



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO

As intervenções de enfermagem implementadas pelo Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação no utente com disfagia: uma Scoping Review



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO

Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final

**As intervenções de enfermagem implementadas pelo
Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação no
utente com disfagia: uma Scoping Review**

Patrícia Alexandra Rodrigues Faria

Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Trabalho efetuado sob a orientação de: Professora Doutora Andreia Lima

Janeiro, 2025

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todo o corpo docente do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação pelo apoio que me foi dado desde o início desta fase complexa que é ser trabalhadora-estudante. Agradeço em especial à Professora Doutora Andreia Lima pela paciência, dedicação e incentivo que deu, mesmo quando tudo parecia uma névoa preta.

Agradeço à Professora Doutora Salomé Ferreira que sempre me encorajou para seguir em frente, e nesta fase final, quando eu estava a ponto de desistir, me deu a oportunidade de continuar.

Agradeço à equipa da Unidade de Cuidados na Comunidade, na qual tive oportunidade de realizar o estágio, pela excelente receção, pelo interesse em me fazer sentir parte da equipa mesmo que por um curto período. Sem dúvida, foi uma equipa que me transformou pela positiva quer a nível profissional, quer a nível pessoal.

Agradeço em especial à Mestre Manuela Silva, por tudo. Nem consigo descrever por palavras todos os momentos que passei perto. Desde ultrapassar receios, a partilhas pessoais, a reflexões profissionais, todos serão lembrados com muito carinho e saudade.

Agradeço à minha família, por todo o incentivo e carinho que me deram ao longo desta fase. Em especial ao meu pai, que é a luz que me faz querer seguir em frente e ao meu irmão mais velho pelas constantes recordações de que os meus limites, são aqueles que eu defino, não me deixando desistir.

PENSAMENTO

“Educar verdadeiramente não é ensinar fatos novos ou enumerar fórmulas prontas, mas
sim preparar a mente para pensar.” Albert Einstein

RESUMO

Enquadramento: A prevalência da disfagia é cada vez maior, sendo comum nas pessoas idosas e associada a piores resultados em saúde, tais como perda de peso, pneumonias, desidratação, entre outras. Tendo em conta o impacto da disfagia na vida da população, torna-se imperativo investigar de que forma os profissionais de saúde podem prevenir ou reduzir as suas complicações.

Objetivo: mapear a evidência científica disponível para identificar as intervenções de enfermagem implementadas pelos EEER no utente com disfagia.

Metodologia: Trata-se de uma Scoping Review realizada com o método do Instituto Joanna Briggs e as guidelines PRISMA – Scoping Review. Utilizou-se como filtros, artigos publicados entre 2018 e 2022 disponíveis em texto completo e gratuitos, nos idiomas Inglês e Português. As bases de dados utilizadas foram Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE®) via Pubmed, e Cumulative Index Nursing and allied Health Literature (CINAHL®) via EBSCOhost Web, Scielo. Após a realização da pesquisa, os resultados foram submetidos no programa Mendeley Reference Manager e no programa Rayyan.

Resultados: Foram incluídos seis artigos. Quanto ao tipo de estudos trata-se de: um estudo qualitativo com uma abordagem fenomenológica, dois estudos de caso, um estudo randomizado com grupo controlo, uma revisão da literatura e um estudo exploratório, descritivo e retrospectivo. Os resultados apontam que as intervenções realizadas são a avaliação da deglutição, modificação da consistência da dieta, correção postural e reforço muscular.

Conclusões: Existem diversas intervenções do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação direcionadas para os utentes com disfagia, independentemente da causa. No entanto, apesar de ser um foco de atenção muito prevalente, ainda é necessário alargar os cuidados dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação às diversas unidades de saúde, quer sejam diferenciadas ou de cuidados de saúde primários. É necessário maior investimento na investigação e publicação sobre o trabalho realizado pelos enfermeiros sobre esta temática, de forma a promover uma prática baseada na evidência.

Palavras-chave: Enfermagem de reabilitação; distúrbios de deglutição; cuidados de enfermagem

ABSTRACT

Background: The prevalence of dysphagia is increasing, which is highly common in elderly people and associated with worse health outcomes, such as weight loss, pneumonia, dehydration, among others. Taking into account the impact on the lives of the population, it is imperative to investigate how health professionals can prevent or reduce complications.

Objective: To map the EEER interventions in the literature to prevent complications in patients with dysphagia.

Methodology: This is a Scoping Review carried out using the Joanna Briggs Institute method and the PRISMA-Scoping Review guidelines. Articles published between 2018 and

2022, available in full text and free of charge, in English and Portuguese were used as filters. The databases used were Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE®) via Pubmed, and Cumulative Index Nursing and allied Health Literature (CINAHL®) via EBSCOhost Web, Scielo. After carrying out the research, the results were submitted to the Mendeley Reference Manager program and the Rayyan program.

Results: Six articles were included. Regarding the type of study, it is: a qualitative study with a phenomenological approach, two case study, a qualitative descriptive study, a randomized study with a control group, a literature review and an exploratory, descriptive and retrospective study. The results point to the interventions carried out being the assessment of swallowing, modification of the consistency of the diet, postural correction and muscle strengthening.

Conclusions: There are several interventions by specialist nurses in rehabilitation nursing aimed at users with dysphagia, regardless of the cause. However, despite being a very prevalent focus of attention, it is still necessary to extend the care of nurses specializing in rehabilitation nursing to the various health units, whether differentiated or primary health care. Greater investment is needed in research and publication on the work carried out by nurses on this topic, in order to promote evidence-based practice.

Keywords: Rehabilitation nursing; swallowing disorders; nursing care

ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

ACES- Agrupamento dos Centros de Saúde

AVD's – Atividades de Vida Diárias

CI- Cuidadores Informais

CSD- Cuidados de Saúde Diferenciados

CSP- Cuidados de Saúde Primários

Dr.^a - Doutora

DGS - Direção Geral da Saúde

ECCI- Equipa de Cuidados na Comunidade Integrados

EE- Enfermeiro Especialista

ER- Enfermagem de Reabilitação

EEER- Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

ENP- Estágio de Natureza Profissional

ERPI- Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas

ESS- Escola Superior de Saúde

IPVC- Instituto Politécnico de Viana do Castelo

JBÍ- Joanna Briggs Institute

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS- Organização Mundial de Saúde

p.- Página

Prof.^a- Professora

REPE- Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

RFM- Reeducação Funcional Motora

RFR- Reeducação Funcional Respiratória

RNCCI- Rede Nacional Cuidados Continuados Integrados

UCC- Unidade de Cuidados na Comunidade

WHO – World Health Organization

WGO- World Gastroenterology Organization

SUMÁRIO	
AGRADECIMENTOS	II
PENSAMENTO	III
RESUMO	IV
ABSTRACT	V
ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS	VI
ÍNDICE DE FIGURAS, QUADROS E TABELAS	IX
INTRODUÇÃO	10
CAPÍTULO I - ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL	11
1.1. CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO DE PRÁTICA CLÍNICA	16
1.2. REFLEXÃO CRÍTICA DAS COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS AO LONGO DO ENSINO CLÍNICO	18
1.2.1. ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	18
1.2.2. ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO	22
CAPÍTULO II- PROJETO DE INVESTIGAÇÃO	28
2.1. INTRODUÇÃO	29
2.2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	32
2.2.1. A DISFAGIA: UMA PROBLEMÁTICA DA ATUALIDADE	32
2.2.2. O PAPEL DO ENFERMEIRO DE REABILITAÇÃO NAS ALTERAÇÕES DA DEGLUTIÇÃO	37
2.3. METODOLOGIA.....	39
2.3.1. TIPO DE ESTUDO	39

2.3.2. PROTOCOLO DE INVESTIGAÇÃO.....	40
2.3.3. ESTRATÉGIA DE PESQUISA.....	42
2.3.4. ANÁLISE DE EVIDÊNCIAS	45
2.3.5. APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS	46
2.3.6. DISCUSSÃO DE RESULTADOS	55
2.4. CONTRIBUTOS PARA A PRÁTICA CLÍNICA, LIMITAÇÕES E SUGESTÕES PARA A PRÁTICA	57
2.5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	59
CONCLUSÃO GERAL	60
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	63
APÊNDICES	70
APÊNDICE I - Planeamento da sessão informativa “A disfagia: uma problemática da atualidade”	71
APÊNDICE II- Convocatória para sessão informativa “A disfagia: uma problemática da atualidade”	73
APÊNDICE III- Apresentação de PowerPoint da sessão informativa: “A disfagia: uma problemática da atualidade”	75
APÊNDICE IV- Folheto informativo para cuidadores informais: a disfagia.....	88
APÊNDICE V- Instrumento de avaliação da sessão informativa: “A disfagia: uma problemática da atualidade”	91
APÊNDICE VI- Intervenções do Enfermeiro de Reabilitação no utente com disfagia: protocolo de uma Scoping Review	97
APÊNDICE VII- Protocolo de Intervenção de Enfermagem no Utente com Disfagia ..	108

ÍNDICE DE FIGURAS, QUADROS E TABELAS

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1-PRISMA 2020 Diagrama de Fluxo para novas Scoping Reviews que incluíram pesquisa em bases de dados e registros.....	46
Figura 2- Mapa de resultados mensurados nos estudos incluídos na Scoping Review	54

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1- Mnemónica PCC e Questão de Investigação.....	41
Tabela 2- Critérios de Inclusão e Exclusão	42
Tabela 3- Estratégia de pesquisa.....	43
Tabela 4- Extração dos dados dos artigos incluídos	48

INTRODUÇÃO

No curso VII Mestrado de Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde (ESS), do Instituto Politécnico de Viana do Castelo (IPVC), está integrada a Unidade Curricular Estágio de Natureza Profissional (ENP). Este estágio, teve início no dia 3 de outubro de 2022 e fim a 31 de março de 2023 e desenvolveu-se numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), sob Orientação pedagógica da Professora (Prof.^a) Doutora (Dr.^a) Andreia Lima e tutoria da Mestre Manuela Silva.

O ENP é fundamental no processo formativo do enfermeiro especialista, pois surge como complemento da componente teórica previamente adquirida. Este permite a consolidação de práticas baseadas em evidência, adequadas às atuais necessidades da população. Permite também aprimorar competências no âmbito da investigação, sendo ela uma área de extrema importância na área da saúde, ao exigir a realização de investigação incluída em contexto de estágio. Aliado ao mesmo está a elaboração deste relatório que se assume de extrema importância pois é um elemento necessário para a detenção do certificado profissional, após a aquisição de competências comuns do EE (Enfermeiro Especialista), das competências específicas do EEER (Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação) e também das competências de Mestre.

O presente relatório tem como objetivo realizar uma reflexão crítica sobre as atividades desenvolvidas no contexto de estágio, tendo por base as linhas orientadoras e os objetivos propostos pela ESS, tais como:

- Descrever e analisar as experiências significativas no percurso de aprendizagem deste ENP;
- Descrever e analisar as atividades concretizadas neste contexto da prática clínica, através de uma abordagem crítico-reflexiva;
- Refletir acerca das competências comuns do EE e as competências específicas do EEER desenvolvidas;
- Descrever o percurso de investigação desenvolvido e analisar os seus contributos para a prática especializada da Enfermagem de Reabilitação (ER).

Refletindo sobre as competências específicas do EEER que são: “a) Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados; b) Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania; c) Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.” (Regulamento nº392/2019, p.13566), os

Cuidados de Saúde Primários (CSP) são um contexto favorecido para desenvolver essas competências, uma vez que as intervenções realizadas estão integradas no domicílio do utente, no seu seio familiar e na comunidade onde o mesmo está inserido (Oliveira et al., 2021).

Na fase inicial deste estágio foi realizado um diagnóstico de necessidades com o objetivo de desenvolver atividades integradas ao contexto considerando os objetivos delineados. Assim, com base nas necessidades identificadas foi proposto um estudo de investigação. O estudo de investigação intitula-se de “As intervenções de enfermagem implementadas pelo Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação no utente com disfagia: uma Scoping Review”. Trata-se de uma revisão da literatura existente, com o objetivo de mapear a evidência científica disponível para identificar as intervenções de enfermagem implementadas pelos EEER no utente com disfagia e sensibilizar a equipa para a importância da sua intervenção precoce.

O presente relatório encontra-se organizado em dois capítulos. Num primeiro capítulo será realizada a caracterização do contexto clínico, sendo descrita a organização da equipa e caracterização da população abrangente. Também será apresentada uma análise crítica e reflexiva das atividades desenvolvidas, tendo por base as competências comuns do EE e as específicas do EEER. Em seguida, será apresentado o trabalho de investigação desenvolvido após diagnóstico de necessidades identificadas no projeto formativo (Apêndice I).

A metodologia adotada na elaboração do presente relatório é descritiva e reflexiva. Para a sua elaboração, foi necessária uma pesquisa em diversas bases de dados científicas e eletrónicas tais como Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE®) via Pubmed, Cumulative Index Nursing and allied Health Literature (CINAHL®) via EBSCOhost Web, Scielo, bem como pesquisa em livros, revistas científicas e em bibliografia cinzenta.

CAPÍTULO I - ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros ([OE], 2021), a realização do ENP e a elaboração do relatório final, é a estratégia adequada para o enfermeiro adquirir as competências exigidas enquanto especialista. Assim, neste capítulo será realizada uma contextualização do local onde decorreu o ENP, e posteriormente uma reflexão crítica das competências comuns e específicas do EEER, adquiridas neste contexto.

1.1.CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO DE PRÁTICA CLÍNICA

O ENP decorreu numa UCC da Região Norte do País, cuja área de intervenção abrange uma área total de 228,67 KM subdivididos em 33 freguesias (Portugal, 2022). Nesta área tão extensa, a prestação de CSP é realizada a uma totalidade de 46.446 habitantes (Portugal, 2022).

A criação da UCC tem como objetivo major a prestação de cuidados especializados na comunidade com maior proximidade do ambiente do utente e família, tornando a sua reintegração na comunidade o mais natural possível, após uma dependência física ou funcional que os limite na deslocação aos cuidados de saúde. Desta forma, a UCC visa proporcionar um acompanhamento contínuo, integrado e personalizado, com vista à autonomia dos utentes e melhoria da qualidade de vida, reduzindo a necessidade de internamentos hospitalares frequentes (Decreto-Lei nº 101/2006). O horário de funcionamento desta UCC é das 8h até às 20h nos dias úteis e das 9h às 17h nos fins-de-semana e feriados, conforme necessidade dos utentes admitidos. Esta, é constituída por uma equipa multidisciplinar subdividida em Saúde Escolar, Saúde Materna e Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI). Em específico, a ECCI, é composta por uma equipa multidisciplinar com dois enfermeiros generalistas, uma enfermeira especialista em enfermagem médico-cirúrgica, três enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação, uma médica assistente, uma psicóloga, um nutricionista, um assistente social, uma secretária clínica e quatro assistentes operacionais.

Em conjunto, esta equipa visa a promoção da qualidade de vida da população, através do desenvolvimento de projetos e atividades adequadas às necessidades da população abrangente, tendo por base os programas de saúde da Direção Geral da Saúde (DGS). Através da ECCI, o Agrupamento dos Centros de Saúde (ACES) está associado à Rede

Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) ao prestar cuidados no domicílio a utentes com dependência funcional, com necessidade de cuidados paliativos ou em processo de convalescença, sem que a condição exija internamento (Decreto-Lei nº 101/2006). Por outras palavras, a ECCI visa prestar cuidados de cariz preventivo, de reabilitação ou paliativos, envolvendo o utente e família (Decreto-Lei nº 136/2015).

Esta ECCI tem capacidade para 20 utentes, que são referenciados pelas diversas unidades funcionais dos Cuidados de Saúde Diferenciados (CSP) ou Cuidados de Saúde Diferenciados (CSD), sendo que para a sua admissão, estes devem respeitar os critérios de inclusão pressupostos pela RNCCI. Os principais motivos de referência para esta equipa são a reabilitação motora, a reabilitação respiratória, tratamento de feridas complexas, cuidados paliativos e capacitação dos cuidadores. A faixa etária dos utentes é variável, mas predominantemente idosa.

Na ECCI, a prática de cuidados é fundamentada principalmente pelos referenciais teóricos de enfermagem de Afaf Meleis, Dorothea Orem e Imogenes King. Para Meleis (2010) cuidar em enfermagem é ajudar os destinatários dos cuidados nos processos de transição. Para esta teórica os enfermeiros atuam como agentes facilitadores, de forma a promover o sentido de bem-estar. Nesta teoria, Meleis identificou quatro grandes categorias de transições: desenvolvimental, situacional, saúde/doença e organizacional. As desenvolvimentais abrangem, por exemplo, transições no envelhecimento. As mudanças geográficas, alta hospitalar, ausência de casa, entre outras compreendem transições situacionais, que são maioritariamente as situações vivenciadas pelos utentes que integram a ECCI. Desta forma, é fundamental uma prática baseada em teoria, opinião que vai em concordância com o estudo realizado por Martins et al. (2018) que referem que os EEER sustentam a sua prática de acordo com as conceções teóricas de enfermagem como a de Afaf Meleis, Dorothea Orem, Callista Roy e Madeleine Leininger.

A integração neste local de estágio foi realizada de forma progressiva, tendo sido a primeira semana essencialmente direcionada para a integração na equipa multidisciplinar e para reconhecimento das competências a desenvolver no campo de estágio. Após uma reunião com a enfermeira tutora e com a professora orientadora, foram desenvolvidos objetivos de forma a transformar este processo formativo mais enriquecedor. Para tal, foi realizado um projeto com base no diagnóstico de necessidades realizado. Neste foram identificadas

necessidades no âmbito da gestão e formação, pelo que foram planeadas atividades em consonância com as mesmas.

1.2. REFLEXÃO CRÍTICA DAS COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS AO LONGO DO ENSINO CLÍNICO

A aquisição de competências não se cinge apenas a apresentar conhecimentos e aptidão técnica, mas sim à capacidade de os interligar e ser capaz de os utilizar de forma eficaz, utilizando, portanto, o pensamento crítico para a tomada de decisão.

1.2.1. ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

As competências comuns do EE são aquelas “partilhadas por todos os especialistas, independente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão dos cuidados e ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria” (Regulamento nº 140/2019, 2019, p.4745). Estas, são divididas em quatro domínios, sendo eles: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua de qualidade; gestão de cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Regulamento nº 140/2019, 2019).

A realização deste estágio inicialmente, para a estudante, foi um fator de stress, devido à sua duração e até mesmo à sua complexidade. Contudo, com o passar do tempo, revelou-se uma experiência fundamental, quer para o desenvolvimento formativo, quer para o desenvolvimento pessoal.

Numa fase inicial, foi adotada uma postura de observação participativa com o intuito de conhecer o papel da EEER na equipa multidisciplinar, bem como conhecer a dinâmica da UCC. Porém, ao longo do exercício profissional foi sendo aprimorada a técnica clínica e tida em conta cada vez mais a dimensão ética, tendo por base a deontologia profissional, zelando pelos direitos humanos e os interesses do utente/família, bem como da equipa multidisciplinar. A confidencialidade da informação acedida (informática e escrita) foi

garantida, tal como o respeito pelo direito à escolha, dos valores e das crenças, conforme preconizado no Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE) (OE, 2015). No contexto de UCC foi percecionado pela estudante que o contexto domiciliário é extremamente delicado para a prestação de cuidados, pois é o ambiente pessoal do utente, no qual ele se encontra no seu estado mais vulnerável. Apesar de ser o local onde é possível a realização de uma avaliação das necessidades do mesmo com maior facilidade, trata-se por vezes de um local potencialmente causador de stress, por ser um local que não sabemos o que vamos encontrar quer a nível de ambiente, quer a nível de recursos adaptativos para o processo de reabilitação. Aquando de um internamento o momento que se sucede é a alta clínica, muitas das vezes para domicílio, o que exige uma preparação por parte dos profissionais de saúde e dos cuidadores/família. De modo a garantir a eficácia dos cuidados prestados no domicílio foi necessário recorrer à capacitação do utente e da família através de um plano de intervenção explícito que desse resposta às necessidades gerais e específicas do utente em questão.

Deste modo, foi essencial adequar as estratégias de comunicação terapêutica conforme a disponibilidade e aceitação dos utentes/família, de forma a garantir uma melhoria da qualidade dos cuidados prestados (Campos, 2017). Esta estratégia de comunicação também pode influenciar a mudança de comportamentos de risco ou de barreiras arquitetónicas após a sua identificação, o que numa fase inicial foi uma dificuldade sentida. Para ultrapassar esta dificuldade numa fase inicial, foram importantes os momentos de reflexão com a enfermeira tutora sobre estratégias de comunicação terapêuticas. A comunicação terapêutica em enfermagem é um processo consciente e intencional que favorece a obtenção das informações relacionadas com o estado de saúde da pessoa e que promova o seu bem-estar, melhore o entendimento sobre os cuidados prestados e permita estabelecer uma relação terapêutica (Williams & Davis, 2005 citado por Sequeira et al., 2016). Por sua vez, a relação enfermeiro-utente fundamenta-se na comunicação e, esta, precisa de ser terapêutica, pois só assim foca o cuidado e, através deste, favorece a autoconfiança, respeito, individualidade, compreensão e empatia pela pessoa que necessita dos cuidados (Matos et al., 2020). No que concerne à melhoria contínua da qualidade dos cuidados, é fundamental que a equipa esteja em sintonia e que haja espírito de entre-ajuda e partilha de conhecimentos entre os elementos integrantes da mesma. Neste sentido, surge a supervisão clínica que segundo a OE (2018), é fundamental para a promoção da segurança e da qualidade dos cuidados prestados, bem como a qualidade do processo de acompanhamento e desenvolvimento de competências

pessoais e profissionais, promovendo uma identidade profissional crítica, reflexiva e consolidada.

