PROGRAMA 3)	Exercícios Orofaciais	Deglutição Supraglótica				
		Língua e bochechas				
		Maxilar inferior				
	Posturas compensatórias	Laringe				
		Posição Reclinada				
		Flexão cervical				
	Técnicas/ Manobras compensatórias	Inclinação cervical				
		Estimulação térmica				
		Manobra de <i>Mendelsohn</i>				
		Deglutição de esforço				
		Deglutição Supraglótica				
		Deglutição Super-supraglótica				
	TÉCNICA DE CONSISTÊNCIA ADAPTADA		<i>Masako</i>			
		Exercício de <i>Shaker</i>				

Nota. D – Demonstra; N – Não demonstra; Adaptado de: Glenn-Molali (2011, p. 312); Kagaya, Inamoto, Okada & Saitoh (2011); Lazarus (2017); Ordem dos Enfermeiros (2015); Pauloski (2008); Silva (2007).

<b>Diagnósticos de Enfermagem</b>			<b>Avaliação/Data</b>			
			<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
<b>Foco</b>	<b>Diagnóstico</b>	<b>Status</b>				
<b><u>Deglutir</u></b>	<b>Deglutir comprometido</b>	em grau reduzido				
		em grau moderado				
		em grau elevado				
	Potencial para melhorar conhecimento sobre exercícios e técnicas de deglutição	Oportunidade de:				
	Potencial para melhorar capacidade para executar exercícios e técnicas de deglutição	Oportunidade de:				
Potencial para melhorar o conhecimento do prestador de cuidados para promover a deglutição	Oportunidade de:					
<b><u>Auto Cuidado: Beber</u></b>	<b>Auto Cuidado: Beber Comprometido</b>	em grau reduzido				
		em grau moderado				
		em grau elevado				
	Potencial para melhorar capacidade para usar estratégias adaptativas para o auto cuidado: beber	Oportunidade de:				
Potencial para melhorar capacidade do prestador de cuidados para assistir no auto cuidado: beber	Oportunidade de:					
<b><u>Alimentar-se</u></b>	<b>Alimentar-se Dependente</b>	em grau reduzido				
		em grau moderado				
		em grau elevado				
	Potencial para melhorar capacidade para usar estratégias adaptativas para alimentar-se	Oportunidade de:				
	Potencial para melhorar capacidade do prestador de cuidados para alimentar através de sonda gástrica	Oportunidade de:				
Potencial para melhorar capacidade do prestador de cuidados para alimentar/assistir no alimentar-se	Oportunidade de:					
<b><u>Aspiração</u></b>	<b>Risco de Aspiração</b>	Presente				
	Potencial Para Melhorar o Conhecimento Sobre Prevenção da Aspiração	Oportunidade de:				
<b><u>Limpeza das Vias Aéreas</u></b>	<b>Limpeza das vias aéreas Comprometida</b>	Em grau reduzido				
		Em grau moderado				
		Em grau elevado				
	Potencial Para Melhorar o Conhecimento Para Promover a Limpeza Das Vias Aéreas	Oportunidade de:				
	Potencial Para Melhorar a capacidade Para Promover a Limpeza Das Vias Aéreas	Oportunidade de:				
Potencial Para Melhorar o Conhecimento do Prestador de Cuidados Para Promover a Limpeza Das Vias Aéreas	Oportunidade de:					
<b><u>Desidratação</u></b>	<b>Risco de desidratação</b>	Presente				
	Potencial para melhorar o conhecimento sobre prevenção de desidratação	Oportunidade de:				
<b><u>Ingestão Nutricional</u></b>	<b>Risco de Compromisso da Ingestão Nutricional</b>	Presente				

Nota. X – Diagnóstico ativo; Adaptado de: Ordem dos Enfermeiros (2015); Ordem dos Enfermeiros (2016).

Diagnósticos de Enfermagem (Continuação)			Avaliação/Data			
			1	2	3	4
Foco	Diagnóstico	Status				
<u>Défice Sensorial</u>	Défice Sensorial	Presente				
<u>Equilíbrio Corporal</u>	Equilíbrio Corporal	Diminuído				
<u>Movimento Muscular</u>	Movimento Muscular	Diminuído				

Nota. X – Diagnóstico ativo; Adaptado de: Ordem dos Enfermeiros (2015).

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM SUGERIDAS FACE AO DIAGNÓSTICO		AVALIAÇÃO/DATA			
		1	2	3	4
DIAGNÓSTICO	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM				
DEGLUTIR COMPROMETIDO EM GRAU REDUZIDO	Incentivar deglutição				
	Instruir/treinar a técnica de deglutição				
	Vigiar reflexo de deglutição				
	Estimular deglutição				
	Avaliar deglutição				
DEGLUTIR COMPROMETIDO EM GRAU MODERADO	Instruir/treinar a técnica de deglutição				
	Vigiar reflexo de deglutição				
	Estimular deglutição				
	Avaliar deglutição				
DEGLUTIR COMPROMETIDO EM GRAU ELEVADO	Incentivar deglutição				
	Estimular deglutição				
	Avaliar deglutição				
	Vigiar reflexo de deglutição				
	Executar técnica de posicionamento preventiva da aspiração				
	Posicionar para a refeição				
	Instruir a posicionar-se				
	Otimizar sonda gástrica				
	Planear dieta				
	Planear as refeições				
OPORTUNIDADE DE: POTENCIAL PARA MELHORAR CONHECIMENTO SOBRE EXERCÍCIOS E TÉCNICAS DE DEGLUTIÇÃO	Ensinar sobre processo patológico				
	Ensinar sobre complicações do processo patológico				
	Ensinar sobre dieta				
	Ensinar sobre exercícios terapêuticos para a deglutição				
	Avaliar conhecimento para promover a deglutição				
OPORTUNIDADE DE: POTENCIAL PARA MELHORAR CAPACIDADE PARA EXECUTAR EXERCÍCIOS E TÉCNICAS DE DEGLUTIÇÃO	Instruir/Treinar a técnica de deglutição				
	Instruir/Treinar exercícios terapêuticos para a deglutição				
	Avaliar capacidade para executar a técnica de deglutição				
OPORTUNIDADE DE: POTENCIAL PARA MELHORAR O CONHECIMENTO DO PRESTADOR DE CUIDADOS PARA PROMOVER A DEGLUTIÇÃO	Ensinar o prestador de cuidados sobre alimentação				
	Avaliar conhecimento do prestador de cuidados para promover a deglutição				

Nota. X – Intervenção ativa; Adaptado de: Ordem dos Enfermeiros (2015); Ordem dos Enfermeiros (2016).

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM SUGERIDAS FACE AO DIAGNÓSTICO					
DIAGNÓSTICO	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	AVALIAÇÃO/DATA			
		1	2	3	4
<b>AUTO CUIDADO: BEBER</b> <b>COMPROMETIDO EM GRAU</b> REDUZIDO	Assistir no auto cuidado: beber				
	Avaliar o auto cuidado: beber				
	Ensinar sobre o auto cuidado: beber				
	Incentivar o auto cuidado: beber				
	Instruir o auto-cuidado: beber				
<b>AUTO CUIDADO: BEBER</b> <b>COMPROMETIDO EM GRAU</b> MODERADO	Assistir no auto cuidado: beber				
	Avaliar o auto cuidado: beber				
	Ensinar sobre o auto cuidado: beber				
	Instruir o auto-cuidado: beber				
<b>AUTO CUIDADO: BEBER</b> <b>COMPROMETIDO EM GRAU</b> ELEVADO	Assistir no auto cuidado: beber				
	Avaliar o auto cuidado: beber				
	Ensinar sobre o auto cuidado: beber				
OPORTUNIDADE DE: POTENCIAL PARA MELHORAR CAPACIDADE PARA USAR ESTRATÉGIAS ADAPTATIVAS PARA O AUTO CUIDADO: BEBER	Avaliar capacidade para usar dispositivo auxiliar para autocuidado: beber				
	Instruir sobre uso de dispositivo auxiliar para autocuidado: beber				
	Treinar o uso de dispositivo auxiliar para autocuidado: beber				
OPORTUNIDADE DE: POTENCIAL PARA MELHORAR A CAPACIDADE DO PRESTADOR DE CUIDADOS PARA ASSISTIR NO AUTO CUIDADO: BEBER	Assistir no auto cuidado: beber				
	Avaliar capacidade do prestador de cuidados para assistir no auto cuidado: beber				
	Ensinar prestador de cuidados sobre dispositivo auxiliar para auto cuidado: beber				
	Instruir o prestador de cuidados no uso de dispositivo auxiliar para o auto cuidado: beber				
	Instruir o prestador de cuidados para assistir no auto cuidado: beber				
	Treinar o prestador de cuidados a assistir no auto cuidado: beber				

Nota. X – Intervenção ativa; Adaptado de: Ordem dos Enfermeiros (2015); Ordem dos Enfermeiros (2016).

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM SUGERIDAS FACE AO DIAGNÓSTICO					
DIAGNÓSTICO	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	AVALIAÇÃO/DATA			
		1	2	3	4
ALIMENTAR-SE DEPENDENTE EM GRAU REDUZIDO	Assistir no alimentar-se				
	Assistir no alimentar-se através de sonda				
	Avaliar o alimentar-se				
	Incentivar a alimentar-se				
	Instruir a alimentar-se				
	Instruir a alimentar-se com dispositivo				
	Providenciar dispositivos para alimentar-se				
	Supervisionar dieta				
	Supervisionar prestador de cuidados a alimentar				
	Treinar a alimentar-se usando dispositivos				
	Treinar a alimentar-se usando sonda gástrica				
Vigiar refeição					
ALIMENTAR-SE DEPENDENTE EM GRAU MODERADO	Alimentar				
	Alimentar através de sonda				
	Assistir no alimentar-se				
	Assistir no alimentar-se através de sonda				
	Avaliar o alimentar-se				
	Incentivar a alimentar-se				
	Instruir a alimentar-se				
	Instruir a alimentar-se com dispositivo				
	Providenciar dispositivos para alimentar-se				
	Supervisionar dieta				
	Supervisionar prestador de cuidados a alimentar				
Vigiar refeição					
ALIMENTAR-SE DEPENDENTE EM GRAU ELEVADO	Alimentar				
	Alimentar através de sonda				
	Assistir no alimentar-se				
	Assistir no alimentar-se através de sonda				
	Avaliar o alimentar-se				
	Incentivar a alimentar-se				
	Instruir a alimentar-se				
	Supervisionar a dieta				
	Supervisionar o prestador de cuidados a alimentar				
Vigiar a refeição					
OPORTUNIDADE DE: POTENCIAL PARA MELHORAR CAPACIDADE PARA USAR ESTRATÉGIAS ADAPTATIVAS PARA ALIMENTAR-SE	Avaliar capacidade para usar dispositivo auxiliar para o alimentar-se				
	Instruir sobre uso de dispositivo auxiliar para o alimentar-se				
	Treinar uso de dispositivo auxiliar para o alimentar-se				
POTENCIAL PARA MELHORAR CAPACIDADE DO PRESTADOR DE CUIDADOS PARA ALIMENTAR ATRAVÉS DE SONDA GÁSTRICA	Avaliar capacidade de prestador de cuidados para alimentar através de sonda gástrica				
	Instruir o prestador de cuidados a alimentar através de sonda				
	Treinar o prestador de cuidados a alimentar por sonda				
POTENCIAL PARA MELHORAR CAPACIDADE DO PRESTADOR DE CUIDADOS PARA ALIMENTAR/ASSISTIR NO ALIMENTAR-SE	Alimentar				
	Assistir no alimentar-se				
	Avaliar capacidade do prestador de cuidados para alimentar/assistir no alimentar-se				
	Ensinar o prestador de cuidados sobre alimentação				
	Ensinar o prestador de cuidados sobre prevenção da aspiração				
	Instruir o prestador de cuidados para assistir no alimentar-se				
Treinar o prestador de cuidados a assistir no alimentar-se					

Nota. X – Intervenção ativa; Adaptado de: Ordem dos Enfermeiros (2015); Ordem dos Enfermeiros (2016).

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM SUGERIDAS FACE AO DIAGNÓSTICO		AVALIAÇÃO/DATA			
DIAGNÓSTICO	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	1	2	3	4
LIMPEZA DAS VIAS AÉREAS COMPROMETIDA EM GRAU REDUZIDO	Otimizar/Gerir inaloterapia				
	Executar/Gerir oxigenoterapia				
	Supervisionar ingestão de líquidos				
	Vigiar as secreções				
	Auscultar tórax				
	Estimular a tossir				
	Aspirar secreções				
	Incentivar a tossir				
	Executar cinesiterapia respiratória				
	Vigiar respiração				
	Monitorizar frequência respiratória				
	Monitorizar saturação de oxigénio				
Avaliar limpeza das vias aéreas					
LIMPEZA DAS VIAS AÉREAS COMPROMETIDA EM GRAU MODERADO	Executar/Gerir inaloterapia				
	Executar/Gerir oxigenoterapia				
	Gerir a ingestão de líquidos				
	Assistir a pessoa a otimizar a ventilação através de técnica respiratória				
	Assistir a pessoa a otimizar a ventilação através de dispositivos respiratórios				
	Aspirar secreções				
	Executar cinesiterapia respiratória				
	Vigiar respiração				
	Monitorizar frequência respiratória				
	Monitorizar saturação de oxigénio				
Avaliar limpeza das vias aéreas					
LIMPEZA DAS VIAS AÉREAS COMPROMETIDA EM GRAU ELEVADO	Executar/Gerir inaloterapia				
	Executar/gerir oxigenoterapia				
	Vigiar as secreções				
	Vigiar a respiração				
	Administrar líquidos				
	Planear ingestão de líquidos				
	Aspirar secreções				
	Executar cinesiterapia respiratória				
	Monitorizar frequência respiratória				
	Monitorizar saturação de oxigénio				
Avaliar limpeza das vias aéreas					
OPORTUNIDADE DE: POTENCIAL PARA MELHORAR CONHECIMENTO PARA PROMOVER A LIMPEZA DAS VIAS AÉREAS	Instruir a técnica de tossir				
	Ensinar sobre o processo patológico				
	Ensinar sobre complicações do processo patológico				
	Ensinar sobre expetoração				
	Avaliar conhecimento para promover limpeza das vias aéreas				
OPORTUNIDADE DE: POTENCIAL PARA MELHORAR A CAPACIDADE PARA PROMOVER A LIMPEZA DAS VIAS AÉREAS	Treinar a técnica de inalação através de inalador				
	Instruir a inaloterapia				
	Treinar a técnica de tossir				
	Instruir a promover a limpeza das vias aéreas				
	Avaliar capacidade para promover limpeza das vias aéreas				
OPORTUNIDADE DE: POTENCIAL PARA MELHORAR O CONHECIMENTO DO PRESTADOR DE CUIDADOS PARA PROMOVER A LIMPEZA DAS VIAS AÉREAS	Instruir/Treinar o uso de dispositivos para limpeza das vias aéreas				
	Ensinar o prestador de cuidados a promover o tossir				
	Ensinar o prestador de cuidados sobre limpeza das vias aéreas				
	Ensinar o prestador de cuidados sobre inaloterapia				
	Avaliar o conhecimento do prestador de cuidados para promover a limpeza das vias aéreas				

Nota. X – Intervenção ativa; Adaptado de: Ordem dos Enfermeiros (2015); Ordem dos Enfermeiros (2016).

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM SUGERIDAS FACE AO DIAGNÓSTICO					
DIAGNÓSTICO	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	AVALIAÇÃO/DATA			
		1	2	3	4
RISCO DE ASPIRAÇÃO PRESENTE	Otimizar sonda gástrica				
	Inspecionar cavidade oral				
	Treinar técnica de posicionamento preventiva da aspiração				
	Interromper a ingestão de alimentos				
	Monitorizar conteúdo gástrico				
	Elevar a cabeceira da cama				
	Vigiar refeição				
	Avaliar risco de aspiração				
OPORTUNIDADE DE: POTENCIAL PARA MELHORAR O CONHECIMENTO SOBRE PREVENÇÃO DA ASPIRAÇÃO	Ensinar sobre prevenção da aspiração				
	Avaliar conhecimento sobre prevenção da aspiração				

Nota. X – Intervenção ativa; Adaptado de: Ordem dos Enfermeiros (2016)

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM SUGERIDAS FACE AO DIAGNÓSTICO					
DIAGNÓSTICO	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	AVALIAÇÃO/DATA			
		1	2	3	4
RISCO DE DESIDRATAÇÃO PRESENTE	Avaliar risco de desidratação				
	Gerir ingestão de líquidos				
	Incentivar a ingestão de líquidos				
	Monitorizar entrada e saída de líquidos				
	Monitorizar peso corporal				
	Planear ingestão de líquidos				
	Monitorizar frequência cardíaca				
	Monitorizar pressão venosa central				
OPORTUNIDADE DE: POTENCIAL PARA MELHORAR O CONHECIMENTO SOBRE PREVENÇÃO DE DESIDRATAÇÃO	Ensinar sobre prevenção de desidratação				
	Avaliar conhecimento sobre prevenção de desidratação				

Nota. X – Intervenção ativa; Adaptado de: Ordem dos Enfermeiros (2016).

