



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO

Avaliação da Deglutição Após Extubação Orotraqueal: Contributos do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

Junho, 2023

Escola Superior de Saúde



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO

Tânia Sofia Ferreira da Silva

Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final

**Avaliação da Deglutição Após Extubação Orotraqueal:
Contributos do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de
Reabilitação**

Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Trabalho efetuado sob a orientação da:
Professora Doutora Maria José Fonseca e
da Enfermeira Especialista e Mestre Cláudia Vales

Junho, 2023

AGRADECIMENTOS

O meu agradecimento,

Pela orientação, disponibilidade, pela crítica oportuna, incentivo e momentos de reflexão à Professora Doutora Maria José Fonseca e à Enfermeira Especialista e Mestre Cláudia Vales.

Pelo acolhimento e todo o apoio no desenvolvimento da intervenção profissional à Enfermeira Especialista e Mestre Cláudia Vales, assim como aos seus colegas Especialistas em Reabilitação do serviço e a toda a equipa de Enfermeiros e restantes Profissionais de Saúde do Serviço de Medicina Intensiva.

Pelas palavras encorajadoras, pela discussão de ideias e apoio à amiga Olga Ramos.

Pelas palavras de alento e motivação à minha família e família de amigos.

Pelos quilómetros juntos de cumplicidade académica e pela amizade aos meus companheiros de viagem Porto-Viana.

Pelo amor incondicional, carinho e compreensão pela minha ausência ao Francisco, aos meus pais e irmão.

Sem o apoio das pessoas certas esta caminhada teria sido impossível.

E a ti Henrique, que foste o impulsionador deste finalmente.

PENSAMENTO

“Cuidar é um ato individual que prestamos a nós próprios, desde que adquirimos autonomia, mas é igualmente um ato de reciprocidade que somos levados a prestar a toda a pessoa que, temporariamente ou definitivamente, tem necessidade de ajuda para assumir as suas necessidades vitais”.

(Collière, 1989, p.235)

RESUMO

Este relatório engloba a descrição, análise e reflexão sobre as atividades desenvolvidas no estágio de natureza profissional que contribuíram para o aprimoramento e aquisição de competências como Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação no cuidado do doente crítico nos cuidados intensivos e culmina com a apresentação do trabalho de investigação desenvolvido em contexto de estágio essencial para a aquisição do grau de Mestre.

Introdução: A pessoa em situação crítica é aquela que experiencia ameaça da vida por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais. A disfagia concerne ao comprometimento da função de deglutição e traduz-se pela alteração do ato de comer, dificuldade ou incapacidade de preparação do bolo alimentar e/ou do seu transporte desde a boca até ao estômago. Na pessoa internada em cuidados intensivos, a disfagia pode ter uma etiologia multifatorial, sendo que a ventilação mecânica invasiva é um fator predispõe à sua ocorrência.

Objetivo: Capacitar a equipa de enfermagem para o rastreio da disfagia após a extubação orotraqueal no doente em cuidados intensivos.

Material e métodos: Utilizou-se a metodologia de trabalho de projeto. Na fase de diagnóstico de situação, foi realizado um estudo transversal, descritivo e observacional, com abordagem quantitativa. O instrumento de recolha de dados incluiu um questionário de caracterização sociodemográfica, a avaliação dos conhecimentos acerca dos fatores de risco e das intervenções a executar na prestação de cuidados à pessoa com disfagia após-extubação e uma grelha de observação das práticas de enfermagem.

Resultados: Participaram no estudo 35 enfermeiros de cuidados gerais, a maioria do sexo feminino e que, em média, exercem enfermagem em cuidados intensivos há 13,7 anos. A totalidade dos participantes identifica o comprometimento neurológico e a fraqueza neuromuscular como fatores de risco para a disfagia pós-extubação. Verificou-se discrepância entre as práticas observadas e as intervenções de enfermagem que os enfermeiros identificam como necessárias na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica com disfagia pós-extubação. Apenas três intervenções foram realizadas pela totalidade dos enfermeiros observados, e coincidiam com o que diziam executar, por outro lado, verificou-se que as intervenções com taxas superiores a 80% nos questionários não foram observadas na prática.

Conclusão: O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação é determinante na avaliação e diagnóstico do comprometimento da deglutição após extubação e na capacitação dos pares. Na amostra em estudo, os enfermeiros apresentam

conhecimentos sobre fatores de risco e intervenções de enfermagem, mas não o demonstram na prática clínica.

A avaliação imediata das atividades revelou que o nível de satisfação dos participantes foi elevado, quer no que diz respeito aos aspetos estruturais e processuais da atividade, quer em relação à perceção da pertinência e adequação dos conhecimentos e práticas à realidade. Os níveis de avaliação seguintes, a avaliação dos conhecimentos, dos comportamentos e a avaliação dos resultados e impacto da formação foram propostas deixadas ao serviço pela investigadora.

Em cuidados intensivos, considera-se fundamental a definição e implementação de um programa de intervenção que permita a abordagem efetiva à pessoa em situação crítica com disfagia.

Palavras-Chave: Cuidados Críticos; Enfermagem em Reabilitação; Intubação Intratraqueal; Transtornos de Deglutição;

ABSTRACT

This report includes the description, analysis and reflection of the activities developed during the internship, that contributed to the improvement and acquisition of skills as a rehabilitation specialist nurse in care of critically ill patients in intensive care units and culminates with the presentation of the work of research developed in the context of an internship essential for the acquisition of a master's degree.

Introduction: The person in critical situation is one who experiences threat of life by failure or eminence of failure of one or more vital functions. Dysphagia is a swallowing disorder manifested by changes in the act of eating, difficulty, or inability to prepare the food bolus and/or transport it from the mouth to the stomach. In people hospitalized in intensive care, dysphagia may have a multifactorial etiology, with invasive mechanical ventilation being a predisposing factor to its occurrence.

Objectives: To assess the knowledge of intensive care unit nurses about post-extubation dysphagia; Characterize the interventions carried out by nurses in the evaluation of swallowing in patients in intensive care.

Material and methods: The project methodology was used to identify needs and plan the intervention. In the situation diagnosis phase, a cross-sectional, descriptive and observational study was carried out, with a quantitative approach. The data collection instrument includes a sociodemographic characterization questionnaire, the assessment of knowledge about risk factors and interventions to be carried out in the care of people with post-extubation dysphagia and a grid for observing nursing practices. Two activities were implemented according to identified needs.

Results: The study included 35 general care nurses, most of whom were female and who, on average, had been working in intensive care for 13.7 years. All participants identify respiratory impairment and neuromuscular weakness as risk factors for post-extubation dysphagia. There was a discrepancy between the observed practices and the nursing interventions that the nurses identified as necessary in providing care to people in a critical situation with post-extubation dysphagia. Only three interventions were carried out by all the nurses observed, and they coincided with what they said they were doing. On the other hand, interventions with rates greater than 80% in compliance were not observed in practice.

Conclusion: The Rehabilitation Specialist Nurse is crucial in the assessment and diagnosis of swallowing disorders after extubation and in peer training. In the study sample, nurses have knowledge about risk factors and nursing interventions for impaired swallowing, but do not demonstrate this in clinical practice.

The immediate evaluation of the activities revealed that the level of satisfaction of the participants was high, both regarding the structural and procedural aspects of the activity, and in relation to the perception of the pertinence and adequacy of knowledge and practices to reality. The following evaluation levels, the evaluation of knowledge, of behavior and the evaluation of training results and impact were proposals from the researcher to the intensive care unit.

In intensive care, it is essential to define and implement an intervention program that allows an effective approach to the person in a critical situation with dysphagia.

Key words: Critical Care; Deglutition Disorders; Intubation, Intratracheal; Rehabilitation Nursing

ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

AVD – Atividades de Vida Diária

CI – Cuidados Intensivos

DPE – Disfagia Pós-Extubação

EE – Enfermeiro Especialista

ER – Enfermagem de Reabilitação

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

ENP – Estágio de Natureza Profissional

EOT – Entubação Orotraqueal

ESS-IPVC – Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo

FMACI – Fraqueza Muscular Adquirida em Cuidados Intensivos

MER – Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

PAV/PAI – Pneumonia Associada à Ventilação/Pneumonia Associada à Intubação

PSC – Pessoa em Situação Crítica

SMI – Serviço de Medicina Intensiva

SPICI – Síndrome de Pós Internamento em Cuidados Intensivos

SPICI-F – Síndrome de Pós Internamento em Cuidados Intensivos na Família

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

VMI – Ventilação Mecânica Invasiva

SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS	II
PENSAMENTO	III
RESUMO	IV
ABSTRACT	VI
ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS	VIII
ÍNDICE DE FIGURAS, GRÁFICOS E TABELAS	XI
INTRODUÇÃO GERAL	1
CAPÍTULO I	
O CONTEXTO DA PRÁTICA CLÍNICA	4
CAPÍTULO II	
COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO: UMA REFLEXÃO COMO CAMINHO PARA EXCELÊNCIA E QUALIDADE	9
1. DOMÍNIO DA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS	13
2. DOMÍNIO DA FORMAÇÃO	21
3. DOMÍNIO DA GESTÃO	22
4. DOMÍNIO DA INVESTIGAÇÃO	23
CAPÍTULO III	
INVESTIGAÇÃO EM CONTEXTO DA PRÁTICA CLÍNICA: AVALIAÇÃO DA DEGLUTIÇÃO APÓS EXTUBAÇÃO OROTRAQUEAL: CONTRIBUTOS DO EEER .25	
INTRODUÇÃO	26
1. DISFAGIA PÓS-EXTUBAÇÃO: UMA REALIDADE NAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS	28
1.1. Doença crítica e suas consequências na pessoa internada em cuidados intensivos	28
1.2. Comprometimento da Deglutição: Disfagia Pós-Extubação	29
1.3. O EEER na promoção do conhecimento do enfermeiro de cuidados gerais sobre a disfagia pós-extubação	38
2. METODOLOGIA	41
2.1. Diagnóstico de Situação	43
2.1.1. População e Amostra	45

2.1.2. Instrumentos e Método de Recolha de Dados	46
2.1.3. Tratamento de dados	48
2.1.4. Procedimentos éticos e deontológicos	49
2.1.5. Apresentação e análise dos resultados	50
2.1.6. Discussão dos resultados	58
2.2. Definição dos objetivos	66
2.3. Planeamento das atividades.....	67
2.4. Execução das atividades	72
2.5. Avaliação das atividades	74
3. CONCLUSÃO DO ESTUDO.....	77
CONCLUSÃO GERAL.....	80
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	83
ANEXOS.....	94
Anexo I - Escala De Guss-Icu Modificada (Protocolo do SMI).....	95
APÊNDICES.....	98
Apêndice I - Questionário de verificação de conhecimentos.....	99
Apêndice II - grelha de observação das intervenções.....	106
Apêndice III - Pedido de Autorização ao Diretor do Departamento	108
Apêndice IV - Pedido de autorização à Enfermeira Chefe do serviço	111
Apêndice V - Questionário de avaliação de satisfação da formação (Avaliação Nível 1)	114
Apêndice VI - fases da avaliação clínica da deglutição.....	116

ÍNDICE DE FIGURAS, GRÁFICOS E TABELAS

Figura 1. - Fases da metodologia de projeto (adaptado de Ruivo et al., 2010)	41
Figura 2. - Processo de amostragem	46
Gráfico 1. - Distribuição da amostra sobre os motivos para a delegação da intervenção alimentar o doente ao assistente operacional (%)	54
Gráfico 2. - Distribuição da amostra sobre áreas de interesse da formação sobre disfagia (%)	55
Tabela 1 - Distribuição da amostra relativamente à caracterização sociodemográfica e socioprofissional	51
Tabela 2 - Distribuição da amostra sobre fatores de risco para a DPE.....	51
Tabela 3 - Distribuição da amostra sobre sinais e sintomas de DPE	52
Tabela 4 - Distribuição da amostra sobre as complicações associadas à DPE.....	52
Tabela 5 - Distribuição da amostra sobre as intervenções executadas (questionários)	53
Tabela 6 - Distribuição da amostra sobre as intervenções observadas (observação). 55	
Tabela 7 - Distribuição da amostra sobre as intervenções executadas (questionários) vs. as intervenções observadas (observação).....	57
Tabela 8 - Análise SWOT do trabalho de projeto.....	64
Tabela 9 - Plano da ação de formação: Abordagem da disfagia no SMI: Da necessidade ao protocolo (Atividade 1).....	67
Tabela 10 - Plano do workshop: Vamos “praticar”: observar, refletir, planear e executar (Atividade 2).....	69
Tabela 11 - Avaliação da ação de formação e workshop (n = 26) - Avaliação de nível 1	75

INTRODUÇÃO GERAL

Os cuidados de Enfermagem de Reabilitação (ER) associam saberes de diferentes áreas, e devem ser acessíveis a todos os que deles necessitam, exigem especificidade, rigor e conhecimentos técnico-científicos. A afirmação e reconhecimento da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação, está intrinsecamente relacionado com a concretização de desafios assentes em planos e projetos (Ordem dos Enfermeiros - MCEER, 2015).

Neste sentido e no âmbito da unidade curricular Estágio de Natureza Profissional (ENP) do VI Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação (MER) da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo (ESS-IPVC), foi realizado o presente relatório, que é o culminar do mesmo. O ENP realizou-se entre 11 de outubro de 2021 e 31 de março de 2022, no Serviço de Medicina Intensiva (SMI) de um Hospital da zona Norte, que integra uma Unidade Local de Saúde.

Pretende este documento não só apresentar a reflexão crítica acerca do percurso referente à aquisição e desenvolvimento de competências como Enfermeiro Especialista (EE) e competências específicas como Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, como também ser submetido a apreciação e discussão pública para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Reabilitação.

No que se refere às competências comuns do enfermeiro especialista espera-se a aquisição e desenvolvimento de competências ao nível da responsabilidade profissional, ética e legal; da melhoria contínua da qualidade; da gestão dos cuidados e ainda da aprendizagem profissional (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

No âmbito das competências específicas do EEER espera-se cuidar de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, nos vários contextos de cuidados; habilitar a pessoa com deficiência e limitação do autocuidado para a reinserção e exercício da cidadania e ainda maximizar a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa, conforme o enunciado no Regulamento n.º 392/2019 (2019).

Relacionado com as competências de Mestre pretende-se a apropriação e mobilização de um alto nível de conhecimentos para resolver problemas em várias situações, capacidade para comunicar raciocínios e conclusões, possuir competências que permitam uma aprendizagem contínua, de forma autónoma (Decreto-Lei n.º 65/2018, 2018) e a elaboração e participação em estudos de investigação.

Este estágio final encontrou-se direcionado para o desenvolvimento de competências de Mestre em Enfermagem de Reabilitação, dando-se, tendo em conta o contexto da prática clínica, uma atenção particular à pessoa com doença crítica que necessita de entubação orotraqueal (EOT) e ventilação mecânica invasiva (VMI), intervenções que

frequentemente dão origem a sequelas ao nível da função glótica e condicionam a função da alimentação, denominando-se de Disfagia Pós-Extubação.

O compromisso da deglutição é uma área em desenvolvimento na enfermagem de reabilitação, tendo por isso durante este momento formativo, permanecido a vontade de desenvolver intervenções neste âmbito e a realização de um trabalho de investigação sobre a avaliação da deglutição após extubação orotraqueal, com a finalidade de melhorar as práticas dos cuidados prestados no âmbito da abordagem da disfagia pós-extubação, contribuindo para a qualidade e a segurança dos cuidados, diminuindo possíveis complicações associadas e por conseguinte os dias de internamento na unidade de cuidados intensivos e diminuição dos gastos em saúde.

Este relatório, em termos estruturais, é constituído por três capítulos. O primeiro capítulo contempla a contextualização do local estágio, no segundo é realizada a análise reflexiva das competências desenvolvidas ao longo do estágio como enfermeira especialista, como EEER e competências como mestre. Por fim, o terceiro capítulo, é reservado ao trabalho de investigação desenvolvido em contexto da prática clínica: “Avaliação da Deglutição após Extubação Orotraqueal: Contributos do EEER”. Por fim, a conclusão deste relatório.

De forma a garantir o anonimato da Instituição de Saúde onde decorreu o ENP, a mesma é referida ao longo do relatório como “Hospital”.

O presente relatório rege-se pelas normas de elaboração de trabalhos científicos definidas pela ESS-IPVC e as referências bibliográficas utilizadas foram geridas pelo programa Zotero, versão 6.0.26.

CAPÍTULO I

O CONTEXTO DA PRÁTICA CLÍNICA

Inaugurado em março de 1997, este Hospital promove cuidados de saúde à sua população, oferecendo cuidados de saúde especializados tendo em consideração a dignidade dos doentes. É parte integrante de uma Unidade Local de Saúde desde 1999. É responsável por cerca de 175 mil habitantes, e ainda referência para unidades de saúde de concelhos limítrofes, num total superior a 318 mil pessoas (Portugal, 2023b) com um modelo de gestão que reúne os cuidados hospitalares e os cuidados primários sob o mesmo Conselho de Administração, com o objetivo de melhorar a assistência aos seus utentes. O Hospital funciona formalmente em interligação com os quatro centros de saúde do Concelho (Matosinhos, 2022).

Adota um modelo de excelência e referência para a promoção da saúde, na prevenção da doença e na prestação de cuidados de saúde integrados, centrados na pessoa e na comunidade (Portugal, 2023a)

Conta com mais 25 anos de excelência na integração de cuidados, promoção da Saúde, Ensino e Investigação, recebe anualmente vários alunos em processos formativos e em vários contextos. Possui um serviço de gestão do conhecimento e uma comissão de ética para a saúde. A mesma aprovou o projeto de investigação, a ser realizado no Serviço de Medicina Intensiva durante o período de estágio de natureza profissional, de outubro 2021 a março 2022.

O Serviço de Medicina Intensiva é uma unidade dotada de meios humanos e técnicos, necessários para uma monitorização e tratamento de pessoas que apresentem falência iminente ou estabelecida de uma função vital potencialmente reversível (Portugal, 2003). É uma unidade de cuidados intensivos de nível II/III, de acordo com o definido pela Direção Geral de Saúde, uma vez que possui quadro próprio e equipas médicas e de enfermagem funcionalmente dedicadas, presta assistência médica qualificada em presença física nas 24 horas, dispõe dos meios de monitorização, diagnóstico e terapêutica necessários, tem estabelecidas medidas de controlo contínuo de qualidade, assim como programas de ensino e treino em cuidados intensivos, recebe doentes com as mais variadas patologias do foro médico e cirúrgico, provenientes da urgência geral, de outros serviços de internamento do hospital ou de outros hospitais, sempre que se justifique uma maior vigilância ou necessidade de ventilação mecânica, invasiva ou não invasiva (Portugal, 2003).

O seu principal objetivo é o atendimento e tratamento de doentes graves, com potencial de recuperação ou em risco de vida, que necessitem de monitorização contínua das funções vitais, a fim de despistar ou prevenir possíveis complicações. A ventilação mecânica invasiva e a entubação endotraqueal são dois dos procedimentos médicos

mais comuns em cuidados intensivos (CI) (Melo et al., 2014). Segundo Guimarães, Falcão & Orlando citados por Melo et al. (2014) “são um método de suporte, não curativo, com indicações específicas, possíveis repercussões hemodinâmicas funcionais e complicações potenciais” (p.56).

Inaugurada a 29 de março de 2004 com capacidade para 10 camas (SMI1), o serviço de cuidados intensivos do Hospital foi aumentado em 2020 em mais 11 quartos/camas de tratamento (SMI2) para doentes de nível II e III, sendo atualmente constituído por duas unidades SMI1 e SMI2. Destas 21 camas, 13 permitem realizar o isolamento dos doentes e realizar pressão negativa ou positiva, como é o caso de todas as unidades do SMI2. A restante unidade (SMI1) é uma sala ampla com cinco camas, cada uma separada por cortinas laváveis, de correr, suspensas em calhas e mais cinco quartos fechadas que também permitem o isolamento ou mais privacidade dos utentes, atualmente apenas três estão em funcionamento e as outras duas são usadas para formação ou atividades do serviço.

Todas as unidades estão equipadas com monitor de sinais vitais conectado a uma central de monitorização, com capacidade de monitorização de parâmetros ventilatórios e hemodinâmicos invasivos e não invasivos; equipamento de ventilação mecânica, (ventilação invasiva por tubo endotraqueal ou traqueostomia) ventilação não invasiva (máscara ou cânula); bombas e seringas infusoras; rampas de aspiração, de oxigénio e de ar comprimido; material e consumíveis diversos necessários à prestação de cuidados.

É possível, ainda aceder a: bombas de nutrição entérica, máquina para realização de terapia de substituição renal, máquina de gasometrias, ventilador de transporte, *cough assist*, equipamento de oxigenoterapia de alto fluxo, carro de emergência equipado com desfibrilhador.

A equipa de profissionais do SMI é constituída por: médicos com formação base multidisciplinar ou com subespecialidade ou experiência em Medicina Intensiva, enfermeiros, assistentes operacionais, uma assistente administrativa e assistentes técnicas de limpeza, motivados para servir o doente crítico. A colaboração de outros profissionais de saúde sempre que o cuidado ao doente o determine, como é o caso de médicos de outras especialidades, fisioterapeuta, terapeuta da fala, psicólogo, assistente social, nutricionista e ainda outros técnicos superiores de saúde e de diagnóstico e terapêutica, integra a dinâmica do serviço.

A equipa de enfermagem é constituída por 52 enfermeiros com grande sentido de responsabilidade, possuem uma enfermeira chefe de serviço, e um enfermeiro de referência, que assume um papel central e substitui a chefe na integra na sua ausência. A restante equipa possui formação específica dada a complexidade dos equipamentos,

técnicas, procedimentos e cuidados prestados na unidade, o serviço possui quatro Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação a exercer a respetiva especialidade, que trabalham os 7 dias da semana em turnos de 12h (das 8h às 20h), perfazendo o total de horas de cuidados previsto no Regulamento n.º 743/2019, norma para o cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem (Regulamento n.º 743/2019, 2019). O período de trabalho dos restantes enfermeiros está organizado em três turnos: turno da manhã (das 8h às 14h30), turno da tarde (das 14h às 20h30) e turno da noite (20h às 8h30). Daí resulta uma equipa responsável e diferenciada, que nunca descarta a prestação de cuidados de saúde humanizados, a doentes complexos e graves.

Encontram-se em permanência física por turno um número de enfermeiros que responda ao cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem para o rácio enfermeiro-doente de 1:2 (Regulamento n.º 743/2019, 2019), esta gestão é realizada diariamente pelo responsável do serviço mediante o número de doentes internados. No período da manhã dos dias úteis está presente o enfermeiro-chefe, com funções exclusivas na área da coordenação e gestão, e o enfermeiro de referência. Em cada turno existe ainda um enfermeiro que assume as funções de enfermeiro responsável de turno, às quais são acrescidas além da prestação de cuidados, a gestão da unidade (na ausência do enfermeiro de referência que só está presente no turno da manhã). A estes enfermeiros foram reconhecidas competências pelo enfermeiro-chefe necessárias ao desempenho desta função, sendo exercidas maioritariamente, mas não exclusivamente, por Enfermeiros Especialistas (independentemente da área de especialização). Acrescentar à equipa todos os dias, tanto no turno da manhã como no da tarde, existe um enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação que presta cuidados no âmbito da sua especialidade a todos os doentes internados no serviço.

Existem ainda grupos de trabalho formados por médicos e enfermeiros empenhados no desenvolvimento projetos de melhoria contínua de qualidade em busca da excelência, existiam à data de término do estágio alguns projetos em curso, entre os quais destaco: sedação, analgesia e delírio; grupo de trabalho para a prevenção da infeção associada aos cuidados de saúde, nomeadamente a pneumonia associada à ventilação/intubação (PAV/PAI), dispositivos vasculares e cateteres urinários, que efetuam periodicamente auditorias ao serviço e aos cuidados; grupo de seguimento de doentes e familiares após alta dos cuidados intensivos com a intervenção na consulta de follow-up; grupo de trabalho sobre a humanização dos cuidados intensivos; grupo de segurança que inclui a segurança do doente e o risco clínico; comissão de ressuscitação intra-hospitalar (o serviço assegura a Equipa de Emergência Médica Intra-Hospitalar, constituída por um médico e um enfermeiro que garantem a resposta a situações de emergência em todo

o hospital); *mindfulness* para os profissionais de saúde; e a comunicação com o desenvolvimento da técnica ISBAR¹ na passagem de turno. Em todos estes grupos de trabalho estão envolvidos enfermeiros da equipa do SMI independentemente da sua área de especialidade, mais relacionado com a equipa de enfermagem de reabilitação também possuem áreas de trabalho nomeadamente a área da ventilação não invasiva, desmame ventilatório difícil, descanulação de traqueostomias, mobilização precoce e disfagia.

Trata-se de uma equipa de enfermagem dinâmica e proactiva que se preocupa e empenha na sua formação e que suporta a sua prática baseada na evidência, estando vigente no serviço um conjunto atualizado de normas de procedimento e protocolos de atuação que orientam os profissionais de saúde na sua atividade, mensalmente realizam formações em serviço, que alterna entre a vertente prática e teórica de mês para mês, aborda temas de acordo com as necessidades identificadas no final do ano (pela enfermeira responsável pela formação em serviço), que varia desde técnicas dialíticas, ventilação, algoritmos de reanimação, controlo de infeção, abordagem de diferentes protocolos de atuação, entre outros (definidos para o ano 2022).

Estas práticas são instrumentos fundamentais para uma uniformização de cuidados, uma performance mais eficaz com diminuição da probabilidade de erro e aumento da qualidade e segurança para o doente.

¹ ISBAR é a sigla que corresponde a: Identify (Identificação), Situation (Situação atual), Background (Antecedentes), Assessment (Avaliação) e Recommendation (Recomendações).

CAPÍTULO II

COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO: UMA REFLEXÃO COMO CAMINHO PARA EXCELÊNCIA E QUALIDADE

A formação em enfermagem é um processo contínuo e complexo que permite a apropriação de saberes que englobam o *saber-saber*, o *saber-fazer* e o *saber-ser*. O desenvolvimento de conhecimentos científicos e de competências, traduzem-se uma prática de enfermagem cada vez mais complexa, diferenciada e exigente, de modo a garantir a qualidade dos cuidados prestados (Pereira, 2014; Pinto, 2013).

Ao longo deste capítulo pretende-se apresentar um relato fundamentado e reflexivo das atividades desenvolvidas, dando ênfase às competências profissionais adquiridas como enfermeira especialista (comuns, específicas e de mestre) em contexto real no estágio que decorreu no serviço de medicina intensiva.

O plano de estudos do curso de MER prevê no 2º ano esta unidade curricular semestral que corresponde a 390 horas de estágio (30 ECTS²) que ocorreram entre 11 outubro de 2021 a 31 março de 2022 (Ferreira, 2021).

Este momento de formação diferencia-se dos anteriores estágios na medida em que permite a cada estudante escolher o seu campo de ação e colocar em prática todos os ensinamentos e aprendizagens adquiridas até então. Escolhi desenvolver e aprimorar competências na área dos cuidados de enfermagem de reabilitação ao doente crítico. Dos meus 14 anos de percurso profissional como enfermeira, 9 anos foram a trabalhar no serviço de urgência, pelo que o cuidado com o doente crítico é a minha área de eleição dos cuidados de enfermagem, sendo a enfermagem de reabilitação outra área em que pretendo investir, foi minha opção a escolha pelo campo de estágio ser uma unidade de cuidados intensivos. Os cuidados de ER iniciam-se, geralmente, em ambiente hospitalar, fase em que o indivíduo se apresenta mais frágil e é confrontado com uma nova condição de saúde-doença, e neste sentido o papel de EEER é potenciar esta transição de um modo saudável.

No artigo de Prazeres et al. (2021) estes autores refletem sobre a importância dos EEER nas unidades de cuidados intensivos, pois “tão importante como sobreviver à doença crítica, é viver com qualidade, dignidade e pleno exercício da cidadania, após a alta dos cuidados intensivos” (p.88). Que se traduz no foco do papel do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação nestas unidades.

O meu objetivo principal para este estágio foi colocar em prática todas as aprendizagens adquiridas até então, aprimorá-las e desenvolver novas nesta área específica, mas também corresponder ao esperado para um estudante de mestrado, com componente

² European Credit Transfer and Accumulation System

de investigação, pelo que decidi orientar as minhas experiências neste sentido e não desenvolver uma investigação dissociada do contexto de estágio.

Na fase inicial foi importante a identificação das necessidades do serviço por forma a adequar e delinear um plano de ação. Para tal, a reunião inicial com a enfermeira chefe do SMI e a enfermeira tutora foi muito importante, permitindo desde o primeiro momento conhecer a unidade, a sua organização, oportunidades de intervenção e áreas com necessidade da mesma. Neste momento, foram fundamentais a abertura e o apoio demonstrados para que pudesse sentir liberdade nas minhas opções e decisões.

Os cuidados de saúde e de enfermagem, atualmente detém uma exigência técnica e científica, o que faz com que a diferenciação e a especialização sejam, cada vez mais, uma realidade que abrange a generalidade dos profissionais de saúde. O enfermeiro especialista, segundo o Regulamento n.º140/2019 (2019) é aquele que possui competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados em determinadas áreas de estudo. A atribuição deste título pressupõe que se verifiquem as competências enunciadas em cada um dos regulamentos da respetiva especialidade, assim como, os profissionais partilhem um conjunto de competências comuns que são aplicáveis em todos os contextos de prestação de cuidados de enfermagem (Regulamento n.º140/2019, 2019).

Considerando que o desenvolvimento de competências de enfermagem não ocorre apenas no período de formação teórica, mas completa-se e potencia-se nos locais de estágio, graças ao agir em situações reais.

Benner (2001) refere que as competências profissionais desenvolvem-se gradualmente e o desenvolvimento das mesmas está dependente da capacidade de interiorização, reflexão, motivação e de características individuais da pessoa, assim como dos diferentes contextos profissionais.