Durante o período de estágio, foi notório o interesse da equipa multidisciplinar pela melhoria contínua dos cuidados, havendo uma preocupação acrescida pela supervisão dos cuidados prestados pela estudante, o que promoveu diversas oportunidades para desenvolver competências e uma maior segurança na prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação.

Semanalmente, realizava-se uma reunião multidisciplinar que servia como um momento de comunicação entre a equipa. Além disso, essa reunião era utilizada para a partilha de experiências e conhecimentos, visando melhorar as práticas desenvolvidas e estimular o envolvimento, a motivação e a responsabilidade de todos os membros da equipa multidisciplinar. Estes momentos foram enriquecedores para a estudante, na medida em que lhe permitiram constatar que todos os profissionais têm métodos de trabalho e linhas de pensamento diferentes. No entanto, em conjunto é realizada uma reflexão sobre a estratégia/prática mais eficaz para determinado caso clínico. Perante as dificuldades/necessidades identificadas pela equipa, mensalmente era realizada uma formação interna sobre temáticas, previamente reconhecidas pela equipa como importantes. Visto que a complexidade dos cuidados é elevada, é necessário os profissionais investirem na sua qualificação, objetivando uma prática de cuidados segura e de qualidade. Assim, torna-se imperativo analisar o contexto e as necessidades formativas, para que ao realizá-las, estas contribuam para o melhor desempenho do profissional, o que exige que as instituições de saúde priorizem e invistam na formação contínua dos profissionais, com vista na satisfação das necessidades por estes apontadas (Izaguirres et al., 2022).

Relativamente à gestão de cuidados, a coordenação da equipa foi outra função que a estudante teve oportunidade de experienciar com a EEER, devido à ausência da enfermeira coordenadora da UCC. Nestes momentos, foram observadas as estratégias adotadas para gestão dos recursos materiais e humanos de forma eficiente para promover a qualidade dos cuidados. Também foi possível identificar o papel de liderança e supervisão assumido pela coordenação da UCC, permitindo aperfeiçoar competências na gestão de conflitos e tomada de decisão. Segundo Costa (2021) os conflitos podem ser um problema, reduzindo a produtividade e consequentemente afetando a lucratividade e rentabilidade da organização,

tornando a gestão de conflitos dentro das organizações de saúde, cada vez mais importante para uma garantia de melhores resultados em saúde.

No âmbito da gestão, a estudante não encontrou tantas dificuldades, pois já havia desempenhado a função de responsável de turno e serviço no seu contexto de trabalho. No entanto, esta experiência revelou-se altamente enriquecedora para o seu desenvolvimento profissional.

Nesta unidade é utilizado o modelo de gestão de caso para coordenação dos cuidados. Assim, no seio da equipa multidisciplinar, o EE é reconhecido como o elemento mais qualificado, que age como dinamizador entre o utente, família e equipa multidisciplinar. Para Rego e

Coelho (2016, p. 68), a metodologia do enfermeiro de referência, preconiza a melhoria dos cuidados prestados devido à promoção de “apoio, confiança, respeito e empatia na relação estabelecida entre a equipa, o doente e família. Isto permite a promoção de uma melhoria da qualidade de cuidados através da redução de custos e utilização de recursos de saúde, tal como afirma Cruchinho (2021).

Também para a melhoria dos cuidados prestados, torna-se cada vez mais essencial traduzir as evidências científicas em ações (Danski et al., 2017). Isto porque os cuidados em saúde estão cada vez mais complexos, dinâmicos e em constante evolução (Sousa et al., 2019). Neste sentido, a assertividade e a prática com base na evidência foram um pilar neste domínio.

Ao longo do estágio o conhecimento disponibilizado pela enfermeira tutora, bem como restante equipa foi captado, fomentando um pensamento crítico e uma tomada de decisão mais consciente. Tal como Fernandes e Vareta (2018) afirmam, é na reflexão da ação que se fundamenta a evolução da prática e a melhoria contínua da qualidade do desempenho profissional. Em complementaridade com a reflexão em equipa, a pesquisa bibliográfica constante foi um alicerce para a prática baseada em evidência, no que concerne aos cuidados de Enfermagem de Reabilitação.

Outra competência desenvolvida ao longo deste período do ENP, foi na prática de investigação, através da execução do projeto de investigação, incluído no presente relatório. Após realização do projeto de investigação foi realizada formação em serviço sobre as intervenções do EEER no utente com disfagia, cujo planeamento da sessão informativa se

encontra no Apêndice I. Para a sua realização foi realizada um documento de apoio em PowerPoint que está apresentada no Apêndice III

Esta formação permitiu atingir o objetivo de desenvolver competências na área do planeamento de formações e na função como formador, bem como sensibilizar a equipa multidisciplinar da UCC para a precoce avaliação e intervenção no utente com disfagia. No decorrer da formação, os participantes mostraram-se motivados com a temática, apresentando uma postura de participação ativa. No final, todos os participantes referiram a pertinência da temática, tendo em conta a complexidade da tipologia dos utentes referenciados para UCC. Após análise dos resultados do questionário realizado, observou-se que todos os profissionais reconheciam o EEER como um profissional com intervenções dirigidas às alterações da deglutição. Contudo, observou-se que das diversas complicações da disfagia, apenas são reconhecidas a pneumonia de aspiração e a perda de peso. De um modo geral os enfermeiros não se sentiam à vontade para realizar uma avaliação da deglutição segura, associando esta insegurança à falta de conhecimento sobre a utilização das escalas de avaliação e da falta de um guia orientador para proceder perante um utente com alterações da deglutição. Desta forma, foi possível constatar a pertinência da formação realizada.

1.2.2. ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Junto ao perfil das competências comuns, o EEER deve apresentar “um conjunto de competência clínicas especializadas que visam ser o enquadramento regulador para a certificação das competências e comunicar aos cidadãos o que podem esperar.” (Regulamento nº 392/2019, 2019, p. 13565). Assim, o EEER “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 a reinserção e exercício da cidadania; maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.” (Regulamento nº 392/2019, 2019, p.13566). No que diz respeito às competências específicas do EEER, foram proporcionadas diversas oportunidades para desenvolvimento de conhecimentos e competências na área da

reabilitação em contexto de comunidade, tais como: reeducação funcional motora (RFM), reeducação funcional respiratória (RFR), treino de atividades de vida diárias (AVD's) e capacitação dos cuidadores.

Para uma melhor prestação de cuidados foi aplicado o processo de enfermagem tendo por base a mobilização de conhecimentos teóricos previamente adquiridos ao longo deste processo formativo. Já Henderson em 1980, afirmava que o processo de enfermagem era uma estratégia lógica para a resolução de um problema, através de uma metodologia científica (Henderson, 1980, citado por George, 2020). Na Teoria do Alcance de Objetivos de Imogenes King, o processo de enfermagem, tem por base o bem-estar do utente, promove a reabilitação através do alcance de metas, no ambiente natural envolvido num sistema social, interpessoal e pessoal (King, 1990, citado por George, 2020).

Após a admissão do utente pela equipa, era realizada uma visita domiciliária na qual se previa a recolha da informação necessária para elaborar uma avaliação inicial que reproduzisse na íntegra as necessidades do utente/família/cuidador informal. Para isto eram recolhidos dados iniciais como: dados objetivos da avaliação física, cuidador informal, tipo de alimentação, locomoção, presença de feridas, barreiras arquitetónicas, assim como, a presença de apoios sociais.

Mais tarde, é realizada uma visita domiciliária em equipa multidisciplinar, com o objetivo de identificar as necessidades multidisciplinares de cuidados, de forma que seja fornecido o máximo de apoio ao utente/família. O número de visitas domiciliárias, variavam entre duas a três vezes por semana. Contudo, dependendo das necessidades do utente/família/cuidador informal, estas poderiam ser diárias.

Para que a evolução do processo de reabilitação do utente pudesse ser monitorizada e reavaliada, foram utilizados instrumentos de medida, assim como está salientado no Regulamento nº 392/2019. Estes permitem ao EEER um levantamento dos diagnósticos de necessidades, sensíveis à sua intervenção e posteriormente uma avaliação da pertinência do plano de cuidados implementado e a adaptação consoante os resultados obtidos após a sua implementação. Após a obtenção da informação necessária, era realizado o plano de intervenção individual, no qual era apresentado o planeamento e implementação de intervenções adequadas às necessidades do utente/família.

Para um processo de reabilitação produzir ganhos em saúde é necessário que o utente e família aceitem a nova condição de saúde. Este processo, consiste num processo transicional, que de acordo com Meleis (2010, p. 11), é “uma passagem de um estado bastante estável a outro bastante estável, sendo desencadeado por alguma mudança”. Segundo a mesma autora, a necessidade de cuidados de enfermagem surge maioritariamente quando existe uma transição na vida do utente e cuidador informal. Em suma, Meleis (2010) afirma que os enfermeiros são os profissionais de saúde mais capacitados para ajudarem as pessoas a superarem um evento crítico através de uma transição saudável.

Ao longo do estágio, a implementação de programas baseou-se essencialmente na função motora e na função respiratória. Estes programas eram personalizados para cada utente e reformulados conforme a evolução clínica dos mesmos, tendo em conta as necessidades e dificuldades observadas ao longo da sua implementação.

A RFM na comunidade almeja principalmente reduzir/prevenir as complicações associadas à imobilidade e o fortalecimento muscular. Nestes programas, é fundamental que a implementação dos exercícios seja gradual para promover uma adaptação musculoesquelética e que também exista o ensino e treino dos exercícios para diminuir possíveis complicações (Coelho et al., 2017).

Os programas de RFM implementados, incidiam essencialmente no treino de força, treino de equilíbrio (deitado, sentado e em pé), treino de marcha e treino de escadas. Também era realizada estimulação cognitiva, coordenação motora e treino de motricidade fina. Nos utentes totalmente dependentes fisicamente, eram realizadas mobilizações articulares passivas, para promover a mobilidade e evitar rigidez articular, tal como defende Figueiredo (2018).

A principal dificuldade na implementação destes programas de reabilitação foi a falta de colaboração dos utentes. Conforme mencionado na caracterização do contexto, os utentes eram geralmente idosos, muitos com limitações articulares. Isso dificultava a adesão, pois nem sempre eram recetivos à mobilidade. No entanto, encontrar um tema de interesse, como cuidar da casa, do jardim/quintal ou realizar tarefas de forma autónoma, eram estratégias usadas para motivá-los. O reforço positivo também se mostrou eficaz, pois fazia com que se sentissem cada vez mais integrados no plano, fortalecendo a relação de parceria.

Outro fator que dificultava estes cuidados era a presença de barreiras arquitetônicas, como portas estreitas, quartos pequenos e excesso de mobília, que os utentes não estavam dispostos a alterar. Nestes momentos, foram essenciais as reflexões realizadas com a enfermeira tutora sobre possíveis estratégias para contornar essas dificuldades.

Os programas de RFR foram diversos, abrangendo uma variedade de técnicas específicas, adaptadas às características das patologias respiratórias restritivas e obstrutivas. Durante o período de internamento, as principais necessidades respiratórias dos utentes incluíam a permeabilização das vias aéreas, recorrendo à aspiração de secreções ou à tosse assistida. Inicialmente, era implementada a técnica de dissociação dos tempos respiratórios, depois a expansão torácica e as manobras de vibração e percussão. Após a mobilização das secreções, procedia-se a ciclos de tosse assistida e aspiração de secreções, caso o utente não tivesse capacidade para as expelir. Esta implementação de técnicas no programa de reabilitação, está em concordância com autores como Cordeiro e Menoita (2012).

Os ensinamentos sobre as técnicas de conservação de energia foram de extrema importância, pois os utentes com patologia respiratória por vezes sentem-se limitados por ela, uma vez que não conseguiam coordenar o esforço físico com a respiração. Tal como Cordeiro e Menoita (2012) referem, as técnicas de conservação de energia tem como objetivo a realização das AVD's com maior independência e autonomia, reduzindo o gasto energético, a dispneia e o consumo de oxigénio.

A realização de intervenções em contexto domiciliário pode, por vezes, revelar-se um desafio, exigindo que o EEER demonstre uma excelente capacidade de gestão de materiais, criatividade e adaptação, de forma a ajustar os recursos disponíveis às necessidades específicas do utente e da sua família em cada momento (Baía, 2018).

Para diminuir as limitações dos utentes, é frequentemente necessário recorrer a produtos de apoio. De acordo com Cordeiro e Menoita (2012), além de disponibilizar esses produtos, é essencial fornecer informações e ensinar o uso correto e a finalidade dos mesmos, promovendo assim uma utilização segura e completa. Dada a complexidade das tecnologias de apoio e o surgimento constante de novas opções, é essencial que as equipas estejam bem informadas e atualizadas, garantindo a disponibilização de soluções que ofereçam a melhor qualidade de vida possível ao utente (Encarnação, 2015).

A comunidade, especialmente o domicílio, constitui um espaço privilegiado para a promoção da autonomia do utente e do cuidador informal (Martins & Santos, 2020). A integração das famílias no plano de intervenção é crucial, pois são elas que asseguram a continuidade dos cuidados (Frade et al., 2021). Segundo o mesmo autor, os enfermeiros, independentemente da especialidade, devem capacitar e empoderar os utentes e famílias, de forma que estes sejam capazes de resolver os seus problemas. Assim, o EEER, dotado de competência específicas e diferenciadas, apresenta um papel crucial na capacitação dos utentes, família e cuidadores informais.

Durante a prestação de cuidados neste ENP, as temáticas com maior necessidade de capacitação dos utentes e família foram: a mobilidade; a ingestão hídrica; alternância de decúbitos; transferências; o posicionamento correto para alimentação e a consistência dos alimentos adequada. Estas necessidades estão alinhadas com as identificadas por Petronilho et al. (2017), cujo estudo demonstra que a capacitação dos cuidadores informais se centra, principalmente, nos autocuidados.

Neste sentido, torna-se pertinente a utilização do Modelo Teórico de Orem, na prática das intervenções do EEER, face à promoção do autocuidado inerente às AVD's. Orem (1991) construiu a teoria de enfermagem do déficite do Autocuidado, que subdividida em três teorias inter-relacionadas (teoria do autocuidado, teoria do deficit do autocuidado e a teoria dos sistemas de enfermagem). Segundo a mesma autora, a teoria do autocuidado consiste na capacidade do individuo executar as atividades que assegurem as suas necessidades básicas, o seu estado de saúde e bem-estar. Quando o utente não consegue realizar as AVD's de forma autónoma, surge a necessidade dos cuidados de enfermagem. Estes, apenas visam a substituição quando o utente não apresenta capacidade de execução e a capacitação quando ele apresenta capacidade de evolução, tal como afirmou Orem (1991).

Para capacitar os cuidadores informais, a ECCI implementou uma estratégia interessante de formação e motivação, que consistia em realizar sessões mensais no Centro de Saúde, abordando temas variados em cada encontro. Estas sessões não só promoveram a aquisição de conhecimentos, como também criaram um ambiente acolhedor e de partilha, onde os cuidadores informais puderam conhecer outras pessoas na mesma situação e compreender que é normal enfrentar dificuldades. Além disso, este momento de formação foi reconhecido pelas famílias como uma oportunidade de pausa, permitindo-lhes desligar das responsabilidades de cuidado ao utente durante cerca de duas horas.

A gestão de emoções, como a frustração perante algumas situações vivenciadas, foi uma necessidade sentida. Tendo sempre exercido funções em ambiente hospitalar, foi desde início notadas as diferenças de prestação de cuidados em contexto de domicílio. O enfermeiro que presta cuidados no domicílio, vê-se a prestar cuidados num ambiente não controlado, que pode ir de más condições habitacionais à falta de apoio dos familiares na continuidade de cuidados, entre outras. Por exemplo, das principais coisas que fizeram a estudante refletir foi na falta de recursos e apoio que algumas pessoas vivenciam nos domicílios. Também a necessidade de apoio e capacitação dos cuidadores para estes cuidarem com mais segurança, foi algo que levou à reflexão. Uma das experiências vivenciadas foi uma cuidadora para levar a filha (adulta e totalmente dependente) do quarto para a sala, transferia a mesma para os seus pés e levava-a verticalizada sobre os seus pés para a cozinha. Pensar em todos os riscos que isto acometia quer para a cuidadora, quer para a utente foi algo que preocupou. Nesta fase, foi fundamental a orientação e apoio da equipa multidisciplinar, em especial a enfermeira tutora, para arranjar estratégias de controlo das mesmas.

A necessidade do distanciamento emocional dos casos clínicos acompanhados, também foi um fator de stress. Quando um profissional recebe um utente em ambiente hospitalar, apenas vemos o que nos é exposto, ou seja, as relações familiares e até mesmo condições habitacionais. Existe sempre um distanciamento pelo facto de se encontrarem num ambiente que lhes é estranho. Já quando se entra num domicílio, aquela família aceitou a vulnerabilidade de abrir um lar para alguém estranho para ser ajudada. Assim, eles tendencialmente criam uma ligação de maior proximidade com o enfermeiro. Tal como Diogo (2017) afirma, nos CSD, o enfermeiro cuida do utente em fase aguda ou crónica, mas existe um maior distanciamento pelo espaço em que está inserido e porque as famílias não estão tão presentes. Realidade completamente diferente da comunidade em que o enfermeiro é acolhido no seu domicílio, gerando uma relação de confiança e empatia muito maior.

De todos os casos clínicos acompanhados, quatro foram os que mais geraram inquietação, pela degradação rápida da condição dos utentes e pelo seu impacto no seio familiar. Em dois casos, o diagnóstico principal era de Esclerose Lateral Amiotrófica, outro era de Doença de Parkinson e uma neoplasia da face. A realidade das doenças neurodegenerativa é avassaladora para quem com elas convive. Foi bastante difícil gerir as emoções ao ver as adaptações no seio familiar que estas exigem.

Outra realidade observada, foi a falta de transmissão de informação referentes ao utente/processo clínico, por vezes existente entre os diversos cuidados de saúde (primários e diferenciados). Na admissão, nem sempre a informação clínica que acompanhava o utente estava completa ou se refletia no utente. Uma boa comunicação ou transmissão de informação entre as unidades de cuidados é essencial na prestação de cuidados e na promoção de saúde, tal como Sousa et al. (2019) reconhecem. A continuidade dos cuidados tem também um papel extremamente importante nos cuidados de enfermagem, enquanto parte do processo de avaliação da qualidade dos serviços prestados.

Assim, considera-se que este estágio foi fundamental para a prática profissional, pois permitiu uma alteração da postura perante a prestação de cuidados ao utente. Trabalhando numa Unidade de Média Duração e Reabilitação, a perceção de preparação para a alta, mudou significativamente, incluindo cada vez mais a família para facilitar esta adaptação futura para o domicílio. A capacitação do cuidador informal desde o momento da admissão é essencial para uma alta segura, pois permite a vivência de diversas experiências e uma adaptação gradual à função de cuidador (Marques, 2015). A importância da transmissão dos cuidados, quer para a comunidade quer para o hospital, também foi outra sensibilidade gerada após a realização deste estágio.

A nível pessoal, a realização do ENP proporcionou à estudante uma transformação significativa na maneira de encarar as adversidades da vida. Durante a prestação de cuidados no domicílio, é possível observar realidades extremamente desafiadoras. No entanto, mesmo diante dessas dificuldades, os utentes e as suas famílias demonstram uma notável resiliência e determinação, recusando-se a serem vencidos pelas circunstâncias adversas. Esta experiência ensinou à estudante a importância da perseverança e da esperança, reforçando o seu compromisso com a prestação de cuidados de qualidade e humanizados

CAPÍTULO II- PROJETO DE INVESTIGAÇÃO

2.1. INTRODUÇÃO

De acordo com Pillipsen (2019), a disfagia é reconhecida como a percepção de dificuldade no momento de passagem de passagem da comida deglutida. Estas alterações podem originar em complicações para o utente com disfagia, tais como a desnutrição, desidratação, e complicações respiratórias.

Braga (2016) acrescenta ainda que esta pode ter um impacto na vida social do utente, pois o momento de alimentação, é reconhecido culturalmente como um momento de prazer e de convívio, contudo os utentes com disfagia sentem-se inibidos e constrangidos, conduzindo ao isolamento. Num estudo realizado no Alentejo, em que foi realizada a avaliação da disfagia de forma sistematizada a todos os utentes, evidenciou-se: uma redução do tempo de internamento (dois dias); redução de complicações respiratórias (83%) e redução de custos (50.3696) (Bonança et al., 2019). O aumento dos custos é reconhecido como multifatorial, contudo, Bonilha et al. (2014) considera que estes podem estar associados ao aumento do tempo de internamento, maior recorrência ao serviço de urgência e encaminhamento para unidades de reabilitação ou lares.

Assim, estes estudos suportam a linha de pensamento de que os EEER são cada vez mais necessários em todos os contextos, de forma a permitir um rastreio e intervenção precoce nos utentes com disfagia, melhorando os ganhos em saúde e a qualidade dos cuidados disponibilizados a todos os utentes.

A disfagia pode ser classificada como orofaríngea ou esofágica, dependendo da área afetada. As intervenções do EEER são mais eficazes na disfagia orofaríngea, pois é possível avaliá-la sem necessidade de exames complementares de diagnóstico, permitindo posteriormente implementar um programa de reabilitação adaptado às necessidades do utente. Assim, no contexto da Unidade Curricular de ENP do curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, do IPVC-ESS, no ano letivo de 2022/2023, coordenado pela docente Prof.^a Dr.^a Maria Salomé Martins Ferreira, foi proposto a elaboração de um trabalho de investigação, assim como a sua implementação no domínio dos cuidados à pessoa com necessidades na área de Enfermagem de Reabilitação. Este trabalho pretende demonstrar conhecimentos no âmbito da investigação em simultâneo com o desenvolvimento de competências comuns do EE e as competências específicas do EEER, tal como definido pela OE.