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM SUGERIDAS FACE AO DIAGNÓSTICO					
DIAGNÓSTICO	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	AVALIAÇÃO/DATA			
		1	2	3	4
RISCO DE COMPROMISSO DA INGESTÃO NUTRICIONAL PRESENTE	Avaliar risco de compromisso da ingestão nutricional				
	Monitorizar índice de massa corporal				
	Incentivar a alimentar-se				
	Assistir a alimentar-se				
	Alimentar				
	Alimentar através de sonda				
	Avaliar ingestão nutricional				

Nota. X – Intervenção ativa; Adaptado de: Ordem dos Enfermeiros (2016)

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM SUGERIDAS FACE AO DIAGNÓSTICO					
DIAGNÓSTICO	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	AVALIAÇÃO/DATA			
		1	2	3	4
DÉFICE SENSORIAL PRESENTE	Aplicar frio/calor				
	Gerir ambiente físico				
	Executar estimulação sensitiva				
	Executar técnica de massagem				
	Executar técnica de posicionamento				
	Incentivar a execução de exercício muscular e articular				
	Avaliar a sensibilidade (superficial e profunda)				
	Ensinar sobre estratégias adaptativas ao défice sensorial				
	Ensinar sobre estratégias adaptativas ao défice sensorial				
	Avaliar conhecimento sobre estratégias adaptativas ao défice sensorial				

Nota. Intervenção Ativa – X. Adaptado de: Ordem dos Enfermeiros (2015)

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM SUGERIDAS FACE AO DIAGNÓSTICO					
DIAGNÓSTICO	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	AVALIAÇÃO/DATA			
		1	2	3	4
EQUILÍBRIO CORPORAL DIMINUÍDO	Avaliar equilíbrio corporal				
	Monitorizar equilíbrio corporal através de escala (Escala de <i>Tinetti</i> )				
	Estimular a manter equilíbrio corporal				
	Orientar na técnica de treino de equilíbrio				
	Aplicar dispositivos de apoio				
	Ensinar sobre técnica de equilíbrio corporal				
	Treinar técnica de equilíbrio corporal				
	Avaliar conhecimento sobre técnica de equilíbrio corporal				
	Avaliar capacidade para executar técnica de equilíbrio corporal				

Nota. Intervenção Ativa – X. Adaptado de: Ordem dos Enfermeiros (2015)

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM SUGERIDAS FACE AO DIAGNÓSTICO					
DIAGNÓSTICO	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	AVALIAÇÃO/DATA			
		1	2	3	4
MOVIMENTO MUSCULAR DIMINUÍDO	Monitorizar força muscular através de escala (Escala de <i>Lower</i> )				
	Executar técnica de exercício muscular e articular ativo-assistido				
	Executar técnica de exercício muscular e articular ativo-resistido				
	Executar técnica de exercício muscular e articular passivo				
	Incentivar a executar exercícios musculares e articulares ativos				
	Ensinar sobre técnicas de exercício muscular e articular				
	Treinar técnicas de exercício muscular e articular				
	Avaliar capacidade para executar técnicas de exercício muscular e articular				
	Avaliar conhecimento para executar técnicas de exercício muscular e articular				

Nota. Intervenção Ativa – X. Adaptado de: Ordem dos Enfermeiros (2015)

Valores basais de saturação de oxigénio (SpO <sub>2</sub> )													
Sessões	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Saturação de Oxigénio (%)													

**Anexo P** – Anexo 7 do Gabinete de Investigação e Desenvolvimento do Centro Hospitalar



## LISTA DE DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA E REQUISITOS

Lista de Documentação Necessária e Requisitos	Verificação pelo GID
1. Carta de pedido de autorização ao CA – PS GIND 001_Mod011	<input type="checkbox"/>
2. Carta de pedido de parecer ao presidente da CES – PS GIND 001_Mod012	<input type="checkbox"/>
3. Termo de responsabilidade do Investigador Principal e do Investigador Responsável no CHS <sup>1</sup> – PS GIND 001_Mod013/014/015	<input type="checkbox"/>
4. Declaração de conflito de interesses do Investigador Principal – PS GIND 001_Mod016	<input type="checkbox"/>
5. Autorização do Diretor de Serviço – PS GIND 001_Mod017	<input type="checkbox"/>
6. Autorização do Enfermeiro-chefe / Técnico-coordenador (se aplicável) <sup>2</sup> – PS GIND 001_Mod018/019	<input type="checkbox"/>
7. Folha de rosto – PS GIND 001_Mod020	<input type="checkbox"/>
8. Protocolo datado e assinado	<input type="checkbox"/>
9. Consentimento informado (se aplicável)	<input type="checkbox"/>
10. CV do Investigador Principal e do Investigador Responsável (datado e assinado)	<input type="checkbox"/>
11. Parecer da CES	<input type="checkbox"/>
12. Autorização da CNPD (se aplicável)	<input type="checkbox"/>
13. Outros (se aplicável) <sup>3</sup> – anexar	<input type="checkbox"/>

Verificação / validação do dossier de submissão pelo GID:

Data de receção do dossier

Data de validação

Assinatura

**Anexo Q – Deliberação do Conselho de Administração do Centro Hospitalar**

Nada a opor  
PICA.  
Oliveira  
10/1/2018

DELIBERAÇÃO:  
Audi-14 Oliveira  
11/2  
2018.01.17

MINISTÉRIO DA SAÚDE  
SECRETARIA DE SAÚDE

NOTA DE SERVIÇO

DESPACHO

PARA: Exmo. Sr. Prof. Dr. Filipe Inácio, Coordenador do Gabinete de Investigação e Desenvolvimento.

DE: Sr. Pedro Santos, Secretário do Gabinete de Investigação e Desenvolvimento

04-01-2018

ASSUNTO: Autorização à realização do estudo "Cuidados de Enfermagem de reabilitação em doentes com deglutição comprometida: resultado de um programa de intervenção.", a realizar no Serviço de

Trata-se de um estudo sobre a temática em que se pretende avaliar doentes com deglutição comprometida, categorizar o seu grau de compromisso e instituir um programa de reabilitação no intuito de recuperar a função perdida, no âmbito de um trabalho académico conferido de grau - Mestrado.

À consideração superior,

Pedro Santos

Ass. P.A. bem efectuar  
11/1/18  
de

foi em direito do  
estudo e ao  
objeto proposto,  
sugere que o  
investigador se foce  
autonomia relativa com  
o propósito de  
optimizar a  
deglutição em doentes  
com deglutição  
comprometida.

In just. P.A.  
09.1.2018

Tomas Almeida  
D. S. Cabral  
ass. in. T. Almeida  
15/1/18

ACTA Nº 02/18

**Anexo R – Autorizações para uso dos instrumentos de avaliação**



**Alexandra Queirós**

para mim ▾

9/11 ☆

Caro Paulo César Lopes,

O seu estudo parece-me muito interessante e é com agrado que autorizo a utilização dos instrumentos de avaliação EAT-10 e FOIS.

Cumprimentos,

Alexandra

---

Alexandra Queirós ([alexandra@ua.pt](mailto:alexandra@ua.pt))

Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro  
Campus Universitário Santiago  
3810-193 Aveiro

Tel.: 234372450 Ext.: 27109



**Susana Mestre**

para Adriano, mim ▾

25/11 ☆



Boa tarde Enfermeiro Paulo Lopes,

Grata pelo envio do seu email e Parabéns pela realização do tema do seu Projeto, porque cada vez mais é fundamental uma intervenção interdisciplinar na área da Disfagia Orofaringea e conhecermos qual a realidade em Portugal, nomeadamente prevalência da Disfagia Orofaringea.

Eu e o Dr. Adriano Rockland, que conduzimos o trabalho para a tradução e adaptação para o Português Europeu, autorizamos a utilização da versão Portuguesa do Método de Exploração Clínica Volume - Viscosidade (MECV-V) no projeto de intervenção intitulado " Cuidados de Enfermagem de Reabilitação em doentes com deglutição comprometida: resultados de um programa de intervenção" .

Poderá aceder ao MECV e fazer o respetivo download gratuito através do link <https://www.institutoepap.com/metodo-exploracao-clinica-volume-viscosidade-mecv-v>

Contudo, o MECV-V possui direitos de autor pela Nestlé Health Science, pelo que solicito que envie um email dirigido a Dra Daniela Dias - Business Development Manager Nestlé Health Science ([danielateresa.dias@pt.nestle.com](mailto:danielateresa.dias@pt.nestle.com)) a solicitar a respetiva autorização para utilização do instrumento de triagem da Disfagia.

Continuação de um bom trabalho e estou disponível para qualquer esclarecimento necessário.

Cumprimentos cordiais,

Susana Mestre



CLXXX



Dias, Daniela Teresa, LISBOA, Nestle Health Science [através de](#) nestle.onmicrosoft.com

9/12 (há 1 dia) ☆

para mim ▾

Bom dia Paulo,

Peço desculpa no atraso da resposta.

Queremos contribuir para a melhoria da qualidade de vida das pessoas com disfagia e nesse sentido temos todo o gosto que se utilize a ferramenta MEC-V.

Se precisar de algo estamos ao seu dispor

Com os melhores cumprimentos,

Daniela Dias

*Business Development Manager*



Tel. [+351 21 414 89 81](tel:+351214148981)

Tlm. +351 919 69 72 80

mail: [danielateresa.dias@pt.nestle.com](mailto:danielateresa.dias@pt.nestle.com)

Para mais informações sobre os nossos produtos, clique [aqui!](#)

**Anexo S – Formulário de Consentimento Informado**

**CONSENTIMENTO INFORMADO, ESCLARECIDO E LIVRE PARA ATOS/INTERVENÇÕES DE SAÚDE  
NOS TERMOS DA NORMA N.º 015/2013 DA DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE**

**Diagnóstico e ou descrição da situação clínica:** Estudo interventivo - Cuidados de Enfermagem de Reabilitação em doentes com deglutição comprometida: resultados de um programa de intervenção.

**Descrição do ato/intervenção, sua natureza e objetivo:** Trabalho de projeto no âmbito do Mestrado em Enfermagem, ramo de Especialização em Enfermagem de Reabilitação, a decorrer na Escola Superior de Enfermagem de São João de Deus da Universidade de Évora, sob orientação da Professora Doutora Eugénia Nunes Grilo. Tem como principal objetivo identificar doentes com deglutição comprometida e o seu grau de compromisso, instituindo um programa de reabilitação no intuito de recuperar a função perdida. Será avaliada a eficácia dos exercícios ministrados de forma a documentar essa evolução. O estudo decorrerá desde a sua admissão neste serviço até ao dia da sua alta.

**Benefícios:** Pretende-se colaborar para um melhor conhecimento científico sobre este tema, sendo necessário, para tal, incluir neste estudo a participação de doentes que apresentem a referida disfunção. Desta forma, a sua colaboração é fundamental. As informações recolhidas serão efetuadas através da aplicação de escalas de avaliação validadas para a população portuguesa, almejando documentar a sua evolução clínica ao ser submetido a este programa.

**Riscos graves e riscos frequentes:** Este estudo não lhe acarretará nenhuma despesa ou risco.

**Atos/intervenções alternativas fiáveis e cientificamente reconhecidas:** O resultado do presente estudo, será submetido a aprovação pela Universidade de Évora e divulgada no seu repositório no decorrer do primeiro semestre de 2018. Pode, se desejar, contactar o seu autor para constatar os resultados obtidos. Qualquer informação colhida será confidencial e não será revelada a terceiros. Ao ser admitido (a) no estudo ser-lhe-á atribuído uma letra que permite ocultar a sua identidade.

**Riscos de não tratamento:** A sua participação neste estudo é voluntária, podendo retirar-se do mesmo a qualquer altura, ou recusar participar, sem que tal facto tenha quaisquer consequências para si.

Confirmando que expliquei à pessoa abaixo indicada, de forma adequada e inteligível, os procedimentos necessários ao ato referido neste documento. Respondi a todas as questões que me foram colocadas e assegurei-me de que houve um período de reflexão suficiente para a tomada da decisão. Também garanti que, em caso de recusa, serão assegurados os melhores cuidados possíveis nesse contexto, no respeito pelos seus direitos.

**Nome legível do investigador principal:** Paulo César Lopes Silva

**Data:**

**Número de cédula profissional:** 5-E-48375

**Assinatura:**

**Instituição de Ensino:** Escola Superior S. João de Deus – Universidade de Évora

**Contacto Institucional do investigador principal:** [m38712@alunos.uevora.pt](mailto:m38712@alunos.uevora.pt)

**À Pessoa**

Por favor, leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Não hesite em solicitar mais informações se não estiver completamente esclarecido/a. Verifique se todas as informações estão corretas. Se tudo estiver conforme, então assine este documento.

*Declaro ter compreendido os objetivos de quanto me foi proposto e explicado pelo investigador que assina este documento, ter-me sido dada oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o assunto e para todas elas ter obtido resposta esclarecedora, ter-me sido garantido que não haverá prejuízo para os meus direitos assistenciais se eu recusar esta solicitação, e ter-me sido dado tempo suficiente para refletir sobre esta proposta. **Autorizo/Não autorizo (riscar o que não***

*interessa) o ato indicado, bem como os procedimentos diretamente relacionados que sejam necessários no meu próprio interesse e justificados por razões fundamentadas.*

Nome legível:

Data:

Assinatura:

**Nota:** Este documento é feito em duas vias – uma para o investigador principal e outra para ficar na posse de quem consente.

**Anexo T –Tabela de registo de doentes avaliados**

Data de internamento	Data Avaliação	Idade	Sexo	Diagnóstico	Avaliação Inicial			Letra	Consentimento informado	Critérios de inclusão
					Glasgow	EAT-10	FOIS			
										<ul style="list-style-type: none"> <li>• Escala de Comas de Glasgow (GSC) <math>\geq</math> 11 pontos. - pontuação máxima nos itens “abertura ocular” e “melhor resposta motora”;</li> <li>• Eat Assesement Tool (EAT-10) <math>\geq</math> 3 pontos;</li> <li>• Functional Oral Intake Scale (FOIS) &gt; nível 1 e &lt; nível 7</li> </ul>

**Anexo U** – Unidades de Registo – *Score na Eating Assessment Tool (EAT-10)*.

<b>TABELA DE REGISTO DE SCORE NA EATING ASSESSMENT TOOL (EAT-10) – DOENTE A</b>				
Avaliação	1	2	3	4
<b>Questão</b>				
1 – O meu problema de engolir faz-me perder peso.	0	0	0	0
2 – O meu problema de engolir interfere com o ir comer fora.	0	0	0	0
3 - Engolir líquidos exige um esforço maior.	2	2	1	1
4 - Engolir sólidos exige um esforço maior.	1	0	0	0
5 - Engolir comprimidos exige um esforço maior.	3	1	1	0
6 – Engolir é doloroso.	1	0	0	0
7 – O prazer de comer é afetado pelas minhas dificuldades em engolir.	2	0	0	0
8 – Quando engulo a comida fica presa na minha garganta.	1	0	0	0
9 – Eu tusso quando como.	2	2	1	1
10 - Engolir causa-me stress.	1	0	0	0
<b>Score</b>	<b>13</b>	<b>5</b>	<b>3</b>	<b>2</b>

Nota. NT – Não testável, 0 – Nenhum problema, 4- Problema grave; Adaptado de: Queirós, Moreira, Silva, Costa & Lains (2013)

<b>TABELA DE REGISTO DE SCORE NA EATING ASSESSMENT TOOL (EAT-10) – DOENTE B</b>				
Avaliação	1	2	3	4
<b>Questão</b>				
1 – O meu problema de engolir faz-me perder peso.	2	0	0	0
2 – O meu problema de engolir interfere com o ir comer fora.	0	0	0	0
3 - Engolir líquidos exige um esforço maior.	4	2	2	1
4 - Engolir sólidos exige um esforço maior.	3	1	1	0
5 - Engolir comprimidos exige um esforço maior.	4	2	1	1
6 – Engolir é doloroso.	3	1	0	0
7 – O prazer de comer é afetado pelas minhas dificuldades em engolir.	3	1	0	0
8 – Quando engulo a comida fica presa na minha garganta.	4	2	0	0
9 – Eu tusso quando como.	3	3	2	1
10 - Engolir causa-me stress.	3	1	0	0
<b>Score</b>	<b>28</b>	<b>13</b>	<b>6</b>	<b>3</b>

Nota. NT – Não testável, 0 – Nenhum problema, 4- Problema grave; Adaptado de: Queirós, Moreira, Silva, Costa & Lains (2013)