No âmbito das ciências de enfermagem, Dias (2006), apresenta a sua definição de competências:

“As competências dizem respeito às características individuais (potencialidades, habilidades, capacidades de ação, aptidões, atitudes, traços de personalidade e comportamentos estruturados), conhecimentos gerais e especializados que permitem ao enfermeiro realizar autonomamente uma vasta gama de atividades, designadas por cuidados de enfermagem nos domínios preventivos, curativos, reabilitação e/ou reinserção do cliente no seio da família, comunidade e mundo laboral, podem ser observadas através da qualidade da execução das técnicas e procedimentos que caracterizam a profissão e lhe permitem discutir, analisar e decidir sobre os aspetos relacionados com a profissão.” (p. 37)

Já a Ordem dos Enfermeiros, no Regulamento n.º140/2019 (2019) define competências comuns como:

“Competências partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria.” (p.4745)

A 18 de janeiro de 2019 a Ordem dos Enfermeiros reformula o regulamento que descreve as competências comuns do enfermeiro especialista. Todo o EE partilha um grupo de domínios, considerados como comuns, das quais fazem parte no domínio da prestação de cuidados: a responsabilidade profissional, ética e legal; no domínio da formação: a melhoria contínua da qualidade; no domínio da gestão: a gestão dos cuidados e no domínio da investigação: o desenvolvimento das aprendizagens profissionais. (Regulamento n.º140/2019, 2019).

A par da responsabilidade da aquisição de competências como enfermeiro especialista, o foco deste percurso é especializar-me na minha área de estudos, a Enfermagem de Reabilitação, pelo que, desenvolver as competências específicas neste âmbito é o primordial, e são definidas pelo Regulamento n.º140/2019 (2019) como:

“competências que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas” (p.4745).

Já as competências como EEER são descritas pelo Regulamento n.º392/2019 (2019 p. 13566) aprovado na Assembleia Geral da Ordem dos Enfermeiros a 12 de maio de 2018 e homologado em decreto de lei em fevereiro de 2019:

“Cuida de pessoas com necessidades especiais ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados;

Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para reinserção e exercício da cidadania;

Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa;”

Indissociável do desenvolvimento de competências são os princípios que regulamentam a nossa profissão, pelo que, os princípios gerais (art.99º) do Código Deontológico da Enfermagem estiveram presentes na minha prática diária durante o estágio. Valores universais da relação profissional como a igualdade, a liberdade responsável, a verdade e justiça, o altruísmo e solidariedade, a competência e o aperfeiçoamento profissional, são os princípios orientadores da intervenção do enfermeiro, assim como a

responsabilidade inerente aos cuidados de enfermagem de reabilitação, o respeito pelos direitos humanos, a excelência no exercício da profissão perante a pessoa e outros profissionais (Código Deontológico. Lei n.º156/2015, 2015).

O enfermeiro assume um conjunto de direitos e deveres que conduz a profissão, este direito é inerente ao art.109º do dever da excelência do exercício: exercer a profissão e manter a atualização contínua dos seus conhecimentos científicos e técnicas, adequar as normas de qualidade dos cuidados às necessidades concretas da pessoa, utilizar de forma competente as tecnologias, manter formação permanente e aprofundada nas ciências humanas, garantir a qualidade e assegurar a continuidade dos cuidados das atividades que delegar, assumindo a responsabilidade pelos mesmos (Código Deontológico. Lei n.º156/2015, 2015)

Por fim, no que diz respeito às competências de Mestre pretende-se o desenvolvimento de um alto nível de conhecimentos para resolver problemas em várias situações, capacidade para comunicar raciocínios e conclusões, possuir competências que permitam uma aprendizagem contínua de forma autónoma e a elaboração e participação em estudos de investigação (Decreto-Lei n.º65/2018, 2018).

Para a Ordem dos Enfermeiros, o estágio deve ser considerado como um elemento central na transição de enfermeiro para EE, concretizando o relatório apresentado, a síntese crítica, estruturação e atividades que constituíram o processo formativo em causa, integrando uma componente de investigação (Ordem dos Enfermeiros, 2021).

Em seguida, debruço-me sobre as atividades de estágio e competências adquiridas nos domínios de competências do EE, nomeadamente no domínio da prestação de cuidados, no domínio da formação, no domínio da gestão e no domínio da investigação. Uma vez que, as competências comuns, as competências específicas do EEER, e as competências de Mestre em Enfermagem se interrelacionarem em muitos dos seus domínios, a sua análise reflexiva irá ser realizada em conjunto.

1. DOMÍNIO DA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS

A prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação decorreu após um período de integração no serviço, no seio da equipa de enfermagem e restantes profissionais. Conhecemos a dinâmica e funcionamento da equipa multidisciplinar, e o seu método de trabalho, a organização da equipa de ER e a gestão dos cuidados de reabilitação prestados pelos EEER. Para que a minha integração decorresse de um modo mais inclusivo procedi à consulta de manuais de procedimentos, protocolos do serviço, instrumentos e escalas de avaliação e registo mais utilizadas. Era meu objetivo integrar-me o melhor possível no seio desta equipa no papel de EEER, para tal contribuiu o apoio

da minha enfermeira orientadora, que me ajudou no estabelecimento de metas e prioridades. Além do desenvolvimento de competências como EEER na área da Pessoa em Situação Crítica (PSC) nos cuidados intensivos, tinha uma componente de investigação à qual necessitava de dar resposta, e estas primeiras semanas foram essenciais para observar a dinâmica do serviço e suas necessidades para poder tirar o melhor partido de ambas as situações previstas para esta unidade curricular.

A prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação neste contexto foi um desafio, além de doentes em situações mais críticas, deparei-me com tecnologia sofisticada, ventiladores e procedimentos médicos e de enfermagem com os quais eu não estava familiarizada.

À luz das competências comuns e específicas, pretendi desenvolver práticas refletidas que permitiram um cuidado humano e qualificado à pessoa internada no SMI, através de intervenções autónomas e interdependentes com a restante equipa de enfermagem. Uma das primeiras dificuldades que senti, apesar de lidar com doente crítico na minha prática diária, foi adequar os cuidados de reabilitação à condição de saúde do doente.

Por definição o doente internado em cuidados intensivos é aquele “cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (Regulamento n.º429/2018, 2018, p. 19362). Os cuidados de enfermagem são altamente especializados e qualificados, prestados de forma contínua à pessoa, como resposta às suas necessidades permitindo manter as funções básicas de vida, prevenir complicações e limitar incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total (Ordem dos Enfermeiros, 2001).

A prestação de cuidados de reabilitação ao doente crítico tem de ter sempre em conta a vigilância e a interpretação de como as nossas ações se repercutem no doente. É a antecipação e a rápida perceção dos sinais de gravidade que, aliada a um conjunto de conhecimentos fundamentados, destacam o cuidar do EEER nas UCI. Promovendo a tomada de decisão baseada na evidência científica, de forma rápida e atempada, atuando isoladamente ou em equipa, com o objetivo de reconhecer a alteração existente e otimizar e/ou reeducar a função perdida e construir um programa de reabilitação adequado à condição individual, promovendo assim a humanização dos cuidados (Prazeres et al., 2021).

As intervenções dos EEER são baseadas na melhor evidência disponível e atentas à segurança da PSC, contribuem para a qualidade dos cuidados prestados, o que traz benefícios quer para a pessoa doente/família quer para as instituições hospitalares (Prazeres et al., 2021).

O doente internado em cuidados intensivos, não é apenas alvo de problemas inerentes à gravidade da sua doença, mas também dos problemas decorrentes da imobilidade e procedimentos a que está sujeito (medicação, ventilação invasiva ou não invasiva, terapia de substituição renal, monitorização invasiva, entre outros). Todos os doentes internados são avaliados pelo EEER no turno da manhã todos os dias da semana, com objetivo de se estabelecer um plano individual de cuidados para cada um deles, caso reúnam condições fisiológicas de segurança para iniciar cuidados de reabilitação.

A PSC experiencia uma limitação na participação uma vez que, frequentemente está sob efeito de fármacos sedativos ou apresenta alterações metabólicas importantes, pelo que, o EEER assume a responsabilidade pela prestação de cuidados dos que experienciam limitações em poder tomar decisões deliberadas, no dever de fazer o bem e o bem fazer, de ajudar o outro a obter o que é para seu benefício (Nunes et al., 2005; Petronilho et al., 2010).

O EEER, concebe, implementa e monitoriza planos de ER, baseados nos problemas reais e potenciais das pessoas, intervindo no sentido do diagnóstico precoce e ações preventivas para assegurar a manutenção das capacidades funcionais dos doentes, prevenir complicações e incapacidades, bem como proporcionar intervenções que visem melhorar as funções residuais, manter ou recuperar a independência nas atividades de vida diária (AVD) (Regulamento nº 392/2019, 2019). Os EEER intervêm ao nível das funções neurológica, respiratória, cardíaca e ortopédica, respondendo às necessidades de cuidados de reabilitação da pessoa em situação crítica (Malone et al., 2015).

Na implementação das intervenções planeadas eram explicados os procedimentos e as técnicas utilizadas ao doente e, caso o doente tivesse sedado era presumido o seu consentimento pois todas as intervenções planeadas eram em benefício da recuperação do doente. Foram, assim, cumpridos os princípios, valores e normas deontológicas na elaboração e execução do programa de reabilitação.

Todas as intervenções realizadas ao longo do estágio decorreram num ambiente controlado, cumprindo o direito à privacidade e dignidade de cada pessoa. No início da avaliação e durante o desenvolvimento das intervenções de enfermagem de reabilitação, eram tidos sempre em conta a segurança do doente e suspendiam-se os cuidados sempre que estes pudessem causar qualquer tipo de risco para a segurança do próprio. As intervenções do ER não são inócuas, todas as técnicas utilizadas e os procedimentos adotados têm riscos e benefícios como qualquer outra terapêutica, pois são cuidados terapêuticos que o EEER aplica, o nosso objetivo é conhecer o doente e aplicar as terapêuticas que mais beneficia o doente e mitigar os riscos.

A minha metodologia de organização do trabalho como EEER é efetuada dando ênfase à avaliação inicial/apreciação do doente, estabelecimento de uma relação com o doente (quando possível), planeamento, execução e avaliação.

Os cuidados prestados durante o tempo de estágio foram essencialmente a dois tipos de doentes, a doentes sedados, e a doentes não sedados, cada um deste tipo de doente constitui um desafio enquanto EEER, pelo que o meu foco de atenção variava para cada doente. Cada pessoa deve ser avaliada individualmente e o plano de cuidados deve ser centrado na pessoa e nas suas reais necessidades.

Quando prestava cuidados a doentes sedados, que foi para mim enquanto enfermeira o maior desafio, que me exigiu mais de mim e mais estudo, lidava com doentes imóveis, sob VMI e onde não existia comunicação bidirecional, que até então não tinha feito parte da minha experiência enquanto estudante de ER.

Esta relação de ajuda particular, este cuidar da pessoa em situação crítica, assume a dualidade entre “salvar uma vida” e respeitar os valores individuais e, acima de tudo, estar presente. Respeitar a dignidade da pessoa inclui o reconhecimento dos valores e a promoção dos direitos da pessoa. Este foi um sentimento que tive de gerir no interior do meu ser, quando me deparei com o cuidar de doentes críticos/sedados, os cuidados de reabilitação para mim, vêm sempre associados a uma relação terapêutica, a um relacionamento que estabelecemos primeiramente com o doente no sentido de dar resposta às suas necessidades e não ser apenas um mero enfermeiro prescritor e executor de planos de reabilitação.

Outra situação que aprendi a gerir, foi todo o material das unidades de cuidados intensivos e toda a tecnologia que tinha ao meu dispor, integrar a dimensão técnico-científica no cuidar. Inicialmente tive de descentrar a minha atenção das “máquinas” e centrar-me na pessoa, conselho muito útil da minha orientadora. Investi muito do meu tempo a aprender sobre ventiladores e modos ventilatórios, oxigénio de alto fluxo, *cough assist*, entre outros, para durante a minha prestação de cuidados estar centrada na pessoa e não na máquina, e usar toda a tecnologia a meu favor no cuidado daquele doente. Durante o curso de MER não somos preparados especificamente para ser EEER numa unidade de cuidados intensivos, pelo que, este estágio me trouxe muito conhecimento e adaptação pessoal. No entanto senti que vinha mais preparada para este estágio pois já trazia competências dos ensinamentos clínicos anteriores.

Faz parte das particularidades do doente crítico, na fase aguda da doença, a sedação e curarização do doente, compreendi e percebi que nesta fase as intervenções do EEER fazem diferença no potencial de recuperação que o doente vem apresentar posteriormente, e permiti-me encarar esta situação pensando no benefício que estava a trazer para o doente naquele momento.

O doente de CI, passa por uma fase em que a doença crítica envolve um período de imobilidade e sedação, e é conhecido que estes conceitos podem ser prejudiciais, levando a uma significativa atrofia e fraqueza muscular. A força do músculo esquelético diminui de 1% a 1,5% por dia a partir do momento em que o doente fica confinado à cama (Parry & Puthuchear, 2015)

A fraqueza muscular adquirida em cuidados intensivos (FMACI) é um dos maiores desafios colocados aos EEER, mas as intervenções de enfermagem dirigidas têm benefícios e resultados funcionais. A implementação de intervenções de reabilitação em doentes sedados e sob ventilação mecânica demonstrou ser segura e viável, além de proporcionar benefícios em termos de função física e psicológica e auxiliar no desmame da ventilação mecânica (Ntoumenopoulos, 2015).

Na sequência destas condições os processos corporais ficam comprometidos, pelo que a minha ação incidiu em pessoas com os seguintes focos de atenção de enfermagem comprometidos, movimento corporal, ventilação e limpeza das vias aéreas,

Quando o movimento corporal está comprometido devido à imobilidade, à sedação e à necessidade de VMI, ocorre fraqueza muscular generalizada que compromete inclusive os músculos respiratórios. Esta, associada à ineficácia do revestimento ciliar, diminui a eficácia da tosse contribuindo para o aumento da acumulação de secreções e risco acrescido de infeções respiratórias (Ordem dos Enfermeiros, 2013)

Com a suspensão da sedação e o doente começa a acordar, o processo do sistema respiratório está comprometido pela presença da via aérea artificial e VMI. Assim, focos de atenção como a ventilação, a limpeza das vias aéreas, a tosse e o expetorar foram sempre alvo da minha intervenção, com vista a um desmame ventilatório bem-sucedido e minimização das complicações. Estes focos tem um impacto significativo nos doentes submetidos a VMI, nomeadamente na sobrevivência, estudos nesta área demonstram que a sobrevivência é inversamente proporcional à duração da VMI e, ainda que se tenha verificado diminuição da mortalidade associada a complicações no decorrer desta, os valores permanecem elevados (Melo et al., 2014; Ntoumenopoulos, 2015). A evidência diz que um programa de reabilitação precoce resulta numa diminuição nos dias de ventilação, o que confere ao EEER um papel preponderante para um desmame ventilatório bem sucedido (McWilliams et al., 2015).

No doente acordado desenvolvi ainda intervenções no âmbito da deglutição, na avaliação e reabilitação da disfagia em cuidados intensivos, nomeadamente após a extubação orotraqueal (e esta foi a minha área de eleição para o trabalho de investigação/intervenção no serviço). A área da disfagia sempre me despertou interesse pois um dos meus objetivos como EEER é proporcionar conforto ao doente alvo dos meus cuidados. E a sede e a fome, mas sobretudo a sede é dos desconfortos mais

referenciados por estes doentes. Soube disto em primeira mão, dito por um doente que esteve internado naquele serviço, quando fui assistir à consulta de *follow up*³, e este foi um aspeto mencionado por esse doente que me incomodou, ele referenciou que os enfermeiros lhe davam pouca água e que se lembrava de ter muita sede. Posteriormente em discussão com a minha orientadora e, sabendo ela, que eu tinha interesse por esta área, falou-me na necessidade de que já se tinham apercebido no serviço, do receio que os enfermeiros de cuidados gerais manifestavam em administrar água aos doentes, com segurança.

O papel do EEER na UCI é trabalhar para o doente, prevenindo e mitigando as complicações físicas, funcionais e psicológicas associadas à doença crítica e à ventilação mecânica, entidade reconhecida como SPICI, pela Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos.

Este síndrome associado ao internamento em cuidados intensivos é o grande focus do trabalho do ER. Segundo Smith S, Rahman (2020) e Mehlhorn et al. (2014) citados por Prazeres et al. (2021) o doente com SPICI pode apresentar:

“Problemas físicos, nomeadamente alteração da força muscular, disfagia, caquexia ou emagrecimento, disfunção orgânica, dor crónica e disfunção sexual; problemas de saúde mental como a depressão, a ansiedade ou stress pós-traumático; e ainda deficiências cognitivas ou delirium. Adicionalmente, as sequelas psiquiátricas que incluem a ansiedade, depressão e stress pós-traumático são prevalentes tanto nos sobreviventes de cuidados intensivos, como nos seus familiares” (p.90).

Ao longo deste ENP pude aperfeiçoar e aprender novas intervenções, técnicas e procedimentos de reabilitação funcional respiratória em doentes sedados e ventilados e em doentes acordados, assim como reabilitação funcional motora. Mas pude também trabalhar com estes doentes a área da cognição e da atenção, pois o delírium, é também uma das complicações decorrentes do internamento em UCI e apresenta um impacto significativo na funcionalidade, no desempenho nas AVD e na qualidade de vida. Tão importante como reabilitar “o musculo” ou “o pulmão” é captar a atenção do doente e

³ Consulta de follow-up no doente crítico é dinamizada pelo serviço a todos os doentes após a alta hospitalar, numa consulta de seguimento, aos três meses onde se avaliam as sequelas e a qualidade de vida. Tem também como objetivo incentivar o conhecimento e a investigação na área da síndrome pós internamento em cuidados intensivos (News, 2018).

orientá-lo para a realidade, e colaborar com o doente para que os resultados sejam potenciados.

Nas unidades de CI é possível integrar a família ou o cuidador no processo de reabilitação, através do esclarecimento e envolvimento dos mesmos neste processo, favorecendo o funcionamento da família, a integração da pessoa no domicílio e na comunidade com consequente melhoria da qualidade de vida de ambos. Uma família envolvida é uma família elucidada e participante, unida e naturalmente menos ansiosa, mais confiante e será mais envolvida aos cuidados à pessoa. Segundo o Regulamento n.º392/2019 (2019), o EEER discute as alterações da função com “a pessoa/cuidador e define com ela quais as estratégias a implementar, os resultados esperados e as metas a atingir de forma a promover a autonomia e a qualidade de vida” (p.13567). Há várias situações em que o doente tem alta do SMI para casa, e é função do ER preparar e envolver a família assim como agilizar os recursos necessários para o doente em casa, como tive oportunidade de efetuar, nomeadamente dispositivos ventilatórios e ajudas técnicas.

A experiência proporcionada por este contexto de estágio contribuiu para o enriquecimento profissional por me ter permitido alargar conhecimentos e vivências, trabalhando a autoconfiança, as capacidades comunicacionais, o aceitar de desafios e a mudança de comportamentos que me tornarão melhor na prestação de cuidados como EEER.

Por fim, no que concerne à prestação de cuidados e às bases e orientações do meu processo de cuidar em enfermagem, remetendo para as teóricas de enfermagem é difícil definir apenas uma teoria de enfermagem que suporte todos os cuidados nesta área do cuidar. Ao longo do estágio, a minha prestação de cuidados baseou-se em modelos teóricos que suportam e funcionam como fio condutor dos cuidados prestados, mediante as características e necessidades dos doentes, tais como a teoria das necessidades de Virgínia Henderson, a teoria do autocuidado de Dorothea Orem e a teoria das transições de Afaf Meleis.

As bases teóricas sustentam a prática, são norteadoras da prática profissional dos enfermeiros especialistas. Pensar na teoria permite-nos compreender o que se passa na prática, analisar criticamente as situações e tomar decisões clínicas, planear tratamentos e propor intervenções de enfermagem apropriadas, prever efeitos dos tratamentos no doente e avaliar a sua eficácia (Alligood & Tomey, 2002).

A teórica Virgínia Henderson compreende o indivíduo como um ser humano que precisa de ajuda para atingir a independência, nas 14 necessidades humanas básicas que identificou: a respiração, comida e bebida, eliminação, movimento, sono e repouso, vestuário, temperatura corporal, corpo limpo, ambiente seguro, comunicação, culto,

trabalho, lazer e aprendizagem (Allgood & Tomey, 2002). Define a profissão com funções autônomas (considera a prática da enfermagem independente da prática médica), o objetivo é a interdependência do doente-enfermeira e o conceito de autoajuda. Esta teórica definiu 3 tipos de relações enfermeiro-doente, nas quais a enfermeira é substituta do doente, ajudante do doente e parceira do doente (Allgood & Tomey, 2002). De acordo com Virgínia Henderson, o importante é auxiliar e estimular o doente na satisfação das suas necessidades básicas para que este realize o mais autonomamente possível a sua rotina diária, e não substituí-lo. O EEER tem autonomia na conceção, prestação e avaliação dos seus cuidados, mas o trabalho em equipa interdisciplinar é fundamental para o sucesso do processo de reabilitação

Já Dorothea Orem baseia-se no conceito de autocuidado como uma necessidade humana, sendo a enfermagem uma profissão de cariz humano voltada para a necessidade da pessoa em manter as atividades do autocuidado. O autocuidado é universal por abranger todos os aspetos da vida, não apenas as atividades de vida diária, nem as atividades instrumentais (Queirós et al., 2014).

Nos documentos que sustentam o exercício profissional da enfermagem de reabilitação está claro que na orientação da prática dos seus cuidados, os modelos do autocuidado e das transições são importantes para a otimização da qualidade dos mesmos. Estes, são parte integrante da orientação conceptual dos EEER.

A ação do ER na unidade de cuidados intensivos é enquadrada nos sistemas de enfermagem totalmente compensatório de Orem, isto é, numa primeira fase o enfermeiro realiza o autocuidado pelo doente, na fase em que começa a despertar da sedação o enfermeiro compensa a incapacidade do doente equiparando-se ao sistema parcialmente compensatório desta teórica (Queirós et al., 2014).

Acerca da teoria das transições de Afaf Meleis, para mim, é um modelo onde a ER assenta perfeitamente, pois os enfermeiros lidam constantemente com pessoas que vivenciam processos de transição, e o ER dotado dos seus conhecimentos e experiências ajuda-as a anteciparem-no e completam-no. A doença é normalmente percebida como uma situação de limite e ameaçadora, sendo, frequentemente, um ponto de transição na vida de um indivíduo, gerando a necessidade das pessoas se adaptarem a uma nova realidade de saúde/doença (Ribeiro et al., 2014). Os enfermeiros são os primeiros prestadores de cuidados que interagem com o doente e a sua família nesta fase de transição, devendo ter em atenção as mudanças e exigências requeridas por este processo (Meleis, 2010). Esta noção permite ao enfermeiro responder às necessidades do utente, da família e pessoas significativas, tendo em atenção todos os aspetos que o rodeiam, numa verdadeira visão holística do indivíduo. Na realidade da ER nas unidades de cuidados intensivos, apercebi-me que esta teoria das transições

apenas faz sentido a partir do momento em que o doente está acordado, e que até então o que sustenta a prática de enfermagem são as outras teorias. Razão pela qual considero que não é apenas uma teoria de enfermagem que suporta os cuidados nesta área.

2. DOMÍNIO DA FORMAÇÃO

Os enfermeiros constituem uma força humana e profissional com diversificação que advém da formação base, da formação contínua e da formação em serviço, sendo esta última a que se desenvolve com a prática profissional. De acordo com Benner et al. (2011) a formação e competências são diversificadas e multidisciplinares, sendo a profissão marcada pela polivalência.

A enfermagem como profissão exige a mobilização de conhecimentos adquiridos que devem ser continuamente renovadas através da formação profissional contínua.

A capacidade de ensinar e treinar, são também competências da enfermagem especializada, segundo Benner et al. (2011) a formação surge como uma estratégia de atualização em contexto de trabalho de forma dinâmica, envolvendo todos os intervenientes. A formação em serviço é aquela que ocorre na prática profissional, fundindo o conhecimento com a reflexão sobre a ação, o sucesso está dependente das estratégias de motivação e planeamento do formador e do seu desempenho.

Como referi na caracterização deste contexto de estágio, o SMI é um serviço dinâmico e proativo no que diz respeito à formação dos seus profissionais, existem vários grupos de trabalho distribuídos pela equipa de enfermagem, que mensalmente apresentam e discutem em reunião ou formação em serviço temas úteis e pertinentes para a prática de cuidados.

Ao longo do ENP, integrada na equipa de EEER do serviço, tive a oportunidade de colaborar na dinamização de uma formação em serviço sobre a abordagem à via aérea e ventilação não invasiva no doente agudo e uso de Cough Assist® à equipa de enfermeiros e auxiliares.

E ainda dinamizei a formação e o workshop sobre abordagem da disfagia no SMI, atividades desenvolvidas no âmbito do meu trabalho de investigação.

Os objetivos da formação em serviço passam por: aperfeiçoar os cuidados de enfermagem; contribuir para a otimização dos recursos humanos; auxiliar os processos de mudança de atitudes e comportamentos; satisfazer as necessidades de formação do pessoal de enfermagem da unidade ou serviço; e fomentar o desenvolvimento social da profissão (Abreu, 2007).

De acordo com o regulamento de Competências Comuns do EE, no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais o EE desenvolve o autoconhecimento e a assertividade e baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica (Regulamento n.º140/2019, 2019).

“Atua como formador oportuno em contexto de trabalho. Diagnostica necessidades formativas. Gere programas e dispositivos formativos. Favorece a aprendizagem, a destreza nas intervenções e o desenvolvimento de habilidades e competências dos enfermeiros. Avalia o impacto da formação” (Regulamento n.º140/2019, 2019, p. 4749).

O EEER tem um lugar privilegiado no seio da sua equipa para o acompanhamento da qualidade dos cuidados prestados. A par do desempenho das suas funções, este pode detetar as dificuldades da equipa, potenciando a formação em serviço, promovendo a reflexão e a comunicação dentro desta, enquanto gestor de cuidados, de supervisor e de formador.

3. DOMÍNIO DA GESTÃO

Na minha perspetiva o EEER tem um papel na área da gestão no sentido de assegurar a qualidade e continuidade dos cuidados ao seu doente, “capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para reinserção e exercício da cidadania” (Regulamento n.º392/2019, 2019, p. 13566).

Compete ao EE gerir os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde. Em prol da garantia e qualidade dos cuidados, deve adaptar a liderança e gestão de recursos às situações e ao contexto (Regulamento n.º140/2019, 2019).

No decorrer do estágio, houve um cuidado com a organização e gestão dos cuidados, respeitando as necessidades e prioridades individuais, avaliando de modo contínuo as respostas da pessoa, identificando os problemas, planeando e implementando as intervenções de Enfermagem, uma vez que é função do Enfermeiro Especialista gerir a par com a sua equipa e com os restantes colegas de forma apropriada as práticas de cuidados que podem comprometer a segurança, a privacidade ou a dignidade do doente.

Para além da função de prestação de cuidados de reabilitação aos doentes, o EEER tem a função de gestão dos cuidados do serviço, na sua área de especialidade. A esta, está inerente a gestão de recursos, essencialmente materiais para que a prática dos cuidados de reabilitação seja assegurada. A escolha e proposta de aquisição de equipamentos para a reabilitação passa pelo ER, a seleção e prescrição de produtos de

apoio e ajudas técnicas para o doente, também é função do ER. Tive oportunidade durante o estágio de participar no teste de um equipamento que a equipa de EEER considerava que era uma mais-valia para o serviço adquirir, como por exemplo o Threshold IMT® e o Threshold PEP®. A sugestão de aquisição de equipamentos para o serviço, não é um procedimento linear, pelo que o EEER deve argumentar bem a sua necessidade e benefício para o doente. Foi apresentada uma proposta com o a descrição do equipamento, alicerçada em pesquisa bibliográfica e a proposta de utilizar o dispositivo, documentar os resultados obtidos, para apresentar a efetividade do mesmo.

O EEER faz também a gestão dos dispositivos que o doente necessita para manter a função em casa ou noutros serviços de internamento para onde sejam encaminhados, articulando-se por exemplo com as empresas de cuidados de respiratórios que fazem o empréstimo de material para os utentes, estes são trazidos já para o hospital para serem ensinados ao doente e família e certificado que este se adapta ao equipamento. Recordo-me do caso de um doente que derivado da sua situação clínica ficou dependente de ventilação não invasiva e insuflador/exsuflador mecânico e a gestão destes recursos ficou a cargo do EEER assim como definição do plano ventilatório à data da alta do SMI.

Neste processo de gestão de cuidados, é também competência do EE reconhecer e identificar situações em que é necessário a articulação com outras especialidades, nomeadamente medicina física e reabilitação, otorrinolaringologia, psicologia ou serviço social, pois o EEER trabalha em prol do que o doente necessita e em seu benefício.

Durante o estágio houve ainda um cuidado de supervisionar a delegação de tarefas, pois é essencial nos responsabilizarmos por manter a qualidade e segurança na prestação de cuidados. Este foi um dos pontos abordados no trabalho de investigação com os enfermeiros de cuidados gerais, no que concerne ao ato de delegar a alimentação dos doentes com risco de disfagia ao assistente operacional, tema abordado nas atividades desenvolvidas.

4. DOMÍNIO DA INVESTIGAÇÃO

A investigação aliada à enfermagem é uma ferramenta que permite alargar conhecimentos fundamentais à sua prática, é através desta que os enfermeiros adquirem competências que lhes permite tomar decisões adequadas e fundamentadas para obter uma melhoria dos cuidados prestados (Pereira, 2014).

Foi objetivo deste estágio envolver uma componente de investigação que me permitisse desenvolver a aquisição de competências de enfermagem de reabilitação, mas também

competências como mestre. Para tal a proposta foi realizar um trabalho de investigação na área da deglutição comprometida numa população específica que era a minha área de atuação neste campo de estágio. Pretendi saber/estudar quais os conhecimentos e intervenções dos enfermeiros na avaliação da deglutição, dos doentes internados em cuidados intensivos após a extubação orotraqueal.

“O avanço no conhecimento requer que o EEER incorpore continuamente as novas descobertas da investigação na sua prática, desenvolvendo uma prática baseada na evidência, orientada para os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem, participando também em projetos de investigação que visem aumentar o conhecimento e desenvolvimento de competências dentro da sua especialização” (Regulamento n.º392/2019, 2019, p.13565).