A seleção desta temática deve-se ao reconhecimento pela OE (2015) como área de atuação e investigação prioritária na Enfermagem de Reabilitação em Portugal, de 2015 a 2025.

Assim, o tema que se pretende desenvolver intitula-se “As intervenções do Enfermeiro implementadas pelo Especialista de Enfermagem de Reabilitação no utente com disfagia: uma *Scoping Review*”, sob orientação da Prof.^a Dr.^a Andreia Lima.

A escolha da temática também atende às necessidades profissionais como enfermeira numa Unidade de Média Duração e Reabilitação, onde é comum identificar alterações na deglutição. No entanto, estas não são totalmente abordadas devido à falta de sensibilidade da equipa multidisciplinar desde a formação académica. Neste sentido, a presente investigação surge da necessidade de sensibilizar através da evidência disponível, a equipa multidisciplinar para esta necessidade, surgindo a questão de investigação: Quais são as intervenções implementadas pelo EEER no utente com disfagia? Assim, tem como objetivo mapear a evidência científica disponível para identificar as intervenções de enfermagem implementadas pelos EEER no utente com disfagia.

Deste modo, considerou-se realizar uma *scoping review* com a finalidade de mapear a evidência científica face ao tema em estudo. Para tal recorreu-se a uma pesquisa nas seguintes bases de dados: CINAHL complete (via EBSCO), COCHRANE Databases of Systematic Reviews, MEDLINE (Via PubMed), MEDLATINA e SCIELO. Para cada base de dados foram identificados os descritores e os termos de pesquisa adequados. Por fim, os resultados foram apresentados à equipa multidisciplinar, com o intuito de sensibilizar a equipa multidisciplinar para a intervenção do EEER no utente com disfagia.

Este trabalho divide-se em três fases: conceptual, metodológica e empírica. Na primeira fase, é realizado um enquadramento teórico, enquanto suporte científico e descrição dos conceitos que fundamentam o tema em análise. Numa segunda fase, é apresentada a metodologia do estudo, sendo abordado o tipo de estudo, o protocolo da investigação, a estratégia de pesquisa e a análise de evidências. Em seguida, é apresentada a fase empírica, na qual surge a apresentação dos resultados e a discussão dos mesmos. Para finalizar, são apresentados os contributos da investigação para a prática clínica e para a investigação, assim como limitações e sugestões.

2.2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

De forma a aprofundar os conhecimentos no domínio das intervenções do Enfermeiro na prevenção de complicações no utente com disfagia, foi realizada uma pesquisa teórica mais profunda, que se demonstrou fundamental para a estruturar o problema de investigação. Assim, nesta fase são apresentados os resultados desta pesquisa abordando as seguintes temáticas: a problemática da disfagia na atualidade e o papel do enfermeiro nas alterações da deglutição.

2.2.1. A DISFAGIA: UMA PROBLEMÁTICA DA ATUALIDADE

A disfagia é o termo médico para o sintoma de dificuldade de deglutição (Philipsen, 2019). Este advém das palavras gregas “dys (má) e Phagein (comer)” (Hoeman, 2011, p. 304). É reconhecida pela dificuldade na transferência de alimentos sólidos ou líquidos, da cavidade oral até ao estomago de forma autónoma e segura (Sukkar et al., 2018).

O processo de deglutição, dependendo dos autores, pode variar entre três e cinco fases. De acordo com o *World Gastroenterology Organisation* ([WGO], 2014), a deglutição divide-se em três fases (oral, esofágica e faríngea). Para Braga (2016), a deglutição apresenta quatro fases (preparatória, oral, esofágica e faríngea). No entanto, Branco e Portinha (2017), defendem que esta apresenta uma fase antecipatória, prévia à fase preparatória, perfazendo assim cinco fases do processo de deglutição.

A fase oral é considerada como voluntária e consciente, com uma duração variável entre um e dez segundos. A fase faríngea é involuntária, mas consciente e tem uma duração de cerca de um segundo. Já a fase esofágica é inconsciente e involuntária podendo durar entre oito e vinte segundos (Braga, 2016).

A disfagia pode ser então considerada como uma alteração do processo de deglutição. Porém, este é bastante complexo pois interfere com vários sistemas como cardiovascular, respiratórios e muscular. Segundo Christmas (2019), o processo de deglutição envolve seis nervos cranianos, múltiplos grupos musculares e sinais corticais e subcorticais do cérebro, que necessitam estar bem coordenados, para que este processo decorra sem intercorrências.

O tipo de disfagia pode ser classificado de acordo com a localização anatômica afetada perante o processo de deglutição. Assim, pode ser considerada como disfagia orofaríngea ou esofágica (Patel et al., 2018), estando a orofaríngea associada ao processo inicial da formação

do bolo alimentar e a esofágica associada a uma alteração de alguma etapa da deglutição do bolo alimentar da cavidade oral até ao estomago (Silva et al., 2019).

A disfagia pode surgir em todas as faixas etárias, contudo em pessoas mais jovens é mais predominantemente associada a lesões da cabeça e pescoço de origem traumática ou neoplásica. Porém a prevalência da disfagia aumenta com a idade (*World Health Organization* [WHO], 2014). Isto constitui fator de preocupação tendo em conta ao envelhecimento demográfico em Portugal. O índice de envelhecimento em Portugal, que compara a população com 65 e mais anos (população idosa) com a população dos 0 aos 14 anos (população jovem) continuou a aumentar nos últimos anos. Em 2011, por cada 100 jovens que residiam em Portugal havia 128,0 idosos, número que aumentou para 181,3 em 2021 e 185,6 em 2022 (INE, 2023). Estes valores revelam que Portugal é um dos países mais envelhecidos da Europa.

De acordo com a Associação Portuguesa de Terapeutas da Fala (2017) estima-se a presença de disfagia em mais de 80 mil pessoas. Já em 2016, a disfagia foi reconhecida como um síndrome geriátrico pela *European Union of Geriatric Medicine Society* e pela *European Society for Swallowing Disorders* (Baijens et al., 2016).

Streicher et al. (2018) no seu estudo internacional, identificaram uma prevalência de disfagia entre 10 a 20% em utentes em Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI). Num estudo realizado exclusivamente em ERPI portuguesas, identificaram uma prevalência de 38.2% (Nogueira, 2013). Já num estudo mais recente, que pretendia avaliar a prevalência da disfagia em utentes institucionalizados, revelaram que em 93 participantes, 60,22% apresentavam disfagia (Ferreira, Fernandes & Oliveira, 2022). Apesar dos instrumentos de avaliação serem diferentes nos estudo, revelando diferentes resultados, todos demonstram uma prevalência elevada de disfagia em ERPI.

A disfagia afeta entre 40 e 70% dos doentes com AVC, 60 a 80% dos doentes com doenças neurodegenerativas, até 13% dos adultos com mais de 65 anos, cerca de 51% dos pacientes idosos institucionalizados, bem como 60 a 75% dos pacientes submetidos a radioterapia por neoplasia de cabeça ou pescoço (WHO, 2014). Cuppari (2019) acrescenta que a presença de disfagia em idades avançadas é evidenciada em 10% de utentes institucionalizados e 30 a 60% em utentes no domicílio.

Apesar desta prevalência elevada, o diagnóstico de disfagia nem sempre é incluído no relatório de alta hospitalar ou em cuidados de saúde primários (Civit & Peris, 2011). Em suma, a disfagia é um problema evidente, com o qual os profissionais de saúde e os familiares lidam diariamente e para o qual devem desenvolver intervenções e implementar estratégias capazes de fazer face a esta problemática (López-Liria et al., 2020).

As causas da disfagia podem ser diversas e podem variar de acordo com a faixa etária. Sukkar et al. (2018) afirmam que a disfagia pode resultar de alterações neurológicas ou musculares. Em idades mais jovens, é mais frequentemente causada por doenças musculares inflamatórias, teias e anéis. Já em pessoas mais velhas, é geralmente causada por doenças do sistema nervoso central, como AVC, doença de Parkinson e demência (WHO, 2014). Segundo Philipsen (2019), as causas mais comuns de disfagia são o AVC, neoplasias da cabeça e pescoço, doenças neurodegenerativas, como o Parkinson e a Esclerose Lateral Amiotrófica.

A identificação do tipo de disfagia não é linear pois a presença de comorbilidade podem produzir disfagia tanto orofaríngea quanto esofágica, tornando assim a anamnese um momento de extrema importância na sua caracterização.

Os principais sinais de alerta são a dificuldade em mastigar, presença de pirose, dor torácica regurgitação nasal, tosse, engasgos durante a refeição e a sensação de alimento parado na garganta (Luccia, Kwiecinski & Santos, 2017).

A disfagia orofaríngea está associada a graves consequências, como desnutrição, desidratação, pneumonia por aspiração, maior tempo de institucionalização e aumento da mortalidade (Dias et al., 2020). Baijens et al. (2016) acrescenta que a disfagia reduz a qualidade de vida do utente e sobrecarrega os cuidadores. Isto porque o processo de deglutição não é apenas uma necessidade fisiológica de alimentação, mas também um momento social e cultural com impacto psicológico no utente (Kim et al., 2020).

A pneumonia de aspiração é a “passagem de alimentos sólidos ou líquidos através das cordas vocais, sendo a resposta normal um reflexo de tosse violenta, no entanto a pessoa pode aspirar de forma silenciosa, ou seja, sem apresentar os sinais clássicos de aspiração” (Braga, 2016, p. 184). Segundo o mesmo autor, a aspiração silenciosa pode estar presente em cerca de 25 a 30% das pessoas com disfagia.

Num estudo realizado por Almeida et al. (2016), estima-se que 15 a 18% das pneumonias hospitalares são por aspiração e que estas podem aumentar o tempo de internamento hospitalar desde sete a nove dias. Neste sentido, Bernardes et al. (2022) afirmam que a disfagia apresenta uma elevada carga económica para as instituições.

Em concordância, Patel et al. (2018) evidenciou que em comparação aos utentes sem disfagia, aqueles que a apresentam, podem ficar mais 3,8 dias internados, aumentando os custos em saúde em cerca de 33%, uma vez que estas pessoas necessitam de cuidados mais especializados em 2,8 % e apresentam 1,7% de maior risco de morte no hospital. Assim, o mesmo autor considera que o diagnóstico de disfagia pode ser considerado como um indicador de piores resultados em saúde e maiores custos em saúde, pelo elevado risco de complicações que este pode acarretar.

Em Portugal, umas das principais causas de morte são as doenças respiratórias e entre elas a principal é a pneumonia (DGS, 2018). Reconhecendo o potencial risco de complicações respiratórias, como a pneumonia de aspiração, associadas às alterações de deglutição, e considerando a alta prevalência dessas alterações em indivíduos com diversas comorbilidades, é plausível que uma grande parte das pneumonias diagnosticadas sejam de aspiração. Esse cenário reforça a importância do diagnóstico precoce e da avaliação da disfagia nos utentes, mesmo na ausência de alterações neurológicas evidentes (Seo et al., 2021).

A aspiração pode ser detetada, por sinais e sintomas que indicam a presença de disfagia, sendo crucial o EEER estar devidamente alerta para estes, de modo a intervir o mais rápido possível. Tais sinais e sintomas podem ser: dificuldade a iniciar a deglutição, acessos de tosse, pigarrear após a deglutição, características da voz alteradas (voz nasalada ou rouca), regurgitação nasal e dispneia (Braga, 2016). No momento da avaliação inicial da deglutição, é fundamental a avaliação da presença dos reflexos, para que a deglutição seja segura e eficaz. De acordo com Branco et al. (2017), tais reflexos, são: reflexo de tosse, reflexo de vômito, reflexo palatal e reflexo de deglutição.

Uma boa anamnese inicial é essencial, pois mesmo não sendo sempre possível uma cura, é possível melhorar a qualidade de vida e diminuir complicações associadas à disfagia (Bath et al., 2018). Para isso, torna-se essencial identificar o risco de aspiração, permitindo posteriormente a discussão de opções de tratamento (WHO, 2014). A presença de uma equipa

multidisciplinar é fundamental para realizar uma avaliação abrangente, diagnóstico preciso, reabilitação adequada e elaboração de programas educativos (Santos et al., 2018), que sejam mais detalhados e completos. Essa abordagem integrada promove resultados mais efetivos e sustentáveis (Oliveira et al., 2015).

Para o utente com disfagia, esta parceria de cuidados, tem como objetivo a prevenção de complicações, redução das sequelas, diminuição dos reinternamentos devido a pneumonia por aspiração e possível morte (Santos et al., 2018). No seu estudo Eskildsen et al. (2021) refere que o objetivo principal da reabilitação do utente com disfagia é reestabelecer a alimentação, de forma segura e eficaz, protegendo as vias aéreas e promovendo o seu máximo potencial nas AVD's.

O processo de reabilitação de um paciente com disfagia é individual e especial, e o seu sucesso está relacionado com a sua permanência, cooperação e relação com a equipa multidisciplinar. Conviver durante um período prolongado com disfagia requer ajustes nos hábitos de vida e aceitação da nova condição, e é nesse campo que o EEER desempenha um papel fundamental (Frias et al., 2015).

Reabilitar o paciente com disfagia envolve dedicação de modo a obter uma deglutição segura, aumentando a nutrição e reduzindo complicações, como a pneumonia de aspiração. Assim a eficácia do tratamento para a disfagia depende da elaboração de um plano terapêutico com estratégias que promovam o processo de deglutição segura e consequentemente uma melhoria da qualidade de vida do utente (Braga, 2016).

Balbinot et al. (2018) referem que, para avaliar a disfagia, é fundamental prestar atenção à presença de estase ou resíduo na cavidade oral (deglutição incompleta do bolo alimentar), múltipla deglutição, alterações na qualidade da voz, tosse voluntária ineficiente e alteração de sensibilidade na laringe. Salientam ainda que essas avaliações devem ser breves, seguras e capazes de identificar utentes com risco de disfagia.

A eficácia da aplicação de um programa terapêutico na reabilitação de pacientes com disfagia orofaríngea foi comprovada, com recurso a reforço da higiene oral, manobras compensatórias, modificações posturais, exercícios terapêuticos e mudanças na textura da alimentação (Rodrigues et. al., 2015; Melgaard et al., 2021).

2.2.2. O PAPEL DO ENFERMEIRO DE REABILITAÇÃO NAS ALTERAÇÕES DA DEGLUTIÇÃO

É crucial que todos os membros da equipa multidisciplinar estejam envolvidos no processo de reabilitação. Todos os profissionais são responsáveis pelo processo de reabilitação de um doente, o que torna possível, quer no campo profissional quer na sociedade, amenizar o peso da deficiência, do sofrimento, da incapacidade e da diferença (Hoeman, 2011).

De acordo com o REPE, as intervenções interdependentes, prescritas por outros profissionais, são diferentes das intervenções autónomas, decididas pelo enfermeiro. No entanto, em ambos os tipos de intervenções, os enfermeiros, devido ao seu conhecimento técnico-científico, têm autonomia para decidirem a sua implementação após a identificação do problema e a avaliação dos riscos/ benefícios para o utente.

No seio das equipas multidisciplinares, é crucial que todos os profissionais estejam atentos ao utente com risco de disfagia, porém o enfermeiro tem um papel ainda mais imperante na sua monitorização e observação. Isto porque a supervisão da alimentação dos utentes é responsabilidade do enfermeiro, tal como previsto no Regulamento nº 392/2019 que lhe reconhece a responsabilidade de manter e recuperar as funções vitais, como a respiração, a eliminação, a circulação, a comunicação, a integridade cutânea e a mobilidade.

De acordo com a DGS (s.d), a alimentação saudável, assegura a sobrevivência do ser humano, fornece os nutrientes e energia necessária ao organismo, potencializa o bem-estar físico e psicológico e ajuda a prevenir doenças. Segundo Veras (2016), a desnutrição intrahospitalar é um problema de saúde pública e está correlacionado com o aumento de morbilidade e mortalidade. Marinho et al., (2019), afirmam que estudo realizados em Portugal revelam uma prevalência de 40% de utentes com risco nutricional à admissão no hospital.

As complicações que advém da desnutrição podem ser a perda de massa muscular e massa gorda, conduzindo a um aumento das úlceras por pressão e redução do poder cicatricial cutâneo. Estas complicações têm impacto também na capacidade pulmonar, cardíaca e atrofia dos órgãos viscerais (Baker et al., 2011). Segundo o mesmo autor, podem estar ainda associados a fadiga e apatia, ao aumento das taxas de mortalidade e morbilidade, aumento do risco de infeção, aumento do tempo de internamento e por consequência aumento dos custos em saúde.

Assim, a presença de um EEER revela-se importante, uma vez que este é um profissional especializado que tem as competências específicas para realizar uma avaliação/monitorização da deglutição e, posteriormente, direcionar uma proposta terapêutica em relação a uma possível alteração da deglutição (Regulamento nº 392/2019).

A intervenção do EEER na área de deglutição requer a revisão da história clínica, a avaliação estrutural e funcional da deglutição, a aplicação de um teste de triagem de disfagia e, por fim, a elaboração e execução de um plano de intervenção específico. A história clínica, a avaliação de enfermagem, o exame físico, os resultados laboratoriais e outros exames de diagnóstico fornecem dados fundamentais para descrever a incapacidade e fundamentar os diagnósticos de enfermagem (Hoeman, 2011), nomeadamente do diagnóstico de disfagia.

Uma vez identificado o compromisso de deglutição, torna-se imperativo o planeamento dos cuidados de enfermagem com o objetivo de reeducar essa deglutição. Devido à sua complexidade, esses cuidados requerem competências na área de enfermagem (Braga, 2016).

O enfermeiro responsável pelo utente com disfagia deve realizar uma avaliação periódica do estado nutricional e hidratação, de forma a promover uma deglutição segura com recurso a manobras compensatórias, terapêuticas e adequação da textura da dieta (Braga et al., 2016), o alinhamento corporal, a higiene oral e o ritmo e a velocidade da oferta de alimentos (Dias et al., 2020). Este processo de reabilitação visa melhorar a independência do utente com alterações de deglutição para se alimentar e hidratar adequadamente.

A enfermagem de reabilitação é projetada para tornar todos os elos do processo de enfermagem contínuos e sistemáticos e fornecer serviços de enfermagem de alta eficiência e qualidade aos pacientes, de modo a aliviar efetivamente a pressão psicológica e fisiológica dos pacientes e melhorar a qualidade do trabalho de enfermagem (Zeng et al., 2021).

Os enfermeiros de cuidados gerais são aqueles que mantêm uma relação contínua com os utentes, logo, é indispensável que saibam avaliar o reflexo de deglutição e identificar sinais de disfagia de forma sistemática e uniforme (Costa, 2020). Contudo, Braga (2016) refere que as equipas de enfermagem não estão devidamente treinadas na área da reeducação funcional da deglutição.

No estudo de Costa (2020), os enfermeiros reconheceram a importância da formação na área da deglutição. Também Cioatto e Zanella (2015), no seu estudo, avaliaram o conhecimento

dos profissionais de enfermagem sobre a disfagia revelando que embora os enfermeiros detenham um bom conhecimento na área da disfagia, ainda é necessário investir na formação sobre os cuidados ao utente com disfagia. Além disso, acrescentam que o conteúdo lecionado nas instituições de ensino de enfermagem abordam com profundidade as alterações de deglutição.

A educação desempenha um papel fundamental no processo de adaptação e na aceitação das estratégias recomendadas (Noë et al., 2021), pois a disfagia acarreta mudanças significativas no estilo de vida do utente e da sua família, exigindo uma adaptação contínua à nova realidade. Este processo, conhecido como capacitação do utente e da família, destaca a relevância da atuação do EEER, que exerce um papel crucial nesse contexto.

O EEER deve ser considerado um elemento de referência na formação, para promover a melhoria continua dos cuidados de enfermagem prestados. Têm também um papel importante junto das famílias que assumem o papel de cuidadores informais no que diz respeito à sua capacitação para a alimentação segura no domicílio bem como na identificação de sinais de alerta. Devem realizar o esclarecimento de dúvidas para ultrapassar possíveis adversidades deste processo de cuidar do doente com dependência (Romão, 2023).

2.3. METODOLOGIA

A investigação científica é um método privilegiado para a produção de novos conhecimentos científicos (Vilelas, 2020). A OE (2018) assume a importância da investigação científica na Enfermagem, defendendo que esta permite uma tomada de decisão mais consciente na prestação de cuidados e melhores ganhos em saúde, permitindo uma prática baseada em evidências.

2.3.1. TIPO DE ESTUDO

O trabalho apresentado consiste numa *Scoping Review*, que é um tipo de revisão de literatura cuja finalidade é mapear a evidência científica dentro de uma área de pesquisa (Joanna Briggs Institute [JBI], 2020).

Segundo Vilelas (2020), esta difere das revisões sistemáticas pela informação ampla e profunda da literatura existente. Difere também das revisões narrativas, por exigir uma reinterpretação dos dados analisados. O mesmo autor refere ainda que estas podem ser

utilizadas para “examinar a extensão, o alcance e a natureza da atividade de pesquisa, resumir e disseminar os resultados de pesquisa ou identificar lacunas na literatura existente” (Vilelas, 2020, p. 126)

Por conseguinte, o presente estudo tem como objetivo mapear a evidência científica disponível para identificar as intervenções de enfermagem implementadas pelos EEER no utente com disfagia.

2.3.2. PROTOCOLO DE INVESTIGAÇÃO

Para a realização de uma *Scoping Review*, é recomendada a publicação de um protocolo, quer para aumentar a transparência global da revisão, quer para evitar revisões duplicadas (JBI, 2020). Este permite também ao investigador, o controlo das etapas realizadas de forma a evitar possíveis desvios e viés (JBI, 2020).