<b>TABELA DE REGISTO DE SCORE NA EATING ASSESSMENT TOOL (EAT-10) – DOENTE C</b>			
Avaliação	1	2	3
<b>Questão</b>			
1 – O meu problema de engolir faz-me perder peso.	0	0	0
2 – O meu problema de engolir interfere com o ir comer fora.	0	0	0
3 - Engolir líquidos exige um esforço maior.	3	3	2
4 - Engolir sólidos exige um esforço maior.	2	2	1
5 - Engolir comprimidos exige um esforço maior.	3	3	2
6 – Engolir é doloroso.	2	1	0
7 – O prazer de comer é afetado pelas minhas dificuldades em engolir.	3	2	1
8 – Quando engulo a comida fica presa na minha garganta.	2	2	1
9 – Eu tusso quando como.	2	2	1
10 - Engolir causa-me stress.	1	1	0
<b>Score</b>	<b>18</b>	<b>16</b>	<b>8</b>

Nota. NT – Não testável, 0 – Nenhum problema, 4- Problema grave; Adaptado de: Queirós, Moreira, Silva, Costa & Lains (2013)

TABELA DE REGISTO DE SCORE NA <i>EATING ASSESSMENT TOOL</i> (EAT-10) – DOENTE D					
Avaliação	1	2	3	4	5
<b>Questão</b>					
1 – O meu problema de engolir faz-me perder peso.	0	0	0	0	0
2 – O meu problema de engolir interfere com o ir comer fora.	0	0	0	0	0
3 - Engolir líquidos exige um esforço maior.	2	2	1	1	1
4 - Engolir sólidos exige um esforço maior.	2	1	1	0	0
5 - Engolir comprimidos exige um esforço maior.	2	2	1	1	0
6 – Engolir é doloroso.	0	0	0	0	0
7 – O prazer de comer é afetado pelas minhas dificuldades em engolir.	2	1	0	0	0
8 – Quando engulo a comida fica presa na minha garganta.	2	2	1	1	0
9 – Eu tusso quando como.	2	2	2	1	1
10 - Engolir causa-me stress.	1	0	0	0	0
<b>Score</b>	13	10	6	4	2

*Nota.* NT – Não testável, 0 – Nenhum problema, 4- Problema grave; Adaptado de: Queirós, Moreira, Silva, Costa & Lains (2013)

TABELA DE REGISTO DE SCORE NA <i>EATING ASSESSMENT TOOL</i> (EAT-10) – DOENTE G			
Avaliação	1	2	3
<b>Questão</b>			
1 – O meu problema de engolir faz-me perder peso.	1	1	0
2 – O meu problema de engolir interfere com o ir comer fora.	0	0	0
3 - Engolir líquidos exige um esforço maior.	4	3	2
4 - Engolir sólidos exige um esforço maior.	3	2	1
5 - Engolir comprimidos exige um esforço maior.	3	2	1
6 – Engolir é doloroso.	1	0	0
7 – O prazer de comer é afetado pelas minhas dificuldades em engolir.	4	2	1
8 – Quando engulo a comida fica presa na minha garganta.	3	2	2
9 – Eu tusso quando como.	4	3	2
10 - Engolir causa-me stress.	2	1	1
<b>Score</b>	25	16	10

*Nota.* NT – Não testável, 0 – Nenhum problema, 4- Problema grave; Adaptado de: Queirós, Moreira, Silva, Costa & Lains (2013)

**Anexo V** – Unidades de Registo – Resultados do V-VST/MECV-V e categorização na escala de FOIS.

DOENTE A													
Avaliação/Data	1			2			3			4			
<b>Néctar/volume (ml)</b>													
Segurança	5	10	20	5	10	20	5	10	20	5	10	20	
Tosse	-	-	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Alterações vocais	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Dessaturação de Oxigénio	-	-	4 %	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Eficácia	5	10	20	5	10	20	5	10	20	5	10	20	
Encerramento Labial	-	-	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Resíduos orais	-	-	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Deglutições múltiplas	-	-	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Resíduos Faríngeos	-	-	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
<b>Líquido/volume (ml)</b>													
Segurança	5	10	20	5	10	20	5	10	20	5	10	20	
Tosse	NT	NT	NT	-	+	NT	-	-	+	-	-	-	
Alterações vocais	NT	NT	NT	-	-	NT	-	-	-	-	-	-	
Dessaturação de Oxigénio	NT	NT	NT	-	-	NT	-	-	-	-	-	-	
Eficácia	5	10	20	5	10	20	5	10	20	5	10	20	
Encerramento Labial	NT	NT	NT	-	-	NT	-	-	-	-	-	-	
Resíduos orais	NT	NT	NT	-	-	NT	-	-	-	-	-	-	
Deglutições múltiplas	NT	NT	NT	-	-	NT	-	-	-	-	-	-	
Resíduos Faríngeos	NT	NT	NT	-	-	NT	-	-	-	-	-	-	
<b>Pudim/volume (ml)</b>													
Segurança	5	10	20	5	10	20	5	10	20	5	10	20	
Tosse	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Alterações vocais	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Dessaturação de Oxigénio	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Eficácia	5	10	20	5	10	20	5	10	20	5	10	20	
Encerramento Labial	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Resíduos orais	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Deglutições múltiplas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Resíduos Faríngeos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Hidratação Recomendada	Visc	Vol		Visc	Vol		Visc	Vol		Visc	Vol		
	N	10		L	5		L	10		L	20		
Dieta	Via	ORAL			ORAL			ORAL			ORAL		
	Alimentos líquidos	MEL			NÉCTAR			LÍQUIDO			LÍQUIDO		
	Alimentos sólidos	NÍVEL 2			NÍVEL 3			NÍVEL 3			NÍVEL 4		
<b>FOIS</b>		4			5			6			7		

Nota. NT – Não testável, + - positivo, - negativo, L – Líquido, N – Néctar, P – Pudim, SNG – sonda nasogástrica, ORAL – via oral; Adaptado de: Clavé, Arreola, Romea, Medina, Palomera & Serra-Prat (2008); Glenn-Molali (2011).

DOENTE B													
Avaliação/Data	1			2			3			4			
<b>Néctar/vol (ml)</b>													
Segurança	5	10	20	5	10	20	5	10	20	5	10	20	
Tosse	-	+	NT	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Alterações vocais	-	+	NT	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Dessaturação de Oxigénio	-	6 %	NT	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Eficácia	5	10	20	5	10	20	5	10	20	5	10	20	
Encerramento Labial	-	+	NT	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Resíduos orais	-	-	NT	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Deglutições múltiplas	-	+	NT	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Resíduos Faríngeos	-	+	NT	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
<b>Líquido/vol (ml)</b>													
Segurança	5	10	20	5	10	20	5	10	20	5	10	20	
Tosse	NT	NT	NT	-	+	NT	-	-	+	-	-	+	
Alterações vocais	NT	NT	NT	-	-	NT	-	-	+	-	-	-	
Dessaturação de Oxigénio	NT	NT	NT	-	-	NT	-	-	-	-	-	-	
Eficácia	5	10	20	5	10	20	5	10	20	5	10	20	
Encerramento Labial	NT	NT	NT	-	-	NT	-	-	-	-	-	-	
Resíduos orais	NT	NT	NT	-	-	NT	-	-	-	-	-	-	
Deglutições múltiplas	NT	NT	NT	-	+	NT	-	-	+	-	-	+	
Resíduos Faríngeos	NT	NT	NT	-	+	NT	-	-	+	-	-	-	
<b>Pudim/vol (ml)</b>													
Segurança	5	10	20	5	10	20	5	10	20	5	10	20	
Tosse	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Alterações vocais	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Dessaturação de Oxigénio	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Eficácia	5	10	20	5	10	20	5	10	20	5	10	20	
Encerramento Labial	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Resíduos orais	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Deglutições múltiplas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Resíduos Faríngeos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Hidratação Recomendada	Visc	Vol	Visc	Vol	Visc	Vol	Visc	Vol	Visc	Vol	Visc	Vol	
	P	20	N	20	L	10	L	10	L	10	L	10	
Dieta	Via	SNG		ORAL		ORAL		ORAL					
	Alimentos líquidos	PUDIM		NÉCTAR		LÍQUIDO		LÍQUIDO					
	Alimentos sólidos	Nível 1		Nível 2		Nível 3		Nível 3					
<b>FOIS</b>		2		5		6		6					

Nota. NT – Não testável, + - positivo, - negativo, L – Líquido, N – Néctar, P – Pudim, SNG – sonda nasogástrica, ORAL – via oral; Adaptado de: Clavé, Arreola, Romea, Medina, Palomera & Serra-Prat (2008); Glenn-Molali (2011).

DOENTE C										
Avaliação/Data	1			2			3			
<b>Néctar/vol (ml)</b>										
Segurança	5	10	20	5	10	20	5	10	20	
Tosse	-	-	+	-	-	+	-	-	-	
Alterações vocais	-	-	+	-	-	-	-	-	-	
Dessaturação de Oxigénio	-	-	4 %	-	-	-	-	-	-	
Eficácia	5	10	20	5	10	20	5	10	20	
Encerramento Labial	-	-	+	-	-	-	-	-	-	
Resíduos orais	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Deglutições múltiplas	-	-	+	-	-	+	-	-	-	
Resíduos Faríngeos	-	-	+	-	-	+	-	-	-	
<b>Líquido/vol (ml)</b>										
Segurança	5	10	20	5	10	20	5	10	20	
Tosse	NT	NT	NT	NT	NT	NT	-	-	+	
Alterações vocais	NT	NT	NT	NT	NT	NT	-	-	-	
Dessaturação de Oxigénio	NT	NT	NT	NT	NT	NT	-	-	-	
Eficácia	5	10	20	5	10	20	5	10	20	
Encerramento Labial	NT	NT	NT	NT	NT	NT	-	-	-	
Resíduos orais	NT	NT	NT	NT	NT	NT	-	-	-	
Deglutições múltiplas	NT	NT	NT	NT	NT	NT	-	-	-	
Resíduos Faríngeos	NT	NT	NT	NT	NT	NT	-	-	+	
<b>Pudim/vol (ml)</b>										
Segurança	5	10	20	5	10	20	5	10	20	
Tosse	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Alterações vocais	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Dessaturação de Oxigénio	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Eficácia	5	10	20	5	10	20	5	10	20	
Encerramento Labial	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Resíduos orais	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Deglutições múltiplas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Resíduos Faríngeos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Hidratação Recomendada	Visc	Vol		Visc	Vol		Visc	Vol		
	N	10		N	10		L	10		
Dieta	Via	ORAL			ORAL			ORAL		
	Alimentos líquidos	MEL			MEL			NÉCTAR		
	Alimentos sólidos	NÍVEL 1			NÍVEL 2			NÍVEL 3		
<b>FOIS</b>		4			4			6		

Nota. NT – Não testável, + - positivo, - negativo, L – Líquido, N – Néctar, P – Pudim, SNG – sonda nasogástrica, ORAL – via oral; Adaptado de: Clavé, Arreola, Romea, Medina, Palomera & Serra-Prat (2008); Glenn-Molali (2011).

DOENTE D																
Avaliação/Data	1			2			3			4			5			
<b>Néctar/vol (ml)</b>																
Segurança	5	10	20	5	10	20	5	10	20	5	10	20	5	10	20	
Tosse	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Alterações vocais	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Dessaturação de Oxigénio	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Eficácia	5	10	20	5	10	20	5	10	20	5	10	20	5	10	20	
Encerramento Labial	-	-	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Resíduos orais	-	-	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Deglutições múltiplas	-	-	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Resíduos Faríngeos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
<b>Líquido/vol (ml)</b>																
Segurança	5	10	20	5	10	20	5	10	20	5	10	20	5	10	20	
Tosse	+	NT	NT	+	NT	NT	-	+	NT	-	-	+	-	-	-	
Alterações vocais	-	NT	NT	-	NT	NT	-	-	NT	-	-	-	-	-	-	
Dessaturação de Oxigénio	-	NT	NT	-	NT	NT	-	-	NT	-	-	-	-	-	-	
Eficácia	5	10	20	5	10	20	5	10	20	5	10	20	5	10	20	
Encerramento Labial	-	NT	NT	+	NT	NT	-	-	NT	-	-	-	-	-	-	
Resíduos orais	-	NT	NT	-	NT	NT	-	-	NT	-	-	-	-	-	-	
Deglutições múltiplas	+	NT	NT	+	NT	NT	-	+	NT	-	-	+	-	-	-	
Resíduos Faríngeos	-	NT	NT	-	NT	NT	-	-	NT	-	-	-	-	-	-	
<b>Pudim/vol (ml)</b>																
Segurança	5	10	20	5	10	20	5	10	20	5	10	20	5	10	20	
Tosse	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Alterações vocais	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Dessaturação de Oxigénio	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Eficácia	5	10	20	5	10	20	5	10	20	5	10	20	5	10	20	
Encerramento Labial	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Resíduos orais	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Deglutições múltiplas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Resíduos Faríngeos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Hidratação Recomendada	Visc	Vol		Visc	Vol		Visc	Vol		Visc	Vol		Visc	Vol		
	N	10		N	20		L	5		L	10		L	20		
Dieta	Via	SNG			ORAL			ORAL			ORAL			ORAL		
	Alimentos líquidos	PUDIM			MEL			NÉCTAR			NÉCTAR			LÍQUIDO		
	Alimentos sólidos	NÍVEL 1			NÍVEL 1			NÍVEL 2			NÍVEL 3			NÍVEL 4		
<b>FOIS</b>		3			5			6			6			7		

Nota. NT – Não testável, + - positivo, - negativo, L – Líquido, N – Néctar, P – Pudim, SNG – sonda nasogástrica, ORAL – via oral; Adaptado de: Clavé, Arreola, Romea, Medina, Palomera & Serra-Prat (2008); Glenn-Molali (2011).

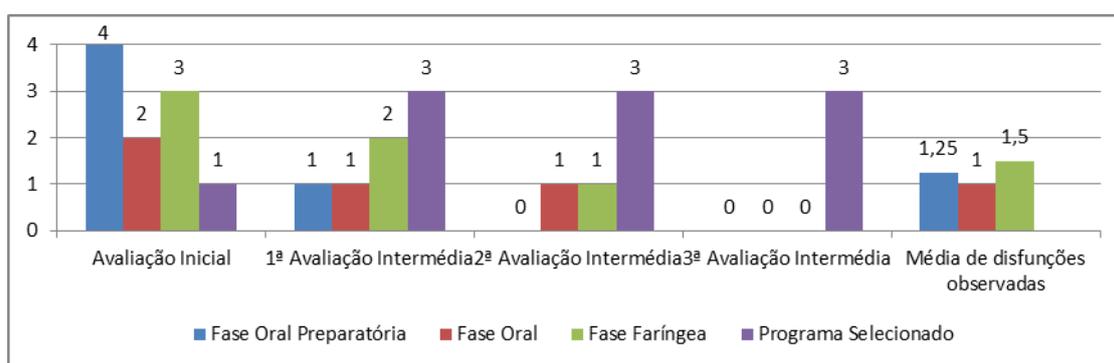
DOENTE G										
Avaliação	1			2			3			
<b>Néctar/vol (ml)</b>										
Segurança	5	10	20	5	10	20	5	10	20	
Tosse	-	-	NT	-	-	+	-	-	-	
Alterações vocais	-	-	NT	-	-	-	-	-	-	
Dessaturação de Oxigénio	-	4 %	NT	-	-	6%	-	-	-	
Eficácia	5	10	20	5	10	20	5	10	20	
Encerramento Labial	-	-	NT	-	-	-	-	-	-	
Resíduos orais	-	-	NT	-	-	-	-	-	-	
Deglutições múltiplas	+	+	NT	-	-	-	-	-	-	
Resíduos Faríngeos	-	+	NT	-	-	-	-	-	-	
<b>Líquido/vol (ml)</b>										
Segurança	5	10	20	5	10	20	5	10	20	
Tosse	NT	NT	NT	NT	NT	NT	-	-	+	
Alterações vocais	NT	NT	NT	NT	NT	NT	-	-	-	
Dessaturação de Oxigénio	NT	NT	NT	NT	NT	NT	-	-	4%	
Eficácia	5	10	20	5	10	20	5	10	20	
Encerramento Labial	NT	NT	NT	NT	NT	NT	-	-	+	
Resíduos orais	NT	NT	NT	NT	NT	NT	-	-	+	
Deglutições múltiplas	NT	NT	NT	NT	NT	NT	-	+	+	
Resíduos Faríngeos	NT	NT	NT	NT	NT	NT	-	-	+	
<b>Pudim/vol (ml)</b>										
Segurança	5	10	20	5	10	20	5	10	20	
Tosse	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Alterações vocais	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Dessaturação de Oxigénio	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Eficácia	5	10	20	5	10	20	5	10	20	
Encerramento Labial	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Resíduos orais	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Deglutições múltiplas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Resíduos Faríngeos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Hidratação Recomendada	Visc	Vol		Visc	Vol		Visc	Vol		
	P	20		N	10		L	10		
Dieta	Via	ORAL			ORAL			ORAL		
	Alimentos líquidos	PUDIM			NÉCTAR			NÉCTAR		
	Alimentos sólidos	NÍVEL 1			NÍVEL 2			NÍVEL 3		
<b>FOIS</b>		4			5			6		

Nota. NT – Não testável, + - positivo, - negativo, L – Líquido, N – Néctar, P – Pudim, SNG – sonda nasogástrica, ORAL – via oral; Adaptado de: Clavé, Arreola, Romea, Medina, Palomera & Serra-Prat (2008); Glenn-Molali (2011).