O enfermeiro deve incorporar os conhecimentos provenientes da formação contínua e integrá-los na prática, é desta associação que surgem as aprendizagens. Cabe aos profissionais dotar-se de conhecimentos atualizados e competências que lhes permitam identificar problemas (reais e potenciais) para oferecer uma abordagem eficaz à resolução das necessidades do doente crítico (Benner et al., 2011).

Durante o estágio foi possível refletir sobre o julgamento clínico que os enfermeiros peritos possuem, e como este é gerador de aprendizagens no seio da equipa, o que proporciona a disseminação do conhecimento, foi também crucial a atualização constante de conhecimentos, com revisão da melhor evidência, de forma a alcançar um exercício profissional fundamentado.

No início do estágio, foi apresentada a proposta do projeto de investigação que pretendia realizar, à enfermeira tutora e restantes colegas de ER, à Enfermeira Chefe e ao Diretor Clínico com o intuito de envolver toda a equipa multidisciplinar no projeto a desenvolver, com especificação dos objetivos e o plano de intervenção, e posteriormente enviada para aprovação pela comissão de Ética e Saúde do Hospital.

Os doentes internados em cuidados intensivos, sendo acometidos pelo SPICI, têm repercussões a diversos níveis, sendo o compromisso da deglutição um deles, o que faz com que tenham necessidades únicas de intervenção no sentido de prevenir ou mitigar as sequelas da DPE.

Trabalho este, que é dado a conhecer no capítulo seguinte, dedicado ao processo de investigação.

CAPÍTULO III

INVESTIGAÇÃO EM CONTEXTO DA PRÁTICA CLÍNICA: AVALIAÇÃO DA DEGLUTIÇÃO APÓS EXTUBAÇÃO OROTRAQUEAL: CONTRIBUTOS DO EEER

INTRODUÇÃO

O doente nas unidades de cuidados intensivos pela sua gravidade é, maioritariamente, aquele que tem necessidade de ser entubado e ser submetido a ventilação mecânica invasiva, este facto por si só apresenta um elevado risco de desenvolver alterações na deglutição após a extubação, que a literatura denomina de Disfagia Pós-Extubação.

A capacitação do enfermeiro que permanece à “cabeceira do doente”, para identificar alterações é essencial para a prevenção de complicações associadas à disfagia, sendo esta a pertinência e o interesse deste trabalho de investigação. O EEER é um elemento especializado que possui as competências face à pessoa com alteração da deglutição, mas os enfermeiros de cuidados gerais também devem ser capazes de avaliar a deglutição e identificar a presença de disfagia, de forma sistemática e uniforme. Apesar de ser considerada multifatorial, a etiologia da DPE ainda não é totalmente conhecida e é comum em doentes internados em cuidados intensivos, podendo manter-se até à alta hospitalar (Goldsmith, 2000; Johnson et al., 2018; Schefold et al., 2017).

A investigação é um processo sistemático que visa a criação de conhecimento sobre problemas que fazem sentido estudar e nos dar resposta às questões que nos inquietam (Fortin et al., 2009). Este trabalho surge de uma necessidade detetada no exercício dos cuidados, durante o ENP, e que também já tinha sido sinalizada no serviço pelos enfermeiros, no âmbito do questionário anual das necessidades formativas. Neste sentido e atendendo a ser uma área de enfermagem que me suscita interesse, vi criada a oportunidade de contribuir para melhorar o conhecimento e as práticas na avaliação da deglutição do doente em cuidados intensivos e dar resposta ao meu trabalho de investigação deste ciclo de estudos de mestrado.

Com este trabalho de investigação pretendo intervir em contexto da prática e contribuir para a qualidade e a segurança dos cuidados prestados, diminuindo possíveis complicações associadas à disfagia e por conseguinte os dias de internamento na unidade de cuidados intensivos, sendo possível a diminuição dos gastos em saúde.

A opção metodológica adotada para este trabalho assenta na metodologia de trabalho de projeto. A escolha desta metodologia de investigação, assenta no facto de esta ser geradora de mudança e possibilitar/facilitar a aprendizagem de um grupo (Ruivo et al., 2010)

Os passos para seu desenvolvimento constaram do diagnóstico da situação, que se traduziu num estudo transversal, descritivo e observacional, com abordagem quantitativa que respondeu à questão de partida: **Quais os conhecimentos e práticas dos enfermeiros na avaliação da deglutição, dos doentes internados em cuidados intensivos, após a extubação orotraqueal**, antecedido por uma revisão bibliográfica

narrativa para dar a conhecer a literatura mais recente sobre a temática. Posteriormente, atendendo aos resultados obtidos procedeu-se à definição de objetivos, que culminaram no planeamento de atividades, execução e respetiva avaliação que deram resposta às necessidades identificadas. Durante todo o processo de investigação foram tidos em conta os procedimentos éticos e deontológicos inerentes a um estudo de investigação. A enfermagem de reabilitação deve sustentar a sua prática especializada em evidência científica e preocupar-se em introduzir boas práticas nos contextos reais para obter os melhores padrões de qualidade. A metodologia de trabalho de projeto surge como uma excelente estratégia pelas suas características, traduzindo-se numa oportunidade para o desenvolvimento de competências profissionais, imprescindíveis para o exercício da profissão de enfermagem (Ruivo et al., 2010).

“Se uma investigação é uma viagem, os objetivos são o destino e os métodos são o percurso.” (Romero, 2020)

1. DISFAGIA PÓS-EXTUBAÇÃO: UMA REALIDADE NAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS

A Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (MCEER) da Ordem dos Enfermeiros (OE) em 2014 desenvolveu um estudo com o objetivo de conhecer as áreas de investigação que os EER portugueses consideram prioritárias para a ER para os anos de 2015-2025. Na análise dos resultados desse estudo realçaram-se dois grupos de áreas de investigação, sendo que as intervenções autónomas do enfermeiro de reabilitação na área da deglutição constam no grupo das áreas consideradas prioritárias (Ordem dos Enfermeiros - MCEER, 2015).

1.1. Doença crítica e suas consequências na pessoa internada em cuidados intensivos

Assumindo-se que “a pessoa em situação crítica é aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (Regulamento n.º 429/2018, 2018, p 19362), os cuidados de enfermagem aos doentes das UCI são altamente qualificados e prestados de forma contínua, como resposta às necessidades e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total (Regulamento n.º429/2018, 2018).

Os avanços na área da medicina intensiva, permitem que mais pessoas sobrevivam a situações críticas. No entanto o internamento em cuidados intensivos (CI) pode levar um conjunto de complicações, designado pela Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos de *Síndrome Pós-Internamento em Cuidados Intensivos* (SPICI), que se traduz em sequelas físicas, funcionais, cognitivas e mentais (Prazeres et al., 2021). As complicações resultantes do internamento em CI, causam impacto na saúde e produtividade dos doentes assim como dos cuidadores, a pessoa que fica acometida pelo SPICI, pode apresentar problemas físicos, como alteração da força muscular, disfagia, caquexia, disfunção orgânica, dor crónica e disfunção sexual; problemas de saúde mental como depressão, ansiedade ou stress pós-traumático e ainda deficiências cognitivas ou delírio (Smith e Rahman (2020) e Mehlhorn et al (2014) in Prazeres et al., 2021). Ainda segundo Smith e Rahman (2020) as sequelas psiquiátricas que incluem a ansiedade, depressão e stress pós-traumático são prevalentes tanto nos utentes, como nos seus familiares, aplicando-se o termo SPICI-F (síndrome pós-internamento em cuidados intensivos na Família) (Prazeres et al., 2021).

A entubação orotraqueal, a ventilação mecânica invasiva prolongada, períodos de *prone position*, sedação e utilização de bloqueio neuromuscular são exemplos de técnicas terapêuticas que visam a estabilização da PSC, frequentemente utilizadas nos cuidados intensivos e que levam a um elevado risco de desenvolver complicações que podem persistir por longos períodos após a alta dos CI ou mesmo do hospital (Zuercher et al., 2019).

A alteração da função glótica, que causa disfagia pós-extubação, pode ser uma seqüela da doença crítica e do internamento em cuidados intensivos, com repercussão na independência e na qualidade de vida do doente (Brodsky, Nollet, et al., 2020). As complicações associadas à DPE incluem o aumento do risco de aspiração que pode resultar em pneumonite e/ou pneumonia por aspiração, aumento dos dias de necessidade de antibióticos e aumento do tempo de internamento, re-intubações, atrasos no início da alimentação por via oral, fraqueza generalizada, desidratação, desnutrição e necessidade de vias alternativas definitivas para alimentação (Brodsky, Nollet, et al., 2020; Dobak & Kelly, 2020; McIntyre et al., 2020; Zuercher et al., 2019).

1.2. Comprometimento da Deglutição: Disfagia Pós-Extubação

A alimentação é essencial ao ser humano e envolve a deglutição segura e eficaz de alimentos de diferentes consistências desde a cavidade oral, até ao estômago sem que penetrem as vias aéreas (Brodsky, Pandian, et al., 2020; Dobak & Kelly, 2020).

A deglutição é um processo complexo e dinâmico com importância para a nutrição do organismo, qualquer alteração neste processo pode levar à disfagia, isto é, a um distúrbio caracterizado pela alteração do reconhecimento do ato de comer, dificuldade ou incapacidade para a preparação do bolo alimentar e/ou do seu transporte desde a boca até ao estômago, de forma segura e eficaz (Goldsmith, 2000). A disfagia não é considerada uma doença, mas sim, um sintoma ou a consequência de alguma condição clínica (Brodsky, Pandian, et al., 2020; Soares, 2014). Segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, “Deglutição é um tipo de Digestão com as seguintes características específicas: passagem dos líquidos e dos alimentos fragmentados, pelo movimento da língua e dos músculos, da boca e para o estômago através da orofaringe e esófago” (ICN, 2019, p. 40). Quando esta função está comprometida é designada de disfagia, pelo que ao longo deste trabalho quando é referido o termo disfagia é como sinónimo de deglutição comprometida.

A evidência científica define disfagia como um mecanismo fisiopatológico que consiste num distúrbio caracterizado por alterações em qualquer fase e/ou entre as fases do processo de deglutição. Pode ter diversas etiologias, como neurológica (em situações

pós AVC, doença de Parkinson, Esclerose Múltipla), mecânica (como resultado de tumores da cabeça e pescoço, relacionada com a entubação orotraqueal, presença de traqueostomia, cirurgias cervicais) decorrente da idade (incidência aumentada em idades superiores a 75 anos) psicogénica (associado a doenças mentais) ou induzida por medicamentos (sedativos, anestésicos) (Soares, 2014; SPAA, 2012; Zuercher et al., 2020).

Vários estudos vêm demonstrando que a disfagia, independentemente da causa, tem uma incidência elevada na população, incluindo a hospitalizada, e as suas consequências afetam a saúde (Albini et al., 2013; Cioatto & Zanella, 2015).

No que concerne ao tema desta investigação a disfagia como distúrbio da deglutição na unidade de cuidados intensivos, nomeadamente após a extubação orotraqueal tem sido amplamente estudada. A VMI e a permanência de dispositivos invasivos, como o tubo orotraqueal ou traqueostomia, em contacto direto com a cavidade oral e estruturas das vias aéreas, podem estar associados a algumas complicações graves que comprometem o processo de deglutição, causando a disfagia pós-extubação (Brodsky, Nollet, et al., 2020; Fernando & Seely, 2020; Sassi et al., 2018).

Em 2013 surge o conceito transtorno da deglutição adquirido em cuidados intensivos sugerindo que existem múltiplos mecanismos potenciais na doença crítica que podem levar à disfagia num doente que previamente não apresentava (Zuercher et al., 2019).

Ao longo da última década vários são os estudos realizados que relatam a incidência da DPE como uma realidade nos doentes das unidades de cuidados intensivos.

Numa revisão sistemática sobre a ocorrência de disfagia após extubação orotraqueal realizada por Skoretz et al. (2010) é relatado uma incidência que varia entre 3% e 62%, dado a diversidade da população estudada e dos critérios de diagnósticos utilizados. Já Macht et al. (2013) no seu estudo levado a cabo com pacientes neurológicos relata que a disfagia pós-extubação esteve presente em 93% dos pacientes, podendo ser classificada como leve (34%), moderada (26%) e grave (33%) e foi relacionada com durações mais longas de EOT e ventilação mecânica e mais tempo de internamento hospitalar.

Omura et al. (2019) realizaram um estudo de coorte prospetivo, no Japão, que investigou a DPE diagnosticada por enfermeiras seguindo um protocolo de avaliação da disfagia, onde de 216 pacientes avaliados, 25 pacientes (11,6%) foram diagnosticados com disfagia, o que resultou num atraso na alta hospitalar, mais tempo de internamento hospitalar e maior mortalidade. Dos pacientes internados em cuidados intensivos, os que apresentavam DPE mostraram pior prognóstico. Por fim concluiu que 1 em cada 10 pacientes desenvolvia DPE, portanto a monitorização deste distúrbio da deglutição é crucial no quotidiano da enfermagem nestas unidades.

Schefold et al. (2017) citado em Zuercher et al. (2019) realizaram o maior estudo observacional prospectivo sobre a DPE e observaram que a sua incidência em admissões urgentes nos CI foi de 18.3% e que a DPE persistiu até à data da alta nos doentes em mais de 80% dos casos e mais de 60% dos doentes com disfagia nos CI permaneceram disfágicos, na alta hospitalar.

Mais recentemente McIntyre et al. (2020) efetuaram uma revisão sistemática da literatura (RSL) com meta-análise e verificaram que a incidência de disfagia pós-extubação numa população de doentes de CI adultos foi de 41%, e 36% desses doentes com disfagia faziam aspirações silenciosas. Esta RSL incidiu sobre a DPE orotraqueal em CI e pretendia determinar se a heterogeneidade na literatura sobre a incidência de DPE poderia ser explicada por diferenças no método de avaliação da disfagia, no modo de seleção dos participantes no estudo, no motivo principal da admissão nos CI, na duração da entubação ou se quando a disfagia era avaliada. Chegaram à conclusão de que a DPE era prevalente (41%) e que esta é difícil de detetar numa avaliação à cabeceira, uma vez que 36% dos pacientes aspiram silenciosamente, concluíram também que existe uma grande variação na incidência da DPE nos estudos consultados, no entanto as razões apresentadas para essa heterogeneidade não conseguem justificar essa variação.

Em Portugal, um artigo publicado em 2021 na revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Física e Reabilitação, realizado por Matos et al. (2021) mostra-nos um estudo de estudo de casos para documentar a prevalência de disfagia posteriormente a uma entubação orotraqueal prolongada (superior a 48 horas) e importância do diagnóstico precoce na evicção de complicações. Neste estudo, dos 50 doentes incluídos, 58% (n=29) apresentavam algum grau de disfagia (30% precisavam de consistência néctar, 10% de consistência mel, 14% de consistência pudim e 4% necessitavam de vias alternativas para alimentação, como SNG), quando avaliados, em média, 43 horas após extubação. Todos os doentes foram avaliados, por um fisiatra, com um protocolo de rastreio de disfagia 24 a 48 horas após a extubação e novamente 6 a 8 semanas após a primeira avaliação e apenas um mantinha disfagia. Este estudo mostrou ainda uma relação estatisticamente significativa entre a presença de disfagia e a idade e com os índices de gravidade nas primeiras 24 horas. Como conclusão estes autores afirmam que a DPE é uma complicação frequente e que cujo diagnóstico precoce permite a tomada de decisão para cuidados adequados na prevenção de complicações com bom prognóstico a curto prazo com tendência à resolução, mas sobretudo que a disfagia deve ser excluída antes do início da alimentação *per os* com um teste adequado e por um profissional com competência, treinado e experiente na sua identificação (Matos et al., 2021).

Segundo Dobak & Kelly (2020) a presença de disfagia nas unidades de cuidados intensivos está associada a complicações fatais pelo que os autores consideram importante que esta seja identificada e tratada precocemente a fim de evitar os impactos danosos da aspiração e desnutrição. As evidências científicas indicam que a detecção e intervenção precoce na disfagia reduzem não apenas estas complicações, mas também o tempo de internamento hospitalar e os custos que lhes estão associados.

Nos doentes internados nas unidades de cuidados intensivos a etiologia da disfagia pós-extubação parece pouco clara, é considerada multifatorial e os seus mecanismos subjacentes não são totalmente conhecidos, no entanto, a presença do tubo orotraqueal e a ventilação mecânica prolongada são considerados como fatores de risco chave para a disfagia, em conjunto com outros seis mecanismos que foram descritos pelos autores (Brodsky, Nollet, et al., 2020; Zuercher et al., 2019, 2020):

- i. trauma direto causado pelo tubo orotraqueal ou traqueostomia;
- ii. neuromiopia / fraqueza muscular;
- iii. função sensorial laríngea diminuída;
- iv. lesões centrais (SNC) e alterações cognitivas-comportamentais (*delirium* e *sedação*);
- v. assincronia respiração e deglutição;
- vi. refluxo gastroesofágico;

O traumatismo direto é um dos mecanismos mais importantes na disfunção da deglutição, a presença de vias aéreas artificiais ou mesmo sondas de alimentação podem ser responsáveis por lesões nas estruturas anatómicas por onde elas passam. A irritação mecânica do tecido mucoso subjacente pode ocasionar ulceração ou processos inflamatórios localizados, as cordas vocais são outras das estruturas facilmente lesadas. Os tubos orotraqueais com cuff comprometem a função normal da deglutição, a elevação laríngea ativa e interferem com o esfíncter esofágico superior que condiciona disfagia, nomeadamente na passagem da fase faríngea para a esofágica. Vários estudos mostram que a entubação prolongada pode levar ao deslocamento ou subluxação das cartilagens aritenoides resultando num encerramento incompleto da glote durante a deglutição. A laringoscopia sendo traumática pode ocasionar lesão no nervo hipoglosso e causar disfagia. A compressão exagerada do cuff dos tubos orotraqueais podem causar lesão do nervo laríngeo recorrente que originará parestesia ou paralisia das cordas vocais comprometendo a proteção da via aérea durante a deglutição (Brodsky, Nollet, et al., 2020; Brodsky, Pandian, et al., 2020; Dobak & Kelly, 2020; Goldsmith, 2000; Oliveira et al., 2018; Zuercher et al., 2019).

A fraqueza muscular adquirida em cuidados intensivos (FMACI), consequência do SPICl, habitualmente também denominada de síndrome de desuso, foi relatada na literatura como sendo outro mecanismo que causa disfagia pós-extubação. A disfunção da deglutição pode existir devido à atrofia por desuso, sarcopenia (perda de massa muscular), desnutrição, e fraqueza muscular generalizada. A FMACI ocorre em doentes que passam por períodos prolongados sob VMI e sob o efeito de sedação e curarização, podendo ocorrer disfunção diafragmática induzida pelo ventilador, onde a força da tosse tende a ser diminuída levando a deficiente estimulação glótica, causando disfunção. Este aspeto pode ser causado tanto pela lesão mecânica direta, inflamação/edema local ou por polineuropatia da doença crítica, levando à disfunção da deglutição. Clinicamente, isso é visível quando o bolo alimentar atinge a zona de estímulo que ativa o reflexo no arco palatoglosso, mas a entrada aferente é prejudicada, resultando em uma resposta de deglutição retardada e aspiração pré-deglutição (Zuercher et al., 2019). Na revisão sistemática levada a cabo por Brodsky, Nollet, et al. (2020) foi relatado que a maioria dos pacientes apresenta algum grau de lesão laríngea, juntamente com alterações na voz, ou seja, disfonia. Isto traduz-se numa função sensorial laríngea diminuída.

Ainda neste campo da neuromiopia e fraqueza muscular existem estudos que relacionam a fraqueza dos músculos orofaciais, mais concretamente a língua e a força dos lábios, com os mecanismos que condicionam a DPE devido à sarcopenia e a alterações somatossensoriais (Park et al., 2017; Su et al., 2015).

Os problemas relacionados com sistema nervoso central nos distúrbios de deglutição adquiridos em CI são causados principalmente por danos diretos, como no traumatismo crânio-encefálico, acidente vascular cerebral, hemorragia e/ou distúrbios inflamatórios, o que interfere diretamente com o nível de consciência e vigília do doente. Distúrbios cognitivo-comportamentais como por exemplo a confusão ou o delírio afetam qualitativamente o nível da consciência, assim como o uso de medicação (sedativos) aumenta ainda mais o risco de aspiração, pois reduzem o nível de vigília e a capacidade de cumprir ordens (Brodsky, Nollet, et al., 2020; Goldsmith, 2000; Zuercher et al., 2019, 2020).

Outro mecanismo potencial para entidade DPE é a descoordenação entre o respirar e engolir, a coordenação exata do encerramento laríngeo, apneia e abertura do esfíncter esofágico superior pode estar prejudicada e é importante para a segurança da deglutição. A abertura da laringe antes da passagem do bolo alimentar pode levar à aspiração nos pacientes que, após a extubação, apresentam algum grau de insuficiência respiratória. O período de apneia durante a deglutição é curto o que origina uma abertura prematura da laringe antes que o bolo alimentar tenha passado para o esófago

(Brodsky, Nollet, et al., 2020; Brodsky, Pandian, et al., 2020; Goldsmith, 2000; Zuercher et al., 2019).

Por fim, o último mecanismo a ser citado na literatura é o refluxo gastroesofágico (RGE), porque apesar de não estar estritamente relacionado com desenvolvimento da própria disfunção da deglutição, o RGE, aumenta o risco de aspiração em doentes extubados. A aspiração do conteúdo gástrico pode levar à pneumonite por aspiração, enquanto, a aspiração de secreções colonizadas da orofaringe pode causar pneumonia por aspiração. O risco de desenvolver RGE é aumentado pela presença de sonda nasogástrica que permanece após a extubação (para nutrição e/ou hidratação) e significa uma abertura constante do esfíncter esofágico superior e inferior, pela posição de decúbito, pelo uso de altas doses de sedação e curarizantes. A ocorrência de RGE afeta a função do esfíncter laríngeo, aumentando o risco de aspiração (Brodsky, Nollet, et al., 2020; Zuercher et al., 2019, 2020).

Estes mecanismos fisiopatológicos descritos não ocorrem de forma isolada, os doentes normalmente apresentam uma combinação de mecanismos, cada um contribuindo de maneira única para a disfagia clínica. Isso pode explicar parte da variabilidade na prevalência e heterogeneidade nos resultados dos estudos analisados.

Estão ainda descritos na literatura os fatores de risco mais frequentes para a disfagia em cuidados intensivos (Frajkova et al., 2020; Johnson et al., 2018; Perren et al., 2019; Schefold et al., 2017; Zuercher et al., 2019, 2020), sendo eles o tempo de entubação orotraqueal, causando alterações de deglutição mais frequentemente em entubações superiores a 48 horas, entubações orotraqueais múltiplas, patologia neurológica prévia, necessidade de *prone position* (decúbito ventral), alterações cognitivas e delírio, idade, alterações na qualidade da voz, alterações anatómicas da glote (por neoplasia ou cirurgia), estado funcional prévio, tempo de internamento em cuidados intensivos, gravidade da doença crítica, insuficiência cardíaca congestiva prévia, hipercolesterolemia prévia, sépsis e sedação/imobilidade.

O diagnóstico de disfagia nas unidades de cuidados intensivos nomeadamente após a extubação visa identificar a probabilidade de um doente apresentar um défice na deglutição que lhe possa causar risco de aspiração de conteúdo alimentar ou mesmo aspiração. Na literatura identificam-se três tipos de avaliação da capacidade de deglutição: o rastreio, a avaliação clínica e a avaliação instrumental. O doente após a extubação, deve passar primeiramente pelo processo de rastreio, avaliação e posteriormente tratamento (Zuercher et al., 2019).

O rastreio da disfagia é considerado a primeira etapa da avaliação da deglutição, e inclui a aplicação de um questionário ou entrevista e a observação de sinais de disfagia. De modo geral, os sinais clínicos de disfagia/aspiração incluem: a dificuldade em

deglutir/engasgo, tosse, sialorreia e alterações na qualidade da voz, do tipo voz molhada ou respiração gorgolejante. A introdução de líquidos e/ou alimentos que resultam em uma ou mais dessas respostas por parte do doente indica uma falha no rastreio e, portanto, exigirá uma avaliação mais formal por um profissional mais específico (Brotsky, Nollet, et al., 2020; Dobak & Kelly, 2020; Johnson et al., 2018), em Portugal seria o enfermeiro de reabilitação ou um terapeuta da fala. Esta primeira fase permite identificar os doentes com maior probabilidade de apresentar problemas na deglutição. As orientações e *guidelines* existentes advêm de contextos e sistemas de saúde muito diferentes do português, onde os enfermeiros tem diferentes níveis de formação e diferenciação e as competências destes e doutros profissionais (médicos, nutricionistas e terapeutas da fala) são bem definidas. Johnson et al. (2018) referem que no contexto americano são os terapeutas da fala que realizam avaliações para diagnosticar e tratar a disfagia e estes profissionais apenas estão disponíveis durante o horário de trabalho padrão dos dias da semana, o diagnóstico pode não estar disponível nas 24 a 48 horas após extubação. Nessas situações, estes mesmos autores, defendem que os enfermeiros deveriam ser capazes de realizar a triagem inicial de rastreio de DPE, caso essa triagem determine que o doente apresenta risco de disfagia, estes devem manter-se sem alimentação via oral até que o terapeuta da fala conclua uma avaliação diagnóstica. Com os enfermeiros disponíveis 24 horas por dia, 7 dias por semana, com formação específica nesta área e num protocolo de atuação, esta seria uma situação ultrapassável e que muito benefício traria para o doente e sistema de saúde.

A literatura consultada corrobora a ideia de que a avaliação sistemática da disfagia nas UCI deveria ser uma norma a ser implementada, que inclui uma abordagem em duas etapas com o rastreio sistemático à beira do leito por enfermeiras treinadas das UCI dentro de algumas horas após a extubação e posteriormente, por uma avaliação especializada complementado idealmente com um exame instrumental (Scheffold et al., 2017; Zuercher et al., 2019)

De igual modo Perren et al. (2019) na sua RSL defendem que a abordagem da disfagia nas UCI deve contemplar duas etapas que inclui um procedimento inicial de rastreio à cabeceira realizado até 3 h após a extubação por enfermeiros treinados em todos os doentes com risco de disfagia, nos casos de rastreio positivo, deve ser realizado um exame especializado da deglutição também à cabeceira através de medidas não instrumentais e posteriormente complementado por avaliação instrumental (ou seja, a vídeo endoscopia da deglutição) para confirmação do diagnóstico.

A importância do rastreio da DPE foi também demonstrada no estudo de See et al. (2016) onde descobriram que foi possível reduzir o tempo de internamento em 25% e reduzir o risco de pneumonia por aspiração em 80% ao ser usado um instrumento de

rastreio, sem necessidade de uma avaliação mais invasiva. As evidências indicam ainda que os enfermeiros podem concluir com sucesso os testes de disfagia (Christensen & Trapl, 2018; Johnson et al., 2018; See et al., 2016) usando ferramentas de rastreio de disfagia válidas e confiáveis.

De acordo com a revisão da literatura de Brodsky, Nollet, et al. (2020) existiam poucas ferramentas de triagem que foram estudadas para populações de doentes de cuidados intensivos, segundo eles, existiam três testes com dados de doentes avaliados com DPE: a Bedside Swallow Exam (BSE), Yale Swallow Protocol (YSP) e Postextubation Dysphagia Screening Tool (PEDS tool), que embora tenham um método diferente, os três assentam em duas premissas: avaliar o doente que está pronto para ser avaliado sem considerar o tempo após a extubação e avaliar o risco de aspiração. Um quarto teste rastreio, o Gugging Swallowing Screen (GUSS), está a ser testado, mas os dados de validação para a população dos CI ainda não foram publicados.

O YSP, e PEDS Tool segundo os seus autores podem ser realizados por qualquer pessoa com formação adequada para o fazer, chegando a afirmar que em muitos casos, os enfermeiros são responsáveis por esta avaliação (Omura et al., 2019; Perren et al., 2019; See et al., 2016).

Recentemente uma revisão sistemática da literatura orientada pelos princípios da Cochrane Screening and Diagnostic Test Methods Group e o Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses realizada por Azevedo et al. (2023) mostrou-nos que apenas um instrumento de rastreio de disfagia validado foi identificado para esta população específica, novamente a Postextubation Dysphagia Screening Tool.

O instrumento apresenta boa fiabilidade entre observadores (coeficiente kappa de Cohen (κ) +0.92), mas apresenta uma sensibilidade de 81%, o que significa que parte dos doentes não será identificado como tendo disfagia, o que se torna preocupante pois a inadequada identificação de doentes disfágicos tem sérias repercussões imediatas, tais como complicações respiratórias. Esta escala foi validada por avaliação clínica, e não por avaliação instrumental, que é *Gold Standard* da avaliação da disfagia (Brodsky, Nollet, et al., 2020; Dobak & Kelly, 2020; McIntyre et al., 2020; Zuercher et al., 2019) o que se mostra uma limitação à interpretação dos seus resultados (Azevedo et al., 2023; Johnson et al., 2018).

Desta RSL foi também identificado outro instrumento de rastreio da disfagia para esta população clínica, a Gugging Swallowing Screen for Intensive Care Unit (GuSS-ICU), no entanto as autoras Martin Christensen e Michaela Trapl ainda não publicaram os resultados da sua validação (Azevedo et al., 2023).

O protocolo de abordagem da disfagia existente no SMI propõe a utilização desta versão, a GUSS-ICU, por ter sido testada em população de cuidados intensivos e usar

itens de avaliação específicos dos doentes de CI, como por exemplo, a pontuação RASS (escala de agitação e sedação de Richmond) e o CAM-ICU (método de avaliação da confusão para unidades de cuidados intensivos) (Christensen & Trapl, 2018).

O rastreio da disfagia é a 1ª fase da avaliação da deglutição e pode ser executado pelo enfermeiro de cuidados intensivos ou enfermeiro de reabilitação, é um procedimento de 2 etapas de avaliação direta com 8 questões de resposta sim/não, se somar o máximo de pontuação (8 pontos) passa para etapa 2 que consiste na administração de volumes diferentes e progressivos de água e verificar se passou / falhou (Anexo I), pesquisando sinais de aspiração, como deglutição, tosse, sialorreia ou alterações na voz. A 2ª fase, a avaliação da disfagia, já é da competência do ER e inclui uma apreciação clínica através do uso de alimentos e consistências diferentes (Etapas 1, 2 e 3 da Escala GussICU modificada).