A elaboração do presente estudo teve por base a metodologia JBI, o qual seguiu a etapas preconizadas: definição do título; desenvolvimento da questão de investigação; definição dos critérios de inclusão e exclusão; estratégia de pesquisa; seleção de artigos; extração de dados; análise das evidências e finaliza com a apresentação dos resultados (JBI, 2020). Após a definição da estratégia de pesquisa, conforme a metodologia da JBI (JBI, 2020), o protocolo do estudo foi submetido na plataforma *Open Science Framework* (OSF), encontrando-se disponibilizado em: <https://osf.io/xkg9w/> (Apêndice VI).

O título do estudo foi definido com base na clareza do mesmo e a designação "uma *Scoping Review*" foi incluída para facilitar a identificação do tipo de estudo. Após isso, foi formulada a questão de investigação, de forma clara, para facilitar a elaboração do protocolo, para a eficácia da pesquisa e para permitir uma estrutura clara para o desenvolvimento da análise de dados (JBI, 2020)

Este estudo surge para disponibilizar a última evidência científica sobre a temática, bem como da necessidade de sensibilizar a equipa multidisciplinar da UCC para a avaliação precoce da disfagia como estratégia para diminuir complicação associadas à mesma. Isto porque a população abrangida pela equipa, se enquadra com os fatores de risco, enquanto população envelhecida. No entanto, foi realizada uma pesquisa prévia antes de iniciar este estudo que revelou a ausência de qualquer estudo similar. Dessa forma, tomou-se a decisão de prosseguir com a realização desta pesquisa.

Para isso, a JBI definiu a menmónica PCC (Tabela 1), nos quais P (Participantes) – são *os utentes com disfagia*, C (Conceito) – *intervenções do enfermeiro no utente com disfagia* e C (Contexto) – *todos os contexto da prestação de cuidados*. A partir daí, foi formulada a questão inicial: “Quais são as intervenções implementadas pelo Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação no utente com disfagia?” (JBI, 2020), com o objetivo de mapear a evidência científica disponível para identificar as intervenções de enfermagem implementadas pelos EEER no utente com disfagia.

Tabela 1- Mnemónica PCC e Questão de Investigação

Mnemónica PCC	P (participantes)	C (Conceito)	C (Contexto)
	• Utentes com disfagia	• Intervenções do EEER no utente com disfagia	• Todos os contextos de prestação de cuidados
Questão de investigação	• Quais são as intervenções implementadas pelo Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação no utente com disfagia?		

Em seguida, o protocolo apresenta os critérios de inclusão e exclusão (Tabela 2). Esta etapa é crucial para as próximas etapas, uma vez que é através deles que os investigadores selecionam os estudos e os leitores compreendem a finalidade destes. Assim, de acordo com PCC definida, foram selecionados como critérios de inclusão todos os estudos em que as intervenções de reabilitação fossem implementadas pelos EEER aos utentes com disfagia. Serão excluídos todos os estudos cujas intervenções de reabilitação não sejam realizadas pelos EEER e os estudos que não abordem intervenções de reabilitação e utentes com disfagia.

Tabela 2- Critérios de Inclusão e Exclusão

Critérios de inclusão	Critérios de exclusão
• Artigos que identifiquem intervenções do enfermeiro no utente com disfagia (independentemente da causa ou contexto) • Utentes com idade superior a 18 anos • Textos em Inglês e Português;	• Artigos que não identifiquem as intervenções do enfermeiro no utente com disfagia (independentemente da causa ou contexto) • Artigos cujas intervenções de reabilitação não foram realizadas por enfermeiro
• Limite temporal: 2018- 2022 • Texto integral de livre acesso	

2.3.3. ESTRATÉGIA DE PESQUISA

A definição da estratégia de pesquisa segundo JBI (2020) deve ser abrangente e profunda para alcançar o máximo de estudos possíveis com os diversos tipos de evidência. A *Scoping Review* deve incluir todo o tipo de evidência, sendo o investigador responsável pela restrição ou não do tipo e qualidade dos estudos.

Assim, para a realização da pesquisa foram identificados os termos de indexação a utilizar para posteriormente poder formular a frase booleana adequada a cada base de dados selecionada (JBI, 2020).

Previamente à pesquisa, foi necessária uma pesquisa dos descritores em saúde disponível em: <https://decs.bvsalud.org/>, para definir os descritores a utilizar na pesquisa. Foram pesquisados os termos MesH adequados para a base MEDLINE, os termos Headings que para a base de dados da CINAHL e em suma, sinónimos dos termos da mnemónica PCC e da questão de investigação. Concluída esta fase, foi realizada a junção dos descritores com recurso aos operadores booleanos “AND” e “OR”. A estratégia de pesquisa dividida por bases de dados e respetivos resultados está apresentado na Tabela 3.

Tabela 3- Estratégia de pesquisa

Data base: MEDLINE (Via Pubmed) Filters: Free full text, in the last 5 years, English, Portuguese, MEDLINE, Adult: 18+ years Results: 42 Search strategy: (Deglutition disorders (TI, AB, MH) OR dysphagia (TI, AB, MH) OR swallowing disorders (TI, AB, MH)) AND (Rehabilitation nursing (TI, AB, MH) OR Rehabilitation nurse intervention (TI, AB, MH) OR Rehabilitation nursing program(TI, AB, MH))
Data base: Cochrane Database of Systematic Reviews Filters: Full text; Publication: 20180101-20221231; Language: - english, Portuguese Results: 0 Search strategy (Deglutition disorders (TI, AB, MH) OR dysphagia (TI, AB, MH) OR swallowing disorders (TI, AB, MH)) AND (Rehabilitation nursing (TI, AB, MH) OR Rehabilitation nurse intervention (TI, AB, MH) OR Rehabilitation nursing program(TI, AB, MH))
Data base: Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive Filters: Full text; Publication: 20180101-20221231; english, portuguese Results: 124 Search strategy (Deglutition disorders (TI, AB, MH) OR dysphagia (TI, AB, MH) OR swallowing disorders (TI, AB, MH)) AND (Rehabilitation nursing (TI, AB, MH) OR Rehabilitation nurse intervention (TI, AB, MH) OR Rehabilitation nursing program(TI, AB, MH))

Data base: Scielo Filters: Publication: 2018-2022 Results: 14 Search strategy (Deglutition disorders (Ti, AB) OR dysphagia (Ti, AB) OR swallowing disorders (Ti, AB)) AND (Rehabilitation nursing (Ti, AB) OR Rehabilitation nurse intervention (Ti, AB) OR Rehabilitation nursing program (Ti, AB))
Data base: Mediclatina Filters: Full text; Publication: 20180101-20221231; Language: - portuguese; english Results: 31 Search strategy (Deglutition disorders (TI, AB/ti, MH) OR dysphagia (TI, AB/ti, MH) OR swallowing disorders (TI, AB/ti, MH)) AND (Rehabilitation nursing (TI, AB/ti, MH) OR Rehabilitation nurse intervention (TI, AB/ti, MH) OR Rehabilitation nursing program (TI, AB/ti, MH))
Data base: CINAHL (Via EBSCOhost Web) Filters: Full text; Publication: 20170101-20221231; Excluding MEDLINE; Language Portuguese and English Results: 19 Search strategy (Deglutition disorders (Ti, AB) OR dysphagia (Ti, AB) OR swallowing disorders (Ti, AB)) AND (Rehabilitation nursing (Ti, AB) OR Rehabilitation nurse intervention (Ti, AB) OR Rehabilitation nursing program (Ti, AB))

A pesquisa de artigos foi realizada nas bases de dados: *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE®) via Pubmed, e *Cumulative Index to Nursing and allied Health Literature* (CINAHL®) via EBSCOhost Web, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, *Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive*, Mediclatina e Scielo. Esta *Scoping Review* não impõe restrições quanto ao tipo de

estudo. No entanto, há um limite temporal de cinco anos. Dessa forma, serão incluídos apenas estudos publicados entre 2018 e 2022. Os estudos devem estar disponíveis em texto completo e devem ser de acesso gratuito. Além disso, serão considerados apenas estudos escritos em inglês ou português, já que são os idiomas dominados pelos investigadores.

Após a realização da pesquisa, os resultados alcançados foram submetidos no programa Mendeley Reference Manager, um gestor bibliográfico.

2.3.4. ANÁLISE DE EVIDÊNCIAS

Posteriormente à pesquisa dos artigos, foi realizada uma seleção dos mesmos de acordo com a sua relevância para a temática em estudo, para prosseguirmos para a análise de evidência. Esta etapa deve ser transparente e clara relativamente ao percurso que irá ser realizado (JBI, 2020)

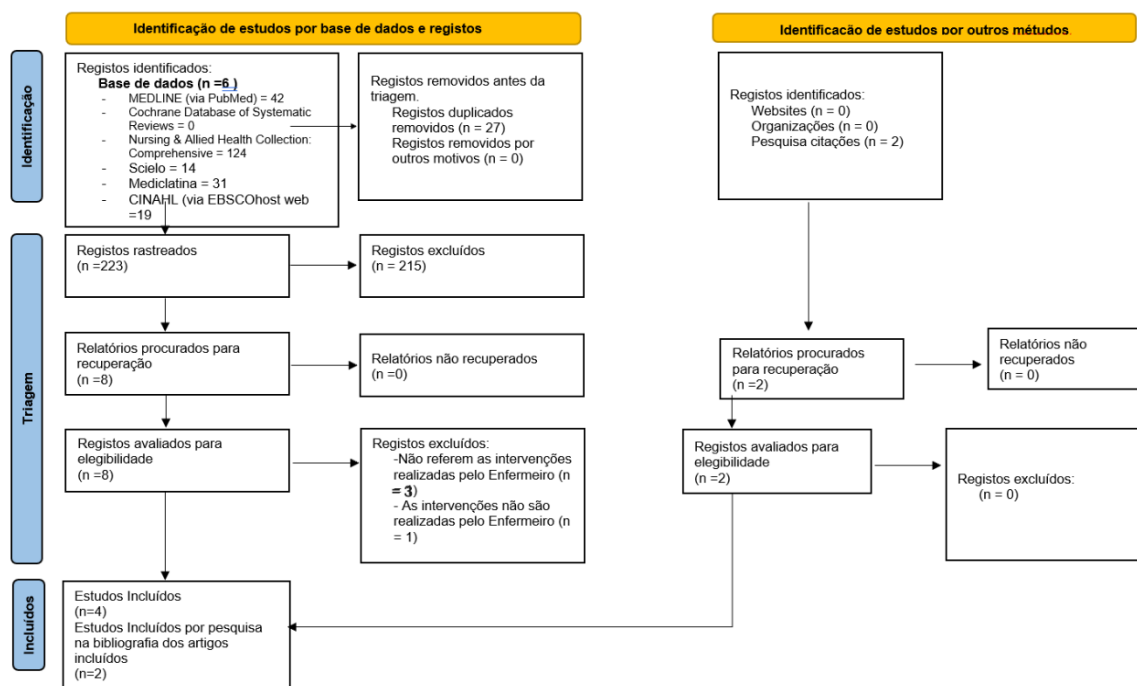
Neste sentido, através da pesquisa nas bases de dados mencionadas, foram obtidos 230 artigos que foram colocados na aplicação *Rayyan* (uma aplicação online e gratuita que tem como objetivo facilitar o processo de triagem para os investigadores) que permitiu a eliminação de vinte e sete estudos duplicados. Obtendo-se assim um total de 223 estudos incluídos. Após este ponto, os investigadores colaboraram individualmente na triagem dos artigos, de forma independente. Dois revisores independentes realizaram a triagem dos artigos. Em caso de dúvida, um terceiro revisor seria consultado para resolver as discrepâncias.

Inicialmente a seleção das fontes foi realizada pela leitura do título e do resumo e, por fim, através da leitura integral dos artigos selecionados. Após a leitura do título e resumo, foram selecionados 8 artigos pelos investigadores. Para verificar a existência de consenso entre os investigadores foi realizado um teste piloto em 5% do total da pesquisa para o qual era necessário obter no mínimo 75% de concordância entre eles. Esta concordância foi obtida com sucesso.

Em seguida para a análise do texto completo foi realizado novamente o teste piloto a 2% dos artigos no qual se obteve mais de 75% de concordância entre os investigadores. Assim foi realizada a leitura integral dos 8 artigos, dos quais foram selecionados quatro. Por fim, foi realizada a leitura das referências bibliográficas dos quatro artigos selecionados, como preconizado pela metodologia JBI (2020), pelo que foram acrescentados dois artigos que

cumpriam os critérios de inclusão. Assim, neste estudo foram incluídos seis artigos. No fluxograma (Figura 1) que se segue, é representado todo o processo de seleção dos artigos incluídos.

Figura 1-PRISMA 2020 Diagrama de Fluxo para novas Scoping Reviews que incluíram pesquisa em bases de dados e registros.



2.3.5. APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS

A apresentação dos resultados é uma fase integrante do processo de uma *Scoping Review* que, de acordo com JBI (2020), deve ser clara e explícita sobre a resposta que os resultados dão ao objetivo definido e questão de investigação identificada.

Assim, decidiu-se apresentar os resultados através de uma tabela para facilitar a exposição das evidências selecionadas, assim como defende Vilelas (2020). Tendo por base a metodologia de JBI (2020), as categorias conceituais escolhidas para a tabela de extração de dados foram: Código do Estudo/ Autores e Ano/ País /Tipo de estudo, Objetivo, Participantes, Programa/Intervenção, tal como é apresentado na tabela 4. A análise de conteúdo dos artigos,

foi de acordo com o método de Laurence Bardin (Bardin, 2016), sendo que inicialmente serão apresentados os resultados obtidos na tabela 4 e posteriormente os resultados através de categorias e subcategorias (figura 2) para facilitar ao leitor a identificação dos resultados.

Os artigos foram codificados de forma a facilitar ao leitor a identificação dos mesmos. Nos estudos incluídos, quatro apresentavam o texto completo em português e os restantes dois apresentavam o texto completo em inglês. Relativamente ao ano de publicação, por ordem cronológica, dois são de 2018 (Pacheco, 2018; Silva, 2018), um de 2019 (Oliveira, Couto e Mota, 2019), um de 2020 (Feiteirona, 2020), um de 2021 (Zeng et al; (2021) e outro de 2022 (Syahrin, Hany & Rahayu, 2022), sendo que quatro foram realizados em Portugal (Pacheco, 2018; Silva, 2018; Oliveira, Couto & Mota, 2019; Feiteirona, 2020), um na China (Zeng et al; 2021), um na Indonésia (Syahrin, Hany & Rahayu, 2022). Em todos os artigos são abordadas as intervenções realizadas pelo EEER no utente com disfagia, respeitando assim, os critérios de inclusão.

No que concerne à tipologia do estudo, são todos diferentes, sendo um estudo qualitativo com uma abordagem fenomenológica (Pacheco, 2018), dois estudo de caso (Silva, 2018; Feiteirona, 2020), um estudo randomizado com grupo controlo (Zeng et al; 2021), uma revisão da literatura (Syahrin, Hany & Rahayu, 2022) e um estudo exploratório, descritivo e retrospectivo (Oliveira, Couto & Mota, 2019). Através da análise de conteúdo, tornou-se evidente que todos os artigos emergem para quatro intervenções principais: a avaliação de diversos parâmetros do utente, o ensinar/instruir/treinar (o utente/família), executar técnicas e monitorizar o utente.

Tabela 4- Extração dos dados dos artigos incluídos

Código do estudo/ Autores e Ano/País de Origem/ Tipo de estudo	Objetivos	Participantes	Programa/ Intervenção
E1 Autor/Ano: Pacheco (2018) País: Portugal Tipo de estudo: Dissertação (Estudo qualitativo com uma abordagem fenomenológic a)	Compreender quais as intervenções por parte do EEER, à pessoa com disfagia decorrente de AVC, com vista à promoção da sua alimentação	Cinco EEER a exercer funções em contexto hospitalar em Hospitais da região do Algarve	- <u>Avaliação inicial:</u> Utilização de escalas de avaliação Avaliação do estado de consciência Avaliação de sinais vitais Avaliação neurológica Avaliação da deglutição Avaliação dos reflexos de deglutição, tosse e vômito - <u>Execução de técnicas:</u> Estimulação sensitiva e motora Higiene oral Correção postural Reabilitação Funcional Respiratória Reabilitação Funcional Motora Fortalecimento muscular Posturas e técnicas compensatórias da deglutição <u>Ensinos:</u>

			Ensino e treino dos cuidadores - <u>Promoção da continuidade de Cuidados:</u> Formação contínua dos enfermeiros Utilização de um instrumento de avaliação.
E2 Autor/Ano: Silva (2018) País: Portugal Tipo de estudo: Dissertação (Estudo de caso)	Demonstrar os resultados das intervenções de EEER no doente com deglutição comprometida;	Iniciaram sete doentes que respeitavam os critérios de inclusão, contudo apenas concluíram cinco doentes com deglutição comprometida admitidos na unidade de internamento acolhedora do Estágio Final, no período compreendido entre 1 de novembro de 2017 e 6 de janeiro de 2018.	<u>Intervenções do EEER:</u> 1º Avaliação da deglutição através de instrumentos de medida (EAT-10, V-VST/MECV-V e FOIS), a avaliação da qualidade da voz, da articulação das palavras, do reflexo de deglutição nas diversas consistências, da mobilidade da língua e lábios, do controlo postural, do reflexo de vômito, da sensibilidade da mucosa oral e da simetria facial; 2º Avaliação do autocuidado beber e alimentar-se; 3º Avaliação da limpeza das vias áreas; 4º Execução de técnicas de cinesioterapia respiratória; 5º Implementação de programas de reabilitação a serem aplicados ao longo do programa de intervenção, direcionados para a fase da deglutição com maior número de distúrbios: programa 1 (direcionado à fase oral preparatória); programa 2 (direcionado à fase oral); programa 3 (direcionado à fase faríngea). <i>A fase preparatória foi dividida em:</i> - Exercícios de fortalecimento muscular (15 min): lábios, língua; bochechas; maxilar inferior; - Posturas compensatórias (10 min): posição reclinada; extensão cervical; rotação cervical para lado afetado; rotação cervical para lado afetado com extensão; decúbito lateral com cabeça apoiadas; - Técnicas compensatórias da deglutição (5 min): controlo do bolo alimentar; deglutição múltipla; deglutição em esforço. <i>A fase oral foi dividida em:</i> - Exercícios de fortalecimento muscular (10 min): lábios, língua; bochechas; maxilar inferior; - Posturas compensatórias (10 min): posição reclinada; flexão cervical; rotação cervical para lado afetado; rotação cervical para lado afetado com flexão; decúbito lateral com cabeça apoiadas;

			- Técnicas compensatórias da deglutição (10 min): estimulação térmica; controlo do bolo alimentar; deglutição múltipla; deglutição em esforço; deglutição supraglótica. <i>A fase faríngea foi dividida em:</i> - Exercícios de fortalecimento muscular (5 min): língua e bochechas; maxilar inferior e laringe; - Posturas compensatórias (5 min): posição reclinada; flexão cervical; inclinação cervical; - Técnicas compensatórias da deglutição (20 min): estimulação térmica; deglutição super-supraglótica; deglutição em esforço; deglutição supraglótica; manobra de Mendelson; Masako; exercício de Shaker.
E3 Autor/Ano: Feiteirona (2020) País: Portugal Tipo de estudo: Estudo de casos Múltiplos	Desenvolver programas de reabilitação individualizados a utentes com deglutição comprometida	Inicialmente realizada avaliação inicial a 58 utentes de um serviço de medicina, sendo que apenas 5 correspondiam com os critérios de inclusão e prosseguiram para dar continuidade ao estudo.	Foram realizadas 28 sessões de um programa de intervenção do EEER. Neste estavam incluídas as seguintes intervenções: - Exercícios de fortalecimento muscular; - Treino de posturas compensatórias; - Treino de manobras de deglutição; - Alteração de consistência de dieta; - Cinesioterapia respiratória; - Reforço dos cuidados de Higiene Oral.

E4 Autor/Ano: Zeng et al; (2021) País: China	Procurar a melhoria da intervenção de enfermagem de reabilitação na disfagia e qualidade de vida dos utentes com cancro	A amostra é constituída por 109 utentes com cancro esofágico que foram admitidos no hospital entre junho de 2019 e junho de 2020. Estes foram separados em dois grupos: grupo de intervenção e grupo de controlo.	<u>Nos participantes do grupo de controlo:</u> - Avaliação de sinais vitais; controlo de sangue; observação de reações e controlo de sintomas. <u>Nos participantes do grupo de intervenção:</u> (estes foram submetidos a um programa de enfermagem de reabilitação) - <i>Trabalho preparatório:</i> explicação da importância e benefícios dos exercícios de reabilitação para os utentes e família, para promover um conhecimento básico e aumentar a adesão; - <i>Exercícios de reabilitação:</i> exercícios de abertura de boca, massagem do pescoço, treino de coordenação oral, treino de alimentação;
---	---	---	--

Tipo de estudo: Estudo randomizado com grupo controlo	esofágico sob radioterapia.		- <i>Cuidados orais e faríngeos;</i> - <i>Cuidado psicológicos:</i> controlo de ansiedade e conforto.
E5 Autor/Ano: Syahrin, Hany e Rahayu; (2022) País: Indonésia Tipo de estudo: Revisão da literatura	Identificar as intervenções que podem ser realizadas em utentes com disfagia pós-AVC, para recomendação dos cuidados de Enfermagem na Indonésia	Foram incluídos dezasseis estudos na presente revisão.	Após análise de todos os artigos, as intervenções identificadas na presente revisão da literatura são: - Avaliação precoce da disfagia; - Cuidados da cavidade oral; - Modificação da consistência da dieta (líquidos e sólidos) com recurso a espessantes; - Exercícios de elevação laríngea (exercícios com a língua, treino de deglutição, terapia da fala); - Estimulação sensorial (exercícios isométricos, estimulação elétrica); - Posicionamento (deitado, semi-sentado e sentado dependendo do estado do utente); - Educação sobre alimentação e hidratação segura.