**Anexo W** – Manifestações clínicas na aplicação do V-VST/MECV-V e escolha do programa de exercícios terapêuticos.

		DOENTE A			
		Avaliação			
		1	2	3	4
FASES DA DEGLUTIÇÃO	MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS				
FASE ORAL PREPARATÓRIA	Posição inadequada da cabeça	+	-	-	-
	Encerramento labial ineficaz	+	-	-	-
	Reflexos orais exacerbados	+	+	-	-
	Alteração do tónus muscular da língua (hipertonia/hipotonia)	-	-	-	-
	Sialorreia	+	-	-	-
	Aspiração pré-deglutição (Tosse)	-	-	-	-
FASE ORAL	Atraso no reflexo de deglutição	-	-	-	-
	Trânsito oral prolongado	-	-	-	-
	Deglutições Múltiplas	+	-	-	-
	Resíduo oral elevado	-	-	-	-
	Queda do bolo alimentar para a hipofaringe antes da deglutição	-	-	-	-
	Aspiração após deglutição (Tosse)	+	+	+	-
FASE FARÍNGEA	Redução da mobilidade faríngea	+	+	-	-
	Resíduos Faríngeos	-	-	-	-
	Dessaturação de oxigénio	+	-	-	-
	Aspiração após deglutição (Tosse)	+	+	+	-
	Qualidade da voz / Auscultação cervical alterada	-	-	-	-
	Alteração do reflexo de deglutição	-	-	-	-
% DE DISTÚRBIOS NA FASE PREPARATÓRIA		66,7	16,7	0	0
% DE DISTÚRBIOS NA FASE ORAL		33,3	16,7	16,7	0
% DE DISTÚRBIOS NA FASE FARÍNGEA		50	33,3	16,7	0
<b>PROGRAMA DE REABILITAÇÃO A INSTITUIR</b>		1	3	3	3

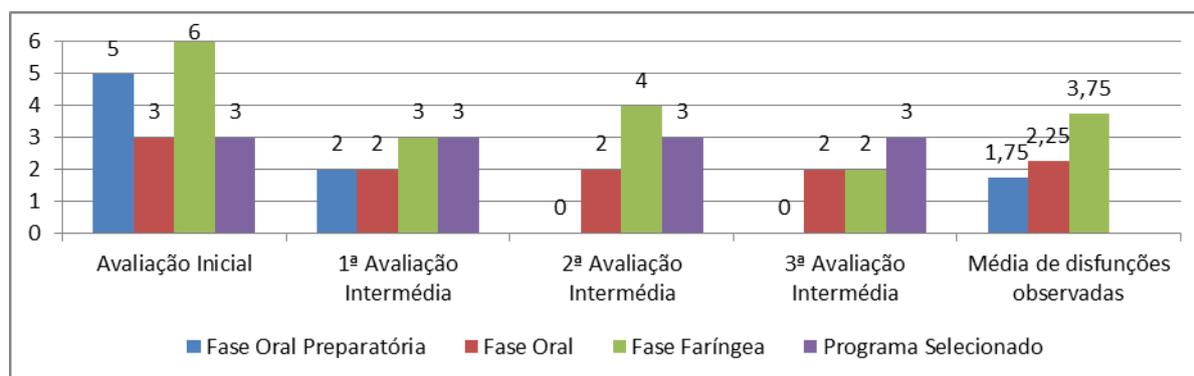
Nota. (+) positivo; (-) negativo; L – Lentificado; A – Ausente, Adaptado de: Glenn-Molali (2011, p. 305); Ricci Maccarini, Filipini, Padovani, Limarzi, Loffredo & Casolino (2007, p.305).



Nota. Número de disfunções por fases de deglutição – doente A

		<b>DOENTE B</b>			
		<b>Avaliação</b>			
		<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
<b>FASES DA DEGLUTIÇÃO</b>	<b>MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS</b>				
<b>FASE ORAL PREPARATÓRIA</b>	Posição inadequada da cabeça	+	-	-	-
	Encerramento labial ineficaz	+	-	-	-
	Reflexos orais exacerbados	-	-	-	-
	Alteração do tônus muscular da língua (hipertonia/hipotonia)	+	+	-	-
	Sialorreia	+	+	-	-
	Aspiração pré-deglutição (Tosse)	+	-	-	-
<b>FASE ORAL</b>	Atraso no reflexo de deglutição	-	-	-	-
	Trânsito oral prolongado	+	-	-	-
	Deglutições Múltiplas	+	+	+	+
	Resíduo oral elevado	-	-	-	-
	Queda do bolo alimentar para a hipofaringe antes da deglutição	-	-	-	-
	Aspiração após deglutição (Tosse)	+	+	+	+
<b>FASE FARÍNGEA</b>	Redução da mobilidade faríngea	+	+	+	+
	Resíduos Faríngeos	+	+	+	-
	Dessaturação de oxigénio	+	-	-	-
	Aspiração após deglutição (Tosse)	+	+	+	+
	Qualidade da voz / Auscultação cervical alterada	+	-	+	-
	Alteração do reflexo de deglutição	L	-	-	-
% DE DISTÚRBIOS NA FASE PREPARATÓRIA		83,3	33,3	0	0
% DE DISTÚRBIOS NA FASE ORAL		50	33,3	33,3	33,3
% DE DISTÚRBIOS NA FASE FARÍNGEA		100	50	66,7	33,3
<b>PROGRAMA DE REABILITAÇÃO A INSTITUIR</b>		<b>3</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>3</b>

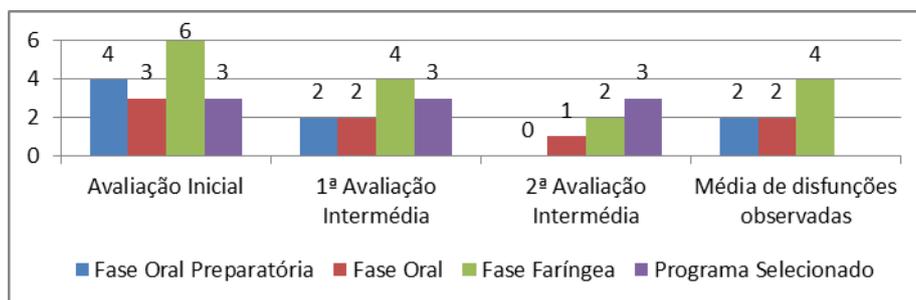
Nota. (+) positivo; (-) negativo; L – Lentificado; A – Ausente, Adaptado de: Glenn-Molali (2011, p. 305); Ricci Maccarini, Filipini, Padovani, Limarzi, Loffredo & Casolino (2007, p.305).



Nota. Número de disfunções por fases de deglutição – doente B

		<b>DOENTE C</b>		
		<b>Avaliação</b>		
		<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
<b>FASES DA DEGLUTIÇÃO</b>	<b>MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS</b>			
<b>FASE ORAL PREPARATÓRIA</b>	Posição inadequada da cabeça	+	-	-
	Encerramento labial ineficaz	+	-	-
	Reflexos orais exacerbados	-	-	-
	Alteração do tónus muscular da língua (hipertonia/hipotonia)	+	+	-
	Sialorreia	+	+	-
	Aspiração pré-deglutição (Tosse)	-	-	-
<b>FASE ORAL</b>	Atraso no reflexo de deglutição	-	-	-
	Trânsito oral prolongado	+	-	-
	Deglutições Múltiplas	+	+	-
	Resíduo oral elevado	-	-	-
	Queda do bolo alimentar para a hipofaringe antes da deglutição	-	-	-
	Aspiração após deglutição (Tosse)	+	+	+
<b>FASE FARÍNGEA</b>	Redução da mobilidade faríngea	+	+	-
	Resíduos Faríngeos	+	+	+
	Dessaturação de oxigénio	+	-	-
	Aspiração após deglutição (Tosse)	+	+	+
	Qualidade da voz / Auscultação cervical alterada	+	-	-
	Alteração do reflexo de deglutição	L	L	-
% DE DISTÚRBIOS NA FASE PREPARATÓRIA		66,7	33,3	0
% DE DISTÚRBIOS NA FASE ORAL		50	16,7	16,7
% DE DISTÚRBIOS NA FASE FARÍNGEA		100	66,7	33,3
<b>PROGRAMA DE REABILITAÇÃO A INSTITUIR</b>		<b>3</b>	<b>3</b>	<b>3</b>

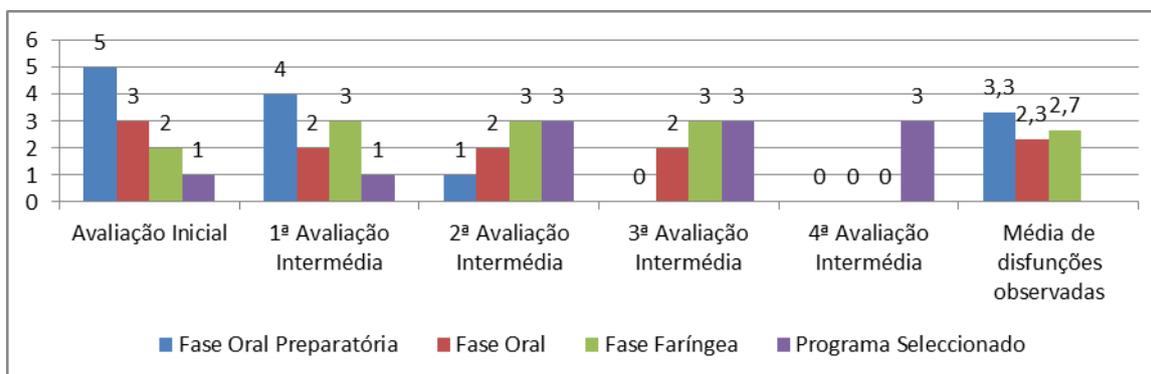
Nota. (+) positivo; (-) negativo; L – Lentificado; A – Ausente, Adaptado de: Glenn-Molali (2011, p. 305); Ricci Maccarini, Filipini, Padovani, Limarzi, Loffredo & Casolino (2007, p.305).



Nota. Número de disfunções por fases de deglutição – doente C

		<b>DOENTE D</b>				
		<b>Avaliação</b>				
		<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>FASES DA DEGLUTIÇÃO</b>	<b>MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS</b>					
<b>FASE ORAL PREPARATÓRIA</b>	Posição inadequada da cabeça	+	+	-	-	-
	Encerramento labial ineficaz	+	+	-	-	-
	Reflexos orais exacerbados	-	-	-	-	-
	Alteração do tónus muscular da língua (hipertonia/hipotonia)	+	+	+	-	-
	Sialorreia	+	+	-	-	-
	Aspiração pré-deglutição (Tosse)	+	-	-	-	-
<b>FASE ORAL</b>	Atraso no reflexo de deglutição	-	-	-	-	-
	Trânsito oral prolongado	+	-	-	-	-
	Deglutições Múltiplas	+	+	+	+	-
	Resíduo oral elevado	+	-	-	-	-
	Queda do bolo alimentar para a hipofaringe antes da deglutição	-	-	-	-	-
	Aspiração após deglutição (Tosse)	-	+	+	+	-
<b>FASE FARÍNGEA</b>	Redução da mobilidade faríngea	+	+	+	+	+
	Resíduos Faríngeos	-	-	-	-	-
	Dessaturação de oxigénio	-	-	-	-	-
	Aspiração após deglutição (Tosse)	-	+	+	+	-
	Qualidade da voz / Auscultação cervical alterada	-	-	-	-	-
	Alteração do reflexo de deglutição	L	L	L	L	-
% DE DISTÚRBIOS NA FASE PREPARATÓRIA		83,3	66,7	16,7	0	0
% DE DISTÚRBIOS NA FASE ORAL		50	33,3	33,3	33,3	0
% DE DISTÚRBIOS NA FASE FARÍNGEA		33,3	50	50	50	16,7
<b>PROGRAMA DE REABILITAÇÃO A INSTITUIR</b>		<b>1</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>3</b>

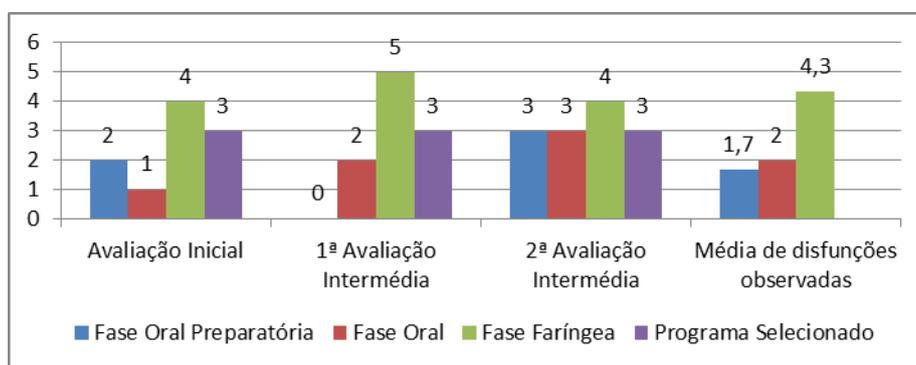
Nota. (+) positivo; (-) negativo; L – Lentificado; A – Ausente, Adaptado de: Glenn-Molali (2011, p. 305); Ricci Maccarini, Filipini, Padovani, Limarzi, Loffredo & Casolino (2007, p.305).



Nota. Número de disfunções por fases de deglutição – doente D

		<b>DOENTE G</b>		
		<b>Avaliação</b>		
		<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
<b>FASES DA DEGLUTIÇÃO</b>	<b>MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS</b>			
<b>FASE ORAL PREPARATÓRIA</b>	Posição inadequada da cabeça	+	-	-
	Encerramento labial ineficaz	-	-	+
	Reflexos orais exacerbados	-	-	+
	Alteração do tónus muscular da língua (hipertonia/hipotonia)	-	-	-
	Sialorreia	+	-	-
	Aspiração pré-deglutição (Tosse)	-	-	+
<b>FASE ORAL</b>	Atraso no reflexo de deglutição	-	-	-
	Trânsito oral prolongado	-	-	-
	Deglutições Múltiplas	+	-	+
	Resíduo oral elevado	-	-	+
	Queda do bolo alimentar para a hipofaringe antes da deglutição	-	+	+
	Aspiração após deglutição (Tosse)	-	+	-
<b>FASE FARÍNGEA</b>	Redução da mobilidade faríngea	+	+	+
	Resíduos Faríngeos	+	-	+
	Dessaturação de oxigénio	+	+	+
	Aspiração após deglutição (Tosse)	-	+	-
	Qualidade da voz / Auscultação cervical alterada	-	-	-
	Alteração do reflexo de deglutição	L	L	L
% DE DISTÚRBIOS NA FASE PREPARATÓRIA		33,3	0	50
% DE DISTÚRBIOS NA FASE ORAL		16,7	33,3	50
% DE DISTÚRBIOS NA FASE FARÍNGEA		66,7	66,7	66,7
<b>PROGRAMA DE REABILITAÇÃO A INSTITUIR</b>		<b>3</b>	<b>3</b>	<b>3</b>

Nota. (+) positivo; (-) negativo; L – Lentificado; A – Ausente, Adaptado de: Glenn-Molali (2011, p. 305); Ricci Maccarini, Filipini, Padovani, Limarzi, Loffredo & Casolino (2007, p.305).



Nota. Número de disfunções por fases de deglutição – doente G

**Anexo X** – Unidades de Registo – Capacidade para executar exercícios e técnicas de deglutição

CAPACIDADE PARA EXECUTAR EXERCÍCIOS E TÉCNICAS DE DEGLUTIÇÃO – DOENTE A						
Fase da deglutição com maior % de distúrbios	Programa	Exercícios	Avaliação			
			1	2	3	4
Fase oral preparatória (Programa 1)	Exercícios orofaciais	Lábios	D			
		Língua	D			
		Bochechas	N			
		Língua e Bochechas	D			
		Maxilar Inferior	N			
	Posturas compensatórias	Posição Reclinada	D			
		Extensão cervical	D			
		Rotação cervical	D			
		Rotação e extensão cervical	D			
		Decúbito lateral	D			
	Técnicas/ Manobras compensatórias	Controlo do bolo alimentar	N			
		Deglutição múltipla	D			
		Deglutição de esforço	D			
Fase faríngea (Programa 3)	Exercícios Orofaciais	Língua e bochechas		D	D	D
		Maxilar inferior		D	D	D
		Laringe		D	D	D
	Posturas compensatórias	Posição Reclinada		D	D	D
		Flexão cervical		D	D	D
		Inclinação cervical		D	D	D
	Técnicas/ Manobras compensatórias	Estimulação térmica		N	N	D
		Manobra de <i>Mendelsohn</i>		N	D	D
		Deglutição de esforço		D	D	D
		Deglutição Supraglótica		D	D	D
		Deglutição Super-supraglótica		N	N	D
		<i>Masako</i>		N	N	N
		Exercício de <i>Shaker</i>		N	D	D

Nota. D – Demonstra; N – Não demonstra; Adaptado de: Glenn-Molali (2011, p. 312); Kagaya, Inamoto, Okada & Saitoh (2011); Lazarus (2017); Ordem dos Enfermeiros (2015); Pauloski (2008); Silva (2007).