Esta avaliação pode ser feita de dois modos distintos, pela avaliação clínica da deglutição, pelo ER, e idealmente deveria ser complementada com a avaliação instrumental, esta última recorrendo à vídeo fluoroscopia da deglutição (VFC) ou à avaliação endoscópica da deglutição, também denominada de vídeo endoscopia da deglutição (VED) que são considerados o *Gold Standard* da avaliação da disfagia nos doentes críticos, especialmente a VFC. No entanto este teste é comprometido pela necessidade de deslocar o utente ao departamento de radiologia, que é tipicamente um doente com necessidade de múltiplos recursos o que torna o transporte difícil de agilizar (Padovani et al., 2013; Perren et al., 2019; Zuercher et al., 2019).

A avaliação clínica da deglutição é atualmente a forma mais utilizada para investigar a suspeita clínica de um distúrbio na deglutição, é barata, não invasiva, economiza tempo e consome poucos recursos (Padovani et al., 2013), envolve a avaliação da função motora, sensorial e a observação da capacidade de deglutição do doente (Apêndice VI) (SPAA, 2012). A auscultação cervical consiste em ouvir os sons da deglutição no sentido de avaliar principalmente a fase faríngea e sua interação com a respiração, é também usada como complemento na avaliação clínica da deglutição. A associação australiana de terapeutas da fala (2012) apresentam resultados de vários estudos que mostram que é uma técnica com sensibilidade de 84-94% e uma especificidade de 56% para a deteção de aspiração, mas também afirmam que a confiabilidade clínica da auscultação cervical é variável, no entanto, não difere das variabilidades observadas na interpretação clínica da deglutição com a videofluoroscopia (SPAA, 2012). Bolzan et al. (2013) referem que este método constitui um importante recurso para o diagnóstico e acompanhamento clínico de intervenção em casos de disfagia orofaríngea, apesar de poder ser influenciada pela experiência do examinador.

A avaliação clínica da deglutição é uma responsabilidade do especialista em ER que possui as competências necessárias para fazer esta avaliação, ou então, do terapeuta da fala especialista em deglutição, após referência médica.

Quando fazer este rastreio/avaliação também foi uma variável estudada na perspectiva de perceber se afeta a incidência da DPE. Segundo a meta-análise de McIntyre et al. (2020) a incidência de DPE quando avaliada até 24 horas após extubação foi de 49%, e não diferiu da incidência de DPE quando os doentes foram avaliados 24h ou mais após a extubação. Estes achados vêm apoiar as evidências de que o estado clínico do doente se sobrepõe a tempos de espera padronizados, que normalmente prolongam a alimentação enteral e/ou períodos de jejum.

Por outro lado, Marvin et al. (2019) no seu estudo de coorte prospetivo concluíram que a função da deglutição melhora nas primeiras 24 horas após a extubação, pelo que é válido atrasar essa 1ª avaliação durante este tempo, sugerindo que, apesar dos doentes apresentarem segurança para iniciar uma dieta modificada logo após a extubação, atrasar a avaliação até 24 horas após a extubação pode permitir uma dieta menos restrita. Concluíram também que é importante a necessidade de avaliação instrumental da deglutição, particularmente em pacientes vulneráveis, pois a taxa de aspiração silenciosa é alta.

1.3. O EEER na promoção do conhecimento do enfermeiro de cuidados gerais sobre a disfagia pós-extubação

A disfagia afeta de modo negativo a saúde da pessoa e traz consequências a nível socioeconómico para o utente e para o Serviço Nacional de Saúde com o aumento do tempo, custo do internamento e ainda reinternamentos, pelo que a correta identificação de um doente com disfagia é essencial para prevenir as suas complicações.

Avaliar a capacidade de deglutição, após a extubação, antes da administração de alimentação ou medicação por via oral é fundamental para aferir e controlar o risco associado à deglutição comprometida (Brodsky, Pandian, et al., 2020; Zuercher et al., 2019), embora esta premissa seja consensual nas várias *guidelines* ou entre os autores de referência sobre a temática, a forma de fazer essa avaliação e a responsabilidade dessa determinação não o é.

O enfermeiro de reabilitação é um elemento especializado e com competências para efetuar uma avaliação/monitorização da deglutição e prescrever um programa terapêutico para a pessoa com alteração desta função. Todavia este elemento não passa as 24 horas com o doente, pelo que os enfermeiros de cuidados gerais pelo seu perfil técnico e de proximidade com os doentes devem ser capazes de rastrear a

capacidade de deglutição e identificar a presença de disfagia, de uma forma sistemática e uniforme.

Os procedimentos de rastreio são geralmente projetados para serem rápidos (aproximadamente 15 minutos), não invasivos e com pouco risco para o doente, enquanto identifica os sintomas de disfagia que requerem avaliação diagnóstica aprofundada (Padovani et al., 2013).

Segundo Nielsen (2021) cabe aos enfermeiros avaliar a função da deglutição do doente e determinar se este deve ou não iniciar a alimentação via oral, pelo que, desenvolver métodos de rastreio válidos que possam ser usados por enfermeiros de CI pode melhorar a segurança do paciente e reduzir as complicações devido à disfagia causada pela entubação, ventilação mecânica e doença crítica.

Também Albin et al. (2013) referem que os enfermeiros têm um papel vital no cuidado ao doente com risco de disfagia,

“...pois são os profissionais de saúde que estão presentes nas vinte e quatro horas à beira do leito, [...], podendo observar os sinais e sintomas de disfagia e por meio de identificação, avaliação e estabelecimento precoce de intervenções de enfermagem podem ajudar no tratamento e prevenção das complicações associadas à mesma” (Albin et al., 2013, p. 2).

Segundo o Regulamento para a Prática de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros a alimentação e/ou supervisão das refeições dos doentes internados é da competência do enfermeiro (Ordem dos Enfermeiros, 2015). Uma nutrição adequada é importante para uma rápida recuperação, assim o enfermeiro deve estar atento e a par da avaliação do risco de disfagia, deve avaliar o risco nutricional e favorecer este aspeto. Deste modo, entende-se que os enfermeiros devem possuir habilidades para realizar o rastreio da função da deglutição ao doente e demonstrar conhecimento das complicações, de modo a garantir a segurança do mesmo e evitar as possíveis complicações.

Nesta perspetiva e atendendo aos domínios da melhoria contínua da qualidade e do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, que integram as competências comuns do enfermeiro especialista, (Regulamento n.º 140/2019, 2019) o ER deve assumir um papel de dinamizador no desenvolvimento de práticas de qualidade, diagnosticando necessidades formativas, concebendo planos formativos e atuando como formador. O EEER pode e deve ser um elo facilitador de aprendizagem na sua área de especialidade (Regulamento n.º 140/2019, 2019), através da formação em serviço. Esta é importante para o desenvolvimento de habilidades, a formação em serviço permite a partilha de saberes entre os diversos elementos da equipa, satisfaz as necessidades de formação, promove a reflexão e o debate sobre os problemas

sentidos, e tem uma utilidade prática quando propõe a resolução de problemas (Dias, 2009).

O EEER constitui-se como um forte recurso junto dos seus pares ao contribuir para o aumento do conhecimento nesta área e para a mudança de práticas favorecedoras de cuidados de excelência. Recorrendo à formação dos seus pares tem como objetivo dotar a equipa de competências necessárias ao seu desenvolvimento e progresso, conjugando as necessidades de cada elemento com as da organização (Dias, 2009).

A Enfermagem de Reabilitação tem um papel importante ao nível dos ganhos em saúde, na prevenção de lesões, na diminuição das sequelas, preservando as capacidades existentes e maximizando a funcionalidade, promovendo autonomia, independência funcional e conseqüentemente na qualidade de vida da pessoa. Assim, o EEER assume-se como essencial no seio da equipa, uma vez que avalia o risco de alteração da funcionalidade a vários níveis (Regulamento n.º 392/2019, 2019).

A sua ação traduz-se de forma positiva na pessoa e nas instituições de saúde, com redução de tempos de internamento e de custos. Espera-se que a avaliação da deglutição seja um cuidado visível nos cuidados prestados, na equipa onde o EEER tem poder na ação. É relevante uma ação dirigida a este tipo de alterações pelo ER que suporta a sua intervenção em conhecimentos científicos válidos e atuais na observação, avaliação, diagnóstico e reeducação da pessoa com compromisso da deglutição, prevenindo complicações.

Melhorando a qualidade do cuidar podemos dar visibilidade ao nosso saber e fazer crescer a enfermagem como profissão autónoma.

2. METODOLOGIA

Neste capítulo, descreve-se e fundamentam-se as opções metodológicas adotadas.

A investigação é um processo sistemático que visa a criação de conhecimento sobre problemas que fazem sentido estudar para nos dar respostas às questões que nos inquietam (Fortin et al., 2009). Este trabalho de projeto surge nesse contexto, inquieta-me o tema da disfagia e, neste serviço em concreto, saber a abordagem da equipa de enfermagem a um problema real que está bem documentado na literatura, a disfagia pós-extubação orotraqueal.

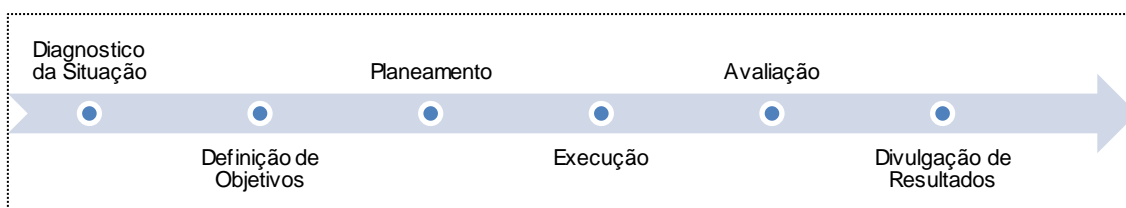
A metodologia de trabalho de projeto “tem como objetivo principal a resolução de problemas e, através dela, adquirirem-se capacidades e competências pela elaboração e concretização desse mesmo projeto numa situação real” (Ruivo et al., 2010, p. 3). A escolha desta metodologia para o presente estudo, deve-se ao facto de esta ser geradora de processos de mudança e facilitar a aprendizagem de um grupo. Como afirma Ruivo et al. (2010) “é uma ponte entre a teoria e a prática, pois o seu suporte é o conhecimento teórico que pode ser aplicado na prática” (p. 3). É um método de trabalho que se caracteriza por ser centrado na resolução de problemas e que vai ao encontro das necessidades e interesses da população em estudo (Mateus, 2020).

Ao desenvolver um projeto, o investigador deve procurar conhecer o problema/questão, recorrendo a várias áreas do saber e, de forma integrada, concretizá-lo na aplicação dos conhecimentos à realidade concreta (é o ponto de partida e de chegada do projeto) (Monteiro, s.d.).

A complexidade do trabalho de projeto transforma-o num processo dinâmico e flexível, possível de ser reorientado, podendo ter fases mais ou menos produtivas. A tentativa de intervenção aproxima o trabalho de projeto da investigação-ação pelo facto de o investigador se encontrar dentro do contexto e conjuntamente com os elementos nele atuar para o modificar (Ruivo et al., 2010).

Considerando a metodologia selecionada apresenta-se, ilustrado na figura 1 as fases definidas pelas autoras para este projeto:

Figura 1. - Fases da metodologia de projeto (adaptado de Ruivo et al., 2010)



O diagnóstico de situação é a fase primária na elaboração do projeto. Permite identificar os principais problemas, as suas finalidades e oferece vias de ação para a sua resolução. O objetivo é o conhecimento da realidade e a análise das necessidades da população, pelo que deve ser efetuado o mais rapidamente possível para proporcionar uma atuação em tempo útil e possibilitar a implementação de medidas apropriadas para a resolução do problema (Ruivo et al., 2010).

Após a elaboração do diagnóstico de situação e identificadas as prioridades de intervenção, a segunda fase passa por definir os objetivos a atingir. “Os objetivos apontam os resultados que se pretende alcançar, podendo incluir diferentes níveis que vão desde o geral ao mais específico” (Ruivo et al., 2010, p. 18).

Os objetivos gerais descrevem as orientações major para as ações e são coerentes com a finalidade do projeto. Os objetivos específicos devem ser operacionais pois ajudam a medir os resultados da intervenção e a manter os participantes motivados. São formulados em termos operacionais, permitindo analisar a sua concretização e geralmente expressos em termos mais descritivos de situações a concretizar (Guerra, 2006).

Na terceira fase, o planeamento é a definição de estratégias fundamentais do projeto. O investigador deve identificar todas as estratégias/atividades necessárias para atingir os objetivos a que se propôs. Elabora um plano detalhado do projeto, integrando as várias vertentes: meios e estratégias, recursos disponíveis, calendarização das atividades, cronograma, bem como os resultados esperados e indicadores de avaliação (Ruivo et al., 2010).

Posteriormente, a quarta e quinta fase diz respeito à execução e avaliação, respetivamente. Estas fases são importantes para os participantes do projeto, pois é dado resposta às suas necessidades (Ruivo et al., 2010). São executadas as atividades planeadas, mediante o diagnóstico de situação, e efetuada a respetiva avaliação. Segundo Regulamento n.º 392/2019 (2019), é da competência do Enfermeiro Especialista avaliar o resultado das intervenções implementadas, com monitorizações rigorosas e indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem. Avaliar um projeto implica a verificação da consecução dos objetivos definidos inicialmente (Ruivo et al., 2010).

Por fim, chegamos à fase da divulgação dos resultados e redação do relatório final, sendo a última fase é igualmente importante na medida que dá a conhecer a pertinência do projeto e o caminho percorrido na resolução dos problemas identificados e no suprimento das necessidades dos serviços de saúde (Ruivo et al., 2010).

O planeamento deste trabalho foi direcionado para a problemática da avaliação da deglutição após a extubação orotraqueal. De acordo com Brissos (2004) citado por

Ruivo et al. (2010) um projeto deve ser sustentável e produzir benefícios que possam perpetuar os seus efeitos mesmo após a finalização, criar dinâmicas na equipa multidisciplinar. Pretendo, com o contributo dos cuidados especializados do enfermeiro de reabilitação e com a execução deste trabalho, identificar as necessidades e intervir no sentido de mudar ou reforçar comportamentos na abordagem da avaliação da disfagia após a extubação.

Considero que a metodologia de projeto se adequa ao desenvolvimento de uma intervenção que verta no desenvolvimento de competências na área da disfagia da pessoa em situação crítica após extubação orotraqueal, na medida em que contribui para a motivação da equipa de enfermagem e fomenta a mudança positiva com base na identificação das necessidades.

2.1. Diagnóstico de Situação

Toda a investigação é realizada a partir da identificação de um problema, analisando as variáveis relevantes selecionadas através de uma revisão da literatura.

A problemática do presente estudo, surgiu no âmbito do estágio de natureza profissional realizado no SMI, era um tema pertinente para o serviço e que já tinha sido identificado pelos enfermeiros como sendo necessário diagnosticar necessidades e definir uma intervenção. Também o meu interesse pelo tema de investigação emergiu ao longo do curso de mestrado em ER e tornou-se mais importante ao longo dos estágios que fui efetuando, porque sempre foi uma problemática na minha prática profissional e que me inquietava. Esta é uma área em que os enfermeiros têm um papel preponderante e que, por vezes, delegam noutros profissionais, pelo que é do meu interesse aprofundar/adquirir conhecimento e competências sobre esta temática.

De acordo com Bogdan e Biklen (1994) citado por Mateus (2020), as questões de investigação têm como finalidade ajudar o investigador a “enquadrar o foco do seu estudo” através de “questões abertas que tentam refletir o terreno que vai examinar” (p. 23). A formulação da pergunta de investigação estabelece um fio condutor no processo de investigação e obriga o investigador a clarificar as suas intenções e perspetivas a realizar com o estudo.

Identificado o problema em estudo, emergiu a seguinte pergunta orientadora desta fase do estudo: Quais os conhecimentos e práticas dos enfermeiros na avaliação da deglutição, dos doentes internados em cuidados intensivos, após a extubação orotraqueal?

Para compreender melhor aquilo que se pretende saber e definir os procedimentos mais adequados ao propósito do estudo e dando resposta à questão de investigação, é

necessário definir objetivos, de forma a obter informações pertinentes, fiáveis e credíveis (Ruivo et al., 2010). Assim, defini os seguintes objetivos:

- Avaliar os conhecimentos dos enfermeiros do SMI sobre Disfagia Pós-Extubação;
- Caracterizar as intervenções realizadas pelos enfermeiros do SMI na avaliação da deglutição dos doentes em cuidados intensivos após extubação orotraqueal;

Nesta fase do diagnóstico da situação, optamos por um estudo transversal, descritivo e observacional, com abordagem quantitativa que responda à questão de investigação e aos objetivos definidos.

O presente estudo, atendendo à problemática e objetivos definidos, enquadra-se numa abordagem quantitativa, uma vez que este método é um processo sistemático que permite a colheita de dados observáveis e quantificáveis, e que constitui um processo dedutivo pelo qual os resultados numéricos fornecem conhecimentos objetivos no que concerne às variáveis em estudo (Fortin et al., 2009; Hernández Sampieri et al., 2013) como, saber quais os conhecimentos e quais as intervenções dos enfermeiros na avaliação da disfagia.

É um tipo de investigação descritiva, dado que visa denominar, explorar e classificar os conhecimentos e as intervenções dos enfermeiros numa situação em concreto. Segundo Fortin et al. (2009) é utilizada para descobrir novos conhecimentos, descrever fenómenos e determinar a frequência da sua ocorrência numa população. Este tipo de estudo é utilizado quando se pretende ter conhecimento sobre um determinado assunto, a principal finalidade é definir as principais características de uma população ou de um fenómeno (Hernández Sampieri et al., 2013).

Quanto ao tipo de interferência do investigador, trata-se de um estudo observacional, pois a investigadora apresenta-se apenas como espectadora, sem realizar qualquer intervenção que possa interferir no curso natural das ações ou no desfecho das mesmas, mas realiza as observações para recolha de dados. Entende-se ainda que é um estudo transversal pois mede as necessidades da amostra naquele momento, segundo Hernández Sampieri et al. (2013) os estudos transversais medem a frequência da manifestação de um acontecimento ou de um problema numa população num dado momento.

Ainda como instrumento de diagnóstico de situação para validação da necessidade de implementação do projeto, foi realizado a análise da situação através do método SWOT (Strengths, Weakness, Opportunities, Threats) em projetos (Ruivo et al., 2010). Esta análise permitiu a reflexão acerca dos fatores que poderiam influenciar o desenvolvimento do projeto. Perante as necessidades encontradas foi refletido sobre as forças (pontos fortes) que são elementos favoráveis e internos ao serviço, e as fraquezas internas existentes (pontos fracos), de modo definir um plano de ação que

conduza a uma melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem na abordagem da DPE nos cuidados intensivos. Foram também reconhecidas as oportunidades de intervenção e as ameaças (fatores externos) que possam prejudicar a concretização do projeto (Ruivo et al., 2010).

2.1.1. População e Amostra

Após a definição do tipo e natureza da investigação, a fase que se segue é a definição da população do estudo. A população “define-se como um conjunto de elementos [...] que têm características comuns” (Fortin et al., 2009, p. 310) e a população alvo “é o conjunto das pessoas que satisfazem os critérios de seleção definidos previamente” (Fortin et al., 2009, p. 311).

Uma vez que a população alvo deste estudo é heterogénea, foram definidos critérios de inclusão, que definem as características essenciais dos elementos da população, assim como critérios de exclusão que determinam os indivíduos que não farão parte da amostra.

São definidos como critério de inclusão neste estudo:

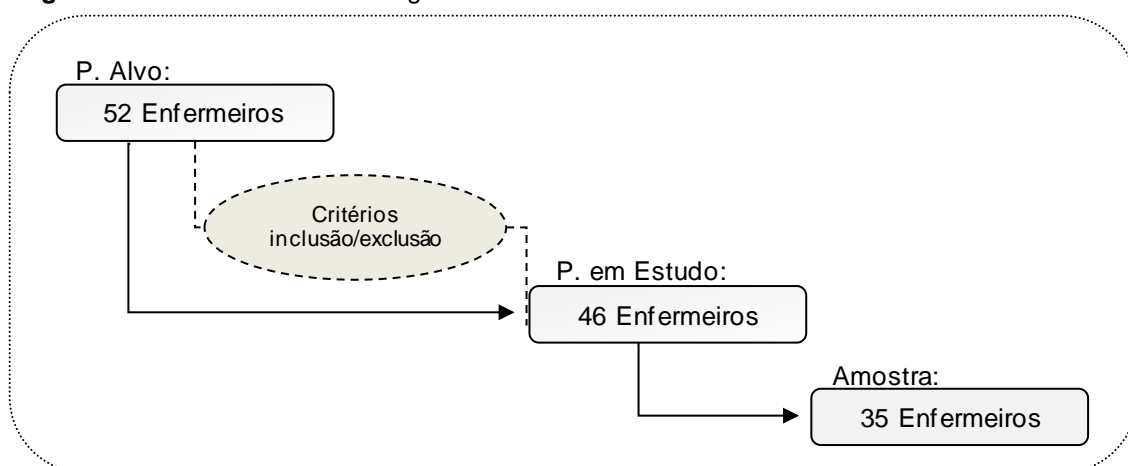
- Fazer parte da equipa de enfermagem do SMI;
- Prestar cuidados de enfermagem diretos à pessoa em situação crítica após extubação OT.

Estarão excluídos do estudo:

- Alunos de enfermagem em estágios curriculares (Licenciatura e Especialidade);
- Os enfermeiros com o título de Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Reabilitação;
- Enfermeiros em processo de integração no serviço.

O método de seleção da amostra adotado foi a amostragem não probabilística por conveniência ou acidental, que segundo Fortin et al. (2009) me permitirá obter indivíduos facilmente acessíveis e que respondem a critérios de inclusão definidos e que estão no local certo e no momento certo.

Figura 2. - Processo de amostragem



Fonte: a própria

Tal como ilustrado no processo de amostragem representado na figura 2, neste estudo a população alvo foram os 52 enfermeiros que trabalham no serviço de medicina intensiva de um hospital da região norte, destes elementos, 46 cumpriam os critérios de inclusão e exclusão definidos e a minha amostra foi composta por 35 enfermeiros que aceitaram participar no estudo, respondendo ao questionário enviado.

2.1.2. Instrumentos e Método de Recolha de Dados

Independentemente da metodologia de investigação utilizada no estudo, proceder-se à recolha de informação, através da seleção de um conjunto de métodos e técnicas adequadas para, posteriormente, se realizar o tratamento e análise dos dados, constitui uma fase fundamental do processo (Fortin et al., 2009; Mateus, 2020).

Na escolha do método para a recolha de dados o investigador deve basear-se na questão de investigação, no conhecimento das variáveis em estudo, no desenho de investigação, nos instrumentos de medida existentes ou na possibilidade de ter de os construir, como acabou por acontecer neste estudo (Fortin et al., 2009).

Entre os vários instrumentos de recolha de dados, os questionários são os que mais se utilizam no campo das ciências sociais. Este instrumento consiste num conjunto de questões sobre determinado tema ou problema em estudo, que se destinam à obtenção de respostas de um grupo de pessoas, cujo objetivo é a recolha de informação sobre a temática em estudo (Mateus, 2020).

De acordo com a mesma autora a construção de um questionário inicia-se após a definição da problemática que a investigação visa responder, isto é, a pergunta de partida ou pode ser norteado pela fixação de objetivos. Posto isto, no momento de

elaborar os questionários considerei a pergunta de investigação, a finalidade do estudo, assim como a revisão da literatura, e ainda um procedimento para abordagem da disfagia, existente no serviço de medicina intensiva, que não era colocado em prática, posteriormente submeti este questionário à validação pelos peritos especialistas em enfermagem de reabilitação do serviço.

Utilizei o *Google Forms* para a construção do questionário (Apêndice I), e todos os enfermeiros que cumpriam os critérios de inclusão e exclusão previamente definidos foram convidados a participar no estudo. Para tal, receberam por email um link de acesso ao instrumento de recolha de dados.

É relevante referir que no início dos questionários existe uma explicação sobre qual o objetivo do mesmo, assim como está incluído o consentimento informado que garante o anonimato e confidencialidade nas respostas e posteriormente no tratamento dos dados, que cada participante teria de concordar previamente para ter acesso à continuação do questionário, caso não aceitassem participar o link do formulário terminava ali.

O questionário foi construído em várias secções. A primeira com a finalidade de recolher informação relativamente as características sociodemográficas da amostra como a idade, sexo, título profissional, qualificação académica, tempo de experiência profissional como enfermeiro e como enfermeiro do serviço de medicina intensiva. Na segunda recolher informação sobre quais são os conhecimentos acerca dos fatores de risco que concorrem para a DPE, os sinais e sintomas da DPE, as complicações que pode acarretar para a pessoa ou serviço a DPE e ainda as intervenções que o enfermeiro executa perante um doente com alterações na deglutição. Na terceira secção do questionário pretendi conhecer a experiência do enfermeiro sobre o cuidar do doente com disfagia, se já possui formação sobre o tema ou se necessita de formação adicional. No que diz respeito à tipologia das questões, estas são de resposta fechada e contemplam duas opções, “concordo ou não concordo” e “executo ou não executo”, mas também por perguntas de resposta aberta, ou seja, pretendo com isto que os enfermeiros pudessem dar a sua opinião acerca das questões. Todas as perguntas eram de resposta obrigatória, não havendo respostas erradas, pois o objetivo é, à luz da revisão da literatura existente sobre o tema, saber o que os participantes conheciam e faziam.

Neste estudo pretende-se ainda identificar intervenções dos enfermeiros na avaliação da deglutição, pelo que, para além do questionário recorreremos à observação das mesmas. Segundo Fortin et al. (2009) e Hernández Sampieri et al. (2013) este método é utilizado quando se pretende realizar um registo sistemático, válido e confiável de comportamentos humanos ou acontecimentos observáveis, e existem dois tipos de

observação, a observação não estruturada que contempla uma grande flexibilidade de recolher dados e de os interpretar, mais comumente utilizada em investigações qualitativas e depois temos a observação sistemática ou estruturada, que consiste em observar os comportamentos que dizem respeito ao estudo de investigação e relatá-los fielmente (Fortin et al., 2009).

Os dados recolhidos através da observação foram registados em grelha própria construída pela investigadora para o estudo (Apêndice II), tendo em conta os princípios da avaliação clínica não instrumental da deglutição referidos na literatura e em escalas de avaliação de disfagia revistas na literatura (BSE, YSP, PEDS tool, GUSS, sendo que, esta última está a ser adaptada para os doentes em UCI e faz parte do protocolo de abordagem da disfagia existente no SMI) e submetida a análise dos EEER do serviço. Esta recolha tem como principal objetivo avaliar intervenções dos enfermeiros antes, durante e depois da alimentação do doente 24 a 48h depois de ter sido extubado, e que tinha indicação para tal, identificando quais as principais dificuldades nesta área e a sua articulação com o referido nos questionários, de realçar que a grelha de observação incluía as mesmas intervenções que constavam no questionário, com o objetivo de, posteriormente se proceder à triangulação dos dados das intervenções que a amostra diz que executa com o que foi observado pela investigadora.

A observação das intervenções dos enfermeiros na avaliação da disfagia foi efetuada no turno diurno entre as 8h e as 20h, as observações foram realizadas no mês de março. Foram observados 4 enfermeiros. A limitação das observações deveu-se quer à escassez de tempo, quer à falta de doentes que cumprissem o critério de terem sido extubados nas últimas 24-48h e que pudessem ser alimentados.

2.1.3. Tratamento de dados

No sentido de obtermos resposta à questão de investigação formulada, nesta fase de tratamento dos dados é necessário organizar e analisar a informação obtida através dos instrumentos de colheita de dados.

Os dados foram tratados através do programa IBM SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versão 28.0. Realizou-se uma análise estatística descritiva para descrever e analisar a amostra em estudo recorrendo à representação da informação através de tabelas e de gráficos. Determinaram-se algumas medidas descritivas, nomeadamente medidas de tendência central, medidas de dispersão e frequência absoluta e relativa para uma melhor visão e preponderância do enquadramento das variáveis.

2.1.4. Procedimentos éticos e deontológicos

Na realização de trabalhos de investigação na área de enfermagem é imperativo assegurar as disposições necessárias para proteger os direitos e liberdades das pessoas que participam nas investigações, existindo seis princípios éticos que segundo (Nunes, 2020) devem guiar a investigação:

- i. princípio da beneficência;
- ii. avaliação da maleficência (avaliação dos riscos possíveis e previsíveis);
- iii. fidelidade (compromisso de confiança entre o investigador e os participantes);
- iv. justiça;
- v. veracidade;
- vi. confidencialidade;

Estes princípios estão diretamente relacionados com os direitos dos participantes em estudo, sendo eles o direito à proteção contra o desconforto e o prejuízo, direito ao conhecimento e informação, direito à autodeterminação, direito à intimidade e o direito ao anonimato e à confidencialidade (Nunes, 2020).

O presente trabalho de projeto assenta no pressuposto de que os conhecimentos de enfermagem na área da avaliação da deglutição do doente após a extubação orotraqueal, bem como a utilização de todos os meios disponíveis e adequados é um dever de todos os enfermeiros que se traduz num benefício para o doente.

Durante todo o trabalho de investigação, mais concretamente na fase do diagnóstico de situação, no sentido de assegurar o anonimato e a confidencialidade, os questionários foram realizados recorrendo a uma plataforma digital [*google forms*], de forma anónima e codificada.

A observação foi consentida pelo participante, no entanto este não sabia em que momento ia ser observado, nem a observação do investigador interferiu nos cuidados prestados. Os comportamentos observados foram registados na grelha de observação respeitando o anonimato e a confidencialidade do enfermeiro observado. O armazenamento dos dados recolhidos foi concretizado em formato digital e salvaguardo que mais ninguém à exceção da investigadora tinha acesso aos mesmos, após a conclusão do estudo os mesmos foram eliminados.

Para participar no estudo os enfermeiros tiveram de uma forma livre, espontânea e esclarecida demonstrar que o queriam fazer, ao preencherem o primeiro item do questionário que diz respeito ao Consentimento Informado.

Por fim para obter a autorização para a realização do trabalho projeto, foi elaborado um pedido por escrito ao diretor clínico e à enfermeira chefe do serviço de medicina

intensiva (Apêndice III e IV) e elaborado um projeto que foi submetido para apreciação do Presidente da Comissão de Ética e Saúde da instituição de saúde onde decorreu o estudo, que recebeu parecer positivo com o nº 159/CES/JAS a 17.12.2021 assim como para a Comissão Local de Proteção e Segurança da Informação em novembro de 2021, com a referência 050/CLPSI/2021, cuja a aprovação também foi favorável.

2.1.5. Apresentação e análise dos resultados

Os dados foram obtidos através do preenchimento do questionário por 35 enfermeiros do SMI, bem como da observação das práticas de cuidados de enfermagem na avaliação da deglutição antes, durante e após a alimentação do doente extubado há pelo menos 24h-48h através do preenchimento de uma grelha de observação.

A apresentação dos resultados do questionário inicia-se com a caracterização sociodemográfica e socioprofissional da amostra, seguido das respostas sobre o conhecimento dos fatores de risco que concorrem para a DPE, dos sinais e sintomas da DPE, das complicações que podem ocorrer na pessoa e ainda as intervenções que executam perante um doente durante a alimentação, finaliza-se com a apresentação das respostas sobre a experiência dos participantes no cuidar do doente com disfagia, o nível de formação e satisfação sobre o tema ou se necessitam de formação adicional. Posteriormente, apresento o resultado da observação das intervenções dos enfermeiros e a triangulação entre os resultados obtidos com a avaliação dos conhecimentos e a observação das intervenções.

A amostra é constituída por 35 enfermeiros, maioritariamente do sexo feminino (n=25, 71,4%) com mais de 45 anos de idade (n=13, 37,1%) e com o grau académico mais elevado de licenciatura em enfermagem (n=30, 85,7%). Constatou-se que, 11 enfermeiros (31,4%) são enfermeiros com competências de especialista em outras áreas que não a enfermagem de reabilitação (Tabela 1).

Em média, os participantes em estudo exercem enfermagem há 19,1 anos ($\pm 9,0$ anos), com um mínimo de 5 e um máximo de 34 anos de exercício profissional. No que concerne à prática clínica no SMI, verificou-se uma média de idade profissional de 13,7 anos ($\pm 10,4$), com um mínimo de 0,3 e um máximo de 31 anos.

Tabela 1 - Distribuição da amostra relativamente à caracterização sociodemográfica e socioprofissional

		n (35)	% (100,0)
Sexo	Feminino	25	71,4
	Masculino	10	28,6
Idade	20-25	0	0
	26-35	11	31,4
	36-45	11	31,4
	Mais de 45	13	37,1
Habilitações académicas	Bacharelato	0	0
	Licenciatura	30	85,7
	Mestrado	4	11,4
	Doutoramento	1	2,9
Categoria profissional	Enfermeiro	24	68,6
	Enfermeiro Especialista	11	31,4

Na avaliação dos fatores de risco que contribuem para a presença de DPE, verificou-se que os fatores mais pontuados, no que concerne à concordância para o risco de disfagia, foram o comprometimento neurológico (n=35, 100%), a fraqueza neuromuscular (n=35, 100%), a duração da entubação orotraqueal (n=34, 97,1%), as alterações sensitivas a nível da orofaringe (n=34, 97,1%) e a assincronia respiração-deglutição (n=34, 97,1%). Em sentido contrário, 51,4% (n=17) dos enfermeiros que participaram no estudo não concordam que o refluxo gastroesofágico seja um fator de risco que contribui para a presença de DPE (Tabela 2).

Tabela 2 - Distribuição da amostra sobre fatores de risco para a DPE

	Concordo		Não concordo		Total	
	n	%	n	%	n	%
O evento que leva à admissão nos CI	23	65,7	12	34,3	35	100,0
latrogénica aos CI	31	88,6	4	11,4	35	100,0
Ser um distúrbio preexistente	30	85,6	5	14,3	35	100,0
Duração da EOT	34	97,1	1	2,9	35	100,0
Lesão laríngea direta	32	91,4	3	8,6	35	100,0
Fraqueza neuromuscular	35	100,0	0	0	35	100,0
Alterações sensitivas a nível da orofaringe	34	97,1	1	2,9	35	100,0
Alterações sensitivas da laringe	31	88,6	4	11,4	35	100,0
Comprometimento neurológico	35	100	0	0	35	100,0
Confusão e delírio	26	74,3	9	25,7	35	100,0
Assincronia respiração-deglutição	34	97,1	1	2,9	35	100,0
Refluxo gastroesofágico	17	48,6	18	51,4	35	100,0
Motivo da EOT (emergente ou planeada)	21	60,0	14	40,0	35	100,0

Relativamente aos sinais e sintomas de DPE objetivou-se que a totalidade dos enfermeiros (n=35, 100%) reconhece o engasgamento com a saliva fora das refeições como sinal e 97,1% (n=34) referem que a tosse durante e após alimentação ou o pigarreio frequente após a deglutição são sinais de DPE. Por outro lado 65,7% (n=23) e 51,4% (n=18) não concordam, respetivamente, que a perda de peso e a voz rouca podem ser sinais de DPE (Tabela 3).

Tabela 3 - Distribuição da amostra sobre sinais e sintomas de DPE

	Concordo		Não concordo		Total	
	n	%	n	%	n	%
Tosse durante e após a alimentação	34	97,1	1	2,9	35	100,0
Engasgamento com saliva fora das refeições	35	100,0	0	0	35	100,0
Movimentos fracos da língua	25	71,4	10	28,6	35	100,0
Resíduos alimentares na boca	23	74,3	9	25,7	35	100,0
Dificuldade em mastigar	19	54,3	16	45,7	35	100,0
Sialorreia	25	71,4	10	28,6	35	100,0
Dificuldade em fechar os lábios	23	65,7	12	34,3	35	100,0
Perda de peso	12	34,3	23	65,7	35	100,0
Pigarreio frequente após a deglutição	34	97,1	1	2,9	35	100,0
Voz rouca	17	48,6	18	51,4	35	100,0
Voz molhada	28	80,0	7	20,0	35	100,0
Mudança nos sons respiratórios	26	74,3	9	25,7	35	100,0
Dessaturação durante alimentação	25	71,4	10	28,6	35	100,0
Deglutições repetidas	25	71,4	10	28,6	35	100,0
Demora no engolir (atraso na deglutição)	32	91,4	3	8,6	35	100,0

De entre as complicações associadas à DPE, a pneumonia (n=35; 100%), as aspirações silenciosas (n=35, 100%) e a pneumonite (n=33, 94,3%), foram as predominantemente identificadas. Por outro lado, 42,9% dos enfermeiros (n=15), não concordam que a fraqueza generalizada pode ser uma complicação associada à DPE e 28,6% (n=10) não concordam que a DPE possa aumentar o risco de mortalidade (Tabela 4).

Tabela 4 - Distribuição da amostra sobre as complicações associadas à DPE

	Concordo		Não concordo		Total	
	n	%	n	%	n	%
Aumento da mortalidade	25	71,4	10	28,6	35	100,0
Pneumonia	35	100	0	0	35	100,0
Fraqueza generalizada	20	57,1	15	42,9	35	100,0
Pneumonite	33	94,3	2	5,7	35	100,0
Desidratação	27	77,1	8	22,9	35	100,0
Desnutrição	30	85,7	5	14,3	35	100,0
Aspirações silenciosas	35	100,0	0	0	35	100,0

Obstrução das vias aérea	32	91,4	3	8,6	35	100,0
Aumento do tempo de internamento	30	85,7	5	14,3	35	100,0
Necessidade de vias alternativas para alimentação (SNG, PEG)	32	91,4	3	8,6	35	100,0

Na avaliação das intervenções que o enfermeiro executa perante um doente com alterações na deglutição verificou-se que a maioria da amostra executa as intervenções explanadas na tabela 5, exceto a intervenção “Colocar o dedo indicador e o dedo médio no pescoço do doente, a nível da laringe, para sentir o doente a deglutir” que não é executada por 69,9% (n=22).

Tabela 5 - Distribuição da amostra sobre as intervenções executadas (questionários)

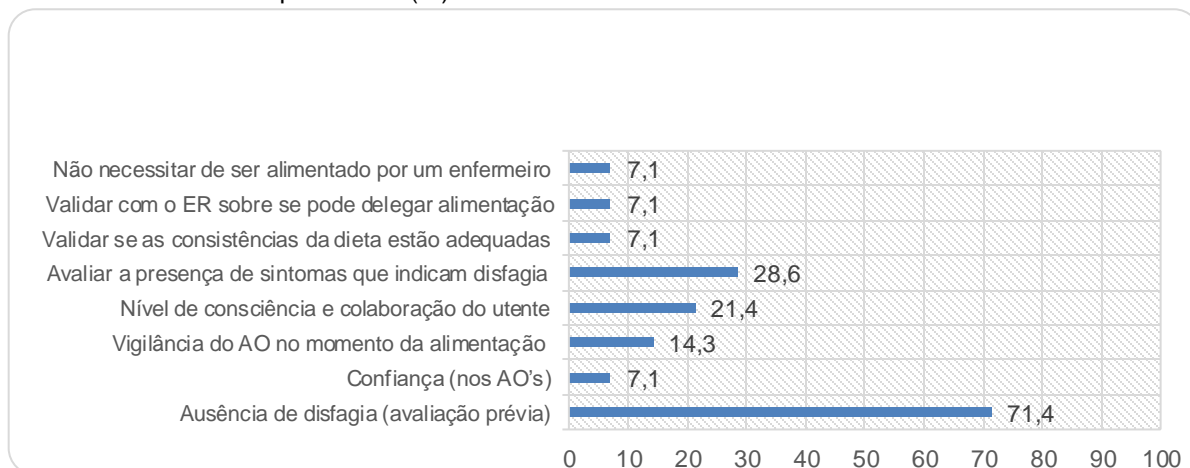
	Executo		Não Executo		Total	
	n	%	n	%	n	%
Posicionar adequadamente para alimentação: sentar o doente (ou elevação da cabeceira entre 45° a 90°)	35	100,0	0	0,0	35	100,0
Certificar que o doente tem controlo da cabeça e pescoço na posição de sentado	31	88,6	4	11,4	35	100,0
Avaliar o padrão respiratório e tosse (voluntária) eficaz	28	80,0	7	20,0	35	100,0
Certificar o nível de vigília (doente consciente e acordado pelo menos 15 minutos consecutivos)	32	91,4	3	8,6	35	100,0
Avaliar a presença de assimetria facial, desvio da comissura labial	21	60,0	14	40,0	35	100,0
Avaliar o estado da boca: observar mucosa oral, gengivas, língua, dentição completa ou incompleta*	28	80,0	7	20,0	35	100,0
Avaliar a capacidade que o doente tem para de fechar a boca, movimentar a língua, controlo da saliva;	28	82,9	6	17,1	35	100,0
Testar a deglutição com água bidestilada ou água engarrafada	31	88,6	4	11,4	35	100,0
Recorre ao uso de espessante alimentar (até obter as consistências de néctar; pastoso) ou água gelificada	30	85,7	5	14,3	35	100,0
Iniciar a avaliação com um volume menor e aumentar progressivamente a quantidade administrada (5ml, 10ml e 20 ml)	29	82,9	6	17,1	35	100,0
Administrar o preparado com ajuda de uma colher	30	85,7	5	14,3	35	100,0
Colocar o doente em ligeira flexão do pescoço	29	82,9	6	17,1	35	100,0
Colocar o dedo indicador e o dedo médio no pescoço, a nível da laringe para sentir o doente a deglutir	13	37,1	22	69,9	35	100,0

Prestar atenção à oximetria de pulso ou à auscultação cervical	25	71,4	10	28,6	35	100,0
Consciencializar o doente que vai comer/beber	31	88,6	4	11,4	35	100,0
Manter a cabeceira elevada 30 a 45min após a refeição	32	91,4	3	8,6	35	100,0
Monitorizar sinais de aspiração durante e após a refeição	33	94,3	2	5,7	35	100,0
Verificar a presença de resíduos alimentares na cavidade oral após a refeição	30	85,7	5	14,3	35	100,0
Perante um doente com disfagia, que seja alimentado por sonda, promove uma cuidada higiene oral	32	91,4	3	8,6	35	100,0

Quando questionados sobre a delegação da alimentação do doente com DPE ao assistente operacional, 57,1% dos enfermeiros (n=20) refere não o fazer.

Dos que delegam esta função (n=15, 42,9%), apenas 14 enfermeiros referiram os seus motivos, sendo que a ausência do diagnóstico de disfagia após avaliação pelo EEER foi a razão mais mencionada (n=10, 71,4%) conforme o ilustrado no gráfico 1.

Gráfico 1. - Distribuição da amostra sobre os motivos para a delegação da intervenção alimentar o doente ao assistente operacional (%)

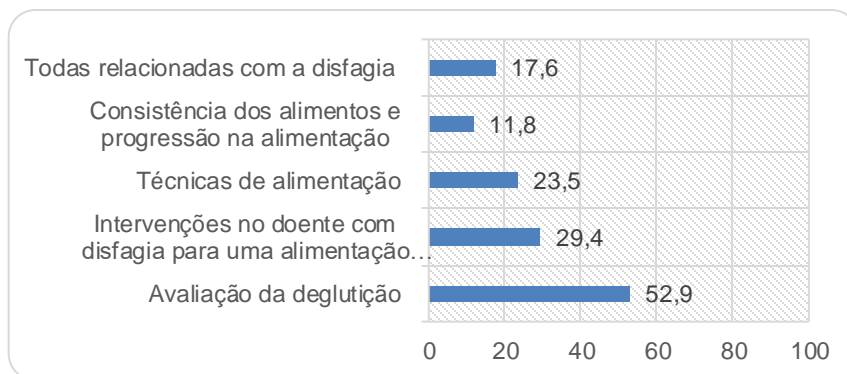


Relativamente à experiência de prestação de cuidados ao doente com DPE, 97,1% dos participantes (n=34) afirmam já ter cuidado deste tipo de doentes.

No que diz respeito à formação sobre o tema, apesar de 40% (n=14) dos enfermeiros estarem satisfeitos com os seus conhecimentos sobre disfagia, 82,9% (n=29) afirmam que gostariam de receber mais formação.

Dos 29 enfermeiros (82,9%) que manifestaram interesse em ter formação adicional sobre cuidados à pessoa com disfagia, 17 (58,6%) apontaram áreas de interesse, conforme o ilustrado no gráfico 2.

Gráfico 2. - Distribuição da amostra sobre áreas de interesse da formação sobre disfagia (%)



Tal como preconizado, na segunda etapa da colheita de dados procedeu-se à observação das intervenções dos enfermeiros antes, durante e após a alimentação do doente extubado há 24h-48h, com indicação para alimentação por via oral e que já tinham sido avaliados pelo EEER no que concerne à deglutição, pois esta é a prática habitual do serviço.

Observaram-se um total de 4 momentos, sendo que em todos foram realizadas as intervenções: posicionar adequadamente o doente para a alimentação, certificar do nível de consciência e manter a cabeceira elevada 30 a 45min após a refeição. A consciencialização do doente sobre o ato de alimentação e a monitorização de sinais de aspiração durante e após a alimentação foram realizadas por 75% (n=3) dos enfermeiros.

Por outro lado, verificou-se que nenhum dos enfermeiros realizou as seguintes intervenções: avaliar o padrão respiratório e tosse; avaliar a presença de assimetria facial; avaliar o estado da boca; avaliar a capacidade que o doente tem para de fechar a boca, movimentar a língua; controlo da saliva; testar a deglutição com água bidestilada ou água engarrafada; recorrer ao uso de espessante alimentar; colocar o dedo indicador e o dedo médio no pescoço, a nível da laringe para sentir o doente a deglutir e verificar a presença de resíduos alimentares na cavidade oral após a refeição (Tabela 6).

Tabela 6 - Distribuição da amostra sobre as intervenções observadas (observação)

	Observado		Não Observado		Total	
	n	%	n	%	n	%

Consciencializar o doente que vai comer/beber	3	75,0	1	25,0	4	100,0
Posicionar adequadamente para alimentação: sentar o doente (ou elevação da cabeceira entre 45° a 90°)	4	100,0	0	0	4	100,0
Certificar que o doente tem controlo da cabeça e pescoço na posição de sentado	2	50,0	2	50,0	4	100,0
Avaliar o padrão respiratório e tosse (voluntaria) eficaz	0	0	4	100,0	4	100,0
Certificar o nível de vigília (doente consciente e acordado pelo menos 15 minutos consecutivos)	4	100,0	0	0	4	100,0
Avaliar a presença de assimetria facial, desvio da comissura labial	0	0	4	100,0	4	100,0
Avaliar o estado da boca: observar mucosa oral, gengivas, língua, dentição completa ou incompleta	0	0	4	100,0	4	100,0
Avaliar a capacidade que o doente tem para de fechar a boca, movimentar a língua, controlo da saliva (é capaz de a engolir);	0	0	4	100,0	4	100,0
Testar a deglutição com água bidestilada ou água engarrafada	0	0	4	100,0	4	100,0
Recorre ao uso de espessante alimentar (até obter as consistências de néctar; pastoso) ou água gelificada	0	0	4	100,0	4	100,0
Iniciar a avaliação com um volume menor e aumentar progressivamente a quantidade administrada (5ml, 10ml e 20 ml)	1	25,0	3	75,0	4	100,0
Administrar o preparado com ajuda de uma colher	1	25,0	3	75,0	4	100,0
Colocar o doente com ligeira flexão do pescoço	0	0	4	100,0	4	100,0
Colocar o dedo indicador e o dedo médio no pescoço, a nível da laringe para sentir o doente a deglutir	0	0	4	100,0	4	100,0
Prestar atenção à oximetria de pulso ou à auscultação cervical	2	50,0	2	50,0	4	100,0
Manter a cabeceira elevada 30 a 45min após a refeição	4	100,0	0	0	4	100,0
Monitorizar sinais de aspiração durante e após a refeição	3	75,0	1	25,0	4	100,0
Verificar a presença de resíduos alimentares na cavidade oral após a refeição	0	0	4	100,0	4	100,0
Perante um doente com disfagia, que seja alimentado por sonda, promove uma cuidada higiene oral	0	0	4	100,0	4	100,0

Procedeu-se à triangulação dos dados obtidos pela avaliação dos conhecimentos sobre as intervenções do enfermeiro ao doente com DPE e as observações realizadas.

Objetivou-se que, embora a maioria da amostra tenha referido executar as intervenções preconizadas, os dados das observações não espelham esta realidade (Tabela 7).

Tabela 7 - Distribuição da amostra sobre as intervenções executadas (questionários) vs. as intervenções observadas (observação)

	Intervenções executadas (questionários)				Intervenções observadas (observação)			
	Executo		Não Executo		Observado		Não Observado	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Posicionar adequadamente para alimentação: sentar o doente (ou elevação da cabeceira entre 45° a 90°)	35	100,0	0	0,0	4	100,0	0	0
Certificar que o doente tem controlo da cabeça e pescoço na posição de sentado	31	88,6	4	11,4	2	50,0	2	50,0
Avaliar o padrão respiratório e tosse (voluntaria) eficaz	28	80,0	7	20,0	0	0	4	100,0
Certificar o nível de vigília (doente consciente e acordado pelo menos 15 minutos consecutivos)	32	91,4	3	8,6	4	100,0	0	0
Avaliar a presença de assimetria facial, desvio da comissura labial	21	60,0	14	40,0	0	0	4	100,0
Avaliar o estado da boca: observar mucosa oral, gengivas, língua, dentição completa ou incompleta*	28	80,0	7	20,0	0	0	4	100,0
Avaliar a capacidade que o doente tem para de fechar a boca, movimentar a língua, controlo da saliva;	28	82,9	6	17,1	0	0	4	100,0
Testar a deglutição com água bidestilada ou água engarrafada	31	88,6	4	11,4	0	0	4	100,0
Recorre ao uso de espessante alimentar (até obter as consistências de néctar; pastoso) ou água gelificada	30	85,7	5	14,3	0	0	4	100,0
Iniciar a avaliação com um volume menor e aumentar progressivamente a quantidade administrada (5ml, 10ml e 20 ml)	29	82,9	6	17,1	1	25,0	3	75,0
Administrar o preparado com ajuda de uma colher	30	85,7	5	14,3	1	25,0	3	75,0
Colocar o doente em ligeira flexão do pescoço	29	82,9	6	17,1	0	0	4	100,0
Colocar o dedo indicador e o dedo médio no pescoço, a nível da laringe para sentir o doente a deglutir	13	37,1	22	69,9	0	0	4	100,0

Prestar atenção à oximetria de pulso ou à auscultação cervical	25	71,4	10	28,6	2	50,0	2	50,0
Consciencializar o doente que vai comer/beber	31	88,6	4	11,4	3	75,0	1	25,0
Manter a cabeceira elevada 30 a 45min após a refeição	32	91,4	3	8,6	4	100,0	0	0
Monitorizar sinais de aspiração durante e após a refeição	33	94,3	2	5,7	3	75,0	1	25,0
Verificar a presença de resíduos alimentares na cavidade oral após a refeição	30	85,7	5	14,3	0	0	4	100,0
Perante um doente com disfagia, que seja alimentado por sonda, promove uma cuidada higiene oral	32	91,4	3	8,6	0	0	4	100,0

Terminada a apresentação e análise dos resultados obtidos, que englobou a informação recolhida pelo questionário de avaliação de conhecimentos e observação das intervenções dos enfermeiros na prática diária, segue-se a discussão dos resultados mais significativos, confrontando-os, sempre que tal seja possível e oportuno, com resultados de outros estudos sobre esta problemática.

O diagnóstico da situação termina com a apresentação e discussão dos resultados encontrados, esta será feita em função da informação obtida pelos instrumentos de recolha de dados, procurando salientar os resultados mais relevantes, realizando uma síntese e apreciação crítica dos mesmos, no sentido de os confrontar entre si e/ou com a literatura consultada.

2.1.6. Discussão dos resultados

A amostra em estudo é constituída por 35 enfermeiros, maioritariamente do sexo feminino e com idade predominante superior a 45 anos. Os dados encontrados podem ser justificados à luz da história da enfermagem, uma vez que o cuidar da pessoa era entendido como uma função essencialmente feminina, ainda que, ao longo do tempo, o número de enfermeiros tenha vindo a aumentar gradualmente, indicadores da Ordem dos Enfermeiros (2020) evidenciam que, em 2019, 82,2% dos membros inscritos são do sexo feminino.

A faixa etária mais frequente, foram os mais de 45 anos, no entanto as faixas etárias dos 26-35 e dos 46-45 estão equiparadas e as idades são mais ou menos homogéneas.

Em média, os participantes do estudo exercem enfermagem há 19,1 anos e têm como prática clínica no SMI, uma média de 13,7 anos, pelo que estamos perante uma equipa experiente.

O grau académico mais frequente é a licenciatura em enfermagem e apenas 1 possui doutoramento, sendo que, 11 enfermeiros possuem competências de especialista em outras áreas que não a enfermagem de reabilitação. Relativamente a este ponto é recomendação da OE que na constituição das equipas das UCI, 50 % sejam enfermeiros especialistas, dado que não se verifica nesta amostra, mencionam em primeira linha a especialidade em enfermagem médico-cirúrgica preferencialmente na área da pessoa em situação crítica (Regulamento n.º 743/2019, 2019).

Através da análise das respostas aos questionários sobre os fatores de risco que contribuem para a presença de DPE verificou-se que a maioria da amostra concordou com o comprometimento neurológico, a fraqueza neuromuscular, a duração da entubação orotraqueal, as alterações sensitivas a nível da orofaringe a assincronia respiração-deglutição. Esta evidência vai ao encontro do descrito na literatura sobre os principais mecanismos responsáveis pela DPE em doentes em unidades de CI, sendo eles o trauma direto causado pelo tubo orotraqueal, a neuromiopia/fraqueza muscular, a disfunção sensorial laríngea, alterações cognitivo-comportamentais (delírio e sedação) que comprometem o estado neurológico, a assincronia entre a respiração e a deglutição, e o refluxo gastroesofágico (Zuercher et al., 2019).

Relativamente a este último mecanismo foi aquele que gerou mais controvérsia pois mais de 50% dos participantes não o identifica como sendo um fator de risco que contribui para a DPE. No entanto, é descrito por Zuercher et al. (2019), mas estes mesmos autores referem outros estudos onde, apesar do tamanho da amostra limitado, os resultados apoiam ou rejeitam alguns dos fatores de risco identificados, como por exemplo presença do RGE. Isto revela que a etiologia da disfagia pós-extubação ainda é pouco clara, é considerada multifatorial e os seus mecanismos subjacentes não são totalmente conhecidos e dados de diversos estudos são contraditórios nomeadamente estudos com amostras pequenas (Brodsky, Nolle, et al., 2020; Zuercher et al., 2019, 2020)

O motivo da admissão nos CI e o motivo da EOT, nomeadamente a emergente, vem também descrito por Zuercher et al. (2020), num estudo observacional prospetivo de Schefold et al. (2017), como sendo um fator de risco com uma associação estatisticamente significativa com a DPE. A EOT emergente aumenta a probabilidade de traumas laríngeos e disfunções da sensibilidade laríngea.

Relativamente à questão sobre os sinais e sintomas que caracterizam a disfagia, todas as opções de escolha estão descritas na literatura como sendo sinais de disfagia, isto é, dados objetivos que podem ser observados pelo investigador ou enfermeiro durante a deglutição (WHO, 2014).

As respostas da amostra que obtiveram maior taxa de concordância foram o engasgamento com saliva fora das refeições, a tosse durante e após a alimentação, o pigarreio frequente após a deglutição, demora/atraso na deglutição, voz molhada, mudança nos sons respiratórios e presença de resíduos alimentares na boca, que vão ao encontro dos sinais descritos na literatura como sendo de disfagia/aspiração a dificuldade em deglutir/engasgo, tosse, sialorreia e alterações na qualidade da voz, do tipo voz molhada ou respiração gorgolejante (Brodsky, Nollet, et al., 2020; Dobak & Kelly, 2020; Johnson et al., 2018).

A discrepância nos resultados encontrados a esta pergunta pode ser interpretada como itens que os enfermeiros não estão habituados/familiarizados em avaliar, e que dizem respeito à avaliação/observação das características anatómicas da cavidade oral do doente como a dificuldade em fechar os lábios e os movimentos fracos da língua que se traduzem em dificuldade em mastigar ou deglutições repetidas. Park et al. (2017) e Medeiros et al. (2014) referem que a mobilidade e competência oro labial, tosse imediata ou tardia, voz molhada ou deglutição fracionada são sinais de DPE.

Quanto às complicações associadas à DPE, a pneumonia, a aspiração silenciosa, a pneumonite, a obstrução das vias aéreas, necessidade de vias alternativas para alimentação são coincidentes com as descritas, por McIntyre et al. (2020), que afirmam que 36% dos pacientes identificados com disfagia nas UCI apresentam aspirações silenciosas. Este aumento do risco de aspiração, e as aspirações silenciosas tão prevalentes, resultam em pneumonite (resultante de aspiração de conteúdo gástrico, RGE), pneumonia por aspiração (aspiração de secreções da orofaringe colonizadas ou resíduos alimentares), aumento dos dias de internamento e de necessidade de antibióticos, re-intubações, atrasos no início da alimentação oral, fraqueza generalizada, desidratação e desnutrição, necessidade de vias alternativas definitivas para alimentação (Brodsky, Nollet, et al., 2020; Dobak & Kelly, 2020; McIntyre et al., 2020; Zuercher et al., 2019).

Apesar de 42,9% dos enfermeiros não concordarem que a fraqueza generalizada pode ser uma complicação associada à DPE, 28,6% não concordarem com o aumento do risco de mortalidade, 22,9% não concordarem com a desidratação e 14,3% com a desnutrição estas vêm várias vezes descritas nos estudos consultados (Brodsky, Nollet, et al., 2020; Dobak & Kelly, 2020; McIntyre et al., 2020; Zuercher et al., 2019).

Com intuito de perceber como os enfermeiros que aceitaram participar no estudo geriam as dificuldades com a alimentação do doente, foi-lhes questionado que intervenções executavam perante um doente que tinha sido extubado e que poderia apresentar alterações na deglutição, mas tinha indicação para poder ser alimentado. Verificou-se que a maioria da amostra executa as intervenções que foram enunciadas. Como já havia referido anteriormente, no subcapítulo instrumentos e método de recolha de dados, estes foram baseadas na revisão da literatura tendo em conta os princípios da avaliação clínica não instrumental da deglutição e ainda no procedimento para abordagem da disfagia, existente no serviço de medicina intensiva e em escalas de avaliação de disfagia revistas na literatura (BSE, YSP, PEDS tool, GUSS, sendo que, esta última está a ser adaptada para os doentes em UCI).

Pela análise da tabela 5, 80% da amostra refere executar um conjunto de intervenções que vão ao encontro da literatura. Segundo as *guidelines* australianas de disfagia (SPAA, 2012), e autores como Braga (2016), Goldsmith (2000) e Levy et al. (2022) na abordagem ao doente com risco de desenvolver ou com alteração da deglutição devem ser executadas intervenções como posicionar adequadamente o doente para alimentação, certificar que este tem controlo da cabeça e pescoço na posição de sentado, avaliar o padrão respiratório e tosse voluntária eficaz, certificar do nível de vigília, avaliar estado da boca (mucosa, gengivas, movimentos da língua), testar deglutição com água bidestilada, recorrer ao uso de espessante ou água gelificada, iniciar a alimentação com volume menor e aumentar gradualmente, administrar o preparado com recurso de uma colher, colocar o doente com ligeira flexão do pescoço, consciencializar o doente que vai comer/beber, manter a cabeceira elevada 30 a 45 minutos após a refeição, monitorizar sinais de aspiração durante e após a refeição, verificar a presença de resíduos na cavidade oral após a refeição, e promover uma cuidado higiene oral a um doente que é alimentado por sonda.

Por outro lado, poucos afirmam fazer intervenções como avaliar a presença de assimetria facial, desvio da comissura labial, prestar atenção à oximetria de pulso ou à auscultação cervical e colocar o dedo indicador e o dedo médio no pescoço do utente, a nível da laringe para sentir o doente a deglutir. Este facto poderá estar na dependência dos enfermeiros assumirem que o doente já teve uma avaliação prévia da deglutição pelo EEER e dados como a assimetria facial e o desvio da comissura labial que são característicos dos doentes neurológicos, e como tal, predispostos a apresentarem disfagia, já foram tidos em conta no risco ou presença de disfagia. Assim como também intervenções como prestar atenção à oximetria de pulso ou fazerem a auscultação cervical e o posicionar os dedos no pescoço para sentir a deglutir possam considerar que são intervenções específicas do EEER.

Outro dado que a investigadora pretendia saber da amostra era se delegavam a alimentação do doente com disfagia ao assistente operacional (AO), e apesar de a maioria não o fazer (57,1%), existem outros que o fazem tendo em conta alguns aspetos. As respostas da amostra a esta questão foram apresentadas após uma análise de conteúdo das mesmas das quais se destacam os seguintes pontos fundamentais: a avaliação prévia da disfagia pelo enfermeiro de reabilitação e esta ser ausente, a avaliação da presença de sintomas que indiquem disfagia, o nível de consciência e colaboração do doente, a vigilância do AO no momento da alimentação, assim como a confiança no AO, validação prévia se a consistência da dieta é a adequada, validar com ER se pode delegar a alimentação e ainda ter registo de não haver necessidade de ser alimentado pelo enfermeiro.

A alimentação do doente, sobretudo aquele que apresenta risco de alteração da função de deglutição é da competência do enfermeiro (Ordem dos Enfermeiros, 2015), pelo que, era previsto que perante um doente que foi extubado à 24-48h e que pode apresentar compromisso da deglutição esta competência não fosse delegada noutro profissional.

Dadas as circunstâncias/particularidades do doente crítico, é sempre importante uma avaliação da condição do doente no momento antes da alimentação e o profissional de enfermagem é quem detém esta competência.

No que diz respeito à formação dos participantes sobre o tema aferiu-se que 40% dos enfermeiros se sentem satisfeitos com os seus conhecimentos sobre disfagia, ainda que, mais de 80% afirmem que gostariam de receber mais formação. A finalidade deste trabalho de projeto é contribuir para a qualidade e a segurança dos cuidados prestados, diminuindo possíveis complicações associadas à disfagia sendo que o desenvolvimento de competências cognitivas e práticas vai de encontro a este resultado.

A segunda etapa de colheita de dados prendia-se com a recolha de informação através da observação e ainda foi pretendido pela investigadora realizar uma triangulação dos dados recolhidos, no sentido de verificar se aquilo que a amostra diz que executa, corresponde ao que é feito na prática. Observaram-se um total de 4 momentos, pelo que se assume a possibilidade de existência de algum viés dos resultados. O reduzido número de observações está na dependência do limite temporal do estágio e dos critérios definidos para a observação ser considerada válida, como a extubação há 24h-48h e indicação para poder ser alimentado por via oral.

Das intervenções observadas houve apenas 3 intervenções que foram realizadas pela totalidade dos enfermeiros observados e as restantes intervenções tiveram poucas ou

nenhumas observações, o que me leva a equacionar que, por um lado os enfermeiros partiram do pressuposto que os itens estavam assegurados, quer pela presença diária do EEER e avaliação prévia pelo mesmo, ou pelo facto de alguns itens poderem ser observados e validados durante a prestação de cuidados ao doente ao longo do turno. Itens como avaliar o padrão respiratório e a tosse eficaz, avaliar o estado da boca e mucosa oral, a capacidade para fechar a boca, movimentar a língua e ter controlo sobre a saliva comumente observado durante os cuidados de higiene, pois quando questionados sobre as intervenções que executam tiveram taxas superiores a 80%.

A intervenção promover uma cuidada higiene oral a doentes disfágicos que são alimentados por SNG também não foi observada, nas no questionário foi referida como sendo executada pela amostra, porque o momento dos cuidados de higiene no serviço não é no horário da refeição, no entanto é de extrema importância que estes cuidados sejam reforçados e não apenas em horários pré-estabelecidos (Albini et al., 2013; Goldsmith, 2000; Levy et al., 2022; McIntyre et al., 2020; SPAA, 2012). Nenhuma das intervenções relacionadas com a alimentação, como voltar a testar a disfagia previamente com água engarrafada/bidestilada ou água gelificada, recorrer a espessante alimentar, aumentar progressivamente a quantidade administrada, sentir o doente a deglutir com os dedos indicador e médio posicionados no pescoço, foi observada na prática, enquanto quando questionados a amostra diziam executar.

Por fim colocar o doente com ligeira flexão do pescoço ao deglutir não foi observado, no entanto, é das intervenções mais recomendadas pelo ER do serviço na sinalética que este deixa à cabeceira do doente, como prevenção de aspiração durante alimentação, assim como a verificação da presença de resíduos alimentares na cavidade oral após a refeição.

Na triangulação dos dados obtidos pela avaliação dos conhecimentos sobre as intervenções do enfermeiro ao doente com DPE e as observações realizadas objetivou-se que, embora a maioria da amostra refira executar as intervenções preconizadas, os dados das observações não espelham esta realidade.

Apesar das poucas observações não espelharem a realidade de toda a amostra, levame a refletir que, de uma forma geral a equipa de enfermagem não se encontra devidamente treinada na área da avaliação da deglutição já que as intervenções de enfermagem nesta área estão alocadas aos EEER, sendo a presença destes um fator facilitador na abordagem da deglutição.

Neste serviço, o EEER está presente os 7 dias da semana em turnos de 12 horas, no entanto à luz da bibliografia consultada é claramente um benefício para o doente ao nível de segurança e qualidade de cuidados que toda a equipa de enfermagem esteja desperta e informada sobre esta problemática, que várias complicações acarretam para

o doente e SNS e isto justifica a necessidade de uniformizar procedimentos no rastreio de alteração da deglutição por parte de enfermeiros treinados nas UCI (Christensen & Trapl, 2018; Johnson et al., 2018; Nielsen, 2021; Padovani et al., 2013; See et al., 2016).

Em síntese, de forma global os enfermeiros apresentam conhecimentos na área da deglutição, mas o número reduzido de observações não me permite dizer que as práticas acompanham esse conhecimento. No entanto, por todos os resultados anteriormente mencionados, há carência nesta área traduzindo-se numa necessidade formativa, e mais de 80% da amostra afirma que gostaria de receber formação. O EEER, profissional com competências específicas na área da deglutição, torna-se o elemento de referência para os seus pares, por ser um facilitador de aprendizagem na sua área de especialidade, favorecendo o desenvolvimento de conhecimento e competências dos enfermeiros.

Enquanto investigadora e seguindo a metodologia de projeto optei também por fazer uma análise SWOT, de forma a analisar as diversas variáveis que poderiam interferir no desenvolvimento do mesmo (Tabela 8).

Esta análise possibilitou a perceção dos pontos fortes e fracos a nível interno e das oportunidades e ameaças a nível externo, percebendo as potencialidades e as fragilidades do projeto da avaliação da deglutição após a extubação orotraqueal.

São mais as forças impulsionadoras e poucas as fraquezas, sendo passíveis de trabalhar junto da equipa, caso seja necessário. A nível externo emergem oportunidades e as ameaças não põem em causa a mais-valia das intervenções.

Tabela 8 - Análise SWOT do trabalho de projeto

Fatores Internos	<u>Strengths (Forças)</u>	<u>Opportunities (oportunidades)</u>	Fatores externos
	<ul style="list-style-type: none"> - Equipa motivada e dinâmica; - Melhoria na prestação de cuidados; - Ganhos em saúde; - Contributo para a investigação na área de ER; 	<ul style="list-style-type: none"> - Necessidade real do serviço; - Concretização da aplicação de um protocolo já existente; - Serviço promotor de formação e novos projetos - Projeto sem custos 	
	<u>Weakness (Fraquezas)</u>	<u>Threats (Ameaças)</u>	

<ul style="list-style-type: none">- Resistência à mudança;- Heterogeneidade da equipa;- Disponibilidade da equipa a novos projetos	<ul style="list-style-type: none">- Investigadora externa à equipa;
--	---

Após terminado o diagnóstico de situação com a discussão dos resultados obtidos, segue-se a definição dos objetivos do projeto para dar seguimento às restantes etapas desta metodologia.

2.2. Definição dos objetivos

A segunda fase da metodologia de projeto compreende a definição de objetivos, que constituem a descrição dos resultados que se pretendem alcançar (Ruivo et al., 2010). Após a definição de um objetivo geral, mais vasto “dizendo geralmente respeito a competências amplas e complexas” (Ruivo et al., 2010, p. 18), são construídos os objetivos específicos, operacionalizando o objetivo geral para a aquisição de competências ou comportamentos mais elementares, na tentativa de superar a complexidade de um objetivo mais lato. Estes devem ser “claros; de linguagem precisa e concisa; em número reduzido; realizáveis; mensuráveis em termos de qualidade, quantidade e duração” (Ruivo et al., 2010, p. 19).

Posto isto, tendo em conta a necessidade identificada anteriormente, definimos como objetivo geral:

- Capacitar a equipa de enfermagem para o rastreio da disfagia após a extubação orotraqueal no doente em cuidados intensivos;

Foram delineados como objetivos específicos:

- Aprofundar os conhecimentos dos enfermeiros sobre avaliação da disfagia após extubação orotraqueal em cuidados intensivos;
- Uniformizar intervenções de enfermagem no rastreio da disfagia após a extubação orotraqueal;
- Promover a implementação do protocolo de rastreio da disfagia após a extubação orotraqueal nos doentes do SMI;

Para a concretização destes objetivos foram planeadas atividades, que são apresentadas no capítulo seguinte.

2.3. Planeamento das atividades

A terceira fase da metodologia de projeto contempla o planeamento das atividades e a definição de estratégias fundamentais do projeto (Ruivo et al., 2010).

Seguidamente são identificadas as estratégias/atividades necessárias para atingir os objetivos propostos, é apresentado um plano de ação para cada atividade proposta com as várias vertentes: meios e estratégias, recursos disponíveis, calendarização das atividades, cronograma, bem como os resultados esperados e indicadores de avaliação (Ruivo et al., 2010).

As atividades planeadas pela investigadora objetivaram a capacitação da equipa de enfermagem:

1. Ação de formação - Abordagem da disfagia no SMI: Da necessidade ao protocolo (Tabela 9);
2. Workshop - Vamos “praticar”: observar, refletir, planear e executar (Tabela 10);

De seguida apresenta-se o planeamento efetuado para cada uma das atividades.

Tabela 9 - Plano da ação de formação: Abordagem da disfagia no SMI: Da necessidade ao protocolo (Atividade 1)

Atividade 1 – Ação de Formação:

Abordagem da disfagia no SMI: Da necessidade ao protocolo

Fundamentação:	<p>O comprometimento do mecanismo da deglutição é designado por disfagia (Dobak & Kelly, 2020). O conceito disfagia pós-extubação, como transtorno da deglutição adquirido em cuidados intensivos surge em 2013 (Zuercher et al., 2019). Embora possa acontecer em qualquer doente internado nos cuidados intensivos, a disfagia é mais comum e mais estudada no doente pós-extubação, sendo uma complicação da VMI e da EOT (Fernando & Seely, 2020).</p> <p>A abordagem do doente crítico pode incluir entubação orotraqueal, ventilação mecânica invasiva prolongada, períodos de <i>prone position</i>, sedação e utilização de bloqueio neuromuscular, levando a um elevado risco de desenvolver síndrome pós internamento em cuidados intensivos (Prazeres et al., 2021; Zuercher et al., 2019). A alteração da função glótica pode ser uma sequela da doença crítica e do internamento em cuidados intensivos, com repercussão na independência e deterioração da qualidade de vida. Pode ainda resultar em pneumonia de aspiração e atrasos na alimentação por via oral, aumentando o tempo de internamento hospitalar do doente crítico (Brodsky, Pandian, et al., 2020;</p>
-----------------------	---

	<p>Zuercher et al., 2019), pelo que o diagnóstico precoce da DPE permite ao EEER iniciar precocemente medidas profiláticas e terapêuticas que minimizem ou previnam as complicações.</p> <p>O EEER possui as competências para efetuar uma avaliação da deglutição e iniciar um programa terapêutico, mas os enfermeiros das UCI são aqueles que permanecem 24h com doente, e estão presentes nos momentos de alimentação, logo estes devem ser capazes de avaliar a capacidade de deglutição e identificar a presença de disfagia, de uma forma sistemática e uniforme, através de uma ferramenta de rastreio.</p> <p>Nesta perspetiva e atendendo ao domínio da melhoria contínua da qualidade do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, que integram as competências comuns do enfermeiro especialista, o EEER assume um papel de dinamizador no desenvolvimento de práticas de qualidade, diagnosticando necessidades formativas, concebendo planos formativos e atuando como formador (Regulamento n.º 140/2019, 2019). Portanto, o EEER deve ser um elo facilitador de aprendizagem na sua área de especialidade.</p> <p>Após análise dos resultados obtidos no diagnóstico de situação, concluiu-se que, de forma global, os enfermeiros apresentam conhecimentos na área da DPE. No entanto, apesar do número de observações ter sido reduzido, evidenciou-se que as intervenções de enfermagem não acompanham o conhecimento sobre o tema, traduzindo-se numa necessidade formativa que não passa apenas pela vertente teórica, mas também por uma componente prática, que deu origem à atividade 2. No entanto, a investigadora e a equipa de enfermagem de reabilitação do SMI considerou que não se poderia avançar para uma vertente completamente prática sem introduzir o tema e mostrar a necessidade identificada.</p>
Objetivo geral:	- Rever os conhecimentos dos enfermeiros do SMI sobre o tema disfagia pós-extubação;
Objetivos específicos:	<ul style="list-style-type: none"> - Definir os fatores de risco para disfagia pós-extubação dos doentes internados em CI; - Estabelecer critérios para a identificação precoce de doentes que necessitam de rastreio de disfagia nos CI; - Dar a conhecer o protocolo de abordagem da disfagia;
População alvo:	Enfermeiros do SMI
Intervenientes:	<ul style="list-style-type: none"> - Investigadora - Enfermeiros de reabilitação do serviço
Conteúdos:	<ul style="list-style-type: none"> - A deglutição (Conteúdo videográfico); - Conceito e incidência da DPE em Cuidados Intensivos;

	<ul style="list-style-type: none"> - Mecanismos da disfagia em CI; - Disfagia e Aspiração (Conteúdo videográfico); - Fatores de risco para DPE; - Como avaliar a disfagia; - Apresentação dos dados do diagnóstico de situação; - Apresentação do protocolo: rastreio da disfagia através do instrumento de avaliação GUSS-ICU modificada (Anexo I);
Calendarização:	19/01/2023 – 15h (Duração 1:30h)
Local:	Auditório do hospital onde decorre o estudo.
Recursos:	<ul style="list-style-type: none"> - Computador; - Projetor multimédia;
Metodologia ou técnicas pedagógicas:	<ul style="list-style-type: none"> - Interrogativo - Expositivo
Estratégias de avaliação:	<ul style="list-style-type: none"> - Registo de presenças - Avaliação nível 1 - Questionário de avaliação da satisfação com a formação (Apêndice V) - Avaliação nível 2 - Questionário de verificação dos conhecimentos uma semana após a formação (Apêndice I)

Tabela 10 - Plano do workshop: Vamos “praticar”: observar, refletir, planejar e executar (Atividade 2)

Atividade 2 – Workshop:

Vamos “praticar”: observar, refletir, planejar e executar

Fundamentação:	<p>Nos doentes internados em CI, a disfagia é um diagnóstico prevalente, na medida em que, características próprias do doente crítico como a fraqueza muscular adquirida e o estado neurológico (seja pela condição clínica, seja induzido por fármacos), desempenham um papel importante na capacidade de deglutição eficaz. Por esse motivo, os enfermeiros dos CI devem ser capazes de avaliar a disfagia. Este será um acréscimo importante às avaliações feitas pelo ER geralmente disponíveis apenas em horários pré-determinados.</p> <p>Entretanto, para que o enfermeiro das UCI possa rastrear esta alteração é necessário um procedimento e formação e treino destes profissionais. O rastreio é considerado a primeira etapa da avaliação da deglutição, e corresponde à aplicação de um questionário e à observação de sinais e sintomas de disfagia. O rastreio precoce permite mitigar as complicações</p>
-----------------------	---

	<p>da DPE no doente, diminuindo a prevalência da pneumonia por aspiração, com redução do tempo de internamento hospitalar e os custos associados (Albini et al., 2013; Brodsky, Pandian, et al., 2020; Padovani et al., 2013; Zuercher et al., 2019).</p> <p>Esta atividade foi pensada para, através de uma vertente mais prática, os enfermeiros desenvolverem competências do saber-fazer e interiorizarem os conceitos e os procedimentos a adotar propostos pelo protocolo. É complementar à atividade 1.</p>
Objetivo geral:	- Uniformizar as práticas de rastreio da deglutição após extubação orotraqueal;
Objetivos específicos:	<p>- Implementar o protocolo de abordagem da disfagia: com ênfase na 1ª fase (etapas 1 e 2) - rastreio da disfagia (Anexo I).</p> <p>- Demonstrar a 2ª fase, a avaliação da disfagia, permitir aos participantes experienciar os tipos de alimentos e consistências diferentes;</p>
População alvo:	- Enfermeiros do SMI
Intervenientes:	<p>- Investigadora</p> <p>- Enfermeiros de reabilitação do serviço</p>
Conteúdos:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Esclarecer dúvidas relativas à componente teórica; 2. Protocolo de avaliação da deglutição: Guss-ICU modificada; 3. A importância do ato de alimentar, de quem é a responsabilidade de alimentar o doente com deglutição comprometida; 4. Avaliação do estado neurológico; 5. Posicionamento; 6. Assincronia respiração ventilação/necessidade de dispositivos ventilatório/alimentação; 7. Cuidados à cavidade oral (antes e depois da alimentação); 8. Sinais de aspiração; 9. Posturas compensatórias; 10. Outras estratégias compensatórias 11. Consistências alimentares; 12. Comunicação com a equipa: Sinalética; 13. Dúvidas; 14. Conclusão;
Calendarização:	19/01/2023 – 16:30h (Duração 1:30h)
Local:	Auditório do hospital onde decorre o estudo.
Recursos:	<p>Computador;</p> <p>Projetor multimédia;</p> <p>Água gelificada;</p> <p>Água e espessante de alimentos;</p>

	<p>Suplemento proteico com consistência pudim; Bolachas; Pão; Colheres; Copos; Sinalética da disfagia (existente no serviço)</p>
Metodologia ou técnicas pedagógicas:	<p>- Demonstrativo - Role play (simulação/encenação de um caso)</p>
Estratégias de avaliação:	<p>- Registo de presenças; - Avaliação nível 1 - Questionário de avaliação da satisfação com a formação (Apêndice V) - Avaliação nível 3 - Monitorização das intervenções de enfermagem, através da observação das práticas dos enfermeiros, na abordagem da DPE, uma vez por mês;</p>

2.4. Execução das atividades

Neste subcapítulo a investigadora apresenta a quarta fase da metodologia de projeto que diz respeito à execução das atividades planeadas. É uma fase importante para os participantes do projeto, pois é dada resposta às suas necessidades (Ruivo et al., 2010). No decorrer deste trabalho de projeto foram planeadas duas atividades, uma ação de formação intitulada “Abordagem da disfagia no SMI: Da necessidade ao protocolo” e, posteriormente, foi realizado o workshop “Vamos “praticar”: observar, refletir, planejar e executar”, que se torna complementar à ação de formação.

A primeira atividade planeada materializou-se na ação de formação que decorreu a 19.01.2023, tendo a participação de 30 enfermeiros. A formação realizou-se no auditório do hospital no horário previsto e da forma como foi planeada.

Ressalva-se que as atividades foram implementadas após o término do estágio da investigadora no SMI, uma vez que, atendendo ao cronograma de formação já definido para a unidade, não foi possível realizá-las durante o período de ensino clínico. Contudo, em 2023, o serviço considerou pertinente integrar o projeto definido e convidar a investigadora a implementar as atividades planeadas.

Uma vez que não foi possível abranger a equipa de enfermagem toda no mês de janeiro, será planeada outra ação de formação, porque recebemos manifestações de interesse dos restantes elementos da equipa e é de primordial importância que toda a equipa esteja familiarizada com esta formação e protocolo.

Na ação de formação foi cumprido o planeado com realce para os seguintes conteúdos: conceito de DPE e a sua incidência à luz da literatura, mecanismos fisiopatológicos, fatores de risco e complicações, apresentação os dados do diagnóstico de situação efetuado pela investigadora e apresentação do protocolo de rastreio da disfagia através do instrumento de avaliação GUSS-ICU modificada (Anexo I), bem como a sua execução prática, promovendo assim um espírito de reflexão sobre o tema. O objetivo da sessão foi para além da transmissão de informação, foi um momento de esclarecimento de dúvidas, reflexão sobre intervenções de enfermagem com a finalidade da melhoria da qualidade dos cuidados.

Relativamente à segunda atividade, realizada no seguimento da ação de formação, o workshop “Vamos “praticar”: observar, refletir, planejar e executar” mostrou-se uma necessidade que foi verificada ao longo do período de estágio e confirmada na observação das práticas dos enfermeiros durante o diagnóstico de situação e pela triangulação dos dados dos questionários com as observações, mesmo assumindo a possibilidade da existência de algum viés pelo reduzido número de momentos de observação.

O workshop pretendeu ser um momento de aprendizagem através da vertente prática, onde os participantes pudessem experienciar como é realizado um rastreio e avaliação da deglutição. Este momento permitiu aperfeiçoar técnicas por meio da explicação dos formadores e de atividades práticas. Recorreu-se à técnica de role play que é uma simulação de um possível evento real, num ambiente seguro e controlado, onde a equipa tem a oportunidade de observar situações familiares, possibilitando a reflexão sobre a prática, e ainda a simulação das práticas livre de julgamentos e riscos (Perdigão, 2017). Trata-se de uma técnica promotora da aprendizagem versátil e dinâmico, com benefícios a curto, médio e longo prazo.

Foram focados, durante a simulação, pontos essenciais como a importância do ato de alimentar e quem detém a responsabilidade de alimentar o doente com deglutição comprometida, avaliação do estado neurológico, o posicionamento, a assincronia respiração ventilação/necessidade de dispositivos ventilatórios durante a alimentação, os cuidados à cavidade oral (antes e depois da alimentação), sinais de aspiração, posturas compensatórias ou outras estratégias compensatórias, consistências alimentares e a comunicação com a equipa, nomeadamente a sinalética e informações que o EEER deixa para a equipa. Foram dados a experimentar aos formandos as consistências alimentares para que estes pudessem sentir as diferentes consistências administradas aos doentes.

Foi também finalidade do workshop a aplicação prática do protocolo de serviço existente que possui diretrizes de natureza técnica e científica, de forma a padronizar e sistematizar condutas clínicas para rastreio e avaliação da deglutição nos doentes de cuidados intensivos e que tinham sido submetidos a VMI e EOT.

Gostaria de ressaltar, enquanto investigadora e em concordância com a restante equipa de enfermeiros de reabilitação do SMI, que a implementação do protocolo nunca se deve apresentar como um procedimento estanque, devendo manter-se a análise crítica e reflexiva dos profissionais que a utilizam, uma vez que cada doente é um ser individual e com características próprias.

2.5. Avaliação das atividades

Após executadas as atividades planeadas, foi efetuada a respetiva avaliação. Avaliar um projeto significa verificar a consecução dos objetivos definidos inicialmente recorrendo a instrumentos de avaliação como questionários e entrevistas, entre outros (Ruivo et al., 2010).

Segundo o Regulamento n.º 392/2019 (2019) é da competência do enfermeiro especialista avaliar o resultado das intervenções implementadas, com monitorizações rigorosas e indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem.

A investigadora optou por fundamentar a avaliação das atividade e do projeto no modelo de avaliação da formação proposto por Donald Kirkpatrick (1959), por ser um modelo capaz de medir a qualidade e efetividade de uma intervenção formativa a partir da análise dos quatro níveis de avaliação: Nível 1 - avaliação da reação dos participantes ou satisfação; Nível 2 - avaliação do conhecimento dos participantes; Nível 3 - avaliação do comportamento dos participantes; Nível 4 - avaliação dos resultados da formação e respetivo impacto (Saraiva & Gandra, 2021).

Dada a limitação do tempo de estágio, e como referido anteriormente, as atividades foram executadas mais tarde, pelo que, as avaliações foram propostas deixadas pela investigadora, com exceção da avaliação de nível 1 pois esta é efetuada de imediato e visa avaliar o grau de satisfação dos intervenientes no processo formativo. A sua grande limitação é não ser possível identificar as aprendizagens obtidas e por conseguinte o eventual efeito das mesmas na dinâmica do serviço (Saraiva & Gandra, 2021).

Relativamente às atividades desenvolvidas, a ação de formação e o workshop, o feedback imediato dos presentes foi bastante positivo, pelo que considere que foi uma estratégia bem conseguida. Ao longo da apresentação, o público-alvo foi bastante interventivo permitindo o esclarecimento de dúvidas e dinamização do debate, assim como na participação no workshop com a simulação de casos, o que, de certa forma, se poderá ter refletido na avaliação da satisfação dos presentes.

Estiveram presentes na formação 30 enfermeiros, o que corresponde a 57,7% da equipa de enfermeiros do SMI, sendo que alguns se encontravam em horário laboral e, como tal, não poderiam comparecer à sessão agendada.

No final das atividades, os enfermeiros que participaram na formação foram convidados a preencher o questionário que pretendia avaliar a satisfação com a formação (Apêndice V), ao qual responderam 26 participantes. O questionário avaliava a ação de formação de uma forma global e o desempenho dos formadores, e ainda permitia a partilha de sugestões e/ou críticas.

De um modo geral, as respostas ao questionário refletem a satisfação percebida pela investigadora no final das atividades (Tabela 11).

Tabela 11 - Avaliação da ação de formação e workshop (n = 26) - Avaliação de nível 1

Questão	Resposta	Concordo em absoluto	Concordo parcialmente	Discordo em parte	Discordo em absoluto
1. AVALIAÇÃO DA AÇÃO					
1.1 - Os objetivos da ação são perceptíveis		26	0	0	0
1.2 - O conteúdo da ação é adequado às necessidades		26	0	0	0
1.3 - Os temas abordados são atuais e úteis		26	0	0	0
1.4 - A ação/módulo correspondeu às expectativas		26	0	0	0
1.5 - Existiu motivação para participar na ação		25	1	0	0
1.6 - As atividades realizadas são adaptadas à sessão		26	0	0	0
1.7 - Existiu um bom relacionamento entre o grupo de trabalho		25	1	0	0
1.8 - As instalações são adequadas		24	2	0	0
1.9 - Os meios audiovisuais são os necessários		24	2	0	0
1.10 - A documentação é apropriada		26	0	0	0
1.11 - O apoio técnico/administrativo/pedagógico é eficaz		26	0	0	0
2. ATUAÇÃO DOS FORMADORES					
2.1 - Os formadores demonstram domínio sobre o(s) assunto(s) abordado(s)		26	0	0	0
2.2 - Os métodos adotados pelos formadores são adequados relativamente aos objetivos da ação/módulo		25	1	0	0
2.3 - A linguagem utilizada pelos formadores é adequada		26	0	0	0
2.4 - Os formadores demonstram empenho na condução da ação/módulo		26	0	0	0
2.5 - O relacionamento com o grupo de trabalho foi bom		25	1	0	0
3. SUGESTÕES/CRÍTICAS					
3.1 - Aspetos positivos da ação		Sem respostas			
3.2 - Aspetos a melhorar		Sem respostas			
3.3 - Sugestões		Sem respostas			

No que concerne à avaliação da ação quanto à clareza dos objetivos, adequação às necessidades, atualidade e utilidade do tema, expectativas, motivação, adaptação das

atividades à sessão, documentação fornecida e apoio administrativo, A totalidade dos enfermeiros (n=26, 100%) selecionaram a opção “concordo em absoluto”.

No que diz respeito à avaliação da atuação dos formadores, quanto aos seus conhecimentos, metodologia utilizada, exposição do assunto e relação estabelecida com os formandos, o grupo de enfermeiros selecionou a opção “concordo em absoluto” (n=26, 100%).

Do exposto, podemos dizer que o nível de satisfação dos participantes foi elevado, quer no que diz respeito aos aspetos estruturais e processuais da atividade, quer em relação à perceção da pertinência e adequação dos conhecimentos e práticas à realidade.

Relativamente às restantes etapas de avaliação propostas pelo modelo de Kirkpatrick, segue-se a avaliação dos conhecimentos (nível 2). Esta permite avaliar até que ponto os formandos adquiriram os conhecimentos pretendidos e pré-definidos no diagnóstico de necessidades de formação (Saraiva & Gandra, 2021), pelo que, foi proposto pela investigadora à equipa de ER do serviço que enviasse o questionário de avaliação dos conhecimentos usado na recolha de dados até cerca de uma semana depois das atividades realizadas.

Posteriormente, é importante avaliar se os conhecimentos, capacidades e atitudes aprendidas estão a ser colocados em prática (avaliação de nível 3 - avaliação dos comportamentos). A este nível, avalia-se a medida em que os conhecimentos adquiridos estão a modificar os comportamentos e a ser postos em prática, melhorando o desempenho (Saraiva & Gandra, 2021). Como sugestão foi colocado à consideração da equipa de ER do serviço a monitorização das intervenções de enfermagem na abordagem da DPE, que foi executada pela investigadora durante o diagnóstico de situação e que a mesma se realize mensalmente, como estratégia de monitorização/avaliação das atividades realizadas.

Por fim, o nível 4 do Modelo de Kirkpatrick (1959) diz respeito à avaliação dos resultados da formação e respetivo impacto através de indicadores de resultado. Este nível de avaliação é o menos utilizado e aquele que mais tem vindo a ser reclamado como fundamental para credibilizar a formação e os projetos em si (Saraiva & Gandra, 2021). A sugestão da investigadora passa por definir, no seio da equipa de enfermagem, indicadores que traduzam o resultado do rastreio da DPE por parte da equipa de enfermeiros de cuidados gerais e para que estes possam ser auditados.

3. CONCLUSÃO DO ESTUDO

Este capítulo destina-se a ser um ponto de reflexão sobre os aspetos inerentes à concretização do estudo de investigação, que revela a aquisição de competências profissionais e na área da investigação como mestre em enfermagem de reabilitação.

A avaliação da deglutição após extubação orotraqueal e os contributos do EEER são a temática deste relatório de estágio de natureza profissional que inclui o trabalho de investigação apresentado. O EEER tem um papel preponderante não apenas na avaliação e reabilitação do doente, mas também como facilitador da aquisição de conhecimentos por parte dos enfermeiros que trabalham diariamente com estes doentes e que são fundamentais no rastreio e identificação da disfagia, pois são os elementos em permanente contacto com o doente, podendo identificar possíveis alterações.

Tendo em conta que os enfermeiros de cuidados gerais detêm um nível de desempenho profissional e demonstram conhecimentos e capacidades, como o ajuizar, estes ocupam um papel de destaque na equipa multidisciplinar na deteção de alterações no estado da pessoa (Ordem dos Enfermeiros, 2015). Nesta ótica, no âmbito dos cuidados prestados ao doente internado em CI com perturbação da deglutição, desenvolveu-se este trabalho de investigação, partindo de um problema identificado: a avaliação da disfagia após a extubação, com o objetivo de capacitar os enfermeiros que prestam cuidados diretos aos doentes internados no SMI sobre DPE e, enquanto enfermeira especialista assumir o importante papel de formadora de pares, contribuindo para consciencializar os enfermeiros para a importância do rastreio na prevenção de complicações relacionadas com a disfagia pós-extubação.

A implementação de um programa de abordagem da disfagia em cuidados intensivos, nomeadamente da DPE, liderada pelo EEER vai ao encontro das competências definidas para o EEER e dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação (Colégio da Especialidade de Reabilitação, 2018; Regulamento n.º 392/2019, 2019).

A metodologia adotada neste trabalho de investigação, foi a metodologia de projeto, descrito por Ruivo et al. (2010) como um método centrado na análise e resolução de problemas que contribui para promover a aprendizagem significativa, uma vez que parte de uma necessidade real e desenvolve competências fundamentais para a formação e desenvolvimento dos profissionais. É um elemento importante para o desenvolvimento da profissão de enfermagem, pois assiste, de uma forma consistente, a um envolvimento da teoria e da prática baseada na evidência.

Na fase do diagnóstico de situação para obter resposta à pergunta de investigação foi conduzido um estudo transversal, descritivo e observacional com abordagem

quantitativa, sendo esta decisão fundamentada na necessidade de obter conhecimento sobre um determinado assunto (a DPE), e definir as principais características da população (enfermeiros dos CI). Considera-se, que os resultados apresentados são válidos e representativos para a população estudada. Os dados aferidos podem constituir o ponto de partida para a reflexão e a sensibilização necessárias à mudança das práticas do serviço e fundamentar a intervenção dos enfermeiros de cuidados gerais na abordagem da disfagia, por forma a melhorar a qualidade dos cuidados prestados a esta população.

O resultado do diagnóstico de situação revelou que a maioria dos enfermeiros que participaram no estudo se sentem satisfeitos com os seus conhecimentos sobre o tema, mas, mais de 80% afirmaram que gostavam de receber formação adicional. De forma global, os enfermeiros apresentaram conhecimentos na área do compromisso da deglutição, a avaliação dos conhecimentos da amostra sobre “fatores de risco”, “sinais e sintomas” e “complicações” da DPE obteve resultados satisfatórios. No entanto a observação das práticas, ainda que em número reduzido, não me permite afirmar que as práticas acompanham esse conhecimento, uma vez que, na triangulação dos dados obtidos na avaliação dos conhecimentos sobre as intervenções do enfermeiro ao doente com DPE e as observações realizadas, objetivou-se que, embora a maioria da amostra refira executar as intervenções preconizadas, os dados das observações não espelham esta realidade. Apenas 3 intervenções: posicionar adequadamente o doente para alimentar; certificar o nível de vigília antes da alimentação; manter a cabeceira elevada após a refeição, foram realizadas pela totalidade dos enfermeiros observados e quando comparadas com as respostas aos questionários coincidiam com o que eles diziam executar. Por outro lado, itens como avaliar o padrão respiratório e a tosse eficaz; avaliar o estado da boca, da mucosa oral, a capacidade para fechar a boca, movimentar a língua e ter controlo sobre a saliva, não foram observados durante as observações, mas quando questionados sobre as intervenções que executam tiveram taxas superiores a 80%.

De uma forma geral as equipas de enfermagem não se encontram devidamente preparadas e treinadas para a prestação de cuidados na área da deglutição já que as intervenções de enfermagem nesta área estão alocadas aos EEER, sendo a presença do mesmo um fator facilitador na abordagem da deglutição.

Partindo destes problemas identificados, foram planeadas as atividades, com o objetivo de capacitar os enfermeiros na identificação e abordagem aos doentes com risco de apresentarem transtornos de deglutição, nomeadamente após a extubação orotraqueal, foram planeadas e implementadas duas atividades de formação teórica, teórico prática e prática, cuja avaliação imediata revelou que o nível de satisfação dos participantes foi

elevado, quer no que diz respeito aos aspetos estruturais e processuais da atividade, quer em relação à perceção da pertinência e adequação dos conhecimentos e práticas à realidade. De um modo geral, as respostas ao questionário refletem a satisfação percecionada pela investigadora no final das atividades, contribuindo-se, desta forma, para a melhoria dos cuidados de enfermagem na abordagem do doente com DPE no SMI.

No decorrer deste percurso, ao adotar esta metodologia apercebi-me que não foi exequível fazê-la no tempo útil de estágio, as etapas finais figuram como propostas deixadas pela investigadora e a avaliação final do projeto não foi concluída dado o limite temporal do estágio. Em resultado pode ser necessário a reformulação de atividades ou implementação de outras, ou mesmo a realização de outros trabalhos de projeto.

Outra limitação deste estudo foi o número reduzido número de observações, não coincidiu com existência de doentes que cumprissem os critérios definidos para a observação ser válida no período que ainda tinha de estágio.

Na minha perspetiva enquanto investigadora, satisfaz-me saber que este trabalho pode ter implicação direta e favorável na melhoria da qualidade dos cuidados prestados pela equipa do contexto do estudo.

Os enfermeiros têm a responsabilidade profissional de desenvolver os seus conhecimentos sobre os cuidados de saúde, ao longo da sua prática, de modo a tornarem-se competentes, refletindo e avaliando as suas intervenções fundamentando-as com evidência científica Craig e Smyth (2004) citado por Ruivo et al. (2010).

Após a finalização deste trabalho de investigação dei por mim a pensar em novas oportunidades de investigação que emergem dessa vasta temática, e como sugestão para estudos futuros, gostaria de salientar alguns que me suscitariam interesse, como estudos sobre etiologia da DPE nos doentes de CI, uma vez que estamos perante uma entidade com causa multifatorial e pouco esclarecida, e deparei-me com estudos com resultados contraditórios. Sobre o instrumento de avaliação da disfagia que deu origem ao protocolo do serviço seria interessante, após a publicação da validação da escala 'Guss-ICU' pelos autores, realizar a sua tradução, adaptação cultural e validação para a população de doentes internados em unidades de cuidados intensivos portuguesas. E ainda estudos com uma observação mais alargada para haver maior evidência das intervenções executadas pelos enfermeiros de CI, pois estes resultados reportam-se a esta amostra e não são representativos para outras populações de CI.

Concluindo, posso afirmar que os objetivos foram cumpridos e estou convicta que, o presente estudo contribuiu para o desenvolvimento de competências profissionais dando resposta de uma enfermagem cada vez mais complexa, diferenciada e exigente.

CONCLUSÃO GERAL

Este relatório reflete o percurso desenvolvido ao longo do curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, com especial realce para a unidade curricular Estágio de Natureza Profissional, onde integrei os conteúdos abordados nas diversas unidades curriculares da formação do 1º ano no desenvolvimento de competências comuns, especializadas e de mestre em Enfermagem. Este desenvolvimento do corpo de conhecimentos, aptidões e tomada de decisão, permitiu-me uma prestação de cuidados ao doente de forma holística, baseada em evidência científica e experiência clínica, integrando os quatro meta-paradigmas: pessoa, saúde, ambiente e enfermagem. Com a elaboração do projeto, reconheço que deve ser incentivada a investigação em Enfermagem na área da prevenção e promoção de práticas geradoras de cuidados de qualidade, promovendo uma cultura de segurança no seio das instituições.

A apreciação do local onde decorreu o estágio, permitiu mostrar o contexto em que o projeto de intervenção profissional foi desenvolvido. No primeiro capítulo a análise crítica e reflexiva permitiu-me demonstrar a forma como adquiri as competências de enfermeiro especialista, comuns e específicas e de mestre em enfermagem de reabilitação, incorporando às aprendizagens um sólido enquadramento legal e ético, essenciais para a melhoria contínua da minha prática. Desenvolvi ao longo dos seis meses de estágio, a par do desenvolvimento e implementação do trabalho de investigação, aprendizagens no âmbito da ER ao doente crítico, aprimorando competências nos domínios da prestação de cuidados, da gestão, da formação e da investigação.

O segundo capítulo contempla o projeto de intervenção profissional, um trabalho de investigação que pretende evidenciar como o EEER pode e deve intervir na formação de pares na sua área de especialidade, contribuindo para aquisição de saberes e estruturação de procedimentos para que toda a equipa de enfermagem funcione em prol dos melhores cuidados ao doente. O trabalho da ER potencia-se se os profissionais trabalharem em equipa, cada um com as suas competências, mas completando-se. Foi apresentado o estado da arte relativamente ao tema identificado, de seguida descritas as diferentes fases do trabalho desenvolvido assente na metodologia de projeto de Ruivo et al. (2010), para além de ter identificado a problemática relacionada com a disfagia pós-extubação, foi diagnosticada a necessidade de formação nesta área e colmatada.

A execução do trabalho de investigação foi um excelente exercício de aprendizagem, dando resposta a mais uma etapa do meu percurso de desenvolvimento pessoal, profissional e académico que me permitiu adquirir conhecimentos na área dos métodos e técnicas de investigação. Possibilitou-me obter uma dupla satisfação, pessoal e profissional, uma vez que, surgiu de uma necessidade real do contexto de estágio, colmatando com sucesso uma carência identificada ao nível da prestação de cuidados.

O estágio foi muito gratificante e enriquecedor, possibilitou-se a consolidação de conhecimentos e técnicas, e o aprofundamento e desenvolvimento de saberes adquiridos na escola e na vida profissional. Senti que fui adquirindo uma maior autonomia, destreza e pensamento crítico, na prestação dos cuidados.

Conciliar a vida familiar e a atividade profissional com o estágio tornou-se um desafio, necessitando de uma gestão meticulosa do tempo, vontade e persistência para que todos os objetivos pudessem ser cumpridos e não condicionassem o meu investimento. Sinto-me realizada, com mais conhecimentos, habilidades e atitudes, muito devido à tutora (um agradecimento especial à Enfermeira Especialista em ER e Mestre em Gerontologia e Cuidado Geriátrico que para mim é um modelo a seguir nesta área do cuidar), à orientadora pedagógica e restante equipa de EEER do SMI, que me acompanhou durante a realização deste ENP.

Na finalização deste relatório final de estágio, concluo olhando de forma crítica para o exposto, e penso ter traduzido a forma positiva como abracei este período de crescimento profissional. Esta etapa final assumiu-se como vetor importante no meu desenvolvimento pessoal e profissional, esperando conseguir contribuir na busca da melhor evidência na área da ER. Encarei esta etapa como um novo desafio e uma forma de contribuir para a ciência de Enfermagem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, W. (2007). *Formação e aprendizagem em contexto clínico—Fundamentos e teorias e considerações didáticas*. Formasau.
- Albini, R. M. N., Soares, V. M. N., Wolf, A. E., & Gonçalves, C. G. de O. (2013). Conhecimento da Enfermagem sobre cuidados a pacientes disfágicos internados em unidade de terapia intensiva. *Rev. CEFAC*, 15(6), 1512–1524.
- Alligood, M. R., & Tomey, A. M. (2002). Significado da Teoria para a Enfermagem, Enquanto Disciplina e Profissão. Em *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)* (pp. 15–34).
- Azevedo, P., Saraiva, M., Oliveira, M., & Oliveira, I. (2023). Instrumentos de rastreio da disfagia pós-intubação prolongada: Revisão sistemática da literatura. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 6(1), 2–8. <https://doi.org/10.33194/rper.2023.264>
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: Excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Quarteto Editora.
- Benner, P., Hooper-Kyriakidis, P. L., & Stannard, D. (2011). The Skilled Know-How of Clinical and Moral Leadership and the Coaching and Mentoring of Others. Em *Clinical Wisdom and Interventions in Acute and Critical Care. A Thinking-in-Action Approach* (2nd ed, p. 576). Springer.
- Bolzan, G. de P., Christmann, M. K., Berwig, L. C., Costa, C. C., & Rocha, R. M. (2013). Contribuição da ausculta cervical para a avaliação clínica das disfagia orofaríngeas. *Revista CEFAC*, 15(2), 455–465. <https://doi.org/10.1590/s1516-18462013000200023>
- Braga, R. (2016). Avaliação da Função Deglutição. Em Lusodidacta (Ed.), *Cuidados de enfermagem de Reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp. 181–188).
- Brodsky, M. B., Nollet, J. L., Spronk, P. E., & González-Fernández, M. (2020). Prevalence, Pathophysiology, Diagnostic Modalities, and Treatment Options for Dysphagia in Critically Ill Patients. *American Journal of Physical Medicine and*

- Brodsky, M. B., Pandian, V., & Needham, D. M. (2020). Post-extubation dysphagia: A problem needing multidisciplinary efforts. *Intensive Care Medicine*, 46(1), 93–96. <https://doi.org/10.1007/s00134-019-05865-x>
- Carvalho, F., Monteiro, S., Oliveira, N., Vales, C., Sousa, L., Martins, A. Ú., & Gomes, E. (2022). Abordagem da disfagia no Serviço de Medicina Intensiva. *Procedimento/Instrução nº 3202.0*, 13.
- Christensen, M., & Trapl, M. (2018). Development of a modified swallowing screening tool to manage post-extubation dysphagia. *Nursing in Critical Care*, 23(2), 102–107. <https://doi.org/10.1111/nicc.12333>
- Decreto-Lei n.º 65/2018. Capítulo III. Mestrado, Pub. L. No. Diário da República, 1.ª série. N.º 157-16 de agosto de 2018, 4162 (2018). <https://files.dre.pt/1s/2018/08/15700/0414704182.pdf>
- Cioatto, A. K., & Zanella, N. A. (2015). Conhecimento da Enfermagem sobre assistência ao paciente disfágico no Hospital Regional Do Sudoeste do Paraná. *Saúde (Santa Maria)*, 41(1), 65–76. <https://doi.org/10.5902/2236583411675>
- Colégio da Especialidade de Reabilitação. (2018). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação* (pp. 1–19). Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8141/ponto-4_regulamento-dos-padr%C3%B5es-qualidade-ceer.pdf
- Dias, J. M. M. (2009). *Formadores: Que desempenho?* Lusodidacta.
- Dias, M. de F. (2006). *Construção e Validação de um Inventário de Competências* (1ª Edição). Lusociência.
- Dobak, S., & Kelly, D. (2020). Tough Pill to Swallow: Postextubation Dysphagia and Nutrition Impact in the Intensive Care Unit. *Nutrition in Clinical Practice*, 00(0), 1–8. <https://doi.org/10.1002/ncp.10602>

- Fernando, S. M., & Seely, A. J. E. (2020). Post-Extubation Dysphagia The Truth is Hard to Swallow. *Chest*, 158(5), 1806–1807. <https://doi.org/10.1016/j.chest.2020.08.2049>
- Ferreira, S. (2021). *UC - Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final*.
- Fortin, M.-F., Côté, J., & Fillion, F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Lusodidacta.
- Frajkova, Z., Tedla, M., Tedlova, E., Suchankova, M., & Geneid, A. (2020). Postintubation Dysphagia During COVID-19 Outbreak-Contemporary Review. *Dysphagia*, 35(4), 549–557. <https://doi.org/10.1007/s00455-020-10139-6>
- Goldsmith, T. (2000). Evaluation and Treatment of Swallowing Disorders following Endotracheal Intubation and Tracheostomy. *International Anesthesiology Clinics*, 38(3), 219–242. <https://doi.org/10.1097/00004311-200007000-00013>
- Guerra, I. C. (2006). *Fundamentos e Processos de Uma Sociologia de Acção: O planeamento em Ciências Sociais*. Pincipia.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Bapatista Lucio, M. del P. (2013). *Metodologia de Pesquisa*. Penso.
- ICN, I. C. of N. (2019). *CIPE - versão portuguesa 2019*. <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-icnptm/icnp-browser>
- Johnson, K. L., Mitchell, A., Przybyl, H., Anderson, D., Manos, B., Schaenzer, A. T., & Winchester, K. (2018). Validation of a Postextuation Dysphagia Screening Tool for Patients After Prolonged Endotracheal Intubation. *AMERICAN JOURNAL OF CRITICAL CARE*, 27(2), 89–97.
- Levy, D. S., Bühler, K. B., Saconato, M., & Ribeiro, P. W. (2022). Parecer—Atuação Fonoaudiológica nas Unidades de Terapia Intensiva. *Parecer SBFa 09/2021*, 18 pág.
- Macht, M., King, C. J., Wimbish, T., Clark, B. J., Benson, A. B., Burnham, E. L., Williams, A., & Moss, M. (2013). Post-extubation dysphagia is associated with longer

- hospitalization in survivors of critical illness with neurologic impairment. *Critical Care*, 17, 9. <https://doi.org/10.1007/s00455-013-9492-7>
- Malone, D., Ridgeway, K., Nordon-Craft, A., Moss, P., Schenkman, M., & Moss, M. (2015). Physical Therapist Practice in the Intensive Care Unit: Results of a National Survey. *Physical Therapy*, 95(10), 1335–1344. <https://doi.org/10.2522/ptj.20140417>
- Marvin, S., Thibeault, S., & Ehlenbach, W. J. (2019). Post-extubation Dysphagia: Does Timing of Evaluation Matter? *Dysphagia*, 34(2), 210–219. <https://doi.org/10.1007/s00455-018-9926-3>
- Mateus, A. C. (2020). *METODOLOGIA DE TRABALHO DE PROJETO: potencialidades e desafios*. Instituto Superior de Educação e Ciências de Lisboa.
- Matos, J., Silva, J., Guimarães, B., Silva, J., Brandão, S., Toste, S., Alves, A., Moreira, J., Reis, P., & Aguiar, C. (2021). Alterações na Deglutição após Entubação Orotraqueal Prolongada: Prevalência e Evolução. *Revista da SPMFR*, 33(1), 10–17.
- Matosinhos, C. de. (2022). *Hospital Pedro Hispano 25.º aniversário assinalado a pensar no futuro*. Página da Web do Município de Matosinhos. <https://www.cm-matosinhos.pt/servicos-municipais/acao-social-e-saude/noticias/noticia/hospital-pedro-hispano-de-parabens-89>
- McIntyre, M., Doeltgen, S., Dalton, N., Koppa, M., & Chimunda, T. (2020). Post-extubation dysphagia incidence in critically ill patients: A systematic review and meta-analysis. *Australian Critical Care*, 67–75. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2020.05.008>
- McWilliams, D., Weblin, J., Atkins, G., Bion, J., Williams, J., Elliott, C., Whitehouse, T., & Snelson, C. (2015). Enhancing rehabilitation of mechanically ventilated patients in the intensive care unit: A quality improvement project. *Journal of Critical Care*, 30(1), 13–18. <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2014.09.018>

- Medeiros, G. C. de, Sassi, F. C., Mangilli, L. D., Zilberstein, B., & Furquim de Andrade, C. R. (2014). Clinical dysphagia risk predictors after prolonged orotracheal intubation. *Clinics*, 69(1), 8–14. [https://doi.org/10.6061/clinics/2014\(01\)02](https://doi.org/10.6061/clinics/2014(01)02)
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions Theory: Middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. Springer Publishing Company.
- Melo, E., Teixeira, C., Oliveira, R., Almeida, D., Veras, J., & Studart, R. (2014). Cuidados de enfermagem ao utente sob ventilação mecânica internado em unidade de terapia intensiva. *Revista de Enfermagem Referência, Série IV*(Nº 1), 55–63. <https://doi.org/10.12707/riii1316>
- Monteiro, M. M. (sem data). A metodologia de trabalho de projeto. *Porto Editora*, 87–90.
- News, J. (2018, fevereiro 14). *Hospital Pedro Hispano previne sequelas após internamento em cuidados intensivos*. Just News. <https://justnews.pt/noticias/hospital-pedro-hispano-previne-sequelas-aps-internamento-em-cuidados-intensivos>
- Nielsen, A. H. (2021). *Swallowing Difficulties in ICU Patients (ICU-Swallow)*. Good Clinical Practice Network. <https://ichgcp.net/clinical-trials-registry/NCT04428749>
- Ntoumenopoulos, G. (2015). Rehabilitation during mechanical ventilation: Review of the recent literature. *Intensive and Critical Care Nursing*, 31(3), 125–132. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2015.02.001>
- Nunes, L. (2020). *ASPETOS ÉTICOS na investigação de Enfermagem*. IPS, ESS, Departamento de Enfermagem.
- Nunes, L., Amaral, M., & Gonçalves, R. (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro. Dos Comentários à Análise dos Casos*. Ordem dos Enfermeiros.
- Oliveira, A., Friche, A., Salomão, M., Bougo, G., & Vicente, L. (2018). Predictive factors for oropharyngeal dysphagia after prolonged orotracheal intubation. *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology*, 84(6), 722–728. <https://doi.org/10.1016/j.bjorl.2017.08.010>

- Omura, K., Komine, A., Yanagigawa, M., Chiba, N., & Osada, M. (2019). Frequency and outcome of post-extubation dysphagia using nurse-performed swallowing screening protocol. *Nursing in Critical Care*, 24(2), 70–75. <https://doi.org/10.1111/nicc.12359>
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem – Enquadramento conceptual Enunciados descritivos*. Divulgar. Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>
- Código Deontológico. Estatuto da OE republicado como anexo pela Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro, (2015). <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE* (p. 112). Ordem dos Enfermeiros.
- Regulamento n.º 429/2018 (Anexo II)—Competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. *Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica*, Diário da República, 2ª série—N.º 135 19362 (2018).
- Regulamento n.º 140/2019—Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, Diário da República, 2ª série—N.º 26 4744 (2019).
- Regulamento n.º 392/2019—Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, Diário da República, 2ª série—N.º 85 13565 (2019).
- Regulamento n.º 743/2019. Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem, Diário da República, Série II - n.º 184 128 (2019).
- Ordem dos Enfermeiros. (2020). *Anuário Estatístico 2019*. 39.
- Ordem dos Enfermeiros. (2021). *Recomendações para o estágio e relatório da componente clínica dos ciclos de estudos dos Mestrados conducentes à*

atribuição do título profissional de Enfermeiro Especialista.

<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/24294/recomenda%C3%A7%C3%B5es-para-est%C3%A1gio-e-relat%C3%B3rio-da-componente-cl%C3%ADnica-dos-ciclos-de-estudos-dos-mestrados-enf-especialista.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2013). *Guia Orientador de Boas Práticas – Cuidados à pessoa com alterações da mobilidade – posicionamentos, transferências e treino de deambulação.*

https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/GOBP_Mobilidade_VF_site.pdf

Ordem dos Enfermeiros - MCEER. (2015). *Áreas Investigação Prioritárias Para a Especialidade De Enfermagem De Reabilitação* (p. 8).

Padovani, A. R., Moraes, D. P., Sassi, F. C., & de Andrade, C. R. F. (2013). Clinical swallowing assessment in intensive care unit. *Codas*, 25(1), 1–7.

<https://doi.org/10.1590/s2317-17822013000100002>

Park, H. S., Koo, J. H., & Song, S. H. (2017). Association of Post-extubation Dysphagia With Tongue Weakness and Somatosensory Disturbance in Non-neurologic Critically Ill Patients. *Annals of Rehabilitation Medicine*, 41(6), 961–968.

<https://doi.org/10.5535/arm.2017.41.6.961>

Parry, S. M., & Puthuchery, Z. A. (2015). The impact of extended bed rest on the musculoskeletal system in the critical care environment. *Extreme Physiology & Medicine*, 4(1), 16.

<https://doi.org/10.1186/s13728-015-0036-7>

Perdigão, A. M. (2017). “Cenas da Vida Real”: O role-playing e a simulação em contexto de aulas práticas laboratoriais no ensino de Enfermagem. *Indagatio Didactica*, 9(1), 92–103.

Pereira, J. A. T. P. (2014). Papel/Competências do Enfermeiro de Reabilitação em Unidades de Cuidados Intensivos. Em *Investigação em Enfermagem de Reabilitação um novo conhecimento para guiar a prática de cuidados* (p. 83).

- Perren, A., Zürcher, P., & Schefold, J. C. (2019). Clinical Approaches to Assess Post-extubation Dysphagia (PED) in the Critically Ill. *Dysphagia*, 34(4), 475–486. <https://doi.org/10.1007/s00455-019-09977-w>
- Petronilho, F., Magalhães, M. M., Machado, M., & Vieira, M. N. (2010). Caracterização do doente após evento crítico: Impacto da (in)capacidade funcional no grau de dependência no autocuidado. *Sinais Vitais*, 88, 41–47.
- Pinto, P. S. (2013). Entre a Teoria e a Prática: Desenvolvimento de Competências no Ensino Clínico de Integração à Vida Profissional. *Nursing. Edição Portuguesa*, 289(26), 1–12.
- Portugal, M. da S. (2003). *Cuidados intensivos: Recomendações para o seu desenvolvimento* (Direcção-Geral da Saúde - Direcção de Serviços de Planeamento, Ed.).
- Portugal, M. da S. (2023a). *Missão, Atribuições e Legislação*. Serviço Nacional de Saúde. <https://www.ulsm.min-saude.pt/category/institucional/missao/>
- Portugal, M. da S. (2023b). *Sessão comemorativa do 25º aniversário do Hospital Pedro Hispano*. Página da Web do Portal SNS. <https://www.ulsm.min-saude.pt/noticias/sessao-comemorativa-do-25o-aniversario-do-hospital-pedro-hispano/>
- Prazeres, V. M. P., Dias Ribeiro, C., & Santos Marques, G. F. (2021). Contributo Da Enfermagem De Reabilitação Nas Unidades De Cuidados Intensivos. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 4(2), 88–92. <https://doi.org/10.33194/rper.2021.158>
- Queirós, P. J. P., Vidinha, T. S. dos S., & Almeida Filho, A. J. d. (2014). Autocuidado: O contributo teórico de Orem para a disciplina e profissão de Enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, IV(3), 157–164. <https://doi.org/10.12707/RIV14081>
- Ribeiro, O., Pinto, C., & Regadas, S. (2014). A pessoa dependente no autocuidado: Implicações para a Enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, IV Série(Nº 1), 25–36. <https://doi.org/10.12707/riii12162>

- Romero, L. M. (2020). *Escolher o método de investigação adequado*. Comunicar. Escola de Autores. <https://doi.org/10.3916/escola-de-autores-128>
- Ruivo, M. A., Ferrito, C., Nunes, L., & Estudantes do 7ºCLE. (2010). Metodologia de projecto: Colectânea descritiva de etapas. *Revista Percursos*, 15(Jan-Mar), 1–38.
- Saraiva, D. T., & Gandra, M. L. M. (2021). A Avaliação da Formação e o Modelo de Donald L. Kirkpatrick. *ResearchGate*, November, 15.
- Sassi, F. C., Medeiros, G. C. de, Zambon, L. S., Zilberstein, B., & Andrade, C. R. F. de. (2018). Avaliação e classificação da disfagia pós-extubação em pacientes críticos. *Revista do Colegio Brasileiro de Cirurgioes*, 45(3), 9. <https://doi.org/10.1590/0100-6991e-20181687>
- Schefold, J. C., Berger, D., Zürcher, P., Lensch, M., Perren, A., Jakob, S. M., Parviainen, I., & Takala, J. (2017). Dysphagia in mechanically ventilated ICU patients (Dynamics): A prospective observational trial. *Critical Care Medicine*, 45(12), 2061–2069. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000002765>
- See, K. C., Peng, S. Y., Phua, J., Sum, C. L., & Concepcion, J. (2016). Nurse-performed screening for postextubation dysphagia: A retrospective cohort study in critically ill medical patients. *Critical Care*, 20(1), 1–8. <https://doi.org/10.1186/s13054-016-1507-y>
- Skoretz, S. A., Flowers, H. L., & Martino, R. (2010). The incidence of dysphagia following endotracheal intubation a systematic review. *Chest*, 137(3), 665–673. <https://doi.org/10.1378/chest.09-1823>
- Soares, A. (2014). Disfagia: Avaliação e reabilitação. *Just News*. <http://justnews.pt/noticias/disfagia-avaliacao-e-reabilitacao> Disfagia:
- SPAA, S. P. A. of A. (2012). *Dysphagia: Clinical Guidelines*. The Speech Pathology Association of Australia Limited. https://www.speechpathologyaustralia.org.au/SPAweb/Members/Clinical_Guide

lines/spaweb/Members/Clinical_Guidelines/Clinical_Guidelines.aspx?hkey=f666
34e4-825a-4f1a-910d-644553f59140

Su, H., Hsiao, T. Y., Ku, S. C., Wang, T. G., Lee, J. J., Tzeng, W. C., Huang, G. H., & Chen, C. C. H. (2015). Tongue Weakness and Somatosensory Disturbance Following Oral Endotracheal Extubation. *Dysphagia*, 30(2), 188–195. <https://doi.org/10.1007/s00455-014-9594-x>

WHO. (2014). *WGO Practice Guideline—Dysphagia*. World Gastroenterology Organisation. <https://www.worldgastroenterology.org/guidelines/dysphagia/dysphagia-portuguese>

Zuercher, P., Moret, C. S., Dziewas, R., & Schefold, J. C. (2019). Dysphagia in the intensive care unit: Epidemiology, mechanisms, and clinical management. *Critical Care*, 23(1), 1–11. <https://doi.org/10.1186/s13054-019-2400-2>

Zuercher, P., Schenk, N. V., Moret, C., Berger, D., Abegglen, R., & Schefold, J. C. (2020). Risk Factors for Dysphagia in ICU Patients After Invasive Mechanical Ventilation. *Chest*, 158(5), 1983–1991. <https://doi.org/10.1016/j.chest.2020.05.576>

ANEXOS

ANEXO I - ESCALA DE GUSS-ICU MODIFICADA (PROTOCOLO DO SMI)

Escala de Guss-ICU Modificada

Avaliação da deglutição

1ª fase (rastreamento) enfermeiro cuidados intensivos/enfermeiro reabilitação	<p>A quem? Todos os doentes com fatores de risco major para disfagia inclusivamente o doente com EOT >48 horas (1- 4 horas pós-extubação)</p> <p>Como? Avaliar os seguintes critérios</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">Etapa 1</th> <th style="text-align: center;">Sim</th> <th style="text-align: center;">Não</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Rass: 0 a +1</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">0</td> </tr> <tr> <td>CAM ICU negativo</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">0</td> </tr> <tr> <td>SNG patente e bem posicionada</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">0</td> </tr> <tr> <td>Presença estridor</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">1</td> </tr> <tr> <td>Pedir ao doente para tossir e/ou limpar a garganta</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">0</td> </tr> <tr> <td>Observar a deglutição da saliva, deglutição bem-sucedida</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">0</td> </tr> <tr> <td>Presença de sialorreia</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">1</td> </tr> <tr> <td>Alteração na qualidade da voz (fraca, molhada ou má)</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">1</td> </tr> </tbody> </table> <p style="text-align: center;">Se somar 8 pontos, continue para a Etapa 2 (até aos 5ml de água) Se somar < 8 pontos, pare e aguarde avaliação por enf. reabilitação</p> <p>Etapa 2 Administrar 3ml de água, se o doente deglutir eficazmente continuar com 5ml, 10ml, 20ml, 50ml.</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tbody> <tr> <td style="width: 30%;">Administrar 3ml de água</td> <td style="width: 30%;">Passa¹</td> <td style="width: 40%;">Falha</td> </tr> <tr> <td>Administrar 5ml de água</td> <td>Passa¹</td> <td>Falha</td> </tr> <tr> <td>Administrar 10ml de água</td> <td>Passa¹</td> <td>Falha</td> </tr> <tr> <td>Administrar 20ml de água</td> <td>Passa¹</td> <td>Falha</td> </tr> <tr> <td>Administrar 50ml de água</td> <td>Passa¹</td> <td>Falha</td> </tr> </tbody> </table> <p>Pesquisar sinais de aspiração: deglutição, tosse, voz molhada, sialorreia. Perante a ausência destes sinais, avançar para uma consistência semi-sólida.</p> <p style="text-align: center;">Se apresenta algum destes sinais, avaliação por enf. reabilitação</p>	Etapa 1	Sim	Não	Rass: 0 a +1	1	0	CAM ICU negativo	1	0	SNG patente e bem posicionada	1	0	Presença estridor	0	1	Pedir ao doente para tossir e/ou limpar a garganta	1	0	Observar a deglutição da saliva, deglutição bem-sucedida	1	0	Presença de sialorreia	0	1	Alteração na qualidade da voz (fraca, molhada ou má)	0	1	Administrar 3ml de água	Passa ¹	Falha	Administrar 5ml de água	Passa ¹	Falha	Administrar 10ml de água	Passa ¹	Falha	Administrar 20ml de água	Passa ¹	Falha	Administrar 50ml de água	Passa ¹	Falha
Etapa 1	Sim	Não																																									
Rass: 0 a +1	1	0																																									
CAM ICU negativo	1	0																																									
SNG patente e bem posicionada	1	0																																									
Presença estridor	0	1																																									
Pedir ao doente para tossir e/ou limpar a garganta	1	0																																									
Observar a deglutição da saliva, deglutição bem-sucedida	1	0																																									
Presença de sialorreia	0	1																																									
Alteração na qualidade da voz (fraca, molhada ou má)	0	1																																									
Administrar 3ml de água	Passa ¹	Falha																																									
Administrar 5ml de água	Passa ¹	Falha																																									
Administrar 10ml de água	Passa ¹	Falha																																									
Administrar 20ml de água	Passa ¹	Falha																																									
Administrar 50ml de água	Passa ¹	Falha																																									

(continua na página seguinte)

2ª fase - enf. reabilitação	<p>A quem? Todos os doentes que não passaram na 1ª fase e doentes com EOT >48 horas (24h horas pós-extubação)</p>		
	<p>Como? Avaliar os critérios de segurança da etapa 1, repetir etapa 2 se passar² e proceder à etapa 3.</p>		
	<p>Etapa 3</p>		
	Administrar meia colher do semi-sólido (água gelificada)	Passa ³	Falha
	Administrar uma colher completa do semi-sólido (água gelificada)	Passa ³	Falha
	Administrar uma colher bem cheia do semi-sólido (água gelificada)	Passa ³	Falha
	<p>Pesquisar sinais de aspiração: deglutição, tosse, voz molhada, sialorreia.</p>		
	<p>Implementar estratégias funcionais e/ou culinárias compensatórias e um plano de treino da deglutição que inclui:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Exercícios de mobilidade e fortalecimento da musculatura orofacial; - Estimulação somato-sensorial. 		
	<p><i>Se estas falham, referenciar a MFR, ORL, solicitar avaliação instrumental.</i></p>		

Retirado do Procedimento/Instrução nº 3202.0, emitido a 16-03-2022, pelo Serviço de Medicina Intensiva (Carvalho et al., 2022)

APÊNDICES

APÊNDICE I - QUESTIONÁRIO DE VERIFICAÇÃO DE CONHECIMENTOS

Conhecimento dos enfermeiros sobre disfagia e disfagia pós-extubação

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAR EM INVESTIGAÇÃO – De acordo com a Declaração de Helsínquia. Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se considerar que algo está incorreto ou que não está claro, solicite mais informações.

Sou a Tânia Sofia Ferreira da Silva, aluna do VI Mestrado de Enfermagem de Reabilitação, da Escola Superior de Saúde de Viana do Castelo, e venho por este meio solicitar a vossa colaboração, no sentido de poder realizar a recolha de dados para fins de investigação tendo como intuito desenvolver um projeto denominado “Avaliação da deglutição após extubação orotraqueal: Contributos do EEER” sob a orientação da Professora Doutora Maria José Fonseca e coorientação da Enfermeira Especialista e Mestre Cláudia Vales.

Este trabalho de investigação tem como questão de partida: **Quais os conhecimentos e práticas dos enfermeiros na avaliação da deglutição, dos doentes internados em cuidados intensivos após a extubação orotraqueal?** Este estudo permitirá uniformizar as práticas de enfermagem na avaliação da deglutição após a extubação orotraqueal contribuindo para uma diminuição das complicações associadas à disfagia, que é uma problemática já documentada na literatura.

Para a participação neste estudo, os enfermeiros do Serviço de Medicina Intensiva, preencherão um questionário que se encontra dividido em três partes: na primeira parte pretende-se caracterizar a equipa de enfermagem relativamente à sua situação profissional e académica e na segunda e terceira parte identificar o nível de conhecimentos dos enfermeiros na área da avaliação da deglutição. O preenchimento deste questionário demorará aproximadamente 10 minutos. Será também preenchida pelo investigador uma grelha de observação onde se registam as intervenções desenvolvidas pelos enfermeiros na avaliação da deglutição. Esta observação decorrerá durante o turno diurno sem que a investigadora intervenha com os participantes.

Ao preencher este questionário está a consentir explicitamente ao tratamento e análise de dados fornecidos para esta investigação.

Os dados recolhidos serão tratados de modo anónimo, confidencial e exclusivo. Os resultados posteriormente divulgados serão sempre sob a forma de um número e nunca de forma individual, capaz de identificar os participantes desta investigação. A escolha de participar ou não neste estudo é voluntária, podendo decidir abandonar esta investigação a qualquer momento, sem que isso o prejudique na sua relação com os pares e /ou outros profissionais ou lhe traga qualquer inconveniente quer a nível pessoal, quer a nível profissional. Os aspetos éticos e deontológicos, serão

assegurados, assumindo o compromisso de devolver no final do estudo, os resultados obtidos no decorrer da investigação. Se tiver alguma questão, não hesite em contatar a investigadora via telemóvel (914058558) ou via e-mail tania.silva@ipvc.pt.

Muito obrigada pela sua participação.

Tânia Sofia Ferreira da Silva

1. Dou o meu consentimento à participação neste estudo:

Sim Não

(Caso a resposta seja “Não” o questionário termina aqui.)

Secção A - Caracterização sociodemográfica.

Por favor, selecione a opção apropriada.

2. A1: Qual a sua idade?

Entre 20 - 25	<input type="checkbox"/>
Entre 26 - 35	<input type="checkbox"/>
Entre 36 - 45	<input type="checkbox"/>
Mais de 45	<input type="checkbox"/>

3. A2: Sexo?

Feminino	<input type="checkbox"/>
Masculino	<input type="checkbox"/>

4. A3: Qual o seu título profissional?

Enfermeiro	<input type="checkbox"/>
Enfermeiro Especialista	<input type="checkbox"/>

5. A4: Qual a sua qualificação académica mais elevada enquanto enfermeiro/a?

Bacharel	<input type="checkbox"/>
Licenciado	<input type="checkbox"/>
Mestre	<input type="checkbox"/>
Doutor	<input type="checkbox"/>

6. A5: Tempo de experiência profissional em enfermagem (em anos)?

7. A6: Tempo de exercício de enfermagem no serviço de medicina intensiva (em anos)?

Secção B-1: Fatores de risco que concorrem para a presença de disfagia pós-extubação.

Por favor, leia atentamente antes de selecionar a resposta.

8. Identifique da lista abaixo as afirmações que considera como fatores de risco para a ocorrência de disfagia pós-extubação.

	Concordo	Não Concordo
B1-1 O evento que leva à admissão nos CI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B1-2 Iatrogénica aos CI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B1-3 Ser um distúrbio preexistente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B1-4 Duração da IOT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B1-5 Lesão laringea direta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B1-6 Fraqueza neuromuscular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B1-7 Alterações sensitivas a nível da orofaringe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B1-8 Alterações sensitivas da laringe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B1-9 Comprometimento neurológico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B1-10 Confusão e delírio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B1-11 Assincronia respiração-deglutição	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B1-12 Refluxo gastroesofágico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B1-13 Motivo da IOT (emergente ou planeada)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Secção B-2: Sinais e sintomas de dificuldades de alimentação e deglutição.

Por favor, leia atentamente antes de selecionar a resposta.

9. Identifique da lista abaixo as afirmações que considera como sinais e sintomas de alterações da deglutição

	Concordo	Não Concordo
B2-1 Tosse durante e após a alimentação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B2-2 Engasgamento com saliva fora das refeições	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B2-3 Movimentos fracos da língua	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B2-4 Resíduos alimentares na boca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B2-5 Dificuldade em mastigar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B2-6 Sialorreia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B2-7 Dificuldade em fechar os lábios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B2-8 Perda de peso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B2-9 Pigarreio frequente após a deglutição	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B2-10 Voz rouca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B2-11 Voz molhada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- B2-12 Mudança nos sons respiratórios
- B2-13 Dessaturação durante alimentação
- B2-13 Deglutições repetidas
- B2-14 Demora no engolir (atraso na deglutição)

Secção B-3: Complicações associadas às alterações da deglutição.

Por favor, leia atentamente antes de selecionar a resposta.

10. Identifique da lista abaixo as afirmações que considera como complicações das dificuldades de deglutição?

	Concordo	Não Concordo
B3-1 Aumento da mortalidade		
B3-2 Pneumonia		
B3-3 Fraqueza generalizada		
B3-4 Pneumonite		
B3-5 Desidratação		
B3-6 Desnutrição		
B3-7 Aspirações silenciosas		
B3-8 Obstrução das vias aérea		
B3-9 Aumento do tempo de internamento		
B3-10 Necessidade de vias alternativas para alimentação (SNG, PEG)		

Secção B4: Gestão das dificuldades de alimentação e deglutição.

Por favor, leia atentamente antes de selecionar a(s) resposta(s)

11. Que intervenções executa perante um doente com dificuldade na alimentação e na deglutição?

	Executo
B4-1 Posicionar adequadamente para alimentação: sentar o doente (ou elevação da cabeceira entre 45° a 90°)	
B4-2 Certificar que o doente tem controlo da cabeça e pescoço na posição de sentado	
B4-3 Avaliar o padrão respiratório e tosse (voluntaria) eficaz	
B4-4 Certificar o nível de vigília (doente consciente e acordado pelo menos 15 minutos consecutivos)	
B4-5 Avaliar a presença de assimetria facial, desvio da comissura labial	

B4-6 Avaliar o estado da boca: observar mucosa oral, gengivas, língua, dentição completa ou incompleta*	
B4-7 Avaliar a capacidade que o doente tem para de fechar a boca, movimentar a língua, controlo da saliva;	
B4-8 Testar a deglutição com água bidestilada ou água engarrafada	
B4-9 Recorre ao uso de espessante alimentar (até obter as consistências de néctar; pastoso) ou água gelificada	
B4-10 Iniciar a avaliação com um volume menor e aumentar progressivamente a quantidade administrada (5ml, 10ml e 20 ml)	
B4-11 Administrar o preparado com ajuda de uma colher	
B4-12 Colocar o doente em ligeira flexão do pescoço	
B4-13 Colocar o dedo indicador e o dedo médio no pescoço, a nível da laringe para sentir o doente a deglutir	
B4-14 Prestar atenção à oximetria de pulso ou à auscultação cervical	
B4-15 Consciencializar o doente que vai comer/beber	
B4-16 Manter a cabeceira elevada 30 a 45min após a refeição	
B4-17 Monitorizar sinais de aspiração durante e após a refeição	
B4-18 Verificar a presença de resíduos alimentares na cavidade oral após a refeição	
B4-19- Perante um doente com disfagia, que seja alimentado por sonda, promove uma cuidada higiene oral	

12. Habitualmente delega a alimentação do seu doente ao assistente operacional?

Sim

Não

13. Se SIM, que aspetos tem em conta para o poder fazer?

Secção C: A sua experiência com doentes disfágicos

14. C1: Algumas vez cuidou de doentes com disfagia?

Sim

Não

15. C2: Alguma vez recebeu formação formal sobre cuidados à pessoa com disfagia?

Sim
Não

16. C3: Está satisfeito com o os seus conhecimentos sobre disfagia?

Sim
Não

17. C4: Gostaria de receber formação adicional sobre os cuidados à pessoa com disfagia?

Sim
Não

18. C5: Se respondeu SIM à pergunta anterior, sobre que temas gostaria de receber essa formação adicional?

APÊNDICE II - GRELHA DE OBSERVAÇÃO DAS INTERVENÇÕES

Grelha de Observação das Práticas

Avaliação n.º / (código): _____

Data: _____

Nº de horas passadas desde a extubação _____

	Sim	Não	OBS.
Posicionar adequadamente para alimentação: sentar o doente (ou elevação da cabeceira entre 45º a 90º)			
Certificar que o doente tem controlo da cabeça e pescoço na posição de sentado			
Avaliar o padrão respiratório e tosse (voluntaria) eficaz			
Certificar o nível de vigília (doente consciente e acordado pelo menos 15 minutos consecutivos)			
Avaliar a presença de assimetria facial, desvio da comissura labial			
Avaliar o estado da boca: observar mucosa oral, gengivas, língua, dentição completa ou incompleta*			
Avaliar a capacidade que o doente tem para de fechar a boca, movimentar a língua, controlo da saliva;			
Testar a deglutição com água bidestilada ou água engarrafada			
Recorre ao uso de espessante alimentar (até obter as consistências de néctar; pastoso) ou água gelificada			
Iniciar a avaliação com um volume menor e aumentar progressivamente a quantidade administrada (5ml, 10ml e 20 ml)			
Administrar o preparado com ajuda de uma colher			
Colocar o doente em ligeira flexão do pescoço			
Colocar o dedo indicador e o dedo médio no pescoço, a nível da laringe para sentir o doente a deglutir			
Prestar atenção à oximetria de pulso ou à auscultação cervical			
Consciencializar o doente que vai comer/beber			
Manter a cabeceira elevada 30 a 45min após a refeição			
Monitorizar sinais de aspiração durante e após a refeição			
Verificar a presença de resíduos alimentares na cavidade oral após a refeição			
Perante um doente com disfagia, que seja alimentado por sonda, promove uma cuidada higiene oral			

APÊNDICE III - PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO AO DIRETOR DO DEPARTAMENTO

Exmo. Sr. Diretor do Departamento
de Emergência e Medicina Intensiva
do Hospital

Eu, Tânia Sofia Ferreira da Silva, aluna n.º 24431 do VI Mestrado de Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde de Viana do Castelo, venho por este meio apresentar a Vossa Excelência o Projeto de Investigação a desenvolver no Serviço de Medicina Intensiva, local onde me encontro a realizar o Estágio de Natureza Profissional.

“Avaliação da deglutição após extubação orotraqueal: Contributos do EEER”

Sob a orientação da Professora Doutora Maria José Fonseca (docente da Escola de Superior de Saúde de Viana do Castelo) e da Enfermeira Especialista e Mestre Cláudia Vales (Enfermeira do Serviço de Medicina Intensiva).

O objetivo deste projeto é como EEER capacitar os enfermeiros do serviço de medicina intensiva para a avaliação da deglutição do doente após extubação orotraqueal e ainda sensibilizar a equipa de enfermagem para a prevenção de complicações decorrentes da alimentação, nos doentes que apresentem critérios de disfagia.

O resultado esperado com esta intervenção é contribuir para aumentar a segurança dos cuidados prestados, diminuir os dias de internamento na unidade de cuidados intensivos prevenindo as complicações associadas à disfagia pós-extubação, contribuindo para a diminuição dos gastos em saúde associados.

O desenho de estudo é a metodologia de trabalho de projeto e na fase do diagnóstico de situação, pretende-se realizar um estudo transversal, descritivo e observacional, com abordagem quantitativa que responda à questão:

“Quais os conhecimentos e práticas dos enfermeiros na avaliação da deglutição, dos doentes internados em cuidados intensivos após a extubação orotraqueal?”

e aos objetivos:

- **Avaliar os conhecimentos dos enfermeiros do SMI sobre Disfagia Pós-Extubação;**
- **Caraterizar as intervenções realizadas pelos enfermeiros na avaliação da deglutição dos doentes em cuidados intensivos após extubação orotraqueal.**

O método de seleção da amostra adotado será a amostragem não probabilística por conveniência por forma a abarcar todos os enfermeiros que exercem funções no serviço de medicina intensiva. Como critérios de exclusão foi definido: Alunos de enfermagem em estágios curriculares (Licenciatura e Especialidade); Enfermeiros com o título de Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Reabilitação e ainda enfermeiros em

processo de integração. O método utilizado para a recolha de dados será um questionário de verificação de conhecimentos e a observação estruturada recorrendo a uma grelha de observação das práticas dos enfermeiros.

As medidas de confidencialidade, anonimato, o princípio da não maleficência e o consentimento livre e informado dos participantes serão fatores respeitados.

Prevê-se a conclusão deste estudo em março de 2022.

Encontro-me disponível para qualquer esclarecimento que ache pertinente, pessoalmente ou através do contacto de email: tania.silva@ipvc.pt.

APÊNDICE IV - PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO À ENFERMEIRA CHEFE DO SERVIÇO

Exmo. Sr.^a Enfermeira Chefe do Serviço
de Medicina Intensiva do Hospital

Eu, Tânia Sofia Ferreira da Silva, aluna n.º 24431 do VI Mestrado de Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde de Viana do Castelo, venho por este meio apresentar a Vossa Excelência o Projeto de Investigação a desenvolver no Serviço de Medicina Intensiva, local onde me encontro a realizar o Estágio de Natureza Profissional.

“Avaliação da deglutição após extubação orotraqueal: Contributos do EEER”

Sob a orientação da Professora Doutora Maria José Fonseca (docente da Escola de Superior de Saúde de Viana do Castelo) e da Enfermeira Especialista e Mestre Cláudia Vales (Enfermeira do Serviço de Medicina Intensiva).

O objetivo deste projeto é como EEER capacitar os enfermeiros do serviço de medicina intensiva para a avaliação da deglutição do doente após extubação orotraqueal e ainda sensibilizar a equipa de enfermagem para a prevenção de complicações decorrentes da alimentação, nos doentes que apresentem critérios de disfagia.

O resultado esperado com esta intervenção é contribuir para aumentar a segurança dos cuidados prestados, diminuir os dias de internamento na unidade de cuidados intensivos prevenindo as complicações associadas à disfagia pós-extubação, contribuindo para a diminuição dos gastos em saúde associados.

O desenho de estudo é a metodologia de trabalho de projeto e na fase do diagnóstico de situação, pretende-se realizar um estudo transversal, descritivo e observacional, com abordagem quantitativa que responda à questão:

“Quais os conhecimentos e práticas dos enfermeiros na avaliação da deglutição, dos doentes internados em cuidados intensivos após a extubação orotraqueal?”

e aos objetivos:

- **Avaliar os conhecimentos dos enfermeiros do SMI sobre Disfagia Pós-Extubação;**
- **Caraterizar as intervenções realizadas pelos enfermeiros na avaliação da deglutição dos doentes em cuidados intensivos após extubação orotraqueal.**

O método de seleção da amostra adotado será a amostragem não probabilística por conveniência por forma a abarcar todos os enfermeiros que exercem funções no serviço de medicina intensiva. Como critérios de exclusão foi definido: Alunos de enfermagem em estágios curriculares (Licenciatura e Especialidade); Enfermeiros com o título de Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Reabilitação e ainda enfermeiros em processo de integração. O método utilizado para a recolha de dados será um

questionário de verificação de conhecimentos e a observação estruturada recorrendo a uma grelha de observação das práticas dos enfermeiros.

As medidas de confidencialidade, anonimato, o princípio da não maleficência e o consentimento livre e informado dos participantes serão fatores respeitados.

Prevê-se a conclusão deste estudo em março de 2022.

Encontro-me disponível para qualquer esclarecimento que ache pertinente, pessoalmente ou através do contacto de email: tania.silva@ipvc.pt.

APÊNDICE V - QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DE SATISFAÇÃO DA FORMAÇÃO
(AVALIAÇÃO NÍVEL 1)

Disfagia Pós-Extubação - avaliação nível 1

taniasilva.eps@gmail.com [Mudar de conta](#)
Não partilhado

1.1 AVALIAÇÃO DA AÇÃO - Os objetivos da ação são perceptíveis

- Concordo em absoluto
- Concordo parcialmente
- Discordo em parte
- Discordo em absoluto

1.2 AVALIAÇÃO DA AÇÃO - O conteúdo da ação é adequado às necessidades

- Concordo em absoluto
- Concordo parcialmente
- Discordo em parte
- Discordo em absoluto

1.3 AVALIAÇÃO DA AÇÃO - Os temas abordados são atuais e úteis

- Concordo em absoluto
- Concordo parcialmente
- Discordo em parte
- Discordo em absoluto

1.4 AVALIAÇÃO DA AÇÃO - A ação/módulo correspondeu às expectativas

- Concordo em absoluto
- Concordo parcialmente
- Discordo em parte
- Discordo em absoluto

1.5 AVALIAÇÃO DA AÇÃO - Existiu motivação para participar na ação

- Concordo em absoluto
- Concordo parcialmente
- Discordo em parte
- Discordo em absoluto

1.6 AVALIAÇÃO DA AÇÃO - As atividades realizadas são adaptadas à sessão

- Concordo em absoluto
- Concordo parcialmente
- Discordo em parte
- Discordo em absoluto

1.7 AVALIAÇÃO DA AÇÃO - Existiu um bom relacionamento entre o grupo de trabalho

- Concordo em absoluto
- Concordo parcialmente
- Discordo em parte
- Discordo em absoluto

1.8 AVALIAÇÃO DA AÇÃO - As instalações são adequadas

- Concordo em absoluto
- Concordo parcialmente
- Discordo em parte
- Discordo em absoluto

1.9 AVALIAÇÃO DA AÇÃO - Os meios audiovisuais são os necessários

- Concordo em absoluto
- Concordo parcialmente
- Discordo em parte
- Discordo em absoluto

1.10 AVALIAÇÃO DA AÇÃO - A documentação é apropriada

- Concordo em absoluto
- Concordo parcialmente
- Discordo em parte
- Discordo em absoluto

1.11 AVALIAÇÃO DA AÇÃO - O apoio técnico/administrativo/pedagógico é eficaz

- Concordo em absoluto
- Concordo parcialmente
- Discordo em parte
- Discordo em absoluto

2.1 ATUAÇÃO DOS FORMADORES - Os formadores demonstram domínio sobre o(s) assunto(s) abordado(s)

- Concordo em absoluto
- Concordo parcialmente
- Discordo em parte
- Discordo em absoluto

2.2 ATUAÇÃO DOS FORMADORES - Os métodos adotados pelos formadores são adequados relativamente aos objetivos da ação/módulo

- Concordo em absoluto
- Concordo parcialmente
- Discordo em parte
- Discordo em absoluto

2.3 ATUAÇÃO DOS FORMADORES - A linguagem utilizada pelos formadores é adequada

- Concordo em absoluto
- Concordo parcialmente
- Discordo em parte
- Discordo em absoluto

2.5 ATUAÇÃO DOS FORMADORES - O relacionamento com o grupo de trabalho foi bom

- Concordo em absoluto
- Concordo parcialmente
- Discordo em parte
- Discordo em absoluto

3.1 SUGESTÕES/CRÍTICAS - Aspectos positivos da ação

A sua resposta _____

3.2 SUGESTÕES/CRÍTICAS - Aspectos a melhorar

A sua resposta _____

3.3 SUGESTÕES/CRÍTICAS - Sugestões

A sua resposta _____

APÊNDICE VI - FASES DA AVALIAÇÃO CLÍNICA DA DEGLUTIÇÃO

Fases da avaliação clínica da disfagia	
1. Antecedentes	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico médico; • Condição clínica (ex.: mais de um sistema corporal envolvido: diagnóstico cardíaco + respiratório); • Estado nutricional atual e necessidades nutricionais imediatas (alergias ou intolerâncias alimentares; suplementos nutricionais) • Antecedentes culturais, educacionais e religiosos; • Nível de stress ou preocupação do doente / cuidador em relação à dificuldade de alimentação / deglutição;
2. Observação imediata	<ul style="list-style-type: none"> • Consciencialização do doente; • Nível de alerta do cliente; • Capacidade do doente de participar da avaliação da deglutição • Presença de dispositivos médicos: linha intravenosa, sonda nasogástrica, sonda de gastrostomia, traqueostomia; • Estado de consciência (agitação ou confusão); • Capacidade de gerir as secreções orais; • Status respiratório (se necessita de oxigênio suplementar; tipo de respiração); • Postura e posicionamento do doente;
3. Comunicação, cognição e comportamento	<ul style="list-style-type: none"> • Capacidade de seguir as instruções (necessidade de óculos, aparelhos auditivos) • Necessidade de dispositivo para a comunicação; • Variáveis psicológicas (por exemplo, depressão) • Compreender a condição deles
4. Avaliação orofaríngea	<ul style="list-style-type: none"> • Estrutura e apresentação da anatomia oral, mucosa oral, anatomia faríngea posterior e mucosa (por exemplo, palato mole, parede posterior da faringe); • Higiene oral e estado dentário (lesões, candidíase oral, mucosa seca); • Avaliação dos nervos cranianos, especificamente: <ul style="list-style-type: none"> ○ V - Trigêmeo (função motora, sensorial e proprioceptiva) ○ VII - Facial (função sensorial, parassimpática, proprioceptiva e motora) ○ IX - Glossofaríngeo (função sensorial, parassimpática, proprioceptiva e motora) ○ X - Vago (função sensorial, motora e parassimpática) ○ XII - Hipoglosso (função motora) • Presença ou ausência de deglutições espontâneas de saliva

	<ul style="list-style-type: none"> • Capacidade de proteger a via aérea (por exemplo reflexo espontâneo de tosse)
5. Avaliação de teste oral / alimentação	<ul style="list-style-type: none"> • Estado do doente para participar de teste oral (não indicado quando há diminuição do nível de alerta, agitação extrema, fadiga extrema, incapacidade de proteger as vias aéreas); • Posicionamento adequado para teste de alimentação/ deglutição; • Utilização de líquidos e/ou sólidos regulares e com textura modificada para determinar o nível atual de função em relação à segurança de engolir; • Equipamento adaptativo para fazer um bom julgamento clínico (exemplo: uso das próteses dentárias adaptadas); • Capacidade de coordenar a respiração e a deglutição; • Prontidão para iniciar do reflexo de deglutição; • Presença de excursão laríngea; • Alterações no estado do doente durante ou após o teste de alimentação (por exemplo, mudança do padrão respiratório, regurgitação); • Evidência de resíduos orais após teste de deglutição; • Nível de fadiga;
6. Referência para outras avaliações	<ul style="list-style-type: none"> • Necessidade de mais informações sobre as fases faríngea ou esofágica da deglutição
7. Impressão geral e diagnóstico	<ul style="list-style-type: none"> • Integração de todas as informações para determinar a gravidade da disfagia e o prognóstico; • Segurança na deglutição; • Grau de risco de engasgo ou aspiração; • Capacidade de consumir alimentos/líquidos suficientes por via oral para atender às necessidades nutricionais • Determinação da localização primária da disfagia: <ul style="list-style-type: none"> ○ Preparação oral ○ Fase oral ○ Fase faríngea ○ Fase esofágica • Gravidade da disfagia: leve, moderada e grave; • Comprometimento da função;
8. Plano de gestão	<ul style="list-style-type: none"> • Prescrição do tipo de consistência alimentar ou necessidade de equipamento adaptativo; • Necessidade de assistência ou supervisão durante a alimentação (incluindo postura e posicionamento)

	<ul style="list-style-type: none">• Segurança para engolir medicamentos orais• Encaminhamento para outros profissionais de saúde (caso necessário)• Plano de higiene oral frequente;• Reabilitação ou tratamento (ter em consideração capacidade de aprendizagem/motivação do doente, estado psicológico, como depressão)• Encaminhamento para avaliação instrumental da deglutição;• Frequência da reavaliação pela especialidade;
--	--

Fonte: Adaptado de (SPAA, 2012)