E6 Autor/Ano: Oliveira, Couto e Mota (2019) País: Portugal Tipo de estudo: Estudo Exploratório, descritivo e retrospectivo	Identificar os diagnósticos e a as intervenções documentadas pelos enfermeiros, em resposta às necessidades de cuidados a pessoas com deglutição comprometida após AVC.	A amostra é de 16 utentes que foram admitidos num serviço de internamento num centro de reabilitação entre Janeiro e Maio de 2019.	As intervenções planeadas pelos enfermeiros baseiam-se em: - Assessorar, monitorizar, supervisionar, vigiar, encorajar, ajudar, ensinar, instruir e treinar. Especificamente nos utentes com disfagia as seguintes intervenções foram identificadas: - Supervisionar refeições; - Alimentação por Sonda Nasogástrica (SNG); - Otimização de SNG; - Correção postural para alimentação; - Introduzir SNG; - Higiene oral; - Capacitar/ajudar para alimentação por SNG; - Auxiliar na deglutição; - Vigiar risco de aspiração; - Vigiar cavidade oral; - Supervisionar nutrição; - Remover SNG;
---	---	--	--

Tendo em conta a diversidade dos estudos analisados, torna-se mais fácil dividir em categorias, referindo-se às intervenções e subdividir nas subcategorias tratando o foco dessas intervenções.

Avaliação

A avaliação da deglutição é identificada como essencial em quatro estudos analisados (E1, E2, E3, E5). A deglutição é abordada por todos os estudos mencionados. No entanto, apenas foram utilizados instrumentos de avaliação em E1 e E2 como recurso a avaliação da mesma. Destacam também a importância da análise dos reflexos, tais como o da deglutição, de vômito e tosse. Além disso no E2 é salientada a relação direta entre o autocuidado alimentar-se e beber, com a deglutição, e deste modo devem ser também avaliados, tal como referido no estudo E2. A avaliação da limpeza das vias aéreas é fundamental na promoção da alimentação segura e eficaz, tal como referida no mesmo estudo.

Executar

Após a avaliação, todos os artigos referem a implementação de um programa. Estes, apesar de apresentarem algumas diferenças, são compostos por: correção postural, no fortalecimento muscular da cavidade oral (E1, E2, E5, E6). A estimulação sensitiva é referida em E1, E2 e E5. E1 e E2, referem as técnicas de cinesiterapia respiratória. Posturas e técnicas compensatórias, também são referidas pelos autores como parte da reeducação da deglutição.

Ensinar/Instruir/Treinar

A capacitação do utente e cuidador informal, é fundamental, pois promove a adesão ao programa de reabilitação e consequentemente uma alimentação mais segura. Deste modo, o EEER desempenha um papel fundamental na educação para a saúde, sendo este dotado de conhecimentos especializados para capacitar os mesmos, realizar um esclarecimento abrangente sobre a doença e os sinais de alerta a vigiar (E1, E4 e E5).

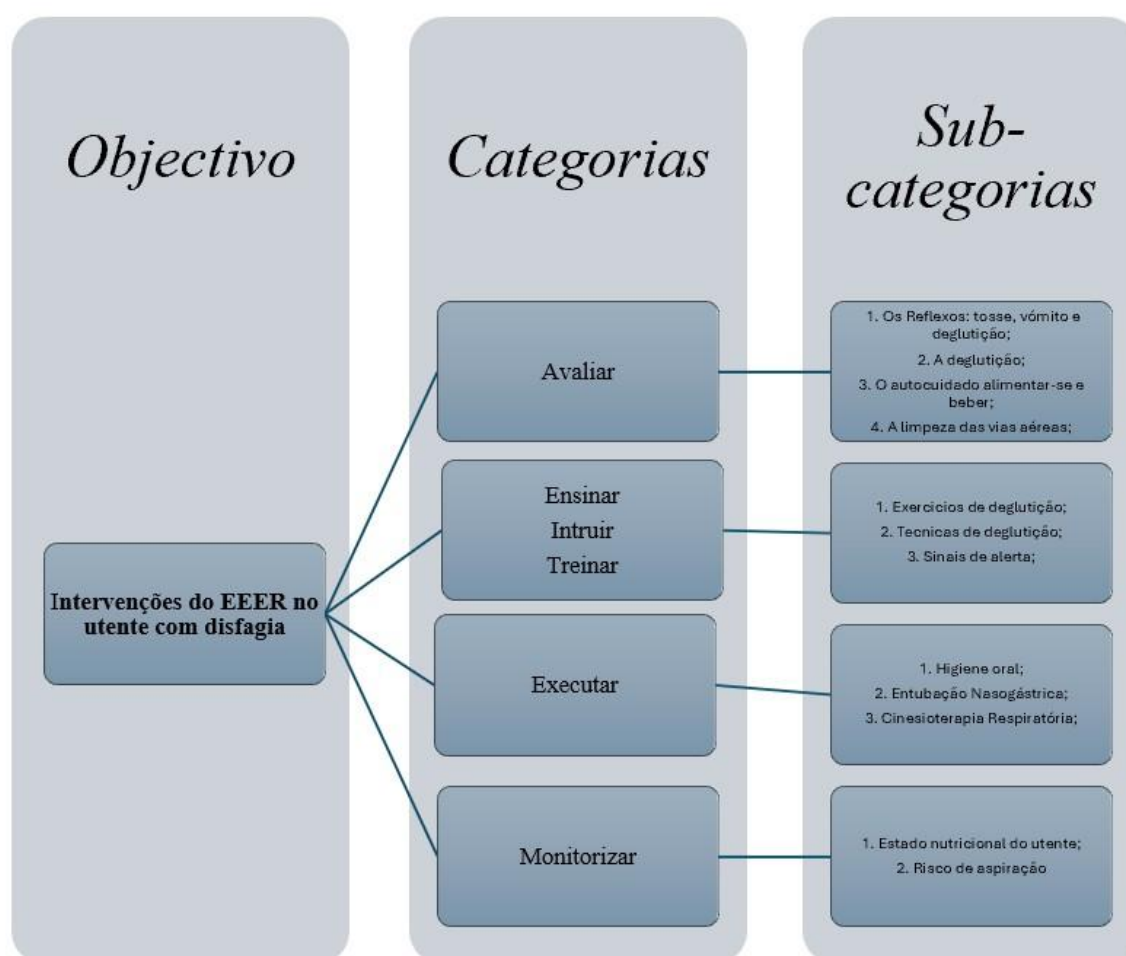
Monitorizar

A higiene oral é outra temática abordada em diversos estudos (E1, E3, E4, E5, E6), como intervenção no utente com disfagia, apesar de frequentemente subvalorizada. A presença de candidíase oral e de dentes cariados podem comprometer a adesão dos utentes à alimentação.

Quando a segurança na deglutição, é indicada a alimentação entérica por SNG, até que a alimentação seja segura. A sua colocação e a avaliação da sua necessidade são realizadas pela equipa de enfermagem, assim como a avaliação periódica da sua necessidade (E6).

Na figura 2, está ilustrada de forma clara as categorias e as subcategorias que emergiram na análise de conteúdo realizada aos artigos incluídos. Com esta abordagem é priorizada a prestação de cuidados humanizada e específica, focada nas necessidades dos utentes e cuidadores informais.

Figura 2- Mapa de resultados mensurados nos estudos incluídos na Scoping Review



2.3.6. DISCUSSÃO DE RESULTADOS

Segundo o JBI, na discussão dos resultados de uma Scoping Review devem ser referidas as limitações dos artigos incluídos e também a discussão dos resultados deve ser contrastada na última evidência sobre a temática.

Assim, após a análise dos seis artigos selecionados, é notória a necessidade de continuidade da investigação nesta área e a extensão das intervenções do EEER nos utentes com disfagia, visando sempre a prevenção de complicações e a promoção de uma maior independência funcional, diminuição da morbilidade e risco de mortalidade. Com este estudo, foi possível identificar as intervenções executadas pelos enfermeiros e EEER, permitindo assim uma maior facilidade na equidade na prestação de cuidados prestados.

O EEER pode ser considerado como elemento essencial na equipa multidisciplinar para a capacitação do utente/família através do ensino/treino direcionado, promovendo assim resultados positivos ao longo do processo de reabilitação (Romão, 2023).

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2018), o EEER tem competências para capacitar a pessoa com limitação da atividade e para a reinserção e exercício da cidadania, através da realização de ensinamentos adaptados às capacidades do utente/família, sempre de acordo com as necessidades sentidas e identificadas pela equipa, utente ou família. O objetivo da sua intervenção visa uma maximização da sua independência e a promoção de uma melhoria da sua qualidade de vida.

De forma a facilitar a linha de pensamento da discussão dos resultados, esta será apresentada tendo por base o Processo de Enfermagem e o Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. O processo de enfermagem é uma ferramenta metodológica que orienta a prática de enfermagem de forma sistematizada, promovendo assim uma qualidade dos cuidados (Nóbrega & Garcia, 2005).

Assim, na admissão do utente deve ser realizada uma anamnese, na qual já deve ser verificado se existe alguma descrição de alteração da deglutição, ou verificar se existe algum fator de risco para a mesma.

A realização da avaliação do utente com disfagia deve ser realizada previamente à administração de alimentos e medicação, na admissão do doente, de forma a ser o mais precoce possível, tal como refere Syahrin, Hany & Rahayu (2022) no seu estudo. Uma

avaliação da deglutição (Pacheco, 2018; Silva, 2018; Feiteirona, 2020), deve ter em conta principalmente o estado de consciência do utente, a avaliação dos pares cranianos e a avaliação dos reflexos. Associada a avaliação da deglutição, também deve ser avaliada a eficácia da limpeza das vias aéreas (Silva, 2018; Braga, 2016).

Pacheco (2018) e Silva (2018) nos seus estudos, ainda referem a utilização de instrumentos de rastreio não invasivos, tal como a *Gugling Swallowing Screen* (GUSS), na avaliação de deglutição. Estes, num momento inicial são mais pertinentes e fáceis de utilizar na cabeceira do utente.

Na deglutição comprometida, é necessário desenvolver um plano de intervenções direcionado para os resultados obtidos na avaliação. Assim, tal como referido na maioria dos estudos analisados, as intervenções de enfermagem vão desde o posicionamento correto, o alinhamento postural, a higiene oral e a gestão do ritmo e velocidade de alimentação, bem como executar exercícios e técnicas de deglutição, assim como refere Braga (2016).

A modificação da consistência da dieta é uma intervenção amplamente referida em todos os estudos analisados, corroborando o que é descrito por Braga (2016). Contudo, este autor, ao citar Pauloski (2008), destaca que essa estratégia deve ser considerada como última alternativa, devido ao impacto que pode ter tanto no estado nutricional quanto no bem-estar emocional do utente.

A cinesioterapia respiratória, é aliada da deglutição segura, estando intimamente ligada, devendo ser realizadas técnicas que promovam a permeabilidade das vias aéreas, a técnica da tosse dirigida e o fortalecimento muscular. Estas reduzem o risco de pneumonia de aspiração (Pacheco, 2018; Silva, 2018; Braga, 2016).

O EEER deve intervir de forma precoce, sendo da sua responsabilidade avaliar o risco de alterações na funcionalidade da alimentação. Para tal, deve recolher toda a informação relevante, utilizar instrumentos de medida adequados para avaliar a funcionalidade da alimentação, e analisar a capacidade funcional da pessoa para realizar, de forma independente, as atividades de comer e beber. Além disso, compete-lhe identificar as necessidades de intervenção com vista a otimizar e/ou reeducar a função alimentar (Regulamento N° 125/2011).

De forma a capacitar o utente e família/cuidador informal, torna-se imperante que estes sejam ensinados, instruídos e que tenham oportunidade de treinar a informação fornecida, promovendo assim uma maior autonomia (Pacheco, 2018; Feiteirona, 2020; Zeng et al.,

2021; Syahrin, Hany & Rahayu, 2022).

Na implementação das intervenções referidas anteriormente, caso se verifique que não é segura a via oral, esta deve ser suspensa até o utente apresentar condições de segurança para se alimentar via oral. Assim, recorre-se à alimentação por SNG tal como referido no estudo de Oliveira, Couto e Mota (2019) em concordância com Braga (2016).

Ao longo do processo de reabilitação, é fundamental que se vá fazendo reavaliações recorrentes para perceber a evolução do utente e para fazer alterações do plano de intervenção de acordo com a sua evolução (Feiteirona, 2020).

2.4. CONTRIBUTOS PARA A PRÁTICA CLÍNICA, LIMITAÇÕES E SUGESTÕES PARA A PRÁTICA

O objetivo deste estudo foi mapear a evidência científica disponível para identificar as intervenções de enfermagem implementadas pelos EEER no utente com disfagia. Pretendeu-se, ainda, sensibilizar a equipa multidisciplinar para o impacto desta condição, promovendo uma identificação mais precoce e contribuindo para a redução das complicações associadas.

Assim, este trabalho contribui para a prática clínica ao esclarecer as intervenções dos enfermeiros no cuidado ao utente com disfagia, além de promover a conscientização da equipe sobre a importância da implementação destas intervenções.

No que se refere ao impacto na pesquisa, o mapeamento da evidência científica demonstrou a escassez de estudos publicados por EEER sobre suas intervenções no utente disfágico. Dessa forma, o estudo também destaca a necessidade de mais investigações nessa área, a fim de demonstrar o impacto e a contribuição dos EEER para a sociedade.

Este trabalho apresenta algumas limitações, como o uso de seis bases de dados e o critério de limitação temporal de cinco anos, que podem ter influenciado a quantidade de artigos relevantes incluídos na análise. Além disso, a dificuldade em encontrar estudos que detalhassem as intervenções realizadas pelos EEER resultou em uma amostra mais restrita. A escassez de estudos pode também ser explicada pelo fato de que a Especialidade de Enfermagem de Reabilitação não existir em todos os países.

Reconhece-se, contudo, a importância de sugerir a realização de mais estudos primários sobre o tema, focados nas intervenções dos EEER com utentes com disfagia e na publicação dos resultados. Com isso, espera-se um avanço na saúde das populações, aumento do conhecimento e maior credibilidade para a disciplina de Enfermagem.

Com base nos resultados obtidos, foi desenvolvida uma proposta de protocolo de intervenção para a avaliação de utentes com disfagia (Apêndice VII). Este protocolo poderá ser submetido à avaliação de especialistas e, após análise, implementado na prática, com a devida avaliação de sua efetividade.

2.5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo deste trabalho foi de mapear a evidência científica disponível para identificar as intervenções do EEER no utente com disfagia para sensibilizar a equipa multidisciplinar para a importância da intervenção precoce, de forma a promover ganhos em saúde e controlar as complicações associada à doença. Com esta intervenção precoce pode-se prevenir complicações do foro mental, tal como a depressão, melhorar a qualidade de vida dos utentes e ainda reduzir custos em saúde.

A realização deste trabalho, permite uma melhor gestão dos recursos disponíveis nas unidades funcionais, bem como a necessidade de maior planeamento dos cuidados e recursos. Deste modo, este trabalho permitiu identificar as intervenções do EEER que podem beneficiar os utentes e familiares/cuidador informal com disfagia.

Assim, este trabalho também demonstra a importância da equipa multidisciplinar e da necessidade de gestão dos recursos, visando cuidados de saúde holísticos que proporcionem aos utentes, família e sistemas de saúde um equilíbrio entre as necessidades reais da população e os custos em saúde, sem prejuízos para ninguém.

No enquadramento teórico é abordado o impacto da disfagia na população e para os sistemas de saúde português, assim como, o contributo dos EEER para as pessoas, às famílias e à sociedade com a sua prática clínica fundamentada com a melhor evidência disponível. Em suma, este trabalho visa advertir as equipas sobre a importância do uso dos recursos disponíveis para a intervenção no utente com disfagia. A intervenção precoce significa para o utente, família e comunidade uma demonstração do impacto do trabalho da equipa multidisciplinar em prol da sociedade.

Tendo como perspetiva uma melhoria dos cuidados prestados pelo EEER no âmbito da deglutição segura, considera-se pertinente a divulgação da evidência científica obtida após esta investigação, pelo que será elaborado um artigo científico para submeter na Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação permitindo uma divulgação nacional e internacional.

CONCLUSÃO GERAL

A decisão pela realização do Curso de Mestrado, teve por base a necessidade constante de aquisição de novos conhecimentos para uma prestação de cuidados mais pormenorizada. A escolha da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação, prendeu-se com o facto de ser uma das áreas de interesse pessoal, aliada a necessidade de corresponder às necessidades sentidas em contexto de trabalho.

O estudo de investigação foi direccionado para a identificação das intervenções do EEER na prevenção de complicações do utente com disfagia, pois é uma problemática subdiagnosticada, mas bastante associada a diversas comorbilidades. Para esta investigação foi realizada uma *Scoping Review*.

A aquisição e aprimoramento de competências ocorreu naturalmente com a transposição dos conhecimentos teóricos para uma implementação prática, associada a uma reflexão contínua sobre as mesmas ao longo do estágio.

No que diz respeito às competências comuns do EE, tendo em conta as diversas oportunidades disponibilizadas, foram desenvolvidas práticas com base nos princípios éticos e deontológicos associados à profissão.

No que respeita às competências específicas do EEER, em acréscimo às competências comuns, salienta-se o desenvolvimento de competências na elaboração de planos de intervenção adaptados e individualizados, no cuidado ao longo do ciclo vital, independentemente do contexto, promovendo a reintegração e facilitação social, bem como a promoção de autonomia e funcionalidade.

Para dar resposta às competências de Mestre em Enfermagem, foi adotada uma postura de cariz investigativo no conhecimento, que esteve presente ao longo do estágio. A construção, implementação e avaliação de resultados foi essencial para o desenvolvimento desta competência. A realização desta componente de investigação, foi certamente desafiante, pois é uma vertente que não tinha sido tão explorada até ao momento, tornando-se um fator de stress. No entanto, após estudo e ajuda da professora orientadora, foi possível ultrapassar estas dificuldades com sucesso.

Uma postura regida pela autocrítica e autorreflexão, que foi aprimorada ao longo do processo formativo, foi fundamental para o desenvolvimento de competências no âmbito da Enfermagem de Reabilitação. A equipa multidisciplinar, em especial a equipa de

enfermagem, foram essenciais para este processo de desenvolvimento de competências de forma gradual e saudável.

Com a crescente percentagem de população com disfagia, associada às diversas comorbilidades, torna-se cada vez mais imperante reconhecer as intervenções do enfermeiro para a prevenção das complicações associadas à disfagia. Com isto, promover autonomia e qualidade de vida aos utentes, tal como é pressuposto na prática dos profissionais de saúde, e em específico os enfermeiros. O EEER é o profissional de excelência para a prevenção e reabilitação dos utentes em fase de agudização de doenças, que interfiram a sua funcionalidade e autonomia.

O projeto de investigação elaborado, permite uma visão mais clara das intervenções desenvolvidos pelos EEER perante os utentes com disfagia, mais em específico na prevenção de complicações e demonstra a importância de mais investigação na área da intervenção do EEER na disfagia. Pretende-se ainda divulgar estes resultados para se apresentarem disponíveis a toda a comunidade científica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bardin, L. (2009). *Análise de conteúdo*. Edições 70.

Bardin, L. (2016). *Análise de conteúdo: Edição revisada e ampliada*. Edições 70.

Bath, P. M., Lee, H. S., & Everton, L. F. (2018). Swallowing therapy for dysphagia in acute and subacute stroke. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2018(10). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000323.pub3>

Braga, R. (2016). Avaliação da função deglutição. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Orgs.), *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp. 181–188). Lusodidacta.

Braga, R. (2016). Reeducação da deglutição. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Orgs.), *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp. 263–270). Lusodidacta.

Campos, C. (2017). A comunicação terapêutica enquanto ferramenta profissional nos cuidados de enfermagem. *Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE*, 15(1), 91–101. <https://revistas.rcaap.pt/psilogos/article/view/9725/11044>

Coelho, C., Barros, H., & Sousa, L. (2017). Reeducação sensoriomotora. In C. M. A. Marques-Vieira & L. M. M. Sousa (Orgs.), *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp. 15–21). Lusodidacta.

Cordeiro, M., & Menoita, E. (2012). *Manual de boas práticas na reabilitação respiratória: Conceitos, princípios e técnicas*. Lusociência.

Costa, D. L. (2021). O papel do enfermeiro gestor na gestão de conflitos [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto]. Repositório Comum. <https://rcaap.pt>.