CAPACIDADE PARA EXECUTAR EXERCÍCIOS E TÉCNICAS DE DEGLUTIÇÃO – DOENTE B						
Fase da deglutição com maior % de distúrbios	Programa	Exercícios	Avaliação			
			1	2	3	4
Fase faríngea (Programa 3)	Exercícios Orofaciais	Língua e bochechas	N	D	D	D
		Maxilar inferior	N	D	D	D
		Laringe	N	D	D	D
	Posturas compensatórias	Posição Reclinada	N	D	D	D
		Flexão cervical	N	D	D	D
		Inclinação cervical	N	D	D	D
	Técnicas/ Manobras compensatórias	Estimulação térmica	N	N	N	N
		Manobra de <i>Mendelsohn</i>	N	N	D	D
		Deglutição de esforço	N	D	D	D
		Deglutição Supraglótica	N	N	D	D
		Deglutição Super-supraglótica	N	N	N	D
		<i>Masako</i>	N	N	N	N
	Exercício de <i>Shaker</i>	N	N	D	D	

Nota. D – Demonstra; N – Não demonstra; Adaptado de: Glenn-Molali (2011, p. 312); Kagaya, Inamoto, Okada & Saitoh (2011); Lazarus (2017); Ordem dos Enfermeiros (2015); Pauloski (2008); Silva (2007).

CAPACIDADE PARA EXECUTAR EXERCÍCIOS E TÉCNICAS DE DEGLUTIÇÃO – DOENTE C					
Fase da deglutição com maior % de distúrbios	Programa	Exercícios	Avaliação		
			1	2	3
Fase faríngea (Programa 3)	Exercícios Orofaciais	Língua e bochechas	D	D	D
		Maxilar inferior	D	D	D
		Laringe	D	D	D
	Posturas compensatórias	Posição Reclinada	D	D	D
		Flexão cervical	D	D	D
		Inclinação cervical	D	D	D
	Técnicas/ Manobras compensatórias	Estimulação térmica	N	N	N
		Manobra de <i>Mendelsohn</i>	N	D	D
		Deglutição de esforço	D	D	D
		Deglutição Supraglótica	N	D	D
		Deglutição Super-supraglótica	N	D	D
		<i>Masako</i>	N	N	N
	Exercício de <i>Shaker</i>	N	D	D	

Nota. D – Demonstra; N – Não demonstra; Adaptado de: Glenn-Molali (2011, p. 312); Kagaya, Inamoto, Okada & Saitoh (2011); Lazarus (2017); Ordem dos Enfermeiros (2015); Pauloski (2008); Silva (2007).

CAPACIDADE PARA EXECUTAR EXERCÍCIOS E TÉCNICAS DE DEGLUTIÇÃO – DOENTE D							
Fase da deglutição com maior % de distúrbios	Programa	Exercícios	Avaliação				
			1	2	3	4	5
Fase oral preparatória (Programa 1)	Exercícios orofaciais	Lábios	N	D			
		Língua	N	D			
		Bochechas	N	D			
		Língua e Bochechas	N	D			
		Maxilar Inferior	N	D			
	Posturas compensatórias	Posição Reclinada	N	D			
		Extensão cervical	N	N			
		Rotação cervical	D	D			
		Rotação e extensão cervical	N	N			
		Decúbito lateral	N	N			
	Técnicas/ Manobras compensatórias	Controlo do bolo alimentar	D	D			
		Deglutição múltipla	D	D			
		Deglutição de esforço	D	D			
Fase faríngea (Programa 3)	Exercícios Orofaciais	Língua e bochechas			D	D	D
		Maxilar inferior			D	D	D
		Laringe			D	D	D
	Posturas compensatórias	Posição Reclinada			D	D	D
		Flexão cervical			D	D	D
		Inclinação cervical			D	D	D
	Técnicas/ Manobras compensatórias	Estimulação térmica			N	N	N
		Manobra de <i>Mendelsohn</i>			D	D	D
		Deglutição de esforço			D	D	D
		Deglutição Supraglótica			D	D	D
		Deglutição Super-supraglótica			D	D	D
		<i>Masako</i>			N	N	D
		Exercício de <i>Shaker</i>			N	D	D

Nota. D – Demonstra; N – Não demonstra; Adaptado de: Glenn-Molali (2011, p. 312); Kagaya, Inamoto, Okada & Saitoh (2011); Lazarus (2017); Ordem dos Enfermeiros (2015); Pauloski (2008); Silva (2007).

CAPACIDADE PARA EXECUTAR EXERCÍCIOS E TÉCNICAS DE DEGLUTIÇÃO – DOENTE G					
Fase da deglutição com maior % de distúrbios	Programa	Exercícios	Avaliação		
			1	2	3
Fase faríngea (Programa 3)	Exercícios Orofaciais	Língua e bochechas	D	D	D
		Maxilar inferior	D	D	D
		Laringe	D	D	D
	Posturas compensatórias	Posição Reclinada	D	D	D
		Flexão cervical	D	D	D
		Inclinação cervical	D	D	D
	Técnicas/ Manobras compensatórias	Estimulação térmica	N	N	N
		Manobra de <i>Mendelsohn</i>	N	N	D
		Deglutição de esforço	D	D	D
		Deglutição Supraglótica	D	D	D
		Deglutição Super-supraglótica	D	D	D
		<i>Masako</i>	N	N	N
Exercício de <i>Shaker</i>	N	D	D		

Nota. D – Demonstra; N – Não demonstra; Adaptado de: Glenn-Molali (2011, p. 312); Kagaya, Inamoto, Okada & Saitoh (2011); Lazarus (2017); Ordem dos Enfermeiros (2015); Pauloski (2008); Silva (2007).

**Anexo Y** – Unidades de Registo – Conhecimento para executar exercícios e técnicas de deglutição

CONHECIMENTO PARA EXECUTAR EXERCÍCIOS E TÉCNICAS DE DEGLUTIÇÃO – DOENTE A						
Fase da deglutição com maior % de distúrbios	Programa	Exercícios	Avaliação			
			1	2	3	4
Fase oral preparatória (Programa 1)	Exercícios orofaciais	Lábios	N			
		Língua	N			
		Bochechas	N			
		Língua e Bochechas	N			
		Maxilar Inferior	N			
	Posturas compensatórias	Posição Reclinada	N			
		Extensão cervical	N			
		Rotação cervical	N			
		Rotação e extensão cervical	N			
	Técnicas/ Manobras compensatórias	Decúbito lateral	N			
		Controlo do bolo alimentar	N			
		Deglutição múltipla	N			
		Deglutição de esforço	N			
Fase faríngea (Programa 3)	Exercícios Orofaciais	Língua e bochechas		D	D	D
		Maxilar inferior		D	D	D
		Laringe		N	D	D
	Posturas compensatórias	Posição Reclinada		D	D	D
		Flexão cervical		N	D	D
		Inclinação cervical		D	D	D
	Técnicas/ Manobras compensatórias	Estimulação térmica		N	D	D
		Manobra de <i>Mendelsohn</i>		N	D	D
		Deglutição de esforço		D	D	D
		Deglutição Supraglótica		N	D	D
		Deglutição Super-supraglótica		N	N	N
		<i>Masako</i>		N	D	D
		Exercício de <i>Shaker</i>		N	D	D
Técnica de consistência adaptada			N	D	D	D

Nota. D – Demonstra; N – Não demonstra; Adaptado de: Glenn-Molali (2011, p. 312); Kagaya, Inamoto, Okada & Saitoh (2011); Lazarus (2017); Ordem dos Enfermeiros (2015); Pauloski (2008); Silva (2007).

CONHECIMENTO PARA EXECUTAR EXERCÍCIOS E TÉCNICAS DE DEGLUTIÇÃO – DOENTE B						
Fase da deglutição com maior % de distúrbios	Programa	Exercícios	Avaliação			
			1	2	3	4
Fase faríngea (Programa 3)	Exercícios Orofaciais	Língua e bochechas	N	D	D	D
		Maxilar inferior	N	D	D	D
		Laringe	N	D	D	D
	Posturas compensatórias	Posição Reclinada	N	D	D	D
		Flexão cervical	N	D	D	D
		Inclinação cervical	N	D	D	D
	Técnicas/ Manobras compensatórias	Estimulação térmica	N	N	D	D
		Manobra de <i>Mendelsohn</i>	N	N	D	D
		Deglutição de esforço	N	D	D	D
		Deglutição Supraglótica	N	D	D	D
		Deglutição Super-supraglótica	N	D	D	D
		<i>Masako</i>	N	N	D	D
	Exercício de <i>Shaker</i>	N	D	D	D	
Técnica de consistência adaptada			N	N	D	D

Nota. D – Demonstra; N – Não demonstra; Adaptado de: Glenn-Molali (2011, p. 312); Kagaya, Inamoto, Okada & Saitoh (2011); Lazarus (2017); Ordem dos Enfermeiros (2015); Pauloski (2008); Silva (2007).

CONHECIMENTO PARA EXECUTAR EXERCÍCIOS E TÉCNICAS DE DEGLUTIÇÃO – DOENTE C					
Fase da deglutição com maior % de distúrbios	Programa	Exercícios	Avaliação		
			1	2	3
Fase faríngea (Programa 3)	Exercícios Orofaciais	Língua e bochechas	N	D	D
		Maxilar inferior	N	D	D
		Laringe	N	D	D
	Posturas compensatórias	Posição Reclinada	N	D	D
		Flexão cervical	N	D	D
		Inclinação cervical	N	D	D
	Técnicas/ Manobras compensatórias	Estimulação térmica	N	N	D
		Manobra de <i>Mendelsohn</i>	N	N	D
		Deglutição de esforço	N	D	D
		Deglutição Supraglótica	N	N	D
		Deglutição Super-supraglótica	N	N	D
		<i>Masako</i>	N	N	D
	Exercício de <i>Shaker</i>	N	D	D	
Técnica de consistência adaptada			N	N	N

Nota. D – Demonstra; N – Não demonstra; Adaptado de: Glenn-Molali (2011, p. 312); Kagaya, Inamoto, Okada & Saitoh (2011); Lazarus (2017); Ordem dos Enfermeiros (2015); Pauloski (2008); Silva (2007).

CONHECIMENTO PARA EXECUTAR EXERCÍCIOS E TÉCNICAS DE DEGLUTIÇÃO – DOENTE D							
Fase da deglutição com maior % de distúrbios	Programa	Exercícios	Avaliação				
			1	2	3	4	5
Fase oral preparatória (Programa 1)	Exercícios orofaciais	Lábios	N	D			
		Língua	N	D			
		Bochechas	N	D			
		Língua e Bochechas	N	D			
		Maxilar Inferior	N	D			
	Posturas compensatórias	Posição Reclinada	N	D			
		Extensão cervical	N	N			
		Rotação cervical	N	D			
		Rotação e extensão cervical	N	N			
		Decúbito lateral	N	N			
	Técnicas/ Manobras compensatórias	Controlo do bolo alimentar	N	D			
		Deglutição múltipla	N	D			
		Deglutição de esforço	N	N			
Fase faríngea (Programa 3)	Exercícios Orofaciais	Língua e bochechas			D	D	D
		Maxilar inferior			D	D	D
		Laringe			N	D	D
	Posturas compensatórias	Posição Reclinada			D	D	D
		Flexão cervical			N	D	D
		Inclinação cervical			D	D	D
	Técnicas/ Manobras compensatórias	Estimulação térmica			N	D	D
		Manobra de <i>Mendelsohn</i>			N	D	D
		Deglutição de esforço			D	D	D
		Deglutição Supraglótica			N	D	D
		Deglutição Super-supraglótica			N	D	D
		<i>Masako</i>			N	D	D
		Exercício de <i>Shaker</i>			N	D	D
Técnica de consistência adaptada			N	N	D	D	D

Nota. D – Demonstra; N – Não demonstra; Adaptado de: Glenn-Molali (2011, p. 312); Kagaya, Inamoto, Okada & Saitoh (2011); Lazarus (2017); Ordem dos Enfermeiros (2015); Pauloski (2008); Silva (2007).

CONHECIMENTO PARA EXECUTAR EXERCÍCIOS E TÉCNICAS DE DEGLUTIÇÃO – DOENTE G					
Fase da deglutição com maior % de distúrbios	Programa	Exercícios	Avaliação		
			1	2	3
Fase faríngea (Programa 3)	Exercícios Orofaciais	Língua e bochechas	N	D	D
		Maxilar inferior	N	N	D
		Laringe	N	N	D
	Posturas compensatórias	Posição Reclinada	N	D	D
		Flexão cervical	N	D	D
		Inclinação cervical	N	D	D
	Técnicas/ Manobras compensatórias	Estimulação térmica	N	N	N
		Manobra de <i>Mendelsohn</i>	N	N	N
		Deglutição de esforço	N	D	D
		Deglutição Supraglótica	N	N	D
		Deglutição Super-supraglótica	N	N	D
		<i>Masako</i>	N	D	D
	Exercício de <i>Shaker</i>	N	N	D	
Técnica de consistência adaptada			N	N	N

Nota. D – Demonstra; N – Não demonstra; Adaptado de: Glenn-Molali (2011, p. 312); Kagaya, Inamoto, Okada & Saitoh (2011); Lazarus (2017); Ordem dos Enfermeiros (2015); Pauloski (2008); Silva (2007).

**Anexo Z** – Unidades de Registo – Conhecimento do prestador de cuidados para promover a deglutição

CONHECIMENTO DO PRESTADOR DE CUIDADOS PARA PROMOVER A DEGLUTIÇÃO – DOENTE A						
Fase da deglutição com maior % de distúrbios	Programa	Exercícios	Avaliação			
			1	2	3	4
Fase faríngea (Programa 3)	Exercícios Orofaciais	Língua e bochechas			D	D
		Maxilar inferior			D	D
		Laringe			D	D
	Posturas compensatórias	Posição Reclinada			D	D
		Flexão cervical			D	D
		Inclinação cervical			D	D
	Técnicas/ Manobras compensatórias	Estimulação térmica			N	D
		Manobra de <i>Mendelsohn</i>			N	D
		Deglutição de esforço			D	D
		Deglutição Supraglótica			N	D
		Deglutição Super-supraglótica			N	D
		<i>Masako</i>			D	D
	Exercício de <i>Shaker</i>			D	D	
Técnica de consistência adaptada				D	D	

Nota. D – Demonstra; N – Não demonstra; Adaptado de: Glenn-Molali (2011, p. 312); Kagaya, Inamoto, Okada & Saitoh (2011); Lazarus (2017); Ordem dos Enfermeiros (2015); Pauloski (2008); Silva (2007).

CONHECIMENTO DO PRESTADOR DE CUIDADOS PARA PROMOVER A DEGLUTIÇÃO – DOENTE B						
Fase da deglutição com maior % de distúrbios	Programa	Exercícios	Avaliação			
			1	2	3	4
Fase faríngea (Programa 3)	Exercícios Orofaciais	Língua e bochechas	N	D	D	D
		Maxilar inferior	N	D	D	D
		Laringe	N	D	D	D
	Posturas compensatórias	Posição Reclinada	N	D	D	D
		Flexão cervical	N	D	D	D
		Inclinação cervical	N	D	D	D
	Técnicas/ Manobras compensatórias	Estimulação térmica	N	D	D	D
		Manobra de <i>Mendelsohn</i>	N	N	D	D
		Deglutição de esforço	N	D	D	D
		Deglutição Supraglótica	N	N	D	D
		Deglutição Super-supraglótica	N	N	N	D
		<i>Masako</i>	N	N	D	D
	Exercício de <i>Shaker</i>	N	D	D	D	
Técnica de consistência adaptada		N	N	D	D	

Nota. D – Demonstra; N – Não demonstra; Adaptado de: Glenn-Molali (2011, p. 312); Kagaya, Inamoto, Okada & Saitoh (2011); Lazarus (2017); Ordem dos Enfermeiros (2015); Pauloski (2008); Silva (2007).

CONHECIMENTO DO PRESTADOR DE CUIDADOS PARA PROMOVER A DEGLUTIÇÃO – DOENTE C					
Fase da deglutição com maior % de distúrbios	Programa	Exercícios	Avaliação		
			1	2	3
Fase faríngea (Programa 3)	Exercícios Orofaciais	Língua e bochechas			D
		Maxilar inferior			D
		Laringe			D
	Posturas compensatórias	Posição Reclinada			D
		Flexão cervical			D
		Inclinação cervical			D
	Técnicas/ Manobras compensatórias	Estimulação térmica			D
		Manobra de <i>Mendelsohn</i>			D
		Deglutição de esforço			D
		Deglutição Supraglótica			D
		Deglutição Super-supraglótica			D
		<i>Masako</i>			D
	Exercício de <i>Shaker</i>			D	
Técnica de consistência adaptada				D	

Nota. D – Demonstra; N – Não demonstra; Adaptado de: Glenn-Molali (2011, p. 312); Kagaya, Inamoto, Okada & Saitoh (2011); Lazarus (2017); Ordem dos Enfermeiros (2015); Pauloski (2008); Silva (2007).

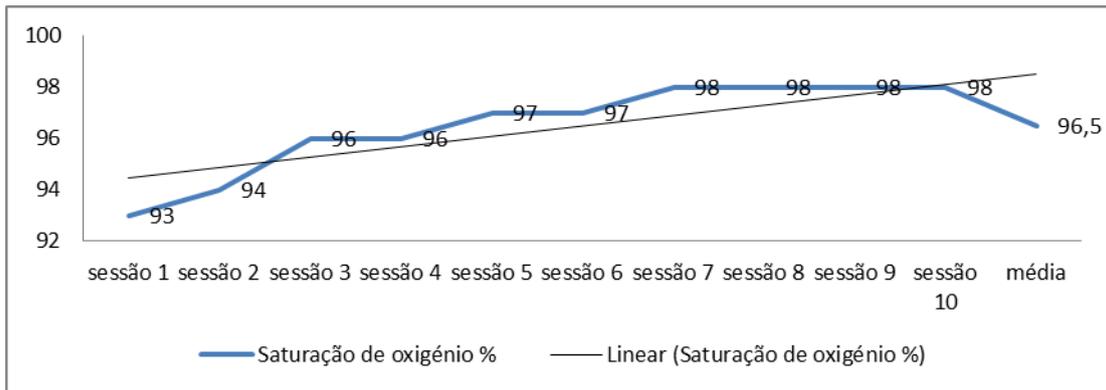
CONHECIMENTO DO PRESTADOR DE CUIDADOS PARA PROMOVER A DEGLUTIÇÃO – DOENTE D							
Fase da deglutição com maior % de distúrbios	Programa	Exercícios	Avaliação				
			1	2	3	4	5
Fase oral preparatória (Programa 1)	Exercícios orofaciais	Lábios	N	D			
		Língua	N	D			
		Bochechas	N	D			
		Língua e Bochechas	N	D			
		Maxilar Inferior	N	D			
	Posturas compensatórias	Posição Reclinada	N	D			
		Extensão cervical	N	N			
		Rotação cervical	N	D			
		Rotação e extensão cervical	N	N			
		Decúbito lateral	N	D			
	Técnicas/ Manobras compensatórias	Controlo do bolo alimentar	N	D			
		Deglutição múltipla	N	D			
		Deglutição de esforço	N	D			
Fase faríngea (Programa 3)	Exercícios Orofaciais	Língua e bochechas			D	D	D
		Maxilar inferior			D	D	D
		Laringe			N	D	D
	Posturas compensatórias	Posição Reclinada			D	D	D
		Flexão cervical			D	D	D
		Inclinação cervical			D	D	D
	Técnicas/ Manobras compensatórias	Estimulação térmica			N	D	D
		Manobra de <i>Mendelsohn</i>			N	N	D
		Deglutição de esforço			D	D	D
		Deglutição Supraglótica			N	D	D
		Deglutição Super-supraglótica			N	D	D
		<i>Masako</i>			N	D	D
		Exercício de <i>Shaker</i>			N	D	D
Técnica de consistência adaptada			N	N	D	D	D

Nota. D – Demonstra; N – Não demonstra; Adaptado de: Glenn-Molali (2011, p. 312); Kagaya, Inamoto, Okada & Saitoh (2011); Lazarus (2017); Ordem dos Enfermeiros (2015); Pauloski (2008); Silva (2007).

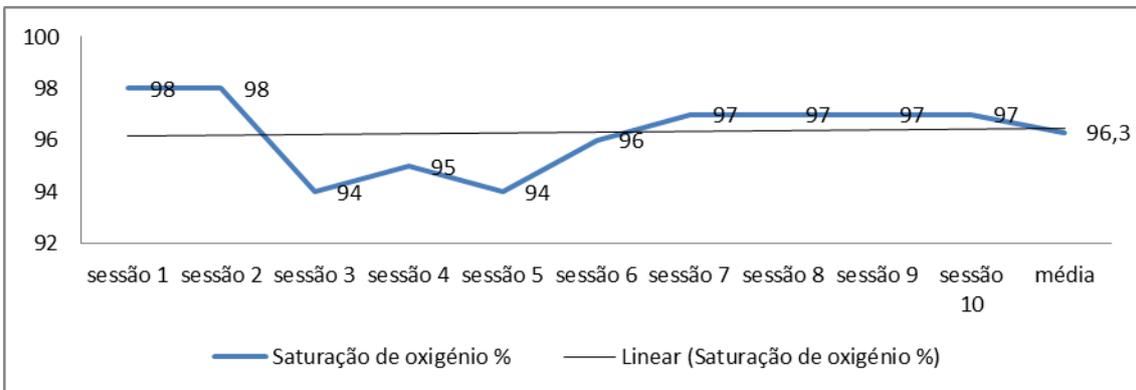
CONHECIMENTO DO PRESTADOR DE CUIDADOS PARA PROMOVER A DEGLUTIÇÃO – DOENTE G					
Fase da deglutição com maior % de distúrbios	Programa	Exercícios	Avaliação		
			1	2	3
Fase faríngea (Programa 3)	Exercícios Orofaciais	Língua e bochechas	N	D	D
		Maxilar inferior	N	D	D
		Laringe	N	D	D
	Posturas compensatórias	Posição Reclinada	N	D	D
		Flexão cervical	N	D	D
		Inclinação cervical	N	D	D
	Técnicas/ Manobras compensatórias	Estimulação térmica	N	D	D
		Manobra de <i>Mendelsohn</i>	N	D	D
		Deglutição de esforço	N	D	D
		Deglutição Supraglótica	N	D	D
		Deglutição Super-supraglótica	N	D	D
		<i>Masako</i>	N	D	D
		Exercício de <i>Shaker</i>	N	D	D
Técnica de consistência adaptada			D	D	D

Nota. D – Demonstra; N – Não demonstra; Adaptado de: Glenn-Molali (2011, p. 312); Kagaya, Inamoto, Okada & Saitoh (2011); Lazarus (2017); Ordem dos Enfermeiros (2015); Pauloski (2008); Silva (2007).

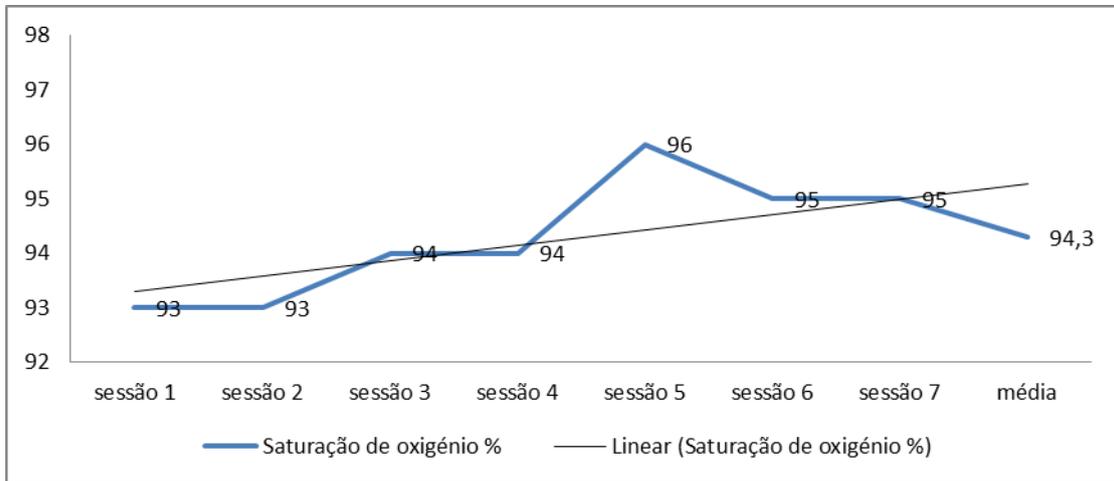
**Anexo AA – Unidades de Registo – Valores basais de saturação de oxigénio**



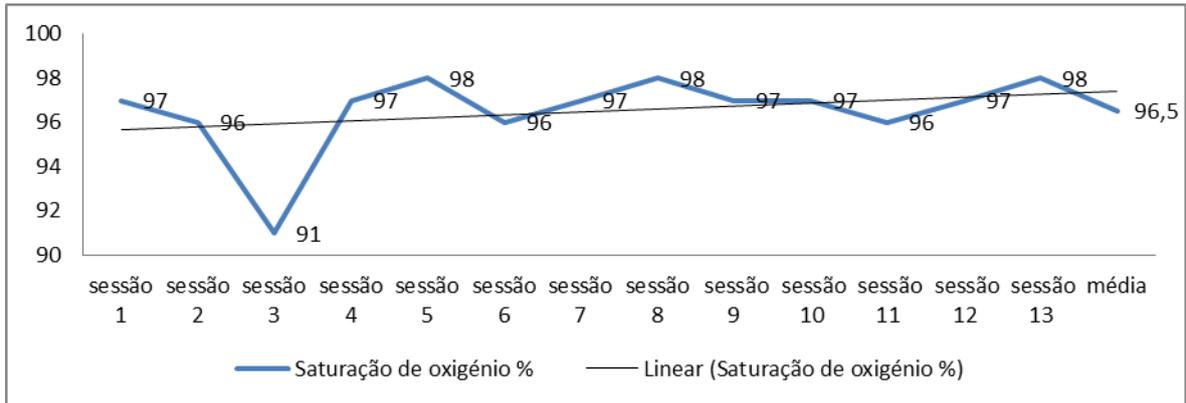
Nota: Valores basais de saturação de oxigénio – doente A



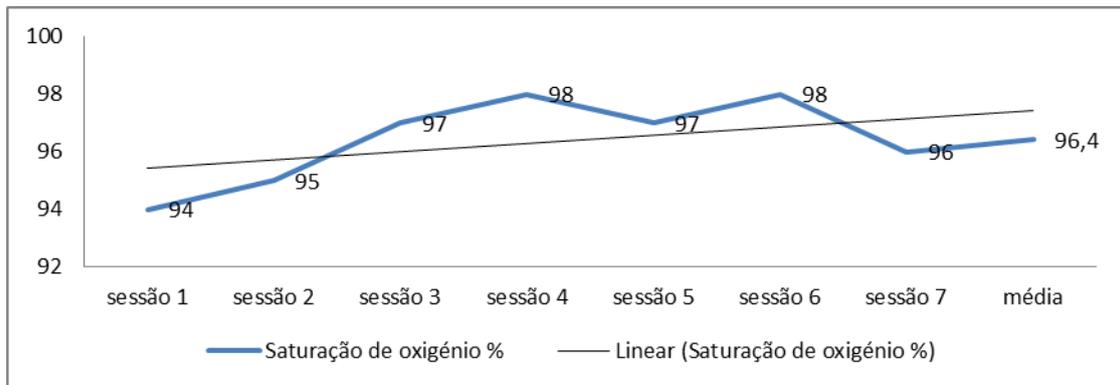
Nota: Valores basais de saturação de oxigénio – doente B



Nota: Valores basais de saturação de oxigénio – doente C

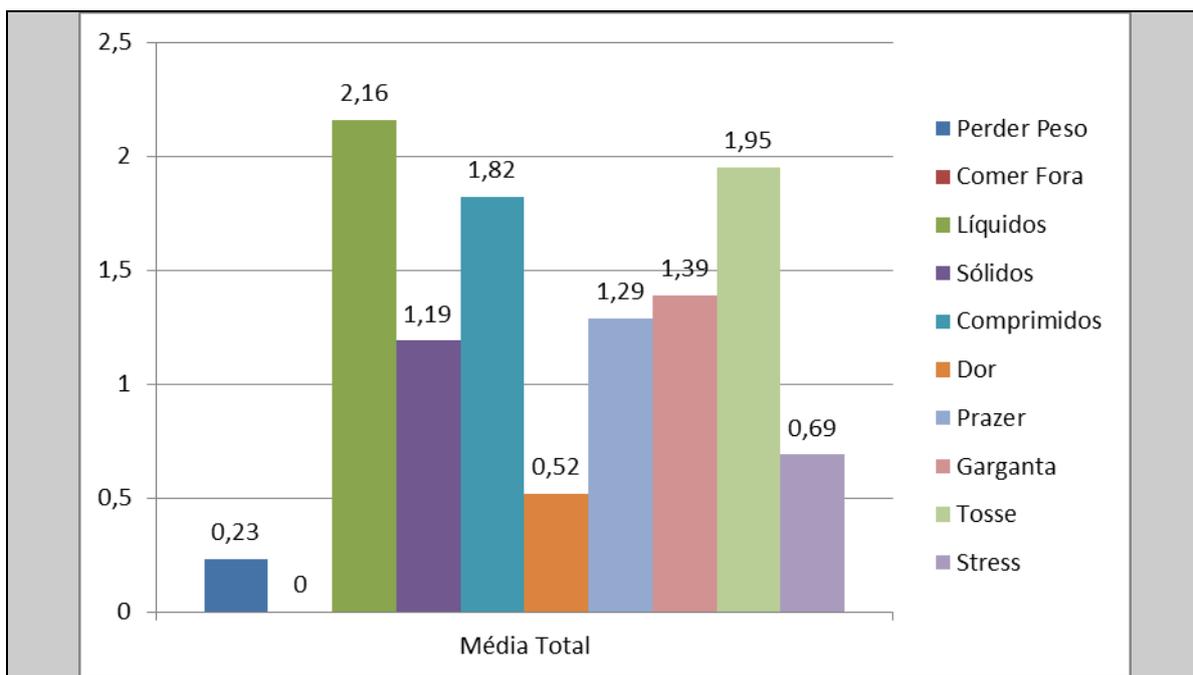


Nota: Valores basais de saturação de oxigénio – doente D



Nota: Valores basais de saturação de oxigénio – doente G

**Anexo AB** – Análise estatística das respostas obtidas nos questionários EAT-10



**EAT- 10 - Termos-Chave**

Doente	Perder peso	Comer fora	Líquidos	Comida	Remédios	Dor	Prazer	Garganta	Tosse	Stress
Média A	0	0	1,5	0,25	1,25	0,25	0,5	0,25	1,25	0,25
Média B	0,5	0	2,25	1,25	2	1	1	1,5	2,25	1
Média C	0	0	2,67	1,67	2,67	1	2	1,67	1,67	0,67
Média D	0	0	1,4	0,8	1,2	0	0,6	1,2	1,6	0,2
Média G	0,67	0	3	2	2	0,33	2,33	2,33	3	1,33
Média Total	0,23	0	2,16	1,19	1,82	0,52	1,29	1,39	1,95	0,69

Nota. Adaptado de: Queirós, Moreira, Silva, Costa & Lains (2013)

**Anexo AC – 1º Seminário de enfermagem do Centro Hospitalar**

## DECLARAÇÃO

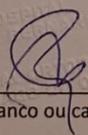
Declara-se que **PAULO CÉSAR LOPES SILVA**, natural de **BEJA**, nascido/a a **14-09-1982**, com a nacionalidade **PORTUGUESA**, titular do N.º de Identificação Civil **12074690**, válido até **20-05-2020**, frequentou o Curso de Formação **Contínua**

### 1º SEMINÁRIO DE ENFERMAGEM

em **12-12-2017**, com a duração de **3** horas.

16-02-2018

O (A) Responsável pelo Serviço de Gestão da Formação do Centro Hospitalar

  
(Assinatura e selo branco ou carimbo da entidade emitente)

Declaração n.º 2507 /2017

**Anexo AD** – Sessão Clínica “Deglutição Comprometida: O Papel do Enfermeiro na Avaliação e Intervenção Precoce”

PLANO DA SESSÃO: DEGLUTIÇÃO COMPROMETIDA: O PAPEL DO ENFERMEIRO NA AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO PRECOCE

Local:  
 Preletores: Paulo Silva; Suse Rodrigues  
 Público-Alvo: Equipa de Enfermagem  
 Data: 9 de Janeiro  
 Horário: 14:30h às 15:30h

Duração: 60 minutos

**Objetivo Geral**

- Desenvolver, junto da equipa de enfermagem, um espírito de reflexão sobre o compromisso na deglutição, dando enfoque ao papel do enfermeiro na abordagem aos doentes com a referida disfunção.

**Objetivos Específicos**

- Sistematizar conteúdos sobre a fisiologia e fisiopatologia da deglutição;
- Sensibilizar a equipa para as complicações da deglutição comprometida;
- Divulgar a possibilidade de avaliar o compromisso da deglutição com instrumentos próprios, dando-os a conhecer.