Cruchinho, P. J. M. (2021). Efectividade da gestão de casos em enfermagem nos resultados em saúde das populações: Uma revisão de literatura. *Políticas e Práticas em Saúde e Enfermagem*, 2, 89–99. <https://doi.org/10.22533/at.ed.8092116128>

Decreto-Lei n.º 101/2006 do Ministério da Saúde. (2006). *Diário da República: I Série*, n.º 109. <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/101-2006-353934>

Decreto-Lei n.º 12/2009 do Ministério da Saúde. (2009). *Diário da República: I Série*, n.º 7. <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/12-2009-397324>

- Decreto-Lei n.º 136/2015 do Ministério da Saúde. (2015). Diário da República: I Série, n.º 145. <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/136-2015-69879425>
- Decreto-Lei n.º 28/2008 do Ministério da Saúde. (2008). Diário da República: I Série, n.º 28. <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/28-2008-247675>
- Decreto-Lei n.º 93/2009 do Ministério do Trabalho e Solidariedade Social. (2009). Diário da República: I Série, n.º 74. <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/93-2009-603884>
- Dias, S. F. C., Queluci, G. C., Mendonça, A. R., & Souza, V. R. (2020). Protocol of nursing care in hospitalized dysphagic patients. *Codas*, 32(3), e20202019060. <https://doi.org/10.1590/2317-1782/20202019060>
- Eskildsen, S. J., Poulsen, I., Jakobsen, D., Riberholt, C. G., & Curtis, D. J. (2021). Scoping review to identify and map non-pharmacological, non-surgical treatments for dysphagia following moderate-to-severe acquired brain injury. *BMJ Open*, 11(12), e053244. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-053244>
- Frade, J. M., Henriques, C. M., & Frade, M. F. (2021). A integração da família nos cuidados de enfermagem: Perspetiva de enfermeiros e estudantes de enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(7), e20158. <https://doi.org/10.12707/RV20158>
- Frias, A., et al. (2015). Dysphagia in the patient after stroke: Consequences and nurse intervention. *Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento*, 1(3), 362–374.
- Guedes, L., & Guedes, M. (2004). O enfermeiro e a comunicação em enfermagem de reabilitação. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 1(1), 13–16.
- Hirsch, M. I. (2020). A importância da empatia na comunicação entre o enfermeiro e o paciente. *Revista Psicologia da Saúde*, 12(2), 61–71. <https://doi.org/10.20435/pssa.v12i2.1101>
- Horta, W. A. (2011). Teorias de enfermagem: A trajetória de Wanda de Aguiar Horta. EPU.
- International Dysphagia Diet Standardisation Initiative. (2019). Complete IDDSI framework. <https://iddsi.org/Framework/>
- Jorge, B. M., et al. (2018). A importância da comunicação terapêutica na relação enfermeiro-doente. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(18), 133–142. <https://doi.org/10.12707/RIV18062>

Lage, I. (2005). Comunicação terapêutica. In E. Fernandes & I. Lage (Orgs.), *Enfermagem médica I: Fundamentos, prática clínica e papel do enfermeiro* (pp. 239–245). Lusociência.

Lopes, M. J., Marques-Vieira, C., & Severino, S. (2016). Reabilitação funcional da pessoa com alterações da função respiratória. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Orgs.), *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp. 157–162). Lusodidacta.

Marques-Vieira, C., Sousa, L., & Querido, A. (2017). Gestão da ventilação. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Orgs.), *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp. 163–167). Lusodidacta.

Marques-Vieira, C., Sousa, L., Querido, A., & Barbosa, P. (2017). Intervenções de enfermagem de reabilitação em alterações da função respiratória. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Orgs.), *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp. 169–173). Lusodidacta.

Martins, M. M. F., & Fernandes, C. S. I. (2017). O contributo da enfermagem de reabilitação para a pessoa dependente nos autocuidados. In C. M. A. Marques-Vieira & L. M. M. Sousa (Orgs.), *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp. 61–69). Lusodidacta.

Ministério da Saúde. (2016). Plano Nacional de Saúde – Revisão e extensão a 2020. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-nacional-de-saude-revisao-e-extensao-a-2020.aspx>

Morais, L., Marques-Vieira, C., & Sousa, L. (2017). Gestão da oxigenação. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Orgs.), *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp. 175–180). Lusodidacta.

NANDA International. (2021). *Diagnósticos de enfermagem da NANDA-I: Definições e classificação, 2021–2023* (12.^a ed.). Artmed.

Nascimento, M. (2016). Avaliação do desempenho das atividades de vida diária. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Orgs.), *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp. 135–139). Lusodidacta.

Ordem dos Enfermeiros. (2022). Perfil de competências do enfermeiro de reabilitação. <https://www.ordemenfermeiros.pt>

Ordem dos Enfermeiros. (2022). Regulamento do exercício profissional dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos>

Organização Mundial da Saúde. (2001). Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). OMS. <https://www.who.int/classifications/icf/en/>

Organização Mundial da Saúde. (2020). Rehabilitation 2030: A call for action. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-MSD-19.1>

Organização Mundial da Saúde. (2023). International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). <https://www.who.int/standards/classifications/international-classification-of-functioning-disability-and-health>

Pereira, F. (2019). Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa com disfagia. In A. Querido, L. Sousa, & C. Marques-Vieira (Orgs.), *Disfagia: Intervenção da equipa interdisciplinar em cuidados de saúde* (pp. 151–160). Lidel.

Pereira, F., Querido, A., Sousa, L., & Marques-Vieira, C. (2021). *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa com disfagia orofaríngea: Recomendações baseadas na evidência científica* (1.^a ed.). Lusodidacta.

Pereira, L. A. A. (2004). *Humanização da assistência em saúde: Avaliação da satisfação dos usuários*. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fiocruz.

Querido, A., Sousa, L., & Marques-Vieira, C. (2017). Intervenções de enfermagem de reabilitação à pessoa com ostomia. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Orgs.), *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp. 101–105). Lusodidacta.

Queirós, P. J. P., & Cascais, A. F. M. M. (2018). Desenvolvimento da autonomia da pessoa com doença crónica: O contributo da enfermagem de reabilitação. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(18), 79–88. <https://doi.org/10.12707/RIV18024>

Queirós, P. J. P., Lima, T. M., & Faria, A. (2015). Capacidade funcional dos utentes com acidente vascular cerebral: Um contributo da enfermagem de reabilitação. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(7), 91–100. <https://doi.org/10.12707/RIV14064>

Reis, J. P. (2012). *Processo de enfermagem e taxonomias diagnósticas* (2.^a ed.). Lidel.

Ribeiro, O. (2005). O sofrimento total da pessoa em fim de vida e o papel do enfermeiro. *Referência*, 2(1), 81–86.

Rodrigues, A. C. M. (2017). Otimização da comunicação com a pessoa com alteração da linguagem. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Orgs.), *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp. 91–95). Lusodidacta.

Rodrigues, A. C. M., & Figueiredo, M. D. (2021). Enfermagem de reabilitação em pessoa com afasia: Revisão integrativa da literatura. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 4(2), 35–45. <https://doi.org/10.33194/rper.2021.v4.n2.6307.84>

Santos, E. I. F. dos. (2022). Cuidar da pessoa com afasia: Intervenções de enfermagem de reabilitação. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 5(2), 41–51. <https://doi.org/10.33194/rper.2022.v5.n2.8787.103>.

Sousa, L., Marques-Vieira, C., & Querido, A. (2017). Avaliação do desempenho ocupacional e do papel do cuidador informal. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Orgs.), *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp. 129–133). Lusodidacta.

Teixeira, L., & Abelha, A. (2017). Alterações da imagem corporal. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Orgs.), *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp. 107–112). Lusodidacta.

•

APÊNDICES

APÊNDICE I - PLANEAMENTO DA SESSÃO INFORMATIVA “A DISFAGIA: UMA
PROBLEMÁTICA DA ATUALIDADE”



PLANO DA ACTIVIDADE FORMATIVA		
Tema: A disfagia: uma problemática da atualidade		
Data: 06/02/2023	Horário: 14h00 – 15h00	Duração: 1 h 00
Destinatários		N.º Formandos:
Local da Formação e Formadores	Formadores: Enfermeiros: Manuela Silva, Patrícia Faria Organização:	
Fundamentação	A disfagia é cada vez mais prevalente na população. Esta é integrante de uma intervenção dos enfermeiros no âmbito da prevenção de complicações e promoção de saúde. Assim torna-se fundamental a sensibilização dos enfermeiros para esta problemática e fomentar os conhecimentos sobre a avaliação da deglutição, com vista na intervenção precoce de diagnóstico. Os registos são uma parte integrante do processo de enfermagem, enquanto estratégia para comprovar os cuidados prestados aos utentes e a sua pertinência. São, por isso, uma fonte de informação e um meio de comunicação, promovendo uma continuidade de cuidados, essencial para a prática de enfermagem. Nesse sentido, é importante a sensibilização e capacitação da equipa multidisciplinar sobre as intervenções inerentes à pessoa com alteração da deglutição.	
Objetivos	• Sensibilizar equipa multidisciplinar para a problemática da disfagia • Apresentar Instrumentos de avaliação da deglutição validados para Portugal • Analisar intervenções para a pessoa com disfagia • Definir estratégias de registo no <u>SClinico</u> e Gesticare no âmbito da deglutição • Apresentar proposta de procedimento para a pessoa com alterações da deglutição • Proposta de folheto informativo para cuidadores da pessoa com alteração da deglutição.	
Programa / Sumário	• Apresentação da sessão; • Enquadramento da problemática da disfagia; • Escalas de avaliação da deglutição validadas Portugal; • Intervenções na pessoa com alterações da deglutição; • Registos no <u>SClinico</u> e Gesticare da pessoa com alterações da deglutição; • Proposta de procedimento para atuação na pessoa com alterações da deglutição; • Proposta de folheto informativo para cuidadores da pessoa com alteração da deglutição.	
Metodologias	• Expositivo • Dinâmico	
Avaliação	• Preenchimento do questionário no dia de formação e posteriormente duas semanas (20/02/2023).	

Coordenadora: _____

Data: _____

APÊNDICE II- CONVOCATÓRIA PARA SESSÃO INFORMATIVA “A DISFAGIA:
UMA PROBLEMÁTICA DA ATUALIDADE”

n.º 1/2023

= CONVOCATÓRIA FORMAÇÃO =

TEMA DA SESSÃO: Disfagia: uma problemática da atualidade

FORMADOR(ES): Enfª Patrícia Faria e Enfª Manuela Silva

DATA: 6 de fevereiro 2023

HORA: 14h00

LOCAL: [redacted]



APÊNDICE III- APRESENTAÇÃO DE POWERPOINT DA SESSÃO INFORMATIVA:
“A DISFAGIA: UMA PROBLEMÁTICA DA ATUALIDADE”

Dia Nacional da Atenção a
Disfagia

20 de Março



A disfagia: uma
problemática da
atualidade

Sumário

1. Enquadramento da Disfagia;
2. Atuação na presença de Disfagia:
 1. Avaliação;
 2. Intervenção;
 3. Registos no Sclínico e Gestcare;
3. Proposta de procedimento de intervenção;
4. Proposta de folheto informativo para cuidadores Informais;

A Disfagia...

Disfagia é o termo médico para sintomas de dificuldade na deglutição (PHILIPSEN, 2019).

É uma alteração da deglutição caracterizada pela **dificuldade no transporte dos alimentos sólidos e/ou líquidos da cavidade oral até ao estômago de forma segura** (SUKKAR et al, 2018).

Esta foi reconhecida como um síndrome geriátrico (BAIJENS et al., 2016).

Pode ser classificada como **orofaríngea ou esofágica**, de acordo com a região afetada (PATEL et al., 2018)

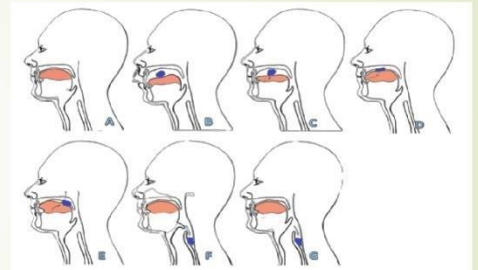


Figura 1 - As várias fases da deglutição: A - fase de repouso; B, C, D e E - fase oral; F - fase faríngea; G - fase esofágica. A azul está identificado o bolo alimentar. Ilustração: Davina Falcão.

A disfagia...

A disfagia pode ser causada por alterações neurológicas ou alterações musculares (SUKKAR et al., 2018).

As principais causas são neoplasia da cabeça e pescoço, AVC, doenças neurodegenerativas como Parkinson, Esclerose Lateral Amiotrófica, Esclerose Múltipla, Demência (PHILIPSEN, 2019)

Pode manifestar-se através de **dificuldade em mastigar, presença de pirose, dor torácica, tosse, engasgos frequentes durante a refeição, a sensação de alimentos “presos” na garganta**. Deste modo, verifica-se que o ato de deglutir envolve vários sistemas como: respiratório, circulatório, nervoso e digestivo (LUCIA, KVICINSKI e SANTOS, 2017).

Outros sinais de alarme são **alteração da qualidade da voz** durante ou após a alimentação, **demorar muito tempo durante a alimentação, sialorreia, perda significativa de peso** sem intenção.

A disfagia...

As principais complicações da disfagia são **pneumonia por aspiração, desnutrição e desidratação** (SUKKAR et al., 2018; PHILIPSEN, 2019; KIM et al, 2020). **A perda significativa de peso, redução da qualidade de vida e diminuição da esperança de vida** são também possíveis consequências da disfagia (BAIJENS et al., 2016).

A presença de disfagia pode revelar-se num **aumento do tempo de internamento hospitalar** (3.8 dias) e está associado a um **aumento de custos em saúde** (33%) em comparação a outros utentes (PATEL et al., 2018) sendo assim um indicador de maus resultados e custos mais elevados.

A reabilitação do utente com disfagia nem sempre resulta em cura da mesma (PATH, LEE e EVERTON, 2018), contudo o nosso papel é importante para diminuir o impacto da mesma na qualidade de vida do utente.

A disfagia...

Existem atualmente algumas escalas a nível internacional que permitem avaliar a disfagia. No entanto, em Portugal **apenas a escala GUSS está validada linguística e culturalmente**.

A escala GUSS permite uma avaliação fácil, rápida e sistemática da deglutição, e **pode ser aplicado por qualquer profissional com segurança**.

GUSS Gugging Swallowing Test
Data da análise: _____ Hora: _____ Identificação do utente: _____

Secção 1. Avaliação preliminar / teste de deglutição indireto

	Sim	Não
Vigilância (o doente deve estar alerta durante pelo menos 15 minutos)	☐ 1	☐ 0
Tosse e/ou pigritismo (tosse voluntária)	☐ 1	☐ 0
Debilidade de saliva (o doente deve conseguir fazer ou pigritar 2 vezes)	☐ 1	☐ 0
• Salivaria	☐ 0	☐ 1
• Alterações da voz (roncarão, gorgolejo, voz embafada ou fraca)	☐ 0	☐ 1
TOTAL:		(5)
	1-4 = investigação preliminar*	5 = Continuar para a secção 2

Secção 2. Teste de deglutição directo (Material: Água destilada, colher de chá rasa, espessante, pão)

Seguir a ordem:	1-2		3-4		5-6	
	SÓLIDO*	LÍQUIDO**	SÓLIDO***	LÍQUIDO***	SÓLIDO***	LÍQUIDO***
DEGLUTIÇÃO						
• Deglutição imediata	☐ 0	☐ 4	☐ 0	☐ 4	☐ 0	☐ 4
• Deglutição alternada	☐ 1	☐ 3	☐ 1	☐ 3	☐ 1	☐ 3
• Deglutição sem sucesso	☐ 2	☐ 2	☐ 2	☐ 2	☐ 2	☐ 2
TOSSIR (voluntária)						
• Sim	☐ 0	☐ 4	☐ 0	☐ 4	☐ 0	☐ 4
• Não	☐ 1	☐ 3	☐ 1	☐ 3	☐ 1	☐ 3
SALIVARIA						
• Sim	☐ 0	☐ 4	☐ 0	☐ 4	☐ 0	☐ 4
• Não	☐ 1	☐ 3	☐ 1	☐ 3	☐ 1	☐ 3
ALTERAÇÃO DA VOZ (durante a fase de deglutição)						
• Sim	☐ 0	☐ 4	☐ 0	☐ 4	☐ 0	☐ 4
• Não	☐ 1	☐ 3	☐ 1	☐ 3	☐ 1	☐ 3
TOTAL:		(8)		(8)		(8)
	1-4 = investigação preliminar	5-8 = investigação preliminar	1-4 = investigação preliminar	5-8 = investigação preliminar	1-4 = investigação preliminar	5-8 = investigação preliminar
TOTAL: (Secção 1 + Secção 2)						(16)

RESULTADOS	GRAVIDADE	RECOMENDAÇÕES
20	Semi-sólido, líquido e sólido com sucesso	- Dieta normal - Líquidos escuros (primeira refeição com supervisão de enfermeiro)
15-19	Semi-sólido e líquido com sucesso	- Risco mínimo de aspiração - Dieta passada - Líquidos muito devagar (um gole de cada vez) - Avaliação especializada¹
10-14	Sólido sem sucesso	- Risco de aspiração - Dieta semi-líquida - Líquidos espessos - Comprimidos esmagados e misturados em líquido espesso - Não administrar medicação líquida - Avaliação especializada¹
0-9	Sólido com sucesso	- Risco de aspiração - Dieta grave - NPO (sem por os - proibido alimentação por via oral) - Avaliação especializada¹

¹ Administrar primeiro 1/3 de uma colher de chá rasa de água destilada com espessante (consistência de pudim). Se não se observarem sintomas administrar 1 a 5 colheres. Reavaliar na final da última colher.

² 1, 5, 10, 30 ml de água destilada - se não se observarem sintomas continuar com 50 ml de água destilada. Interromper e reavaliar se se observar um dos critérios.

³ Não avalie

⁴ Encaminhar para médico fisioterapeuta



Disfagia: Continuidade de Cuidados

Hospital

Cuidados de Saúde Primários

- Médico;
- Enfermeiro;
- Terapeuta da fala;
- Nutricionista;
- ...

- A equipa multidisciplinar é fundamental para a avaliação, diagnóstico e elaboração de programas de educação e reabilitação (OLIVEIRA et al., 2015; SANTOS et al., 2018)
- Esta intervenção multidisciplinar é fundamental para prevenção do agravamento das pneumonias, hospitalizações por pneumonias de aspiração e até morte (SANTOS et al., 2018)

Disfagia: Avaliação Inicial

Anamnese e Exame físico	Avaliação da mobilidade e dos órgãos funcionais de deglutição
Idade do doente; Condição física; Historial clínico; Estado de Consciência; Características da respiração; Avaliação do reflexo da tosse; Hábitos alimentares; Qualidade do discurso; Presença de sialorreia/xerostomia; Duração da refeição.	Controlo cervical e do tronco; Habilidade para comer e beber; Estado de conservação dentária e próteses; Simetria da face e lábios; Mobilidade da língua; Qualidade da voz; Sensibilidade na região peri-bucal.

Teste de deglutição: Escala GUSS

GUSS Gugging Swallowing Test

Data da avaliação: _____ Hora: _____ Identificação do paciente: _____

Secção 1. Avaliação preliminar / teste de deglutição indireto

	SIM	NÃO
Vigilância (o doente deve estar alerta durante todo o teste)	☐ 1	☐ 0
Tosse e/ou gagueio (base voluntária)	☐ 1	☐ 0
Deglutição de saliva	☐ 1	☐ 0
• Deglutição com sucesso	☐ 1	☐ 0
• Sialorreia	☐ 0	☐ 1
• Alterações da voz (rouquidão, gorgolejo, voz modificada em força)	☐ 0	☐ 1
TOTAL:		(3)
	1 = 4 = investigação posterior*	5 = Continuar para a secção 2

Secção 2. Teste de deglutição directo (Material: Água destilada, colher de chá rasa, espessante, pão)

Seguir a ordem:	1-3 SEMI SÓLIDO*	2-3 LÍQUIDO**	3-3 SÓLIDO**
DEGLUTIÇÃO			
• Deglutição espontânea	☐ 0	☐ 0	☐ 0
• Deglutição demonstrada (1-2 seg.) (Difícil > 30 seg.)	☐ 1	☐ 1	☐ 1
• Deglutição com sucesso	☐ 2	☐ 2	☐ 2
TÓSS (involuntária)			
(antes, durante ou após a deglutição - em 1 tentativa só)			
• Sim	☐ 0	☐ 0	☐ 0
• Não	☐ 1	☐ 1	☐ 1
SIALORRÉIA			
• Sim	☐ 0	☐ 0	☐ 0
• Não	☐ 1	☐ 1	☐ 1
ALTERAÇÃO DA Voz			
(durante e/ou antes e/ou após a deglutição - ou antes de se dizer "OK")			
• Sim	☐ 0	☐ 0	☐ 0
• Não	☐ 1	☐ 1	☐ 1
TOTAL:	(3)	(3)	(3)
	1 = 4 = investigação posterior*	3 = 4 = investigação posterior*	3 = 4 = investigação posterior*
	5 = Continuar para a secção 2	5 = Continuar para a secção 2	5 = Continuar para a secção 2
TOTAL (Seguindo 1 = Secção 2)			(20)

*	Administrar primeiro 1/3 de uma colher de chá rasa de água destilada com espessante (consistência de pudim).
**	Se não se observarem sintomas administrar 2 a 3 colheres. Reavaliar na fase de última colher.
***	Se 5, 10, 20 ml de água destilada - se não se observarem sintomas continuar com 50 ml de água destilada. Indicar o teste a ser realizado se se observar em dois critérios.
****	Observar.
*	Examinar para médico fisioterapeuta

RESULTADOS	GRAVIDADE	RECOMENDAÇÕES
20	Semi-sólido, líquido e sólido com sucesso	Dieta normal • Líquidos normais (primitiva refeição com supervisão de enfermeiro)
15-19	Semi-sólido e líquido com sucesso Sólido sem sucesso	Dieta passada • Líquidos muito diluídos (sem gosto de cáida vez) • Avaliação especializada*
10-14	Semi-sólido com sucesso Líquido sem sucesso	Dieta moderada • Líquidos espessos • Comprimidos esmagados e misturados em líquido espesso • Não administrar medicação líquida • Avaliação especializada*
0-9	Investigação preliminar sem sucesso, semi-sólido sem sucesso	Risco de aspiração • Suplementação com via nasogástrica ou parentérica • NPO (non per os = proibir a alimentação por via oral) • Avaliação especializada*



Gugging Swallowing Screen (GUSS) Preliminary Investigation

Gugging Swallowing Screen (GUSS) "semi solids"



Gugging Swallowing Screen (GUSS) "Liquids"



Gugging Swallowing Screen (GUSS) "Solids"

Disfagia: Intervenções

Diversas técnicas e intervenções são utilizadas nas alterações da deglutição, tais como:

Educação para a saúde;

Higiene Oral

Correção postural;

Dieta adaptada;

Técnicas respiratórias;

Técnicas e posturas compensatórias;

Reforço muscular da língua, lábios, pescoço e músculos expiratórios;

(LOPEZ-LIRIA et al., 2020; NOE et al., 2021; MELGAARD et al., 2021)



Restabelecer a deglutição segura com a proteção das vias aéreas

(ESKILDSSEN et al, 2021)

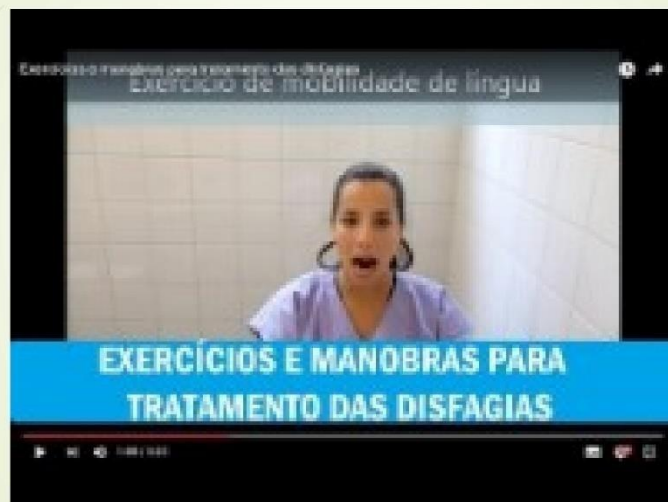
Fortalecimento Muscular

Objetivo da intervenção	Exercícios
Fortalecimento dos lábios	• Retrair; • Lateralizar; • Segurar espátula entre os lábios; • Soprar e assobiar;
Fortalecimento da língua	• Lateralização da língua • Elevação da língua • Protuir a língua • Retrair língua • Deslizar a língua no palato duto no sentido Antero-posterior • Empurrar as bochechas com a língua
Fortalecimento para o palato mole	• Emitir "aaaa" • Soprar e sugar
Fortalecimento da	• Flexão e extensão cervical (preferencialmente em decúbito dorsal)

Posturas e Técnicas Compensatórias

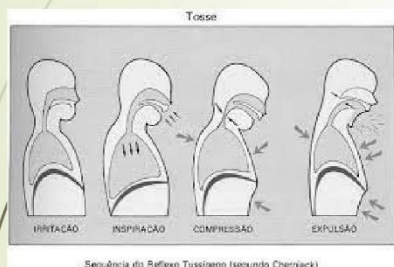
Posturas	Objetivo
Flexão da cabeça	• Faz com que a epiglote encubra mais as vias aéreas, protegendo-as e diminuindo o risco de aspiração.
Extensão da cabeça	• Permite a deslocação do bolo alimentar mais rápido na cavidade oral (mais utilizada quando os movimentos da língua sejam mais reduzidos)
Cabeça em flexão lateral para o lado afetado	• Aumenta a adução das cordas vocais, encerra a laringe do lado afetado, fazendo com que o bolo alimentar prossiga pelo lado são (proteger as vias aéreas)
Cabeça em flexão para o lado são	• Aumenta a adução das cordas vocais, encerra a laringe do lado são, fazendo com que o bolo alimentar prossiga pelo lado afetado (estimular a região afetada)
Técnicas	Objetivo
Dupla deglutição	• Consiste numa dupla deglutição. Utilizada para pessoas com alterações no controlo do bolo alimentar.
Deglutição Forçada	• Consiste em deglutir em esforço. Indicada no caso de alteração da proteção da via aérea

Exercícios e manobras para tratamento das disfagias

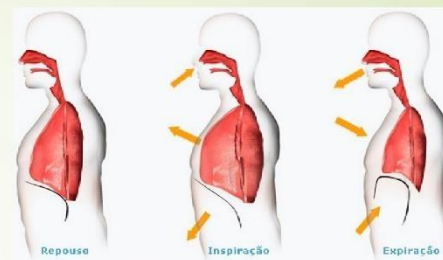


Exercícios respiratórios

Dissociação dos tempos respiratórios;



Técnica da tosse



Fases da respiração



Respiração abdomino-diafragmática

Dietas adaptadas



Disfagia: ajudas técnicas

Existem várias estratégias adaptativas, que permitem a autonomia do utente, tais como:



Registos no SClínico

Avaliar deglutição	Não comprometida	1. Monitorizar alterações da deglutição (1ª visita e agendar para 1x mês) 2. Realizar ensinamentos sobre prevenção de complicações das alterações da deglutição; 3. Assistir utente/cuidador na identificação de hábitos de risco.
	Comprometida (reduzida, moderado ou elevado)	1. Monitorizar alterações da deglutição (1ª visita e agendar para 1x mês) 2. Assistir utente/cuidador na identificação de hábitos de risco; 3. Vigiar a ação do utente/cuidador na alimentação; 4. Realizar ensinamentos sobre prevenção de complicações das alterações da deglutição; 5. Encaminhar para Terapia da Fala; 6. Avaliar o conhecimento sobre promover a deglutição (utente/cuidador); *1 7. Avaliar a capacidade para executar técnica de deglutição (utente/cuidador). *2

Registos no SClínico

*1 • Conhecimento sobre promover a deglutição, não demonstrado; • Potencial para melhorar conhecimento, presente;	1. Ensinar/instruir sobre higiene oral; 2. Ensinar/ Instruir e Treinar sobre correção postural; 3. Ensinar/Instruir sobre dieta adaptada; 4. Ensinar/ Instruir sobre necessidades nutricionais; 5. Ensinar/Instruir sobre comportamentos de risco; 6. Ensinar/Instruir sobre sinais de alarme e sintomas da disfagia; 7. Executar exercícios de fortalecimento muscular; 8. Ensinar/Instruir e Treinar utente/cuidador sobre Postura e técnicas de deglutição compensatórias;
--	--

Registos no SClínico

*2

- Capacidade para executar técnica de deglutição, não demonstrado
- Potencial para melhorar capacidade, presente

1. Ensinar/Instruir e Treinar o utente/cuidador sobre técnica de deglutição;
2. Ensinar/Instruir e Treinar o utente/cuidador sobre exercícios terapêuticos para a deglutição

Registos no Gestcare



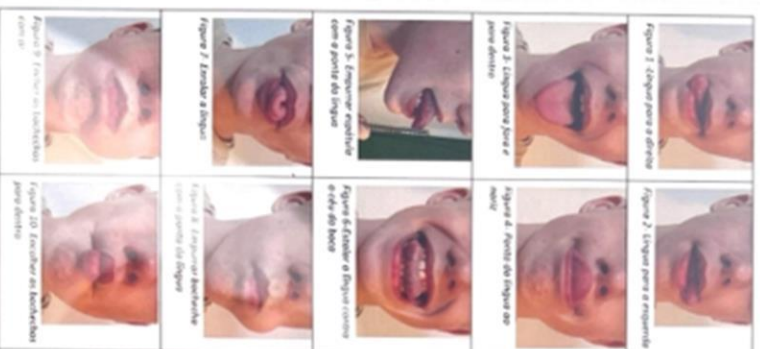
Os registos no Gestcare devem ser realizados na primeira avaliação e posteriormente, mensal.



São realizados em texto corrido.

APENDICE IV- FOLHETO INFORMATIVO PARA CUIDADORES INFORMAIS: A DISFAGIA

Exercícios faciais



Exercícios faciais



Indicações:

Pode realizar estes exercícios ao longo do dia, de acordo com a indicação do profissional de saúde.

ECCL/UCD

(Equipa de Cuidados Coordenados Integrados)

E-mail: [redacted]

Contactos telefónicos: [redacted]

Horário de Funcionamento

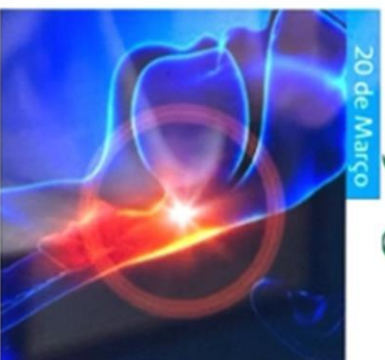
Dias úteis: 8h00 às 20h00

Fins-de-semana e Feriados: 9h00 às 17h00 (sempre que necessário)



A DISFAGIA:
Dificuldade a engolir
em segurança

20 de Março
Disfagia



A Disfagia

O que é a Disfagia?

A disfagia é uma alteração no processo de deglutição. Isto é, no ato de engolir alimentos e/ou saliva (SUKKAR et al, 2018).

Esta pode surgir nas diferentes fases da vida, contudo a fase mais predominante é a fase adulta, devido ao envelhecimento das estruturas. As suas principais causas podem ser o envelhecimento, o Acidente Vascular Cerebral, o Traumatismo Cranioencefálico e doenças neurológicas (como o Parkinson, demências, distrofias musculares e cancro da cabeça e pescoço) (PHILIPSEN, 2019).

Sinais de alerta:

- Dificuldade a engolir;
- Tosse e engasgos frequentes na alimentação ou com a saliva;
- Demorar muito tempo a engolir;
- Acumular a comida na boca;
- Perda de peso significativa;
- Babar frequentemente;
- Mudanças na fala: Rouquidão

Caso verifique algum destes sinais na pessoa, deve comunicar ao enfermeiro.

Complicações da disfagia:

As principais complicações da disfagia são:

- Infecções Respiratórias;
- Desnutrição;
- Desidratação;
- Diminuição da qualidade de vida da pessoa.

Cuidados a ter:

Os principais cuidados a ter são os seguintes:

- Higiene oral adequada;



- Posicionamento adequado durante a refeição;



- Dieta com consistência adequada, de acordo com indicação dos profissionais de saúde.

Não esquecer:

- Dever treinar os exercícios propostos pelos profissionais várias vezes sem comida na boca. Só depois de as executar bem e com supervisão do enfermeiro é que as deve utilizar na refeição.

- Caso tenha SNG ou PEG, não alimentar via oral até indicação do enfermeiro. Primeiro será necessário treinar os músculos da deglutição e só depois treinar a alimentação oral— Sempre com supervisão do enfermeiro.

Outras indicações:

Data:

APENDICE V- INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA SESSÃO INFORMATIVA: “A
DISFAGIA: UMA PROBLEMÁTICA DA ATUALIDADE”

A disfagia: uma problemática da atualidade

O presente questionário surge no âmbito do Mestrado de Enfermagem de Reabilitação realizado no Instituto Politécnico de Viana do Castelo.

Este tem como **principais objetivos**:

- 1) identificação de necessidades de formação sobre a temática da intervenção da disfagia previamente à formação: "Disfagia- uma problemática da atualidade";
- 2) estratégia de avaliação da formação: "Disfagia- uma problemática da atualidade", após duas semanas;

O questionário é de carácter anónimo, não devendo por isso colocar a sua identificação em nenhuma das folhas, nem assinar o mesmo. Os resultados obtidos, serão utilizados apenas para fins académicos (Dissertação de Mestrado).

Não existem respostas certas ou erradas. Por isso, solicito que responda de forma espontânea e sincera em todas as questões.

Agradeço desde já a sua colaboração.

Enfermeira Patrícia Faria

Questionário

1. Gênero:

☐ Feminino

☐ Masculino

2. Formação Profissional:

☐ Enfermeiro Generalista

☐ Enfermeiro Especialista

☐ Outra

3. Anos de experiência profissional

☐ Até 5 anos

☐ Entre 5 e 10 anos

☐ Mais de 10 anos

4. Já teve alguma formação no âmbito da avaliação da deglutição?

☐ Sim

☐ Não

5. A disfagia é definida como a dificuldade na formação e transporte do bolo alimentar de forma segura da cavidade oral até ao estômago

☐ Sim

☐ Não

6. Em que pessoas pode surgir a disfagia? (selecione todas as opções que considera corretas)

☐ Todas as pessoas, mas predomina nos idosos

☐ Apenas idosos

☐ Apenas pessoas com dependência para os autocuidados

7. As principais causas da disfagia são: (selecione todas as opções corretas)

- ☐ Doenças neurológicas
- ☐ AVC
- ☐ Envelhecimento
- ☐ Todas as anteriores

8. As principais complicações da disfagia são:
(selecione todas as opções que considere corretas)

- ☐ Pneumonia de Aspiração
- ☐ Perda de peso significativa
- ☐ Aumento dos custos em saúde
- ☐ Morte
- ☐ Todas as anteriores

9. Tem conhecimento de alguma escala de avaliação da deglutição?

- ☐ Sim
- ☐ Não

10. Na sua opinião, com que frequência se deve proceder à avaliação da deglutição.
(selecione a opção que considera correta)

- ☐ Apenas no primeiro contacto
- ☐ Apenas na presença de alteração do estado da pessoa
- ☐ No primeiro contacto e depois mensalmente
- ☐ No primeiro contacto e depois mensalmente, caso não haja alteração do estado da pessoa antes
- ☐ Não sei

11. De acordo com os seus conhecimentos no momento, sente-se à vontade para realizar uma avaliação da deglutição?

- ☐ Sim
- ☐ Não

12. Se respondeu “Não” na questão 11, diga por favor, o porquê de não se sentir à vontade.

Se respondeu “Sim” avance para a questão seguinte. (selecione todas as opções que considere necessário)

- ☐ Não ter uma escala de avaliação da deglutição para se orientar
- ☐ Não saber aplicar a escala de avaliação de deglutição
- ☐ Dificuldade nos registos no SClínico
- ☐ Pouca formação no âmbito da avaliação da deglutição
- ☐ Outros motivos

13. Na sua opinião, quais os profissionais de saúde com intervenção dirigidas para a reabilitação da pessoa com disfagia? (Selecione todas as opções que considera corretas)

- ☐ Médico
- ☐ Terapeuta da Fala
- ☐ Nutricionista
- ☐ Terapeuta Ocupacional
- ☐ Enfermeiro
- ☐ Enfermeiro de Reabilitação
- ☐ Psicóloga
- ☐ Todos os anteriores

14. Na sua opinião, é importante a intervenção de uma equipa multidisciplinar?

- ☐ Sim
- ☐ Não

15. Na presença de disfagia na pessoa, como devemos proceder:

(selecione todas as opções que considerar corretas)

- ☐ Registar no SClínico os resultados obtidos na avaliação da deglutição
- ☐ Comunicar ao médico assistente
- ☐ Solicitar encaminhamento para terapia da fala
- ☐ Realizar educação à pessoa com disfagia
- ☐ Realizar educação ao prestador de cuidados

16. Na sua opinião, quais as intervenções que estão associadas à diminuição de complicações da disfagia:

(selecione todas opções que considerar corretas)

- ☐ Higiene oral adequada
- ☐ Posicionamento adequado nos momentos de alimentação
- ☐ Dieta adaptada
- ☐ Promoção da mobilidade
- ☐ Capacitação do prestador de cuidados para a alimentação
- ☐ Todas as anteriores

17. Na sua opinião, é importante haver formação no âmbito da avaliação da deglutição?

- ☐ Sim
- ☐ Não

18. Na sua opinião, a elaboração de um procedimento de trabalho seria uma estratégia facilitadora para a intervenção na pessoa com disfagia?

- ☐ Sim
- ☐ Não

Obrigada pela sua colaboração

APÊNDICE VI- INTERVENÇÕES DO ENFERMEIRO DE REABILITAÇÃO NO UTENTE
COM DISFAGIA: PROTOCOLO DE UMA SCOPING REVIEW

Interventions of the Rehabilitation Nurse in people with dysphagia: Protocol of a Scoping Review

Prepared for registration in the Open Science Framework
Submitted

03/01/2023

Contact: Patrícia Faria
E: patricia95faria@gmail.com
T: +351912425644

Adapted from the registration form for the PROSPERO database.

1

Review title and timescale

1 Review title:

Interventions of the Rehabilitation Nurse in people with dysphagia: Protocol of a Scoping Review

2 Anticipated or actual start date:

3/1/2022

3 Anticipated completion date:

30/03/2023

4 Stage of review at time of this submission:

This review has not yet started

Review stage

	<i>Started</i>	<i>Completed</i>
<i>Preliminary searches</i>	☐	√
<i>Piloting of the study selection process</i>	☐	√
<i>Formal screening of search results against eligibility criteria</i>	☐	
<i>Data extraction</i>	☐	
<i>Risk of bias (quality) assessment</i>		N/A
<i>Data analysis</i>	☐	

Provide any other relevant information about the stage of the review here: Not applicable

Review team details

5 Named contact

Enfª Patrícia Faria

6 Named contact email

patricia95faria@gmail.com

7 Named contact address

Travessa do Outeiro, nº 60, Prado S. Miguel, Vila Verde

8 Named contact phone number

+351 912425655

9 Organisational affiliation of the review

Escola Superior de Saúde- Instituto Politécnico de Viana do Castelo

10 Review team members and their organisational affiliations

Title	First name	Last name	Affiliation
Enf.	Patrícia	Faria	Instituto Politécnico de Viana do Castelo – Escola Superior de Saúde
Prof.	Andreia	Lima	Escola Superior de Saúde Fernando Pessoa; Instituto Politécnico de Viana do Castelo – Escola Superior de Saúde; CINTESIS

11 Funding

None

12 Sources/sponsors

None

12 Conflicts of interest

There is no conflict of interest to declare.

Review methods**13 Review question(s):**

This Scoping Review aims to map the evidence to identify the interventions implemented by rehabilitation nurses in the prevention of complications in patients with dysphagia. So, the guiding research question was structured in the Population, Concept and Context (PCC) format: What are the rehabilitation nursing interventions implemented by the specialist nurse in the prevention of complications in the user with dysphagia?

14 Literature Search:

The adopted strategy aims to map published and unpublished studies. In an initial phase, the search for studies will be carried out through electronic databases such as Cochrane Database of Systematic Reviews, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive, MediciLatina, CINAHL (Plus with full text) via EBSCO, Scielo and MEDLINE (Plus with full text) via Pubmed, in order to list the most used words in the titles, abstracts and indexed terms to describe the articles. These words will be used to develop the search strategy in the most relevant databases. The terms used were validated according to the descriptors in Sciences of Health and adapted to each database. The bibliographical references of the studies for possible inclusion will also be analyzed. After the data analysis, a new research will be carried out in order to identify new publications that may have appeared according to the theme, before the end of the investigation (1,2)

15 Search strategy:

Table 1- Search strategy by database and respective results

Data base: MEDLINE (Via Pubmed)

Filters: Free full text, in the last 5 years, English, Portuguese, MEDLINE, Adult: 19+ years

Results: 42

Search strategy (3 de dezembro de 2022)

(((((deglutition disorders[MeSH Terms]) OR (deglutition disorders[Title/Abstract])) OR (dysphagia[Title/Abstract])) OR (swallowing disorders[Title/Abstract])) AND (((rehabilitation nursing[MeSH Terms]) OR (rehabilitation nursing[Title/Abstract])) OR (intervention of rehabilitation nurse[Title/Abstract])) OR (rehabilitation program to deglutition disorders[Title/Abstract]))

Data base: Cochrane Database of Systematic Reviews

Filters: Full text; Publication: 20180101-20221231;Language: - english

Results: 0

Search strategy (3 de dezembro de 2022)

((AB deglutition OR MH deglutition OR TI deglutition) OR (AB swallowing OR TI swallowing) OR (AB dysphagia OR TI dysphagia) AND (AB disorders OR MH disorders OR TI disorders) OR (AB disfunction OR TI disfunction) AND (AB nursing care OR MH nursing care OR TI nursing care) OR (AB rehabilitation nursing OR MH rehabilitation nursing OR TI rehabilitation nursing)

Data base: Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive

Filters: Full text; Publication: 20180101-20221231; english

Results: 124

Search strategy (3 de dezembro de 2022)

(AB deglutition OR MH deglutition OR TI deglutition) OR (AB swallowing OR TI swallowing) OR (AB dysphagia OR TI dysphagia) AND (AB disorders OR MH disorders OR TI disorders) OR (AB disfunction OR TI disfunction) AND (AB nursing care OR MH nursing care OR TI nursing care) OR (AB rehabilitation nursing OR MH rehabilitation nursing OR TI rehabilitation nursing)

Data base: Scielo

Filters: Publication: 2018-2022

Results: 14

Search strategy (3 de dezembro de 2022)

(((((ti:(deglutition disorders)) OR (ab:(deglutition disorders)) OR (ta:(deglutition disorders))) AND (ti:(rehabilitation nursing)) OR (ab:(rehabilitation nursing)) OR (ta:(rehabilitation nursing))) AND (ti:(nursing care)) OR (ab:(nursing care)) OR (ta:(nursing care)))

Data base: Mediciatrina

Filters: Full text; Publication: 20180101-20221231; Language: - portuguese;english

Results: 31

Search strategy (6 de dezembro de 2022)

(AB deglutition OR MH deglutition OR TI deglutition) OR (AB swallowing OR TI swallowing) OR (AB dysphagia OR TI dysphagia) AND (AB disorders OR MH disorders OR TI disorders) OR (AB disfunction OR TI disfunction) AND (AB nursing care OR MH nursing care OR TI nursing care) OR (AB rehabilitation nursing OR MH rehabilitation nursing OR TI rehabilitation nursing)

Data base: CINAHL (Via via EBSCOhost Web)

Filters: Full text; Publication: 20170101-20221231; Excluding MEDLINE; Language Portuguese and English

Results: 19

Search strategy (3 de dezembro de 2022)

(TI swallowing disorders OR AB swallowing disorders OR TI dysphagia OR AB dysphagia OR TI deglutition disorders OR AB deglutition disorders OR MH deglutition disorders) AND (TI rehabilitation program OR AB rehabilitation program OR TI rehabilitation nursing OR AB rehabilitation nursing OR MH rehabilitation nursing OR TI nursing care OR AB nursing care OR MH nursing care)

16 Condition or domain being studied:

Knowledge in Nursing

17 Participants/Population:

This review will consider studies that include people over 18 years old with dysphagia, without restriction on the cause, submitted to the intervention of the Rehabilitation Nurse

18 Concept:

Studies that include interventions performed by the Rehabilitation Nurse only in users with dysphagia, regardless of the cause of origin, will be included

19 Context:

In the present study, there is no restriction on the context in which the study was developed. Studies developed in outpatient clinics, inpatient hospitals or other inpatient institutions, such as Continuing Care Units and nursing homes, will be considered

20 Types of study to be included initially:

This Scoping Review will not present any restriction regarding the typology of studies. All literature reviews, reports, theses or dissertations with data relevant to the Scoping Review issue will also be considered. A time limit of 5 years will be placed, thus including studies between 2018 and 2022. To be considered for inclusion, studies must be in English, Portuguese.

21 Data extraction (selection and coding):

The electronic search strategy will include studies published in the databases: Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE®) via Pubmed, and Cumulative Index to Nursing and Allied Health

Literature (CINAHL®) via EBSCOhost Web and Scielo. Data will be extracted from the articles included in this scoping review by two reviewers independently and doubts and disagreements will be discussed using a third reviewer.

After the search, the identified articles will be deposited in the Mendeley Desktop program (version 1.19.8) and in RAYYAN and the duplicates will be removed.

Then, a selection of studies will be carried out based on the title and abstract, to verify the eligibility of the studies. All studies that meet the previously outlined criteria will be fully analyzed according to the full text analysis process.

A pilot test will be carried out by two independent reviewers. Initially in the analysis of the title, abstract to 5% of the total research, to obtain at least a consensus of 75% agreement between reviewers. Subsequently, analysis of the full text of 2% of the full text articles to obtain the same level of agreement.

The results of the selection will be presented according to the recommendations of the PRISMA Extension for Scoping Review (4). The reasons for excluding studies that do not meet the eligibility criteria will be documented in the scoping review.

22 Risk of bias (quality) assessment:

With regard to methodological rigor, this is carried out through the assessment of the quality of the studies. However, in the Scoping Review, this will not occur in the included studies, as the objective of the present study intends to map the main concepts in a specific research area (5).

23 Strategy for data synthesis:

Data will be extracted from studies included in the scoping review, using an extraction tool, guided by the methodology proposed by the JBI, which includes information such as participants, concept, context, study methods and main information relevant to the review question (3, 5). The data extraction tool will be modified and revised if necessary during the data extraction process for each included study. These changes will be detailed in the Scoping Review.

To assess whether the extraction tool is adequate to the objectives and research question, two independent reviewers will extract and analyze data from the first two articles, as suggested by the methodology proposed by JBI. If necessary, the authors of the papers will be contacted to request additional data, as suggested in the JBI methodology (6).

The full text of the selected articles will be retrieved and analyzed, according to the previously developed tool

24 Analysis of subgroups or subsets:

Not applicable

Review general information

25 Type of review

Select one of the following:

Review Type

Scoping review	☒
Rapid review	☐
Systematic review	☐
Other: Living scoping review	☐

26 Language

English

27 Country

Portugal

28 Other registration details

Not Applicable

29 Reference and/or URL for published protocol

30 Dissemination plans:

Publication of an article in an indexed journal.

31 Do you intend to publish the review on completion?

Yes	☒
No	☐

32 Keywords

Dees/Mesh terms: Rehabilitation nursing, Deglutition disorders, Swallowing disorders, nursing care

33 Details of any existing review of the same topic by the same authors.

Not applicable

34 Current review status

It is in the initial research phase..

35 Any additional information:

Not applicable

36 Details of final report/publication(s):

Not applicable

37 References:

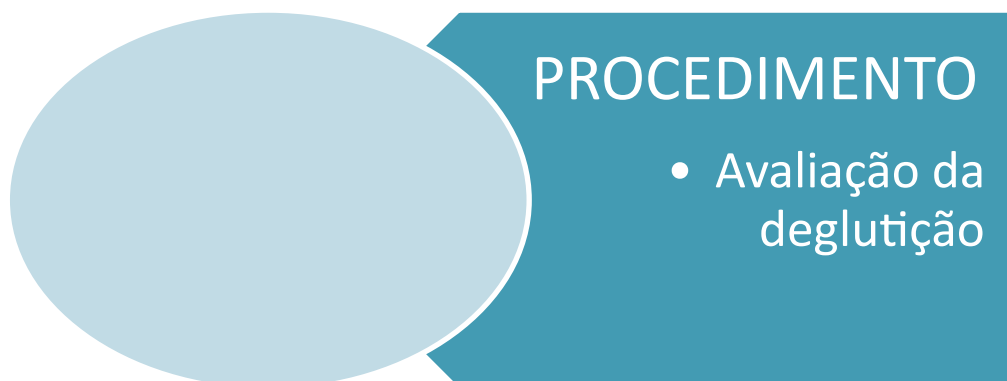
1. Tricco AC, Lachance CC, Rios P, Darvesh N, Antony J, Radhakrishnan A, et al. Global evidence of gender inequity in academic health research: a living scoping review protocol. 2020;18(10):2181-93.
2. Brooker J, Synnot A, McDonald S, Elliott J, Turner T, Hodder R, et al. Guidance for the production and publication of Cochrane living systematic reviews: Cochrane Reviews in living mode 2019 [updated Dec 2019Oct 2020]. Available from: https://community.cochrane.org/sites/default/files/uploads/inline-files/Transform/201912_LSR_Revised_Guidance.pdf

3. Peters MD, Godfrey C, McInerney P, Baldini- Soares C, Khalil H, Parker D. Scoping reviews. JBI Manual for Evidence Synthesis. JBI, 2017
4. Tricco AC, Lillie E, Zarin W, O'Brien KK, Colquhoun H, Levac D, et al. PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. Ann Intern Med. 2018;169(7):467-73.
5. Peters MDJ, Godfrey C, McInerney P, Munn Z, Tricco AC, Khalil H. Chapter 11: Scoping Reviews (2020 version). In: E A, Z M, editors. Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual: JBI; 2020.
6. Levac D, Colquhoun H, O'Brien KK. Scoping studies: advancing the methodology. Implement Sci. 2010;5

Adapted from the registration form for the PROSPERO database.

1

APENDICE VII- PROTOCOLO DE INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM NO
UTENTE COM DISFAGIA



Índice

<u>1. Objetivo</u>	100
<u>2. Âmbito</u>	100
<u>3. Documentos de referência</u>	100
<u>4. Definições e abreviaturas</u>	101
<u>5. Processo (como proceder)</u>	101
<u>Anexo I- Escala de GUSS</u>	107
<u>Apêndice I- Exercícios de Fortalecimento Muscular</u>	110
<u>Apêndice II- Posturas e técnicas de deglutição compensatórias</u>	112

OBJETIVO

O objetivo do presente procedimento é:

- Uniformizar os registos de Enfermagem inerentes ao fenómeno da deglutição, em contexto comunitário;
- Detetar precocemente alterações na deglutição;
- Minimizar complicações associadas às alterações da deglutição, em contexto comunitário.

ÂMBITO

O Gabinete de Estatística e Planeamento define população idosa como aquela que se encontra na faixa etária de + de 65 anos. Esta população, tem aumentado significativamente devido à maior longevidade e diminuição da natalidade.

Com o envelhecimento, os processos degenerativos começam a ser mais evidentes nos idosos e estão relacionados principalmente com a capacidade de ver, ouvir e deglutir eficazmente. Neste contexto, a dificuldade na deglutição é designada por prebisfagia.

Nesta perspetiva, os enfermeiros em particular surgem como agentes importantes no âmbito da prevenção de complicações associadas às alterações da deglutição, em contexto domiciliário.

A ECCI (Equipa de cuidados Continuados Integrados) é um contexto privilegiado de atuação neste âmbito, sendo uma equipa multidisciplinar para prestação de cuidados domiciliários após a avaliação integral, de cuidados médicos, de enfermagem, de reabilitação e de apoio social, ou outros, a pessoas em situação de dependência funcional, doença terminal, ou em processo de convalescença, com rede de suporte social, cuja situação não requer internamento, mas que não podem deslocar-se de forma autónoma (Decreto-Lei nº 101/2006, p. 3862).

A intervenção desta equipa visa promover a autonomia, melhorando a funcionalidade da pessoa em situação de dependência, através de reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social, e maximização da qualidade de vida.

DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

- *Decreto-Lei n.º 101/2006 | DRE, 3856 (2006)*
- Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (2015). **Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação**. Porto

DEFINIÇÕES E ABREVIATURAS

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 (CIPE, 2018).

Disfagia: é um distúrbio da deglutição decorrente de causas neurológicas e/ou estruturais.

PROCESSO (COMO PROCEDER)

Responsabilidade: Equipa de Enfermagem.

População-alvo:

- Utentes com alterações do estado de consciência;
- Utentes com alterações neurológicas, neurovasculares e neuromusculares, tais como: AVC, Parkinson, ELA, Esclerose Múltipla, demência.
- Utentes com alterações mecânicas e/ou obstrutivas, tais como: infeções respiratórias, doenças esofágicas, neoplasias e estenose esofágica.

Avaliação:

A avaliação tem como objetivo obter o máximo de informações através de uma colheita de dados para determinar as intervenções a implementar.

Esta avaliação deve ser realizada:

- Na primeira visita domiciliária, posteriormente mensalmente;
- Sempre que existam alterações do estado do utente que implique risco de disfagia.

Nota: Sempre que o estado do utente se alterar, proceder à atualização do plano de cuidados no Sclínico, nomeadamente do status e respetivas intervenções.

Anamnese e Exame físico:

- Idade do doente;
- Condição física;
- Historial clínico;
- Estado de Consciência;
- Características da respiração;
- Avaliação do reflexo da tosse;
- Hábitos alimentares;
- Qualidade do discurso;
- Presença de sialorreia/xerostomia;
- Duração da refeição.

Avaliação da mobilidade e dos órgãos funcionais de deglutição, nomeadamente:

- Controlo cervical e do tronco;
- Habilidade para comer e beber;
- Estado de conservação dentária e próteses;
- Simetria da face e lábios;
- Mobilidade da língua;
- Qualidade da voz;
- Sensibilidade na região peri-bucal.

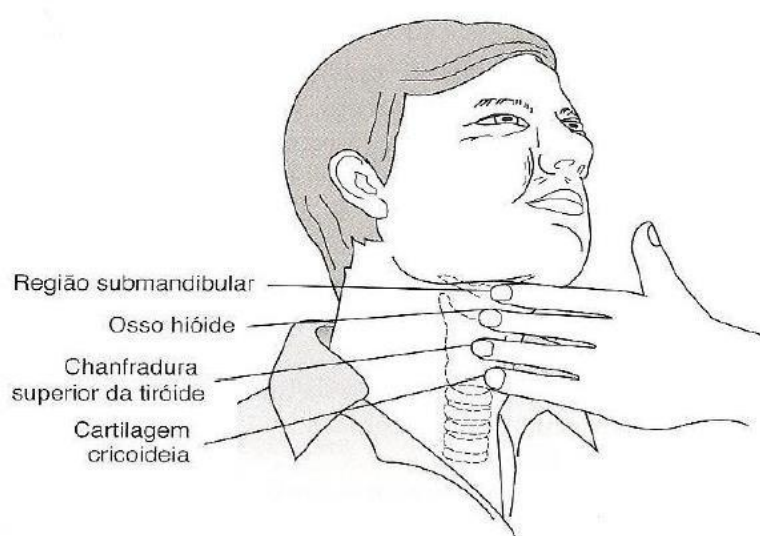
Teste da deglutição

O teste da deglutição visa complementar as informações obtidas na colheita de dados. Deve ser realizado pelo enfermeiro, preferencialmente o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação.

Para a realização do teste da deglutição, deve ter-se por base a aplicação da Escala GUSS (Anexo I).

Durante a realização do mesmo, deve ser vigiada a oximetria periféricas e a elevação laríngea (colocar o 2º dedo na região submandibular e o 3º dedo no osso hióide para perceber o movimento laríngeo).

Figura 3- Avaliação do movimento laríngeo



Diagnósticos	Intervenções
--------------	--------------

	Não comprometida	1. Monitorizar alterações da deglutição (1ª visita e agendar para 1x mês) 2. Realizar ensinamentos sobre prevenção de complicações das alterações da deglutição; 3. Assistir utente/cuidador na identificação de hábitos de risco.
--	-------------------------	--

Avaliar deglutição	Comprometida (reduzida, moderado ou elevado)	1. Monitorizar alterações da deglutição (1ª visita e agendar para 1x mês) 2. Assistir utente/cuidador na identificação de hábitos de risco; 3. Vigiar a ação do utente/cuidador na alimentação; 4. Realizar ensinamentos sobre prevenção de complicações das alterações da deglutição; 5. Avaliar o conhecimento sobre promover a deglutição (utente/cuidador); *1 6. Avaliar a capacidade para executar técnica de deglutição (utente/cuidador). *2
*1 • Conhecimento sobre promover a deglutição, não demonstrado; • Potencial para melhorar conhecimento, presente;		1. Ensinar/instruir sobre higiene oral; 2. Ensinar/ Instruir e Treinar sobre correção postural; 3. Ensinar/Instruir sobre dieta adaptada; 4. Ensinar/ Instruir sobre necessidades nutricionais; 5. Ensinar/Instruir sobre comportamentos de risco; 6. Ensinar/Instruir sobre sinais de alarme e sintomas da disfagia; 7. Executar exercícios de fortalecimento muscular (Apêndice I;

			8. Ensinar/Instruir e Treinar utente/cuidador sobre Postura e técnicas de deglutição compensatórias (Apêndice II);
*2			1. Ensinar/Instruir e Treinar o utente/cuidador sobre técnica de deglutição; 2. Ensinar/Instruir e Treinar o utente/cuidador sobre exercícios terapêuticos para a deglutição
			• Capacidade para executar técnica de deglutição, não demonstrado • Potencial para melhorar capacidade, presente
Avaliar risco de aspiração	Sem risco de aspiração		1. Monitorizar risco de aspiração (1ª visita e agendar para 1xmês) 2. Incentivar a elevar cabeceira da cama; 3. Ensinar/Instruir e Treinar a técnica de posicionamentos preventiva de aspiração
	Risco de aspiração presente	Reduzido/ Moderado	1. Monitorizar risco de aspiração (1ª visita e agendar para 1xmês) 2. Incentivar a elevar cabeceira da cama; 3. Ensinar/Instruir e Treinar a técnica de posicionamentos preventiva de aspiração; 4. Ensinar/instruir sobre Inspeccionar cavidade Oral; 5. Ensinar/Instruir e Treinar sobre monitorizar conteúdo gástrico; 6. Gerir dieta; 7. Planear dieta; 8. Ensinar/Instruir sobre dieta;

		Elevado	1. Interromper a ingestão de alimentos; 2. Inserir Sonda gástrica; 3. Ensinar/Instruir e treinar alimentação por Sonda Gástrica;
--	--	---------	--

Quando o utente e/ou cuidador principal demonstrar conhecimentos/habilidades alterar o status de “não demonstrado” para “demonstrado”.

Registos:

Estes devem ser realizados na avaliação inicial e posteriormente mensal, ou no caso de alterações do estado do utente.

Anexo I- Escala de GUSS

GUSS *Gugging Swallowing Test*

Data da avaliação _____ Hora _____ Identificação doente _____

Secção 1. Avaliação preliminar / teste de deglutição indirecto

	SIM	NÃO
Vigilância (o doente deve estar alerta durante pelo menos 15 minutos)	☐ 1	☐ 0
Tosse e/ou pigarreio (tosse voluntária) (o doente deve conseguir tossir ou pigarrear 2 vezes)	☐ 1	☐ 0
Deglutição de saliva	☐ 1	☐ 0
• Deglutição com sucesso		
• Sialorreia	☐ 0	☐ 1
• Alterações da voz (rouquidão, gorgolejo, voz molhada ou fraca)	☐ 0	☐ 1
TOTAL:	(5)	
	1 – 4 = investigação posterior ¹ 5 = Continuar para a secção 2	

Secção 2. Teste de deglutição directo (Material: Água destilada, colher de chá rasa, espessante, pão)

Seguir a ordem:	1 → SEMI-SÓLIDO*	2 → LÍQUIDO**	3 → SÓLIDO***
DEGLUTIÇÃO			
• Deglutição impossível	☐ 0	☐ 0	☐ 0
• Deglutição demorada (> 2 seg.) (Sólidos > 10 seg.)	☐ 1	☐ 1	☐ 1
• Deglutição com sucesso	☐ 2	☐ 2	☐ 2
TOSSE (involuntária) (antes, durante ou após a deglutição – até 3 minutos após)			
• Sim	☐ 0	☐ 0	☐ 0
• Não	☐ 1	☐ 1	☐ 1
SIALORREIA			
• Sim	☐ 0	☐ 0	☐ 0
• Não	☐ 1	☐ 1	☐ 1
ALTERAÇÃO DA VOZ (escutar a voz antes e após a deglutição – o doente deve dizer “O”)			
• Sim	☐ 0	☐ 0	☐ 0
• Não	☐ 1	☐ 1	☐ 1
TOTAL:	(5)	(5)	(5)
	1 – 4 = investigação posterior ¹ 5 = Continuar para líquido	1 – 4 = investigação posterior ¹ 5 = Continuar para sólido	1 – 4 = investigação posterior ¹ 5 = Normal
TOTAL: (Secção 1 + Secção 2)	_____ (20)		

*	Administrar primeiro 1/3 de uma colher de chá rasa de água destilada com espessante (consistência de pudim). Se não se observarem sintomas administrar 3 a 5 colheres. Reavaliar no final da última colher.
**	3, 5, 10, 20 ml de água destilada – se não se observarem sintomas continuar com 50 ml de água destilada. Interromper e reavaliar se se observar um dos critérios.
***	Pão seco
¹	Encaminhar para médico fisiatra

RESULTADOS		GRAVIDADE	RECOMENDAÇÕES
20	Semi-sólido, líquido e sólido com sucesso	Disfagia ligeira / sem disfagia Risco mínimo de aspiração	• Dieta normal • Líquidos normais (primeira refeição com supervisão de enfermeiro)
15–19	Semi-sólido e líquido com sucesso Sólido sem sucesso	Disfagia ligeira Baixo risco de aspiração	• Dieta passada • Líquidos muito devagar (um gole de cada vez) • Avaliação especializada¹
10–14	Semi-sólido com sucesso Líquido sem sucesso	Disfagia moderada Risco de aspiração	• Dieta semi-líquida • Líquidos espessados • Comprimidos esmagados e misturados em líquido espessado • Não administrar medicação líquida • Avaliação especializada¹ <i>Suplementação com via nasogástrica ou parentérica</i>
0-9	Investigação preliminar sem sucesso ou semi-sólido sem sucesso	Disfagia grave Alto risco de aspiração	• NPO (<i>non per os</i> – proibida alimentação por via oral) • Avaliação especializada¹ <i>Suplementação com via nasogástrica ou parentérica</i>

Apêndice I- Exercícios de Fortalecimento Muscular

Exercícios de Enfermagem de Reabilitação para fortalecimento dos músculos envolvidos na deglutição

Para a realização dos seguintes exercícios, o utente deve ser colocado em frente a um espelho, sempre que possível.

Objetivo da intervenção	Exercícios
Fortalecimento dos lábios	• Retrair, • Lateralizar; • Segurar espátula entre os lábios; • Soprar e assobiar;
Fortalecimento da língua	• Lateralização da língua • Elevação da língua • Protuir a língua • Retrair língua • Deslizar a língua no palato duto no sentido Anteroposterior • Empurrar as bochechas com a língua
Fortalecimento para o palato mole	• Emitir “aaaa” • Soprar e sugar
Resistência muscular da região cervical	• Flexão e extensão cervical (preferencialmente em decúbito dorsal)

Apêndice II- Posturas e técnicas de deglutição compensatórias

Posturas e técnicas de deglutição compensatórias

Posturas	Objetivo
Flexão da cabeça	Faz com que a epiglote encubra mais as vias aéreas, protegendo-as e diminuindo o risco de aspiração.
Extensão da cabeça	Permite a deslocação do bolo alimentar mais rápido na cavidade oral (mais utilizada quando os movimentos da língua sejam mais reduzidos)

Cabeça em flexão lateral para o lado afetado	• Aumenta a adução das cordas vocais, encerra a laringe do lado afetado, fazendo com que o bolo alimentar prossiga pelo lado são (proteger as vias áreas)
Cabeça em flexão para o lado são	• Aumenta a adução das cordas vocais, encerra a laringe do lado são, fazendo com que o bolo alimentar prossiga pelo lado afetado (estimular a região afetada)
Técnicas	Objetivo
Double swallow	• Consiste numa dupla deglutição. Utilizada para pessoas com alterações no controlo do bolo alimentar.
Hard swallow	• Consiste em deglutir em esforço. Indicada no caso de alteração da proteção da via aérea.
Lip pursing	• Consiste em fechar os lábios com a mão. Indicada para casos de hipotonia labial e/ou dificuldade no controlo do bolo alimentar