Conteúdos	Metodologia	Materiais/Recursos	Tempo
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apresentação dos Preletores</li> <li>• Apresentação dos Objetivos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Método Expositivo;</li> <li>• Método Interrogativo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quadro branco;</li> <li>• Computador;</li> <li>• Data show;</li> <li>• Powerpoint.</li> </ul>	2 minutos
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fisiologia da deglutição</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Método Expositivo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quadro branco;</li> <li>• Computador;</li> <li>• Data show;</li> <li>• Equipamento áudio;</li> <li>• Powerpoint.</li> </ul>	10 minutos
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Disfagia Orofaríngea</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Método Expositivo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quadro branco;</li> <li>• Computador;</li> <li>• Data show;</li> <li>• Powerpoint.</li> </ul>	10 minutos
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Deglutição Comprometida: O Papel do Enfermeiro na Avaliação e Intervenção precoce</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Método Expositivo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quadro branco;</li> <li>• Computador;</li> <li>• Data show;</li> <li>• Powerpoint.</li> </ul>	30 minutos
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conclusão e Esclarecimento de dúvidas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Método Interrogativo;</li> <li>• Método Ativo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quadro branco;</li> <li>• Computador;</li> <li>• Data show;</li> <li>• Powerpoint.</li> </ul>	5 minutos
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliação da sessão</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Método Ativo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Papel</li> <li>• Caneta</li> </ul>	3 minutos

## Deglutição Comprometida: O papel do Enfermeiro na Avaliação e Intervenção Precoce

Paulo Lopes  
Suse Rodrigues




## Deglutição Comprometida: Objetivos da sessão clínica

**OBJETIVO GERAL:**

- Desenvolver, junto da equipa de enfermagem, um espírito de reflexão sobre o compromisso na deglutição, dando enfoque ao papel do enfermeiro na abordagem aos doentes com a referida disfunção.

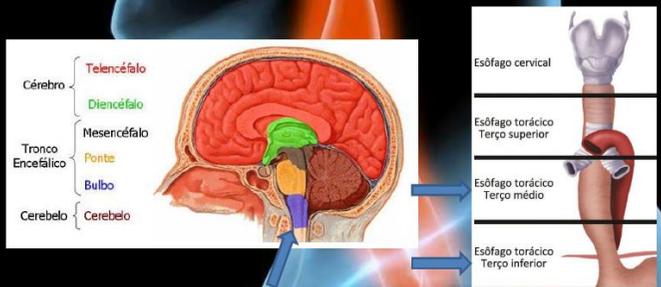
**OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- Sistematizar conteúdos sobre a fisiologia e fisiopatologia da deglutição;
- Sensibilizar a equipa para as complicações da deglutição comprometida;
- Divulgar a possibilidade de avaliar o compromisso da deglutição com instrumentos próprios, dando-os a conhecer.

## Deglutição

“A deglutição orofaríngea é um processo controlado pelo centro de deglutição no bulbo raquidiano e pelo esófago médio e distal por um reflexo peristáltico praticamente autónomo e coordenado pelo sistema nervoso entérico.”

*World Gastroenterology Organisation (2014)*



Cérebro { Telencéfalo  
          { Diencéfalo  
Tronco Encefálico { Mesencéfalo  
                      { Ponte  
                      { Bulbo  
Cerebelo { Cerebelo

Esófago cervical  
Esófago torácico Terço superior  
Esófago torácico Terço médio  
Esófago torácico Terço inferior

## Deglutição

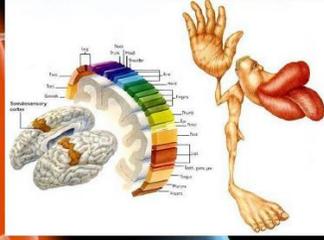
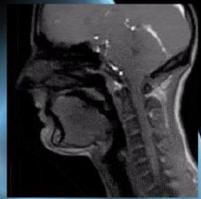
No cérebro existe uma representação cortical bilateral da deglutição que permite:

- Preparação para a deglutição voluntária;
- Início voluntário da deglutição;
- Input sensitivo fundamental à deglutição;
- Monitorização das funções autonómicas;
- Que o paladar e a sensibilidade da boca modulem a deglutição.

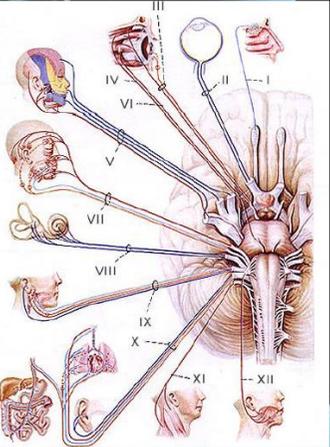
*Braga (2016)*

Em suma: É um fenómeno complexo com componentes voluntárias e reflexas que envolve 26 músculos e 6 pares de nervos cranianos.

*Mistry & Hamdy (2008)*

## Deglutição



**Pares de nervos cranianos que participam na deglutição**

V - Trigémio
VII - Facial
IX - Glossofaríngeo
X - Vago
XI - Acessório
XII - Hipoglosso

Fonte: [www.stonybrookmedicine.edu](http://www.stonybrookmedicine.edu)

## Disfagia Orofaríngea



- Condição que envolve dificuldade percebida ou real na formação ou movimentação do bolo alimentar de forma eficaz e segura a partir da cavidade oral para o esôfago.
- É classificada como um distúrbio digestivo na Classificação Internacional de Doenças (ICD) promovida pela World Health Organization (WHO).  
*Clavé, Arreola, Romea, Medina, Palomera & Serra-Prat (2008)*

- Sintoma frequente em doentes com doenças neurológicas e nos idosos.
- **ALTA PREVALÊNCIA:**
  - > 30% no AVC;
  - 52% a 82% nas patologias neurodegenerativas;
  - > 35% nas patologias como doenças de cabeça e pescoço;
  - > 60% nos doentes idosos institucionalizados

*Bajjens et al (2016)*

## Fases da Deglutição

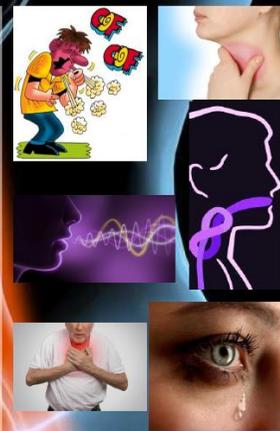


**ALILA MEDICAL MEDIA**  
em Português  
[www.AlilaMedicalMedia.com](http://www.AlilaMedicalMedia.com)

## Disfagia Orofaríngea → Sinais de Alerta

- Tosse;
- Regurgitação Nasal;
- Dispneia;
- Mudança dos sons respiratórios;
- Lacrimejo;
- “catetas”;
- Pigarrear;
- Odínofagia;
- Nó na garganta;
- Dor torácica;
- Alteração da qualidade da voz;
- Movimentos exacerbados da língua;
- Aumento das secreções;
- Anorexia;
- Perda de peso;
- Perda de saliva ou resíduos alimentares.

*Braga (2016)*



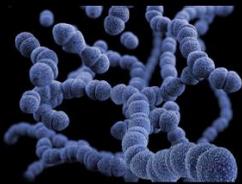
## Disfagia Orofaríngea – Complicações

- **Complicações clinicamente relevantes:** Pneumonia por aspiração, desnutrição e desidratação.
- **Complicações psíquicas:** depressão e ansiedade.

### SEGURANÇA COMPROMETIDA NA DEGLUTIÇÃO = ASPIRAÇÃO TRAQUEOBRÔNQUICA

- Aspiração traqueobrônquica resulta em pneumonia em 50% dos casos, com uma mortalidade associada de até 50%.
- “ (...) o número de pacientes idosos com pneumonia por aspiração aumentou 93,8% enquanto outros tipos de pneumonia em idosos diminuíram.”

Clavé, Arreola, Romea, Medina, Palomera & Serra-Prat (2008)

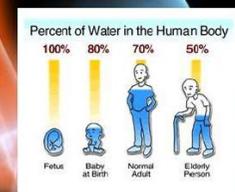


## Disfagia Orofaríngea – Complicações

### SEGURANÇA COMPROMETIDA NA DEGLUTIÇÃO = LIMITAÇÃO NA CAPACIDADE DE INGESTÃO CALÓRICA E HÍDRICA

- A resolução do Conselho Europeu de Ministros (2003) afirmou que a desnutrição e desidratação nos doentes internados em meio hospitalar é altamente prevalente e leva a:
    - Elevadas taxas de permanência,
    - Reabilitação prolongada,
    - Diminuição da qualidade de vida,
- Sendo a disfagia orofaríngea identificada como principal contribuinte para a desnutrição/desidratação.

Clavé, Arreola, Romea, Medina, Palomera & Serra-Prat (2008)



## Disfagia Orofaríngea – Complicações

### SEGURANÇA COMPROMETIDA NA DEGLUTIÇÃO = EXACERBAÇÃO DA ANSIEDADE E DEPRESSÃO

- O elevado número de doentes que sofrem de sintomas afetivos é um resultado clínico relevante em doentes disfágicos.
- O contributo de ansiedade ou depressão para o desenvolvimento ou agravamento da disfagia orofaríngea e a sua influência na estratégia de tratamento interdisciplinar requer foco em futuras pesquisas.

Verdonschot, Baijens, Serroyen, Leue & Kremer (2013)

J Psychosom Res. 2013 Nov;75(5):451-5. doi: 10.1016/j.psychres.2013.03.021. Epub 2013 Sep 3.

Symptoms of anxiety and depression assessed with the Hospital Anxiety and Depression Scale in patients with oropharyngeal dysphagia.

Verdonschot FJ<sup>1</sup>, Baijens LVJ, Serroyen JL, Leue C, Kremer B.



## Deglutição Comprometida: O papel do Enfermeiro na Avaliação e Intervenção Precoce

- A enfermagem tem um papel importante em identificar doentes com disfagia, pois é a classe profissional que permanece mais tempo junto aos mesmos.
- Reconhecendo a disfagia, uma equipa de enfermagem treinada pode ser eficaz na prevenção de complicações, diminuindo o número de mortes associadas à disfagia.
- Em alguns itens relacionados à alteração da deglutição, os enfermeiros estão mais preparados que os terapeutas da fala.

Guedes, Vicente, Paula, Oliveria, Andrade & Barcelos (2009)

Conhecimento dos profissionais da enfermagem que assistem pacientes com alterações da deglutição em um Hospital Universitário de Belo Horizonte

Knowledge of nursing professionals that assist patients with swallowing disorders at a University Hospital in Belo Horizonte

Laciana Uhlis Guedes<sup>1</sup>, Lucila Cristina Casajuro Vicente<sup>2</sup>, Cassiana Maria de Paula<sup>3</sup>, Eliete de Oliveria<sup>4</sup>, Emilee Aparecida de Andrade<sup>5</sup>, Wanessa Conceição de Oliveira Barcelos<sup>6</sup>



## Deglutição Comprometida – Abordagem Clínica

- O estado atual da arte do controlo da disfagia orofaríngea visa:
    - **Identificação** precoce de doentes em risco de aspiração;
    - **Avaliação** de alterações nos eventos biomecânicos da deglutição;
    - **Tratamento e Prevenção de Complicações** associadas à disfagia, como pneumonia por aspiração e desnutrição.
- Clavé, Arreola, Romea, Medina, Palomera & Serra-Prat (2008)*

### IDENTIFICAÇÃO



### AValiação



### TRATAMENTO E PREVENÇÃO DE COMPLICAÇÕES



## Deglutição Comprometida - Avaliação Inicial

### Anamnese:

- Dados genéricos do paciente (idade);
- Condições gerais (situação nutricional);
- Diagnóstico médico;
- Função respiratória;
- Nível de consciência e condições neuropsicológicas;
- Comunicação;
- História alimentar;
- Qualidade da fonação e articulação da fala;
- Presença de sialorreia;
- Duração média da refeição;
- Ambiente social.

*Maccarini, Filippini, Padovani, Limarzi, Loffredo & Casolino (2007)*



## Deglutição Comprometida – Importância do despiste da disfagia

ACTA OTORHINOLARYNGOLOGICA ITALICA 2007;27:299-305

ROUND TABLE S.I.O. NATIONAL CONGRESS

### Clinical non-instrumental evaluation of dysphagia

*La valutazione clinica non strumentale della disfagia*

A. RICCI MACCARINI, A. FILIPPINI<sup>1</sup>, D. PADOVANI<sup>2</sup>, M. LIMARZI, M. LOFFREDO<sup>3</sup>, D. CASOLINO<sup>4</sup>  
Department of Surgical Specialties, Otorhinolaryngology Unit, "Bulfalmi" Hospital, Cesena; <sup>1</sup> Rehabilitation Centre "Luca sul Mare", "Franchini" Hospital, Santarcangelo; <sup>2</sup> Department of Surgical Specialties, Otorhinolaryngology Unit, "S. Maria delle Croci" Hospital, Ravenna, Italy

Frequentemente chamada de "exame de cabeceira", a avaliação não instrumental da disfagia visa:

- estabelecer se a disfagia está presente;
- avaliar a gravidade;
- determinar as alterações que a causam;
- planejar a reabilitação;
- testar o resultado do tratamento.

*Maccarini, Filippini, Padovani, Limarzi, Loffredo & Casolino (2007)*

## Deglutição Comprometida - Avaliação Inicial

### Avaliação Estrutural:

- Mobilidade dos lábios (abertura, fechamento, beijos e insuflação das bochechas);
- Língua (motilidade, protrusão, retração);
- Mobilidade mandibular;
- Palato mole (insuflação das bochechas, vocalização /a/);
- Laringe (morfologia, elevação);
- Controle muscular da cabeça.

*Maccarini, Filippini, Padovani, Limarzi, Loffredo & Casolino (2007)*

- É fundamental o uso do oxímetro de pulso para verificar a segurança da deglutição;
- A aspiração do alimento causa frequentemente broncoespasmo, diminuindo a perfusão ventilatória, verificando-se a queda na saturação periférica de oxigénio.

*Padovani, Moraes, Mangili & Andrade (2007)*



## Deglutição Comprometida – Escalas de Avaliação

Apesar da variedade de escalas existentes para avaliar a disfagia, todas elas registam diferenças fulcrais quando se torna necessário seleccionar uma para proceder a uma avaliação.

As principais diferenças entre as várias escalas, são:

- A necessidade ou não de avaliação funcional;
- A necessidade de colaboração do doente;
- A duração da aplicação;
- A facilidade ou não da utilização por parte do avaliador.

*Queirós, Moreira, Silva, Costa & Lains (2013)*



## Deglutição Comprometida – Avaliação do Risco Eat Assessment Tool (EAT-10)

Eating Assessment Tool (EAT-10)  
Instrumento de Avaliação da Deglutição

Data: \_\_\_\_\_  
Nome: \_\_\_\_\_  
Altura: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_  
Por favor, descreva resumidamente o seu problema de engolir.  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Por favor, liste os testes de engolir que realizou, incluindo o local, quando os realizou e os resultados obtidos.  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Até que ponto as seguintes situações são problemáticas para si?

Faça um círculo na resposta adequada	0 = Sem Problema	1	2	3	4
1. O meu problema de engolir faz-me perder peso.	0	1	2	3	4
2. O meu problema de engolir interfere com o ir comer fora.	0	1	2	3	4
3. Engolir líquidos exige um esforço maior.	0	1	2	3	4
4. Engolir sólidos exige um esforço maior.	0	1	2	3	4
5. Engolir comprimidos exige um esforço maior.	0	1	2	3	4
6. Engolir é doloroso.	0	1	2	3	4
7. O prazer de comer é afectado pelas minhas dificuldades em engolir.	0	1	2	3	4
8. Quando engulo a comida fica presa na minha garganta.	0	1	2	3	4
9. Tasso quando como.	0	1	2	3	4
10. Engolir causa-me stresse.	0	1	2	3	4
Total EAT-10					

Dados normativos de estudos anteriores sugerem que um resultado final da EAT-10  $\geq 3$  é anormal.

*Rofes, Arreola, Mukherjee & Clavé (2014)*

## Deglutição Comprometida – Avaliação do Risco Eat Assessment Tool (EAT-10)

ARTIGO ORIGINAL ORIGINAL ARTICLE

Contributo para a Adaptação e Validação da *Eat Assessment Tool (EAT-10)* e da *Functional Oral Intake Scale (FOIS)*  
*Contribution to Adaptation and Validation of Eat Assessment Tool (EAT-10) and of Functional Oral Intake Scale (FOIS)*

Alexandra Queirós<sup>1</sup> | Sónia Moreira<sup>2</sup> | Anabela Silva<sup>3</sup> | Rui Costa<sup>4</sup> | Jorge Lains<sup>5</sup>

A EAT-10 permite:

- Avaliar a severidade da disfagia
- Avaliar o impacto na vida social e emocional dos utentes
- Funciona como indicador da severidade dos sintomas e eficácia do tratamento.

Trata-se de uma escala utilizada para avaliar disfagia independentemente da sua origem ou estágio da condição que lhe deu origem.

Demora cerca de 2 minutos a ser aplicado e pode ser preenchido pelo próprio doente.

*Queirós, Moreira, Silva, Costa & Lains (2013)*

## Deglutição Comprometida – Avaliação do Risco e Método de Exploração Clínica

Neurogastroenterology & Motility  
Neurogastroenterol Motil (2014) 26, 1256–1260

doi: 10.1111/nmo.12292

Sensitivity and specificity of the Eating Assessment Tool and the Volume-Viscosity Swallow Test for clinical evaluation of oropharyngeal dysphagia

L. ROFES,<sup>1</sup> V. ARREOLA,<sup>1</sup> R. MUKHERJEE<sup>2</sup> & F. CLAVÉ<sup>1,\*</sup>

A avaliação do risco (EAT-10) e o método de exploração clínica (V-VST) fornecem excelentes propriedades psicométricas que permitem adequada gestão da disfagia orofaríngea.

A sua aplicação universal nas populações em risco melhora a identificação dos doentes com disfagia orofaríngea em risco de desnutrição e pneumonia por aspiração.

*Rofes, Arreola, Mukherjee & Clavé (2014)*

## Deglutição Comprometida – Método de Exploração Clínica (V-VST)

Métodos atuais de exploração clínica da disfagia revelam limitações, tais como:

- Ingestão contínua de grandes quantidades de líquido (↑ risco de aspiração);
  - Validados apenas em pacientes com AVC.
- **V-VST** é desenvolvido como um método simples, rápido e seguro:
- Duração média <6 min;
  - Início com uma viscosidade segura (néctar) e baixo volume (5 mL);
  - Incrementa-se o volume de forma gradual, mediante tolerância do doente.
  - Os líquidos só são avaliados se existir deglutição segura na consistência néctar, protegendo assim os doentes da aspiração.
  - 48% dos doentes com aspirações detectadas por videofluroscopia não apresentaram tosse após aspiração, o V-VST adiciona oximetria de pulso para ajudar a identificar esses doentes.

Rofes, Arreola, Mukherjee & Clave (2014)



## Deglutição Comprometida – Método de Exploração Clínica (V-VST)

Material:

- Seringa de 20ml
- Colher
- Oxímetro de pulso
- Aspirador de secreções
- Espessante
- 3 copos com 100 ml de água preparados com as três consistências (de acordo com as indicações do fabricante) - 5 minutos antes da administração (Néctar, Líquido, Pudim) (Clavé, Arreola, Romea, Medina, Palomera & Serra-Prat (2008)



## Deglutição Comprometida – Método de Exploração Clínica (V-VST)

Alteração da Segurança

Alteração da Eficácia



Encerramento Labial Ineficaz

Alterações Vocais

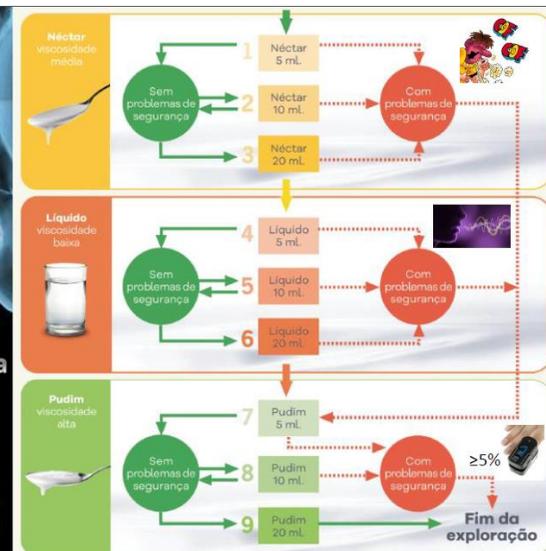


Deglutições Múltiplas

Resíduos Faríngeos

## Deglutição Comprometida V-VST

Clavé, Arreola, Romea, Medina, Palomera & Serra-Prat (2008)



## Deglutição Comprometida – Método de Exploração Clínica (V-VST)

No final da aplicação do método o avaliador reúne todas as condições de indicar:

- As alterações na segurança e na eficácia da deglutição durante a realização do teste;
- A consistência da hidratação recomendada e o volume de administração;
- A consistência da dieta recomendada;
- O nível de supervisão necessário;
- O grau de severidade do doente, posicionando o mesmo na escala funcional (FOIS).



≥5%

## Deglutição Comprometida – Functional Oral Intake Scale (FOIS)

### ESCALA DE FOIS (VERSÃO PORTUGUESA)

#### Functional Oral Intake Scale (FOIS)\*

Escala Funcional de Ingestão por via Oral

Dependentes de Sonda (níveis 1-3)

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

Ingestão total por via oral (níveis 4-7)

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

Queirós, Moreira, Silva, Costa & Lains (2013)

## Deglutição Comprometida – Functional Oral Intake Scale (FOIS)

ARTIGO ORIGINAL ORIGINAL ARTICLE

Contributo para a Adaptação e Validação da *Eat Assessment Tool* (EAT-10) e da *Functional Oral Intake Scale* (FOIS)

*Contribution to Adaptation and Validation of Eat Assessment Tool (EAT-10) and of Functional Oral Intake Scale (FOIS)*

Alexandra Queirós<sup>1</sup> | Sónia Moreira<sup>2</sup> | Anabela Silva<sup>3</sup> | Rui Costa<sup>4</sup> | Jorge Lains<sup>5</sup>

- Documenta as características da alimentação e hidratação que um doente com disfagia ingere por via oral;
- Classifica a gravidade das limitações da alimentação por via oral;
- Doente com nível 7 na FOIS não apresenta qualquer limitação;
- Doente com nível 1 na FOIS não ingere qualquer alimento por via oral.
- Duração de aplicação de cerca de 5 minutos
- Aplicada por diversos profissionais de saúde (enfermeiro, nutricionista ou terapeuta da fala).
- Aplicável a qualquer doente com disfagia, independentemente da sua etiologia;
- Não é necessária a colaboração do doente

## Deglutição Comprometida – Dieta de Consistência Modificada

- “A modificação da alimentação é altamente individualizada. As características desta modificação incluem a alteração da textura, viscosidade de alimentos e de líquidos que podem ser utilizados quando os pacientes não têm controlo muscular oral, necessário para formar um bolo ou controlá-lo, ou quando estão cognitivamente debilitados e incapazes de cooperar com outras intervenções.”

Finestone & Greene-Finestone (2003)

## Deglutição Comprometida – Dieta de Consistência Modificada

- Consistência mais espessa melhora o *timing* entre a fase oral e faríngea;
- Bolo mais coeso pode diminuir o risco de aspiração;
- Líquido fino melhora a *clearance* faríngea;
- A consistência **Mel** é a mais eficaz na prevenção da aspiração.

Braga (2016)

## Deglutição Comprometida – Dieta de Consistência Modificada

- As modificações da dieta devem ser específicas para a fisiologia da alteração da deglutição.
- A remoção de algumas consistências da dieta deve ser a última estratégia a ser implementada.

Se necessário:

- Utilizar espessante (atenção às instruções do fabricante)

- ✓ 1 medida/ 100 ml: Néctar
- ✓ 2 medidas/ 100 ml: Mel
- ✓ 3 medidas/ 100 ml: Pudim



## Deglutição Comprometida – Alimentos Aconselháveis vs Alimentos a Evitar

O treino de deglutição deve ser iniciado com saliva (terapia indireta) e só quando for considerado seguro, com alimentos (terapia direta).

Braga (2016)

### Classificação da Consistência dos Líquidos

**Líquidos:** água, caldo de carne, leite, sumos de frutas, suplementos nutricionais, café e chá

**Consistência de néctar:** sumo de ameixa, néctares como ex.: de damasco e pêssego

**Consistência de mel:** espessado até a densidade de mel

**Consistência Pudim:** espessado até poder ser dado à colher.

Glenn-Molali, N. (2011)

### Classificação da Consistência dos Alimentos Sólidos

**Nível 1:** Puré com consistência homogênea, pudim

**Nível 2:** Alimentos semi-sólidos

**Nível 3:** Alimentos moles

**Nível 4:** Normal: qualquer textura

Glenn-Molali, N. (2011)

## Deglutição Comprometida – Alimentos Aconselháveis vs Alimentos a Evitar

### EVITAR:

- Leite e Derivados;
- Alimentos com duas consistências;
- Alimentos que liquidifiquem rapidamente.



## Deglutição Comprometida – Produtos de apoio

- Pratos em concha;
- Pratos com divisões;
- Proteção lateral de prato;
- Tapete antiderrapante;



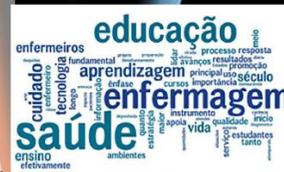
## Deglutição Comprometida – Produtos de apoio

- Talheres modificados para agarrar melhor e para facilitar o corte e a ingestão de alimentos;
- Copos adaptados ou na impossibilidade destes o copo deve estar sempre cheio/metade da capacidade;
- Precaução no uso de palhinha.



## Deglutição Comprometida – Cuidados de Enfermagem

- ✓ Avaliação do estado de nutrição e hidratação;
- ✓ Atenção ao estado de consciência do doente;
- ✓ Avaliar as preferências/hábitos alimentares;
- ✓ Colocar os alimentos no seu campo visual;
- ✓ Evitar distrações, ambiente calmo e seguro;
- ✓ Permitir tempo extra para alimentação;
- ✓ Instruir o doente a pensar em todo o processo;
- ✓ Colocar os alimentos no lado são da língua/boca;



Braga (2016)

## Deglutição Comprometida – Cuidados de Enfermagem

- ✓ Ter atenção aos alimentos de duas consistências;
- ✓ Monitorizar sinais de aspiração a cada administração;
- ✓ Nunca deixar a pessoa sozinha;
- ✓ Manter a cabeça elevada 30 a 45 min após a refeição;
- ✓ Evitar decúbito dorsal em pessoas com disfagia a líquidos;
- ✓ Verificar a presença/acumulação de resíduos alimentares;
- ✓ Higiene oral rigorosa.



≥5%



Braga (2016)

## Deglutição Comprometida – Conclusões

- Sendo a disfagia uma das co-morbilidades mais comuns, no pós AVC e de grande impacto na vida da pessoa é primordial a **avaliação precoce**.
- Uma abordagem precoce permite **diminuir o risco** de pneumonia de aspiração e de outras complicações médicas, logo **reduz o tempo de internamento**.
- Após a identificação e classificação precoce da disfagia, o enfermeiro deve ter em conta os **hábitos e padrões alimentares** da pessoa.
- O enfermeiro deve **demonstrar disponibilidade** para ensinar e estar com a pessoa/prestador de cuidados durante o período de refeição, transmitindo reforço positivo.
- A recuperação da deglutição pode ser um **processo demorado**, não se deve interromper de imediato a alimentação e hidratação por SNG.

## Referências Bibliográficas

- 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.
- Guedes, L., Vicente, L., Paula, C., Oliveria, E., Andrade, E. & Barcelos, W. (2009). Conhecimento dos profissionais da enfermagem que assistem pacientes com alterações da deglutição em um Hospital Universitário de Belo Horizonte. *Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia*, 14(3), 372-380. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsbf/v14n3/v14n3a14>
- Maccarini, A., Filippini, A., Padovani, D., Limarzi, M., Loffredo, M. & Casolino, D. (2007). Clinical non-instrumental evaluation of dysphagia. *Acta Otorhinolaryngologica Italica*, 2007(27), 299-305. PMID: [PMC2640056](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17640056/)
- Mistry, S., & Hamdy, S. (2008). Neural Control of Feeding and Swallowing. *Physical Medicine and Rehabilitation Clinics of North America*, 19(4), 709-728. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.pmr.2008.05.002>
- Padovani, A., Moraes, D., Mangili, L. & Andrad, C. (2007). Protocolo Fonoaudiológico de Avaliação do Risco para Disfagia (PARD). *Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia*, 12(3), 199-205. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-80342007000300007>

## Referências Bibliográficas

- Baijens, et al (2016). European Society for Swallowing Disorders – European Union Geriatric Medicine Society white paper: oropharyngeal dysphagia as a geriatric syndrome. *Dovepress*, 2016(11), 1403-1428. DOI: <https://doi.org/10.2147/CIA.S107750>
- Braga, R. (2016). Avaliação da Função Deglutição. In C. Marques-Vieira, & L. Sousa, *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (1ª ed., pp. 181-188). Loures: Lusodidacta.
- Braga, R. (2016). Reeducação da Deglutição. In C. Marques-Vieira, & L. Sousa, *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (1ª ed., pp. 263-270). Loures: Lusodidacta.
- 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)
- Finestone, H. & Greene-Finestone, L. (2003). Rehabilitation medicine: Diagnosis of dysphagia and its nutritional management for stroke patients. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal*, 169(10), 1041-1044. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC236230/pdf/20031111s00014p1041.pdf>

## Referências Bibliográficas

- Queirós, A., Moreira, S., Silva, A., Costa, R. & Lains, J. (2013). Contributo para a Adaptação e Validação da *Eat Assessment Tool* (EAT-10) e da *Functional Oral Intake Scale* (FOIS). *Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Física e de Reabilitação*, 24(2), 25-30. Disponível em: <https://spmfjournal.org/index.php/spmfr/article/view/108>
- 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*, 2014(26), 1256-1265. DOI: <https://doi.org/10.1111/nmo.12382>
- Verdonshot, R., Baijens, L., Serroyen, J., Leue, C. & Kremer, B. (2013). Symptoms of anxiety and depression assessed with the Hospital Anxiety and Depression Scale in patients with oropharyngeal dysphagia. *Journal of Psychosomatic Research*, 75(5), 451-455. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychores.2013.08.021>
- World Gastroenterology Organization (2014). Disfagia – Directrizes e Cascatas Mundiais. In *World Gastroenterology Organisation Practice Guidelines* (pp.3). Disponível em: <http://www.worldgastroenterology.org/UserFiles/file/guidelines/dysphagia-portuguese-2014.pdf>

**Anexo AE – Póster: “A Reeducação na Deglutição Comprometida”**



**Anexo AF** – Questionário de avaliação da Sessão Clínica

## AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

**Tema:** Deglutição Comprometida - O papel do Enfermeiro na Avaliação e Intervenção Precoce

**Data:** 09/01/2018

**Nome dos Formandos:** Paulo Lopes e Suse Rodrigues

Considerando a escala de 1 a 5, em que o 1 corresponde ao valor mais baixo e 5 ao valor mais alto, classifique a utilidade da sessão de formação tendo em conta os pontos que se seguem, assinalando com um círculo o número correspondente à sua opinião:

• Metodologia utilizada	• Clareza da exposição	• Domínio dos conteúdos abordados	• Resposta às necessidades
5	5	5	5
4	4	4	4
3	3	3	3
2	2	2	2
1	1	1	1
<b>Sugestões:</b>			

## AVALIAÇÃO DA EFICÁCIA DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

Objetivos específicos	Atingiu	Não atingiu
• Sistematizar conteúdos sobre a fisiologia e fisiopatologia da deglutição		
• Sensibilizar a equipa para as complicações da deglutição comprometida		
• Divulgar a possibilidade de avaliar o compromisso da deglutição com instrumentos próprios, dando-os a conhecer		

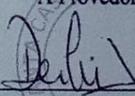
**Anexo AG – IV Encontro de Reabilitação no Doente Pós-AVC**



## CERTIFICADO

Certifica-se que Paulo Cesar Lopes Silva, esteve presente no **IV Encontro Reabilitação no Doente Pós-AVC – “Reabilitação novos saberes, um olhar crítico”**, organizado pela Santa Casa da Misericórdia de Arronches, que se insere na modalidade de formação contínua realizado no dia 27 de outubro de 2017 em Arronches.

Arronches, 27 de outubro de 2017

A Provedora  
  
(Deolinda Pinto)

Com o apoio:





PROGRAMA

**1º Ciclo de Conferências - Moderador:** Adriana Ferrari

- AVC números em Portugal: normas de orientação clínica na reabilitação (NOC)  
- **Pedro Figueiredo**
- Facilitação neuromuscular proprioceptiva: um método ou uma técnica?  
- **Catarina Silva**
- Efeitos da Terapia Espelho pós-AVC  
- **Ana Montoito**
- Efeitos da musicoterapia pós-AVC  
- **Maria Clara**

**2º Ciclo de Conferências - Moderador:** Aldina Rasquinho

- Importância da integração social: Grupos de Ajuda Mútua  
- **António Conceição**
- Desnutrição e rendimento físico  
- **Ana Narciso**
- A controvérsia da PEG  
- **Hugo Capote**
- Alterações da motricidade orofacial nas fases aguda e subaguda após AVC  
- **Maria Eugénia Martins**
- Efeitos da depressão pós-AVC na reabilitação  
- **José Eduardo Maia**

**3º Ciclo de Conferências - Moderador:** João Moura Reis

- Unidades funcionais de AVC/Organização e funcionamento  
- **Ana Sofia Augusto**
- Efeitos da hidroterapia pós-AVC  
- **Maria Marques**
- Efeitos da mobilização precoce e posicionamentos na reabilitação pós-AVC/Janela terapêutica: mito ou realidade?  
- **José Pereira**
- Novos programas de reabilitação: um projeto piloto  
- **Ana Rita Simeão**

**4º Ciclo de Conferências - Moderador:** Deolinda Pinto

- Sexualidade pós-AVC  
- **Eva Duarte**
- Reabilitação neurocognitiva em doentes pós AVC  
- **Cátia Pombo**
- Massagem psicomotora uma nova abordagem  
- **Gisela Roque**
- Imagem Corporal pós-AVC  
- **Soraia Picado**

Com o apoio:

