



# **Escola Superior de Enfermagem de Coimbra**

**XIII CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO**

## **ESTÁGIO COM RELATÓRIO FINAL**

**Intervenções de reabilitação na pessoa com DPOC  
com disfagia – *scoping review***

Cátia Sofia de Barros Duarte, n.º 22348021

Coimbra, setembro de 2025



# **Escola Superior de Enfermagem de Coimbra**

**XIII CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO**

## **ESTÁGIO COM RELATÓRIO FINAL**

**Intervenções de reabilitação na pessoa com DPOC  
com disfagia – *scoping review***

Cátia Sofia de Barros Duarte, n.º 22348021

Orientador: CRRM, MSc, PhD, Isabel de Jesus Oliveira, Professora Adjunta, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Co-orientador: RN, MD, PhD, Vitor Sérgio de Oliveira Parola, Professor Adjunto, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Relatório Final de Estágio apresentado para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Reabilitação

Coimbra, setembro de 2025

*“É notável que toda a obra de fôlego, pelo qual um indivíduo se institui mestre na sua categoria, é, ao mesmo tempo, obra de emoção e de pensamento, contém tanto uma forma de arte como uma fórmula de filosofia.”*

*- Fernando Pessoa, in 'Ricardo Reis - Prosa*

## **AGRADECIMENTOS**

Chegar até aqui foi uma jornada repleta de desafios, superações e de momentos em que duvidei da minha própria capacidade. Entre a exigência do curso, a distância percorrida e as minhas próprias limitações, houve dias em que o caminho me pareceu demasiado árduo. Mas hoje, ao olhar para trás, vejo o quão longe cheguei e sinto um enorme orgulho nesta conquista.

A conquista tornou-se ainda mais doce pois não cheguei a ela sozinha. Ao meu marido, meu grande companheiro de vida e de curso, agradeço por ter aceitado este desafio comigo, pelo seu apoio incondicional e pelo seu companheirismo em cada etapa.

Aos meus filhos, meus faróis e minha força motriz, que tantas vezes ficaram privados da minha presença e atenção, o meu profundo agradecimento pela compreensão, pela paciência, pelas palavras de incentivo e pelo amor que sempre me fizeram sentir.

Aos meus pais que foram um pilar essencial, não só pela motivação constante, mas também pela ajuda preciosa, exercendo o meu papel junto dos meus filhos sempre que foi necessário.

A toda a minha restante família pelo incentivo e pelas palavras de força nos momentos mais difíceis.

Aos meus orientadores pelo apoio e ensinamentos valiosos que me ajudaram a crescer, bem como pelo acompanhamento neste percurso final.

Aos meus colegas de turma, e em especial às minhas colegas de grupo, pelo companheirismo e pelo sentido de entreajuda, que tornaram esta caminhada mais leve, pelos jogos de cartas nos intervalos de almoço e pelas conversas parvas que serviram tantas vezes de escape nos momentos mais exigentes.

A todos os que, de uma forma ou de outra, contribuíram para que este momento fosse possível, o meu sincero obrigado.

## RESUMO

O presente relatório de estágio encontra-se inserido na Unidade Curricular de Estágio com Relatório Final do XIII Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra e visa integrar a componente prática e de investigação, refletindo sobre as competências comuns do Enfermeiro Especialista e as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) nos diferentes contextos clínicos.

A primeira parte deste relatório centra-se na componente prática, refletindo sobre as experiências vivenciadas e as competências adquiridas nos diferentes contextos clínicos – serviço de medicina intensa, hospital pediátrico, ortopedia, unidade de cuidados na comunidade e neurologia. Através de uma análise crítico-reflexiva, são exploradas as atividades desenvolvidas, as dificuldades encontradas e as estratégias adotadas para a aquisição de competências especializadas, particularmente no âmbito da Enfermagem de reabilitação.

Na segunda parte, é apresentada a componente de investigação, que consiste numa *scoping review* sobre as intervenções de reabilitação na pessoa com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) com disfagia. Seguindo a metodologia do *Joanna Briggs Institute* (JBI) e as normas *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-analyses extension for Scoping Reviews* (PRISMA-ScR), a revisão teve como objetivo mapear as intervenções disponíveis e sistematizar a evidência existente. As intervenções de reabilitação na disfagia na pessoa com DPOC identificadas foram catalogadas em estratégias de reabilitação, compensatórias e de avaliação. Os resultados apontam para a necessidade de uma abordagem multidisciplinar, sublinhando o papel do EEER na otimização da função respiratória e na gestão da disfagia, com vista à melhoria da qualidade de vida destas pessoas. Espera-se que os resultados e conclusões da *scoping review* possibilitem o desenvolvimento de um programa de reabilitação sistematizado para a intervenção na pessoa com DPOC e disfagia, fundamentado na melhor evidência disponível.

Este relatório pretende espelhar e reforçar a importância da integração entre prática clínica e investigação, bem como do desenvolvimento de competências especializadas e de intervenções baseadas na melhor evidência disponível pelo EEER, contribuindo para a sistematização dos cuidados em reabilitação e para a produção de conhecimento científico na área.

**Palavras-chave:** Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica, Transtorno de Deglutição, Reabilitação, Enfermagem em Reabilitação.

## **ABSTRACT**

This internship report is part of the Curricular Unit Internship with Final Report for the 13th Master's Degree Course in Rehabilitation Nursing at the Nursing School of Coimbra. It aims to integrate the practical and research components, reflecting on the standard competencies of the Specialist Nurse and the specific competencies of the Specialist Rehabilitation Nurse (SRN) in different clinical contexts.

The first part of this report focuses on the practical component, reflecting on the experiences and competencies acquired in the different clinical contexts - intensive care unit, pediatric hospital, orthopedics unit, community care unit, and neurology unit. Through a critical-reflective analysis, one examines the activities performed, the challenges encountered, and the methods used to acquire specialized skills, specifically in the field of Rehabilitation Nursing.

Part two showcases the research undertaken, which encompasses a *scoping review* of rehabilitation interventions for people with Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) and dysphagia. The review aimed to map the available interventions and systematize the existing evidence by following the methodology of JBI and PRISMA-ScR guidelines.

The rehabilitation interventions for dysphagia in people with COPD were categorized into rehabilitation, compensatory, and assessment strategies. The results highlight the need for a multidisciplinary approach, with the SRN playing a key role in optimizing respiratory function, managing dysphagia, and improving the quality of life of these individuals. The results and conclusions of the *scoping review* should enable the development of a systematic rehabilitation program for people with COPD and dysphagia, based on the best available evidence.

This report aims to reflect and reinforce the importance of integrating clinical practice and research, as well as the importance of developing specialized skills and interventions based on the best available evidence, contributing to the systematization of rehabilitation care and the production of scientific knowledge in the area.

**Keywords:** Chronic Obstructive Pulmonary Disease, Swallowing Disorder, Rehabilitation, Rehabilitation Nursing.

## **ABREVIATURAS E SIGLAS**

**&** – Logograma que representa a conjunção “e”; *ampersand*

**ACSS** – Administração Central do Sistema de Saúde

**ASED** – Avaliação Segura da Deglutição

**AVC** – Acidente Vascular Cerebral

**AVD** – Atividades de Vida Diária

**BFI** – *Brief Fatigue Inventory*

**BiPAP** – *Bilevel Positive Airway Pressure*

**CAT** – *COPD Assessment Test*

**cf.** – Abreviatura de conferir, confrontar

**cmH<sub>2</sub>O** – Centímetro de água, unidade de medida de pressão

**CPAP** – *Continuous positive airway pressure*

**CVF** – Capacidade vital forçada

**DGS** – Direção-Geral da Saúde

**DHI** – *Dysphagia Handicap Index*

**DOI** – *Digital Object Identifier*

**DPOC** – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

**EAT-10** – *Eating Assessment Tool 10*

**ECCI** – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

**EEER** – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

**EMST** – *Expiratory muscle strength training*

**EOHSP** – *European Observatory on Health Systems and Policies*

**EPAP** – *Expiratory positive airway pressure*

**et al.** – Abreviatura do latim *et alii*, e outros

**EUA** – Estados Unidos da América

**FEV<sub>1</sub>** – Volume expirado forçado no primeiro segundo

**FiO<sub>2</sub>** – Fração inspirada de oxigênio

**FOIS** – *Functional Oral Intake Scale*

**GOLD** – *Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease*

**Hz** – Hertz, medida de frequência

**ICUAW** – *Intensive care unit acquired weakness*

**IMC** – Índice de Massa Corporal

**IMT** – *Inspiratory Muscle Training*

**JBI** – *Joanna Briggs Institute*

**LCADL** – *London Chest Activity of Daily Living Scale*

**mA** – Miliampere, corrente elétrica

**MeSH** – *Medical Subject Headings*

**MFIS** – Escala de impacto da fadiga modificada

**MIF** – Medida de independência funcional

**mmHg** – Milímetro de mercúrio, unidade de medida de pressão

**mMRC** – *Modified Medical Research Council*

**MMSE** – *Mini Mental State Examination*

**OAF** – Oxigenioterapia de Alto Fluxo

**OE** – Ordem dos Enfermeiros

**OECD** – *Organisation for Economic Co-operation and Development*

**OSF** – *Open Science Framework*

**PARD** – Protocolo de avaliação de risco de disfagia

**PAS** – *Penetration-Aspiration Scale*

**PCC** – Mnemónica para *scoping reviews*: População, Conceito, Contexto

**pCO<sub>2</sub>** – Pressão parcial de dióxido de carbono

**PEmáx** – Pressão expiratória máxima

**PEP** – Pressão expiratória positiva

**PICS** – *Post-Intensive Care Syndrome*

**PMCQCE** – Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem

**pO<sub>2</sub>** – Pressão parcial de oxigénio

**PRISMA-ScR** – *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-analyses extension for Scoping Reviews*

**RASS** – *Richmond Agitation-Sedation Scale*

**RCAAP** – Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal

**REPE** – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

**SAOS** – Síndrome de apneia obstrutiva do sono

**SGRQ** – *Saint George's Respiratory Questionnaire*

**SNR** – *Specialist Nurse in Rehabilitation Nursing*

**SWAL-QOL** – *Swallowing Quality of Life questionnaire*

**TM6m** – Teste de marcha de 6 minutos

**UAVC** – Unidade de AVC

**UCC** – Unidade de Cuidados na Comunidade

**UCI** – Unidade de Cuidados Intensivos

**VMNI** – Ventilação mecânica não invasiva

**V-VST** – *Volume-Viscosity Swallow Test*

**WGO** – *World Gastroenterology Organisation*

**WHO** – *World Health Organization*

## **ÍNDICE DE FIGURAS**

Figura 1 – Fluxograma de identificação, seleção, inclusão dos estudos.....	65
--	----

## **ÍNDICE DE TABELAS**

Tabela 1 – PCC e termos de pesquisa .....	63
Tabela 2 – Identificação dos estudos selecionados .....	67
Tabela 3 – Síntese descritiva dos estudos selecionados.....	69
Tabela 4 – Resumos de intervenções na disfagia da pessoa com DPOC .....	76

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	12
<i>PARTE 1 – RELATÓRIO DE ESTÁGIO</i> .....	14
<b>1. ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NOS CONTEXTOS CLÍNICOS</b> .....	15
1.1. CONTEXTOS DA PRÁTICA CLÍNICA.....	15
1.1.1. Prática Clínica em Processo Cardiorrespiratório .....	15
1.1.2. Prática Clínica em Área de Opção - Pediatria .....	17
1.1.3. Prática Clínica em Processo Ortopedico e Reumatológico .....	18
1.1.4. Prática Clínica na Comunidade.....	20
1.1.5. Prática Clínica em Processo Neurológico e Neurotraumatológico .....	21
<b>2. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS</b> .....	24
2.1. REFERENCIAIS TEÓRICOS .....	24
2.2. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA .....	27
2.2.1. Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal .....	28
2.2.2. Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade .....	31
2.2.3. Domínio da Gestão dos Cuidados .....	34
2.2.4. Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais .....	38
2.3. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO EEER.....	39
2.3.1. Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados .....	40
2.3.2. Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania .....	46
2.3.3. Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa .....	49
2.4. EXPERIÊNCIAS NOS ENSINOS CLÍNICOS RELACIONADOS COM A TEMÁTICA DA COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO .....	50
<b>SÍNTESE REFLEXIVA</b> .....	52
<i>PARTE 2 – COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO</i> .....	53
<b>RESUMO</b> .....	54
<b>ABSTRACT</b> .....	55
<b>1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO</b> .....	56
<b>2. METODOLOGIA</b> .....	62
2.1. TIPO DE ESTUDO E OBJETIVOS .....	62
2.2. POPULAÇÃO, CONCEITO E CONTEXTO.....	63
2.3. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO .....	63
2.4. PROCEDIMENTOS DE IDENTIFICAÇÃO E EXTRAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS....	64
<b>3. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS</b> .....	67
<b>4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS</b> .....	80

<b>CONCLUSÃO</b> .....	90
<b>SÍNTESE FINAL</b> .....	91
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	93

#### **APÊNDICES**

Apêndice 1 – Contributo UCC - Artigo

Apêndice 2 – Contributo UCC - *Flyers* “Dia Mundial da DPOC”

Apêndice 3 – Contributo UCI - Pesquisa bibliográfica

Apêndice 4 – Contributo UCI - Guia para apresentação crítica estruturada do artigo científico

Apêndice 5 – Processo de pesquisa nas bases de dados



---

## INTRODUÇÃO

O presente relatório insere-se no âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório Final do XIII Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Este trabalho tem como objetivo refletir, de forma crítica, as atividades e competências desenvolvidas no contexto da prática clínica no âmbito da Enfermagem de Reabilitação, materializando a organização e estruturação do período de formação prática avançada, alinhadas com os objetivos específicos visados no domínio do mestrado. Adicionalmente, visa apresentar o trabalho de investigação desenvolvido – um protocolo de *scoping review* sobre as intervenções de reabilitação na pessoa com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) com disfagia.

A DPOC é 4ª causa de morte a nível mundial e a 8ª causa de anos de vida perdidos por incapacidade (World Health Organization [WHO], 2025). Embora a disfagia seja uma comorbilidade muito prevalente na pessoa com DPOC, ainda é frequentemente desvalorizada e subdiagnosticada, não sendo possível precisar a sua verdadeira prevalência ou das suas consequências e/ou custos associados (Lin & Shune, 2020; Poulsen et al., 2021). Tanto a DPOC como a disfagia representam um risco acrescido de complicações em saúde, com um impacto elevado no desempenho físico e na qualidade de vida, requerendo por isso especial atenção do Enfermeiros Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) (Agnes et al., 2023; Lin & Shune, 2020; Poulsen et al., 2021).

Sendo ambas condições de difícil gestão e cuja interação ainda é pouco discutida, importa refletir sobre a sua abordagem, quer a nível de investigação quer em contexto clínico, por forma a se obter uma maior consciencialização da problemática e da importância de intervenções de reabilitação na área, bem como colher dados concisos que possibilitem uma melhoria da prática (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2019).

Neste enquadramento, importa salientar que o desenvolvimento deste relatório se ancora no regulamento das competências específicas do EEER (Regulamento n.º 392/2019, 2019), que define como missão central do EEER a promoção da funcionalidade, autonomia e qualidade de vida da pessoa ao longo do seu ciclo vital, em diferentes contextos de saúde. Esta orientação normativa reforça a pertinência da articulação da componente clínica com a componente de investigação, particularmente em áreas emergentes e pouco exploradas, como a disfagia na pessoa com DPOC. Assim, a estrutura do presente relatório procura refletir não apenas o cumprimento dos objetivos formativos do mestrado, mas também a responsabilidade profissional e ética de contribuir para a melhoria contínua da prática de Enfermagem de Reabilitação.



---

Posto isto, o principal objetivo deste relatório é apresentar uma análise crítica do percurso realizado durante o estágio, evidenciando como a articulação da prática clínica com os referenciais teóricos contribuiu para a aquisição e desenvolvimento das competências comuns e específicas do EEER. Como objetivos específicos, definiram-se para este trabalho:

- Caracterizar os diferentes contextos clínicos onde decorreu o estágio, sublinhando os desafios, oportunidades e especificidades de cada ambiente;
- Avaliar de forma crítica as experiências vivenciadas, considerando o seu impacto no desenvolvimento profissional e pessoal, sustentada na análise da evidência científica atual e do seu enquadramento nas competências comuns e específicas do EEER;
- Evidenciar a integração dos conhecimentos e competências de investigação, demonstrando a articulação entre a prática clínica e a produção de conhecimento científico pertinente para o avanço da Enfermagem de Reabilitação.

O relatório está organizado em duas partes interdependentes. A primeira parte, referente à componente de estágio, está estruturada em dois componentes principais: (i) descrição dos contextos da prática clínica e (ii) descrição dos referenciais teóricos que fundamentaram a prática, bem como análise crítica do desenvolvimento das competências comuns e específicas do EEER. A segunda parte incide sobre a componente de investigação, englobando quatro componentes: (i) enquadramento teórico, (ii) metodologia, (iii) apresentação e (iv) discussão dos resultados do estudo.

A elaboração deste documento respeitou as orientações do Guia de Elaboração de Trabalhos Académicos (Conselho Pedagógico, 2024), bem como as normas para citações e referências bibliográficas de acordo com a *American Psychological Association* (sétima edição) (Centro de Documentação e Informação, 2024).



---

## PARTE 1 – RELATÓRIO DE ESTÁGIO



---

## 1. ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NOS CONTEXTOS CLÍNICOS

A Enfermagem de Reabilitação destaca-se como uma disciplina fundamental nos contextos clínicos contemporâneos, desempenhando um papel crucial na promoção da saúde e na melhoria da qualidade de vida da pessoa.

A Enfermagem de Reabilitação assume um papel estruturante na resposta à complexidade crescente dos contextos de cuidados em saúde. Mais do que executar técnicas, esta é uma prática que convoca pensamento crítico, fundamentação científica e um compromisso com a funcionalidade e autodeterminação da pessoa em todas as fases da vida. Ao longo do percurso formativo do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, os contextos clínicos funcionaram como territórios de experimentação, questionamento e afinação da identidade profissional especializada. A reflexão crítica sobre os desafios, aprendizagens e contributos permitiu consolidar um percurso de crescimento sustentado, orientado não só para a execução de intervenções, mas para a capacidade de transformar práticas e contextos.

### 1.1. CONTEXTOS DA PRÁTICA CLÍNICA

O EEER desempenha um papel crucial, possuindo conhecimentos, habilidades, intervenções e comportamentos organizados e direcionados para um propósito específico, adequado ao momento, grupo-alvo e contexto clínico (Regulamento n.º 392/2019, 2019). Posto isto, neste capítulo pretende-se contextualizar a prática clínica desenvolvida no âmbito do estágio do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação.

#### 1.1.1. Prática Clínica em Processo Cardiorrespiratório

A prática clínica em processo cardiorrespiratório decorreu numa Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) polivalente de nível III, de elevada diferenciação tecnológica e assistencial, dedicada ao internamento de pessoas em situação crítica com quadros clínicos complexos de origem médica e/ou cirúrgica. Esta unidade acolhe pessoas em situação de falência orgânica única ou múltipla, aguda ou crónica descompensada (por exemplo, trauma grave, insuficiência respiratória em falência multiorgânica, status pós-cirurgia major e/ou pós-paragem cardiorrespiratória), frequentemente dependentes de suporte ventilatório invasivo, terapêutica vasoativa, substituição renal contínua, bem como de monitorização hemodinâmica e neurológica contínua.

O contexto da UCI caracterizou-se pela elevada complexidade clínica, marcada pela instabilidade fisiológica, gravidade das patologias e risco acrescido de complicações, exigindo intervenções de elevado nível técnico e científico, constituindo um campo privilegiado para o



---

desenvolvimento de competências do EEER. Para além da estabilização aguda, a equipa multidisciplinar tem como objetivo prevenir e mitigar sequelas como a síndrome de pós-cuidados intensivos (PICS - *Post-Intensive Care Syndrome*) e a fraqueza muscular adquirida em cuidados intensivos (ICUAW - *Intensive Care Unit-Acquired Weakness*), reconhecidas como determinantes para a qualidade de vida e reintegração funcional após a alta (Hiser et al., 2023).

Em Portugal, a presença do EEER nas UCI está regulamentada pelo Regulamento n.º 743/2019 (2019), que estabelece a sua obrigatoriedade e dotação segura, que neste caso corresponde a doze horas de cuidados de Enfermagem de Reabilitação por cada cinco pessoas, todos os dias da semana. Este enquadramento, único no panorama internacional, reflete o reconhecimento institucional do contributo dos EEER, corroborado pela OE (2020), que enfatiza a sua capacidade para otimizar ou reeducar funções motoras, sensoriais, cognitivas, respiratórias, da alimentação e da eliminação, bem como para desenvolver programas de treino motor e respiratório essenciais à readaptação funcional e independência no autocuidado.

Neste serviço, a equipa de Enfermagem integra um número expressivo de EEER, cuja distribuição assegura a dotação preconizada pelo Regulamento n.º 743/2019 (2019). Estes profissionais assumem papel ativo em programas institucionais, na supervisão clínica de estudantes e em atividades de investigação e produção científica.

O modelo de trabalho adotado pelos EEER é o do Enfermeiro de referência, com reuniões regulares de discussão de casos clínicos, potenciando a articulação entre prática assistencial e reflexão crítica. Apesar deste método constituir a metodologia que mais se alinha com a filosofia de cuidados centrados na pessoa e com os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (OE, 2001), a sua implementação em contextos de elevada complexidade como a UCI levanta desafios. A exigência de dotações seguras, a heterogeneidade de competências dos profissionais e o risco de *burnout* podem comprometer a continuidade e a eficácia dos cuidados. A literatura sublinha que a superioridade deste método não é inequívoca, sendo recomendada a sua articulação com outro modelo centrado na pessoa, potenciando a segurança coletiva sem perder a personalização e responsabilização individual (Parreira et al., 2023; Ventura-Silva et al., 2021).

Neste sentido, a organização do trabalho nesta UCI caracteriza-se por um modelo híbrido, que conjuga o método do Enfermeiro de referência, desenvolvido pelos EEER, com o método individual, adotado pelos Enfermeiros de cuidados gerais e especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Esta articulação permite responder de forma equilibrada à necessidade de continuidade e personalização dos cuidados de reabilitação, assegurada pelo EEER, e à



---

vigilância intensiva e intervenção imediata garantidas pelo método individual, em rácios de 1:1 ou 1:2. A presença de um Enfermeiro em funções de coordenação em todos os turnos reforça a liderança clínica e organizacional, otimizando a comunicação e a gestão de recursos. Este modelo híbrido, em linha com a evidência disponível (Parreira et al., 2023; Ventura-Silva et al., 2021), contribuiu para o desenvolvimento das minhas competências como EEER, para a promoção da segurança dos cuidados e para a melhoria da qualidade assistencial, sem comprometer a sustentabilidade organizacional.

Este contexto possibilitou o desenvolvimento de competências avançadas na área da reabilitação funcional respiratória e motora (por exemplo, mobilização precoce), reabilitação cognitiva, da deglutição, bem como de gestão de situações complexas, mas também expôs constrangimentos, como a falta de familiaridade inicial com o PatientCare®, de destreza na realização de técnicas e de conhecimento na área da pessoa em situação crítica. Estes desafios potenciaram a aprendizagem autónoma, favorecendo a capacidade de adaptação ao contexto assistencial e a incorporação crítica da evidência científica na prática clínica

### **1.1.2. Prática Clínica em Área de Opção - Pediatria**

A prática clínica em área de opção decorreu numa unidade hospitalar pediátrica de referência nacional para patologias complexas, caracterizada por uma elevada diversidade de casos e por uma área de abrangência extensa. Esta unidade integra múltiplos departamentos especializados – Pediatria médica, Cirurgia, Hepatologia, Pedopsiquiatria, Ortopedia, Neurocirurgia, Oncologia, e Unidades de Cuidados Intensivos e Intermédios – configurando um ambiente multidisciplinar de elevada complexidade, nomeadamente para a prestação de cuidados de reabilitação.

Apesar de a legislação não prever dotação específica de EEER para os serviços de Pediatria (Regulamento n.º 743/2019, 2019), a sua presença assume um papel determinante. A equipa local integra seis EEER, com distribuição transversal pelos serviços de internamento e apoio diferenciado em áreas prioritárias. A gestão da equipa é realizada pela Enfermeira em funções de gestão do serviço de Pediatria Médica, existindo uma EEER com funções acrescidas de coordenação. A equipa de Enfermagem é altamente diferenciada, incluindo Enfermeiros especialistas em diferentes áreas e/ou com competências acrescidas.

Para além da prestação direta de cuidados, os EEER assumem responsabilidades na supervisão clínica de estudantes da licenciatura e da especialidade, na colaboração com instituições de ensino, e no desenvolvimento de formação em áreas como a reabilitação pediátrica e os cuidados paliativos pediátricos. O serviço encontra-se em processo de acreditação como unidade formativa, reforçando a articulação entre prática, ensino e produção científica, tal



---

como recomendado por Parreira et al. (2023). Paralelamente, a equipa participa em projetos institucionais ligados à acreditação, certificação e gestão da qualidade, integrando comissões e grupos de trabalho em áreas como controlo de infeção, prevenção de quedas, higiene e segurança no trabalho, prevenção de úlceras de pressão e práticas seguras na mobilização de doentes. A sua intervenção estende-se também à investigação, com identificação de oportunidades de estudo, participação em projetos e divulgação de resultados, incluindo contributos para publicações científicas, capítulos de livros e elaboração de orientações técnicas na área da Enfermagem de Reabilitação.

O modelo de trabalho adotado é o do Enfermeiro de referência, com distribuição dos EEER por pisos, de acordo com as áreas de responsabilidade e/ou necessidades identificadas (dois EEER estão alocados a serviços específicos). Os EEER estruturam a sua na avaliação, na definição do plano de reabilitação, articulação com a restante equipa multidisciplinar e referência para a continuidade dos cuidados, recorrendo a um vasto leque de recursos materiais adaptados à população pediátrica e orientados para as necessidades funcionais e de desenvolvimento da criança. A família e/ou o cuidador principal são considerados elementos fundamentais no processo, sendo envolvidos no plano de cuidados desde a admissão até à alta.

Este ambiente clínico distingue-se pela forte integração da prática com o ensino e a investigação, promovendo uma cultura de inovação em Enfermagem de Reabilitação Pediátrica. A atuação dos EEER contribui para ganhos efetivos em funcionalidade, autonomia e qualidade de vida, não só da criança, mas também da sua família, alinhando-se com a perspetiva defendida por Beerli (2024), segundo a qual a discussão multidisciplinar e o alinhamento de objetivos constituem antídotos para a fragmentação e insatisfação nos cuidados de reabilitação pediátrica.

### **1.1.3. Prática Clínica em Processo Ortopedológico e Reumatológico**

Esta prática clínica decorreu numa unidade de internamento hospitalar, de retaguarda regional, dedicada ao tratamento cirúrgico eletivo de patologias ortopédicas e ortopedológicas, acolhendo pessoas no pós-operatório imediato e em fases subsequentes de reabilitação. As condições mais prevalentes incluíram artroplastias totais da anca e do joelho, intervenções de osteossíntese e tratamento de complicações infecciosas do foro musculoesquelético, frequentemente associadas a comorbilidades como DPOC e patologia cardiovascular.

O contexto revelou uma complexidade técnica significativa na reabilitação musculoesquelética, que contrastou com a aparente previsibilidade das trajetórias clínicas próprias da cirurgia eletiva, exigindo planos individualizados que integrassem não só a dimensão física, mas



---

também a percepção da pessoa sobre a sua funcionalidade. Os EEER têm um papel central na avaliação funcional, na conceção e implementação de intervenções orientadas para a maximização da autonomia e recuperação funcional. Desde a consulta pré-operatória, estes profissionais asseguravam a avaliação inicial, a definição dos objetivos de reabilitação e a preparação para a alta, até às consultas de *follow-up*, envolvendo sistematicamente a família e/ou cuidadores.

A equipa de Enfermagem integra doze EEER, contudo apenas dois exercem exclusivamente estas funções, os restantes acumulam turnos em funções de Enfermeiro de cuidados gerais. Durante os dias úteis, dois EEER encontram-se escalados em horários diferenciados, de forma a garantir dez horas de cuidados, sendo que um deles acumulava a responsabilidade de coordenação do serviço. Aos fins de semana, estas funções eram asseguradas por um único profissional. Apesar do número elevado de EEER, a sua distribuição e gestão pelos turnos não permite cumprir integralmente o disposto no Regulamento n.º 743/2019 (2019), sobretudo no que se refere à prestação de cuidados especializados durante doze horas diárias. Tal situação levanta questões sobre a continuidade e a equidade dos cuidados, exigindo estratégias de reorganização e de planeamento de recursos humanos para alinhar a prática com as normas de qualidade e segurança dos cuidados preconizadas (Lebre et al. , 2022).

O modelo de trabalho em vigor combina o método do Enfermeiro de referência para os EEER, com o método individual para os enfermeiros de cuidados gerais e especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica e Enfermagem Comunitária, sendo a distribuição de doentes realizada através do Sistema de Classificação de Doentes em Enfermagem, em conformidade com o Regulamento n.º 743/2019 (2019). Os EEER participaram ativamente no momento da alta, prestando parecer especializado e assegurando a articulação e referenciação para a continuidade dos cuidados de reabilitação. A família e/ou o cuidador principal foram considerados elementos fundamentais do processo, sendo envolvidos desde a admissão na definição e implementação do plano de cuidados. Tal abordagem reflete a articulação entre modelos de organização de trabalho centrados no utente e a necessidade de garantir segurança e continuidade, aspetos salientados por Ventura-Silva et al. (2021) e Parreira et al. (2023).

Este contexto possibilitou o desenvolvimento de competências avançadas em mobilização precoce, treino de marcha e gestão de situações complexas, mas também expôs constrangimentos, como a falta de familiaridade inicial com o SClínico® e a dificuldade técnica na medição da amplitude articular. Estes desafios estimularam a aprendizagem autónoma e a procura de soluções alternativas, reforçando a adaptação a diferentes cenários assistenciais e a integração crítica da evidência científica na prática. Entre estas destacou-se a implementação sistemática do WOMAC, articulada com o PMCQCE já vigente no serviço, promovendo a



---

uniformização de critérios de avaliação, melhorando a monitorização longitudinal e reforçando a base científica da tomada de decisão clínica.

#### **1.1.4. Prática Clínica na Comunidade**

O estágio decorreu numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) da região centro, integrada na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, cuja missão é assegurar a continuidade assistencial e promover a autonomia de pessoas vulneráveis, num modelo interdisciplinar e comunitário estruturado.

Esta unidade dispõe de uma Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) composta por dois enfermeiros, com uma lotação de dez vagas, que acompanha pessoas em situação de dependência funcional, convalescença ou em fase terminal, cuja condição clínica exige cuidados frequentes, prolongados e individualizados, mas sem necessidade de internamento hospitalar. A intervenção centra-se na reabilitação, readaptação e/ou manutenção do conforto no domicílio, incluindo ainda programas comunitários nas áreas da saúde escolar, apoio ao cuidador informal e promoção da literacia em saúde.

A equipa de Enfermagem é diferenciada, integrando Enfermeiros diferenciados em várias áreas (Reabilitação, Comunitária, Saúde Infantil e Pediátrica, Médico-Cirúrgica e Saúde Mental e Psiquiátrica) e trabalhando em articulação com a Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos. Contudo, a dotação de EEER revelou-se inferior ao recomendado pelo Regulamento n.º 743/2019 (2019), uma vez que apenas está assegurada a cobertura diária entre as oito e as dezassete horas, o que condiciona a capacidade de resposta especializada de forma contínua e sustentada. A equipa assegura igualmente funções de supervisão clínica a estudantes da licenciatura e especialidade, e participa em projetos institucionais de melhoria da qualidade, da segurança e em investigação aplicada.

O modelo de trabalho adotado é o do Enfermeiro gestor de caso, potenciando a coordenação e continuidade dos cuidados, tal como defendido por Ventura-Silva et al. (2021), que destacam a relevância deste modelo híbrido na promoção da segurança e personalização dos cuidados. Os EEER participam ativamente em todos os programas da UCC, com intervenção direta nos programas de reabilitação e readaptação funcional, garantindo também a referência adequada e o apoio às famílias/cuidador informal, bem como articulando com outros programas como a saúde escolar. Para além disso, assumem funções de supervisão clínica a estudantes da licenciatura e da especialidade, colaboram em projetos institucionais de qualidade e segurança, e participam em iniciativas de investigação aplicada.

O contexto domiciliário configurou-se como um espaço de elevada complexidade, exigindo do EEER autonomia na tomada de decisão, capacidade de adaptação técnica a ambientes



heterogêneos e criatividade na resolução de problemas. As situações acompanhadas envolveram quadros clínicos multidimensionais, frequentemente concomitantes, que incluíram *status* pós-fraturas em pessoa com patologia respiratória crônica, insuficiência cardíaca congestiva, insuficiência renal terminal, feridas complexas e controlo sintomático em pessoa em cuidados paliativos (dor, náusea, obstipação ou sofrimento existencial). Esta multiplicidade de contextos clínicos confirma a importância da adoção de um modelo interdisciplinar e da articulação com o contexto comunitário, sublinhada por Parreira et al. (2023), para reduzir fragmentação e garantir a continuidade efetiva do processo de cuidados.

Para além da intervenção direta junto da pessoa e família, o EEER assumiu um papel ativo na melhoria contínua da qualidade assistencial, através da elaboração de materiais educativos, da promoção da literacia em saúde e da produção científica. Destacaram-se, neste âmbito, a elaboração da primeira versão da Norma de Procedimento para registos de Enfermagem no SClínico-CSP® focada na prática do EEER, a publicação do artigo em jornal local “Quedas no Idoso: pequenas mudanças, grandes resultados” e a criação de materiais de sensibilização para o Dia Mundial da DPOC, divulgados nas redes sociais da UCC (cf. Apêndices 1 e 2). Estas iniciativas reforçaram a relevância do EEER como agente transformador nos cuidados primários, promovendo a integração efetiva entre os contextos hospitalar e comunitário.

Este contexto constituiu uma oportunidade singular para o desenvolvimento de competências avançadas em reabilitação, gestão sintomática e apoio psicossocial, consolidando a autonomia profissional e a capacidade de tomada de decisão fundamentada. No entanto, expôs igualmente constrangimentos, como a ausência de familiaridade com o sistema de registos SClínico-CSP®, a necessidade de rápida adaptação no contexto domiciliário e de articulação das diferentes valências, instituições e unidades dos cuidados de saúde primários.

#### **1.1.5. Prática Clínica em Processo Neurológico e Neurotraumatológico**

Esta componente clínica desenvolveu-se num serviço de Neurologia de referência da região centro, integrado na rede nacional de especialidade hospitalar e com valência reconhecida no tratamento do Acidente Vascular Cerebral (AVC) e de outras patologias neurológicas complexas. O serviço integra uma Unidade de AVC (UAVC) classificada como Tipo II pela Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS, 2024), com capacidade para admitir pessoas em fase aguda e submetê-las a terapias de reperfusão, como trombólise e trombectomia, dispondo de suporte avançado das funções vitais, monitorização invasiva e resposta multidisciplinar altamente diferenciada. Complementarmente, dispõe de um internamento de 20 camas,



---

incluindo quartos de isolamento, assegurando resposta diferenciada e abrangendo uma vasta área da região Centro.

A equipa de Enfermagem é diferenciada, incluindo Enfermeiros com diversas especialidades e/ou competências acrescidas. Incluindo cinco EEER, contudo apenas três se dedicam exclusivamente a estas funções. Durante os dias úteis, dois a três EEER estão escalados em horários diferenciados, assegurando a continuidade dos cuidados especializados e, entre eles, um assume as responsabilidades de coordenação funcional. Ao fim de semana, estas funções são distribuídas entre dois elementos da equipa. A sua atuação determinante na preparação da alta hospitalar, na articulação com equipas de reabilitação externas e na referenciação para continuidade de cuidados. À luz do Regulamento n.º 743/2019 (2019), não está garantida a dotação preconizada, quer pela complexidade dos cuidados (UAVC) quer pelo número de horas (inferior a doze horas diárias), o que representa potenciais implicações para a continuidade e segurança dos cuidados. Contudo, na ótica do estudante, não se verificaram impactos negativos na qualidade ou segurança dos cuidados durante o período de estágio, refletindo o elevado compromisso da equipa com a excelência assistencial e o esforço contínuo para garantir a prestação de cuidados de reabilitação segura e individualizada.

O modelo de trabalho adotado integra o método individual para os Enfermeiros de cuidados gerais e o método do Enfermeiro de Referência para os EEER, sendo a distribuição efetuada segundo as necessidades identificadas através da classificação de doentes. Tal como sublinhado por Ventura-Silva et al. (2021) e Parreira et al. (2023), este modelo híbrido potencia a personalização do plano terapêutico, enquanto reforça a segurança coletiva e a articulação entre os diferentes níveis de cuidados. Não obstante os recursos tecnológicos e a elevada diferenciação da equipa, persistem desafios relacionados com a pressão assistencial, a sustentabilidade dos recursos humanos e a transposição efetiva da investigação para a prática, exigindo liderança assertiva, investimento contínuo em formação e estratégias colaborativas de investigação que assegurem ganhos sustentados em saúde.

Este contexto clínico, marcado pela elevada complexidade e pela evolução imprevisível das situações neurológicas, impõe desafios que ultrapassam a aplicação de protocolos padronizados, exigindo do EEER uma abordagem integrada, centrada na pessoa e dirigida às diferentes dimensões comprometidas – motora, cognitiva, respiratória, entre outras. A intervenção do EEER abrange a avaliação funcional minuciosa, a definição de objetivos terapêuticos individualizados, a monitorização sistemática de resultados e a preparação estruturada para a alta. Paralelamente, assegura a articulação contínua com equipas multidisciplinares – Terapia da Fala, Fisioterapia, Terapia Ocupacional e Nutrição – garantindo planos de cuidados coesos e integrados. A inclusão ativa da família e/ou cuidador principal constitui elemento essencial



---

desta dinâmica, reforçando a abordagem integral e centrada na pessoa, indispensável à continuidade dos cuidados no domicílio e à adesão às estratégias de reabilitação.

Para além da prática assistencial, os EEER têm um papel ativo em Programas de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, sobretudo na gestão da disfagia e na reabilitação cognitiva, bem como em projetos de investigação. Esta dinâmica evidencia uma cultura organizacional orientada para a integração da evidência científica na prática clínica, para a segurança da pessoa e para a avaliação crítica dos cuidados.

Este estágio constituiu uma oportunidade privilegiada para adquirir competências e aplicar intervenções de reabilitação diferenciadas, com destaque para a mobilização precoce, a prevenção de complicações respiratórias, a intervenção na disfagia (condição altamente prevalente no AVC e determinante para a morbilidade e prognóstico funcional), bem como o treino da motricidade fina e a reabilitação da diplopia, ambos com impacto direto na funcionalidade e qualidade de vida da pessoa com lesão neurológica.

Paralelamente, permitiu desenvolver uma visão crítica sobre os limites e potencialidades da prática especializada, reafirmando o EEER como elemento central na coordenação funcional, na transformação dos cuidados e na promoção da qualidade assistencial em contextos de elevada complexidade. As principais barreiras encontradas foram de ordem técnica, como a ausência de experiência no uso do BladderScan®, e formativa, relacionadas com conhecimento prévio limitado sobre o AVC e a avaliação neurológica. Estas dificuldades foram superadas através de estratégias de compensação baseadas na aprendizagem autónoma, na prática supervisionada e na integração ativa na equipa multiprofissional.



---

## 2. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Na prática da Enfermagem, as competências profissionais constituem a base para a prestação de cuidados de qualidade, a promoção da saúde e a melhoria dos resultados em saúde. Neste âmbito, a prática clínica revelou-se determinante para a aquisição, consolidação e aplicação das competências que caracterizam o EEER.

A atuação do EEER deve ser analisada à luz dos referenciais teóricos da disciplina e enquadrada no quadro normativo que regula a prática especializada. O Regulamento n.º 140/2019 (2019) define as competências comuns do Enfermeiro Especialista, que sustentam uma prática avançada transversal a todas as áreas de especialização, nomeadamente no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, da melhoria contínua da qualidade e da gestão do cuidado. Por sua vez, o Regulamento n.º 392/2019 (2019) estabelece as competências próprias do EEER, orientadas para a promoção da funcionalidade, a maximização da autonomia e a prevenção de complicações associadas à incapacidade, destacando a intervenção reabilitadora nas dimensões motora, respiratória, cognitiva, sensorial e comunicacional.

Adicionalmente, o Despacho n.º 14257/2022, da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, operacionaliza a integração dessas competências no plano de estudos do mestrado, explicitando a articulação entre formação avançada, prática clínica e investigação (Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, 2022). Assim, a prática clínica não se limita à execução de intervenções, mas constitui um espaço de desenvolvimento crítico-reflexivo privilegiado, no qual se evidenciam as inter-relações entre competências comuns e específicas, investigação e inovação em saúde.

Neste contexto, a intervenção do EEER assume uma natureza integral, centrada na pessoa e orientada por princípios éticos e pela melhor evidência científica disponível. Esta abordagem permite respostas diferenciadas e ajustadas às necessidades singulares de cada pessoa, promovendo a inclusão, a qualidade de vida e a segurança clínica, enquanto reforça o papel do EEER como elemento central na transformação dos cuidados, na liderança clínica e na sustentabilidade dos sistemas de saúde contemporâneos.

### 2.1. REFERENCIAIS TEÓRICOS

Em Enfermagem, os referenciais teóricos são fundamentais na orientação da prática clínica e na fundamentação das intervenções realizadas pelos profissionais (Ren & Salvador, 2024). Na Enfermagem de Reabilitação, estes referenciais são fundamentais para compreender as necessidades complexas da pessoa em processo de reabilitação e a influência do ambiente e do contexto na sua adaptação. Entre os diferentes referenciais teóricos, destacam-se dois para o contexto em estudo: a Teoria das Transições e a Teoria do Défice do Autocuidado.



---

A Teoria das Transições entende a transição como mais do que uma simples mudança, sendo o processo de passagem de um estado estável para outro (Meleis, 2010; Meleis et al., 2000). Este processo requer ajustes externos e uma redefinição interna da identidade e do comportamento (Meleis, 2010; Meleis et al., 2000). As transições são diversas e complexas, variando desde mudanças no ciclo de vida até eventos situacionais específicos, e podem ser desenvolvimentais ou situacionais, influenciadas por fatores pessoais, sociais e culturais, com padrões e propriedades únicas (Meleis, 2010; Meleis et al., 2000; Smith & Parker, 2015). Na pessoa com DPOC, a complexidade da doença torna as transições desafiantes, impactando múltiplas dimensões do cotidiano e dificultando a autogestão. Estas pessoas necessitam, portanto, de intervenções estruturadas para manter a continuidade dos cuidados e reduzir o risco de complicações (Shinkai et al., 2024).

A Teoria das Transições de Meleis oferece uma estrutura adaptável para compreender uma variedade de transições, incluindo aquelas que ocorrem durante o processo de envelhecimento (Coelho et al., 2024). A inclusão da perspectiva da pessoa é essencial, promovendo estratégias de *coping* e *empowerment*, de modo a tornar o processo de transição mais personalizado. Enfatiza-se a importância de considerar as condições de transição e os padrões de resposta para garantir cuidados mais personalizados e abrangentes (Coelho et al., 2024). Essa abordagem fornece uma base sólida para antecipar e intervir em transições específicas, promovendo uma abordagem preventiva e proativa na prestação dos cuidados (Coelho et al., 2024). A ênfase na consciencialização, empenho e mudança durante as transições ajuda os Enfermeiros a desenvolver abordagens de cuidados que promovem a adaptação e autonomia da pessoa (Meleis, 2010). Isso envolve educar a pessoa sobre a sua condição e processo de reabilitação, incentivando o envolvimento ativo no autocuidado e na tomada de decisão (Coelho et al., 2024; Regulamento n.º 392/2019, 2019).

No contexto específico da pessoa com DPOC e quadro clínico de disfagia, esta teoria proporciona uma perspectiva abrangente para compreender e abordar as suas necessidades. Quando um Enfermeiro identifica o défice de deglutição numa pessoa com DPOC, devido à descoordenação deglutição-ventilação e/ou à fraqueza muscular associadas à DPOC, reconhece que esta alteração é multifatorial e multifacetada, exigindo uma abordagem especializada e individualizada (Meleis, 2010; Regulamento n.º 392/2019, 2019). Ao aplicar esta teoria, o EEER promove a consciencialização da pessoa sobre as mudanças na capacidade de deglutição e os desafios associados à disfagia (Regulamento n.º 392/2019, 2019). A teoria também enfatiza o envolvimento ativo da pessoa e do cuidador no processo de adaptação (Meleis, 2010). O EEER incentiva a pessoa a participar do desenvolvimento de um plano de cuidados personalizado, considerando as suas preferências, necessidades e metas (Regulamento n.º 392/2019, 2019). Reconhece ainda a importância do suporte social e emocional



---

durante essa transição (Regulamento n.º 392/2019, 2019). A experiência dos doentes revela que a continuidade de cuidados e a qualidade das transições são determinantes para o autocuidado, e que ignorar estas dimensões limita a efetividade de programas de reabilitação respiratória (Halding et al., 2018).

Numa outra perspetiva, surge a Teoria do Défice do Autocuidado, desenvolvida por Dorothea Orem, assumindo-se como uma base fundamental na Enfermagem, especialmente para compreender e abordar as necessidades da pessoa que enfrentam limitações em cuidar de si mesmos devido a condições de saúde ou incapacidades (Orem, 2001). Nesta teoria, o foco está na identificação das lacunas entre as necessidades de autocuidado da pessoa e a sua capacidade em satisfazê-las (Orem, 2001; Queirós et al., 2014). Os Enfermeiros intervêm para ajudar a pessoa a preencher essas lacunas e promover a independência e a saúde, seja através de educação para o autocuidado, treino nas atividades de vida diária (AVD's) ou acesso a dispositivos de apoio (Queirós et al., 2014). O objetivo final é capacitar a pessoa a cuidar de si mesma da melhor forma possível, promovendo a autonomia, a independência e a qualidade de vida (Orem, 2001; Queirós et al., 2014).

Pessoas que necessitam de reabilitação frequentemente enfrentam limitações físicas, cognitivas ou emocionais que dificultam a capacidade de cuidar de si mesmos de forma independente (Orem, 2001; Queirós et al., 2014; Smith & Parker, 2015). Neste contexto, os Enfermeiros desenvolvem planos de intervenção personalizados que visam não só a melhoria clínica, mas a superação das limitações (Regulamento n.º 392/2019, 2019; Smith & Parker, 2015). Esses planos visam preencher as lacunas identificadas, promovendo a autonomia e a independência na realização das atividades diárias (Regulamento n.º 392/2019, 2019; Smith & Parker, 2015).

Na DPOC, as limitações mais comuns incluem fadiga, dispneia, descoordenação respiração-deglutição, fraqueza muscular e isolamento social. As intervenções de Enfermagem estruturadas, alicerçadas na teoria de Orem, tem demonstrado benefícios na redução da sintomatologia, no reforço do autocuidado e na melhoria da qualidade de vida (Moursi et al., 2021; Pereira et al., 2020; Reiszadeh et al., 2022).

A Teoria do Autocuidado de Orem fornece uma lente conceptual útil para compreender os desafios enfrentados por pessoas idosas em contextos crónicos e complexos, evidenciando que o autocuidado não é apenas competência da pessoa, mas um processo mediado por profissionais capacitados e sistemas de saúde organizados (Coelho et al., 2024; Halding et al., 2018). Isto sublinha a necessidade de cuidados especializados que promovam adaptação positiva, continuidade do autocuidado e qualidade de vida.



Na abordagem da reabilitação da disfagia na pessoa com DPOC, esta teoria revela-se de suma importância (Fernandes et al., 2020; Moursi et al., 2021; Reiszadeh et al., 2022). Primeiramente, o EEER avalia cuidadosamente as capacidades de deglutição da pessoa, considerando a severidade da DPOC e os seus efeitos nas funções muscular e ventilatória, e na coordenação da deglutição (Regulamento n.º 392/2019, 2019). Essa avaliação ajuda a identificar as áreas específicas de défice no autocuidado relacionadas à disfagia. Com base nessa avaliação, o Enfermeiro desenvolve um plano de cuidados individualizado, adaptado às necessidades e capacidades da pessoa (Fernandes et al., 2020; Moursi et al., 2021; Orem, 2001; Queirós et al., 2014; Regulamento n.º 392/2019; Reiszadeh et al., 2022). Ademais, o Enfermeiro educa a pessoa e o cuidador sobre a importância do autocuidado na gestão da disfagia, fornecendo orientações sobre práticas seguras de alimentação, sinais de aspiração ou engasgamento, e estratégias para minimizar o risco de complicações relacionadas à deglutição (Orem, 2001; Queirós et al., 2014; Regulamento n.º 392/2019, 2019).

Em suma, os EEER assumem um papel central neste processo, implementando programas individualizados que respeitam os limites do doente e promovem a autonomia funcional (Nabais & Sá, 2019). Contudo, a integração deste referencial teórico nos planos de cuidados permanece limitada, frequentemente condicionada por barreiras organizacionais e pelo insuficiente reconhecimento do exercício profissional fundamentado na evidência (Nabais & Sá, 2019; Ribeiro et al., 2018). Este desfazamento entre a robustez da evidência científica e a reduzida aplicação prática das Teorias de Enfermagem evidencia a necessidade de repensar o papel do Enfermeiro Especialista. A conjugação entre programas de reabilitação e modelos teóricos representa uma oportunidade de transformar a prática clínica; contudo, a sua implementação plena exige suporte institucional, formação contínua, recursos adequados e valorização do EEER. Ultrapassar esta lacuna implica reconhecer o EEER como agente central de mudança, capaz de integrar práticas baseadas em evidência, promover avaliação crítica contínua e fomentar o *empowerment* do doente.

## 2.2. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

As competências comuns do Enfermeiro Especialista integram um conjunto de conhecimentos, capacidades e atitudes fundamentais para uma prática profissional ética, responsável e eficaz, transversal a todas as áreas de especialização (Regulamento n.º 140/2019, 2019). Estas competências sustentam uma atuação baseada na melhor evidência científica, promovem a qualidade e segurança dos cuidados, asseguram uma coordenação eficaz dos serviços de saúde e refletem um compromisso contínuo com o desenvolvimento profissional.



De seguida, procede-se à análise das competências comuns do Enfermeiro Especialista desenvolvidas e evidenciadas ao longo dos ensinamentos clínicos realizados.

### **2.2.1. Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal**

A competência ética e deontológica constitui um eixo transversal à prática do EEER, assumindo particular relevância nos contextos de elevada complexidade clínica. A atuação exige decisões fundamentadas em princípios éticos, legais e deontológicos, garantindo cuidados seguros, dignos e centrados na pessoa (Decreto-Lei n.º 104/98, 1998; Regulamento n.º 140/2019, 2019). Esta responsabilidade traduz-se na prestação de cuidados com rigor científico, ajustados às necessidades da pessoa e respeitando os seus direitos, evidência reforçada por estudos recentes que destacam o contributo do EEER na prevenção de eventos adversos evitáveis e na promoção da segurança do doente (Pol et al., 2025).

O reconhecimento das minhas limitações técnicas, nomeadamente em áreas como a pessoa em situação crítica, Pediatria e os sistemas de informação/registo<sup>1</sup> em uso, foi vivido como um imperativo ético. Ao invés de representar um obstáculo, funcionou como impulso de prudência, estimulando o estudo autónomo, a procura de evidência atualizada e a discussão ativa com os orientadores, evitando a execução autónoma de técnicas sem preparação adequada. Este reconhecimento de fronteiras, previsto no artigo 78.º do Decreto-Lei n.º 104/98 (1998), representa em si um ato de responsabilidade ética.

Nos diferentes contextos clínicos, esta competência assumiu expressões distintas. Na UCI e UAVC, as complexidades clínica, fisiológica, tecnológica e prognóstica exigiram discernimento ético no equilíbrio entre risco-benefício das intervenções – por exemplo, na mobilização precoce, no treino respiratório funcional e/ou avaliação da deglutição – salvaguardando a estabilidade clínica e a dignidade da pessoa (Dias et al., 2022; Oliveira, 2022; Oliveira, 2024; Woodbridge et al., 2024). A necessidade de prevenção da ICUAW e de complicações respiratórias associadas reforça a importância de critérios rigorosos de segurança e da implementação de práticas específicas para a mobilização precoce de pessoas em situação crítica ventiladas (Giménez-Esparza et al., 2025; Lall & Behan, 2022; Zhang et al., 2025). De forma análoga, a avaliação sistemática da deglutição tanto na UAVC como no serviço de Neurologia, constitui uma intervenção ética e legalmente exigida ao EEER, permitindo identificar precocemente alterações que possam comprometer a segurança do doente, prevenir aspiração e

---

<sup>1</sup> Sistemas diferentes (SClínico® e PatientCare®) do sistema de informação/registo em vigor no local de trabalho da estudante (Glint®).



---

complicações associadas, e fundamentar intervenções individualizadas de reabilitação (Oliveira, 2022; Oliveira, 2024; Oliveira, Ferreira, & Couto, 2023; Sá & Nunes, 2023).

Estas intervenções estão em consonância com a relevância da Enfermagem de Reabilitação em UCI no contexto português, reforçando o papel do EEER como agente de segurança, qualidade e cuidado centrado na pessoa (Mendes & Nunes, 2018).

Em Pediatria, a vulnerabilidade e a singularidade da criança exigem uma abordagem que transcende a dimensão técnica, integrando a família e os cuidadores como parceiros ativos no processo terapêutico e respeitando simultaneamente os valores familiares e o supremo interesse da criança (Ferris et al., 2021; Ramey et al., 2025). A escassez de experiência prévia com pessoas neste intervalo etário constituiu uma barreira inicial, tanto a nível técnico como comunicacional. A ausência de destreza específica na aplicação de técnicas de reabilitação respiratória em crianças, associada ao desconhecimento da complexidade clínica e simbólica da infância, evidenciou a necessidade de uma aprendizagem baseada na observação supervisionada, na colaboração interprofissional e na prática reflexiva. Estas limitações, longe de se constituírem como obstáculos intransponíveis, atuaram como catalisadores para o desenvolvimento de competências. A experiência revelou um universo distinto, onde a perceção da doença, a expressão de sintomas e a relação com o cuidado exigem uma atenção sensível e diferenciada.

Assim sendo, neste contexto, destaco a experiência de adesão inicial à ventilação mecânica não invasiva numa criança com síndrome de Down, atendendo que a mãe, igualmente em tratamento com ventilação mecânica não-invasiva (VMNI), evidenciou práticas que possibilitaram identificar fragilidades relevantes, nomeadamente no cumprimento das medidas de higiene do equipamento e na adesão ao número de horas prescritas. A intervenção educativa desenvolvida assentou numa comunicação clara e capacitação orientada, sustentada pelo respeito pela autodeterminação da família, visando a segurança clínica e a redução do impacto psicossocial da terapêutica, frequentemente descrito na literatura como um desafio significativo para os cuidadores (Martins, 2019). Embora a VMNI seja eficaz e bem tolerada nesta população, a evidência demonstra que a adesão inicial pode apresentar dificuldades acrescidas, exigindo maior acompanhamento e vigilância, como um internamento de 24 horas, neste caso (Hudson et al., 2022; Valji et al., 2023). Este processo evidenciou a necessidade de equilibrar benefício clínico, conforto e valores familiares, traduzindo uma prática ética e responsável que coloca a criança no centro do cuidado (Kaditis et al., 2022).

Em Ortopedia, a preparação da alta hospitalar evidenciou a responsabilidade do EEER em promover autonomia e segurança, assegurando que as decisões clínicas respeitem as preferências individuais, mesmo quando estas divergem das recomendações formais. Neste



sentido, destaco a prescrição de dispositivos auxiliares de autocuidado, condicionada pelas características habitacionais (por exemplo, tipo de chuveiro), e os ensinamentos sobre adaptação do domicílio para prevenção de quedas (remoção de tapetes, organização de corredores de passagem desimpedidos, entre outros), alinhada com as indicações da OE (2013; 2023). A capacitação para o autocuidado, adaptada ao nível de literacia em saúde, é uma intervenção crítica de Enfermagem de Reabilitação e representa a dimensão ética de corresponsabilização entre Enfermeiro, pessoa e família, traduzindo-se na redução de complicações e de reinternamento (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2019a; Fernandes et al., 2020). A evidência reforça ainda que a continuidade da reabilitação, seja em regime domiciliário ou ambulatório, deve ser avaliada à luz da eficácia, segurança e preferências da pessoa, sem comprometer os resultados funcionais (Cofano et al., 2025; Zhao et al., 2023). Neste enquadramento, as intervenções realizadas refletem a responsabilidade profissional, ética e legal do EEER, contribuindo para a sustentabilidade do sistema de saúde e para a qualidade de vida após a cirurgia ortopédica.

Em UCC, a prestação de cuidados no domicílio, frequentemente em contextos de vulnerabilidade social, implicou decisões partilhadas e personalizadas, conciliando conforto, segurança e qualidade de vida. Neste âmbito, destaco a intervenção em cuidados paliativos — junto de uma pessoa com insuficiência cardíaca terminal e de outra em tratamento de ferida maligna (neoplasia da mama) — como exemplo da relevância da reabilitação paliativa enquanto dimensão ética, profissional e legal da prática do EEER.

Embora no Regulamento n.º 140/2019 sejam identificados critérios de avaliação que se articulam com o cuidar espiritual, estes não se encontram contemplados no Regulamento n.º 392/2019 (Casaleiro et al., 2020). Esta lacuna normativa contrasta com a evidência científica recente, que demonstra como a integração de intervenções de reabilitação nos cuidados paliativos potencia ganhos significativos em saúde, traduzidos na melhoria da qualidade de vida, na manutenção da funcionalidade e na preservação da autonomia, constituindo-se como uma área em progressiva consolidação científica e reconhecimento político (Gärtner et al., 2023; Montagnini et al., 2020; Pryde et al., 2024; Woldman et al., 2024). Face a esta lacuna normativa, é relevante notar que a reabilitação foi incluída no Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos 2021-2022, mas não se encontra contemplada no plano subsequente de 2023-2024, evidenciando lacunas na continuidade estratégica (Comissão Nacional de Cuidados Paliativos, 2021; Comissão Nacional de Cuidados Paliativos, 2023). Neste sentido, tanto a WHO como a European Association for Palliative Care enfatizam a necessidade de integrar a reabilitação nos modelos de cuidados paliativos, reconhecendo o contributo insubstituível do EEER na capacitação da pessoa e da família (Garraalda et al., 2025; WHO, 2023a). Em Portugal, esta orientação encontra correspondência na produção científica



---

nacional, como demonstrado por Parola et al. (2020) e Silva (2022), que reforçam a relevância da reabilitação paliativa no contexto dos cuidados de saúde e a responsabilidade do EEER na sua implementação.

De forma prospetiva, a competência ética e deontológica do EEER não se limita à execução de normas: exige pensamento crítico, antecipação de riscos e inovação na prática clínica. Em contextos de elevada complexidade, o EEER assume um papel central, integrando tecnologia, literacia digital, comunicação ética e corresponsabilização da pessoa e família por forma a garantir cuidados equitativos, seguros e centrados na pessoa. A prática ética deixa de ser apenas uma obrigação normativa e torna-se um motor de qualidade, segurança e humanização, desafiando continuamente o EEER a repensar, adaptar e evoluir.

### **2.2.2. Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade**

A melhoria contínua da qualidade dos cuidados constitui uma dimensão central na prática do EEER, traduzindo-se num compromisso ativo com a segurança, a eficácia e a humanização da assistência prestada. Nos termos do Regulamento n.º 140/2019, no seu artigo 6º, compete ao EEER dinamizar iniciativas estratégicas institucionais de governação clínica, implementar práticas baseadas em evidência e promover um ambiente terapêutico seguro.

Contudo, a aplicação efetiva destes princípios não se restringe ao cumprimento formal de normas; implica uma reflexão crítica contínua, capacidade de adaptação a diferentes contextos clínicos e articulação com a equipa multidisciplinar. A experiência nos diversos contextos clínicos demonstrou que, apesar do reconhecimento da importância da melhoria contínua dos cuidados prestados, persistem desafios estruturais e organizacionais que limitam a sua implementação consistente. A integração do conhecimento científico na rotina clínica exige negociação, liderança, gestão do tempo e recursos, bem como articulação com diferentes profissionais e níveis hierárquicos. A capacidade do EEER em superar estas barreiras e promover um ambiente de aprendizagem contínua e de cultura de segurança constitui, por si só, uma expressão da sua responsabilidade como especialista.

Posto isto, poder-se-á afirmar que, ao longo do percurso formativo, este compromisso concretizou-se através da participação em iniciativas de formação, disseminação de boas práticas e integração de conhecimento científico atualizado nos diferentes contextos clínicos.

Na UCI, destaca-se a participação na atualização do PMCQCE mediante a realização de uma pesquisa bibliográfica e a discussão de um artigo sobre disfagia e reabilitação respiratória na síndrome de PICS (cf. Apêndice 3 e 4), permitiu promover o debate interdisciplinar, fomentar reflexão crítica e questionar as práticas, evidenciando o papel do EEER como catalisador da



---

mudança e agente de inovação na prática clínica (Dias et al., 2022; Oliveira, 2022; Oliveira, 2024; Oliveira et al., 2023; Sá & Nunes, 2023; Woodbridge et al., 2024).

Na Pediatria, como exemplo de intervenções realizadas e que exigiram um planeamento detalhado e execução precisa, refiro a implementação de técnicas terapêuticas como drenagem postural modificada, percussão torácica e aceleração do fluxo expiratório, bem como a capacitação de crianças e cuidadores para o uso de dispositivos como insuflador-exsuflador mecânico e VMNI. Conforme estabelecido no Regulamento n.º 140/2019 (2019), o EEER deve planear e implementar cuidados de forma autónoma, garantindo a qualidade e segurança dos mesmos. Este compromisso está alinhado com as orientações da OE (2010; 2011; 2015a) que enfatizam a importância da melhoria contínua da qualidade na prática clínica. A reflexão crítica sobre a prática efetuada e o estudo autónomo foi essencial para a evolução da qualidade dos cuidados prestados.

No serviço de Ortopedia, enfatizo a introdução do WOMAC que constituiu um reforço metodológico da avaliação funcional, em alinhamento com a cultura organizacional em vigor. A utilização sistemática de instrumentos válidos e fiáveis como este, transcende a dimensão clínica, assumindo-se como uma estratégia de gestão do cuidado que potencia decisões baseadas em evidência, comparabilidade de resultados e monitorização longitudinal da eficácia das intervenções. Neste contexto, a literatura demonstra que a recuperação funcional e a qualidade de vida estão intrinsecamente ligadas à precisão da avaliação e a um acompanhamento estruturado (Rocha & Novo, 2021; Shetty et al., 2024;). A conceção de PMCQCE por EEER espelha o pensamento crítico, capacidade analítica e responsabilidade ética para com a melhoria dos cuidados. Tal prática não visa apenas corrigir falhas, mas antecipar necessidades, reduzir variabilidade na prática clínica e integrar indicadores de qualidade como elementos centrais do processo de tomada de decisão. Este movimento exige que o EEER atue como agente transformador da cultura organizacional, questionando rotinas cristalizadas e promovendo práticas inovadoras que reforcem a segurança e a eficácia dos cuidados (Peireira, 2023). Este é um exemplo de como o EEER pode ser o catalisador de cuidados sustentáveis, eficientes e ajustados às complexidades do doente ortopédico contemporâneo.

Na UCC, realço a elaboração de materiais educativos destinados a promover a literacia em saúde (cf. Apêndice 1 e 2) e a criação de uma norma de registo de enfermagem para o SClinico-CSP® como reflexo do desenvolvimento da competência de melhoria contínua da qualidade centrada no doente e no processo clínico. A produção de *flyers* temáticos e a publicação de um artigo de opinião sobre a prevenção de quedas no idoso não se constituem apenas como estratégias de educação para a saúde, representam um investimento direto na capacitação da população. Baixos níveis de literacia em saúde estão consistentemente associados a piores resultados clínicos e maior vulnerabilidade em determinados grupos como a



---

população idosa (Shahid et al., 2022; Uemura et al., 2023). Intervenções educativas, quando desenhadas com rigor científico, potenciam a adesão a comportamentos preventivos, reforçam a autogestão da doença crónica e traduzem-se em ganhos em saúde sustentáveis (Downie et al., 2022; Ribeiro et al., 2025). O papel do EEER neste domínio ultrapassa a perspetiva pedagógica, exigindo uma visão crítica sobre a adequação cultural, acessibilidade e efetividade das estratégias de comunicação, que neste caso foram os meios digitais e um jornal de notícias local (Dias et al., 2022; van der Gaag et al., 2022).

Paralelamente, a criação da primeira versão da Norma de Procedimento para registos de Enfermagem no SClínico-CSP® focada na prática do EEER pode ser assumida como uma intervenção estrutural de melhoria contínua, pois a padronização de práticas documentais favorece a continuidade dos cuidados e a monitorização de indicadores de qualidade. A literatura evidencia que a discrepância entre perceções de literacia em saúde por parte de profissionais e doentes pode comprometer tanto a comunicação como a efetividade dos cuidados (Voigt-Barbarowicz et al., 2022), pelo que normas de registo consistentes e uniformizadas asseguram a segurança do doente e permitem a análise epidemiológica da informação. Esta intervenção de inovação organizacional está alinhada com os objetivos macro das políticas de saúde.

Por fim, no contexto da Neurologia, deu-se continuidade ao PMCQCE no domínio da disfagia pós-AVC, após análise crítica do instrumento de avaliação do *Volume-Viscosity Swallow Test* (V-VST). Este instrumento apresenta-se como objetivo, sistemático, confiável e válido na literatura internacional (Riera et al., 2021). Contudo, no contexto português, o V-VST apenas foi alvo de tradução e adaptação transcultural, não estando assegurada a validação psicométrica (Camões, 2018). Assim, o seu uso permanece limitado quer na prática clínica como em investigação, dado que a ausência da validação psicométrica compromete a robustez científica dos resultados obtidos. A utilização acrítica de instrumentos não validados pode induzir decisões clínicas incorretas, afetando a segurança do doente e a fiabilidade dos resultados em saúde (Stern et al., 2025). Por isso, a validação psicométrica do V-VST para a população portuguesa não é um mero requisito académico, mas um imperativo clínico e organizacional para assegurar a padronização, a comparabilidade e a sustentabilidade da prática. Posto isto, esta intervenção reflete a concretização da competência de melhoria contínua da qualidade, ao transformar uma limitação em oportunidade de desenvolvimento científico e de qualificação dos cuidados prestados. O EEER assume o papel de catalisador da mudança ao identificar lacunas metodológicas que fragilizam a qualidade dos cuidados e ao promover iniciativas que visam o desenvolvimento de estudos de validação psicométrica, indispensáveis à integração plena de instrumentos na prática baseada na evidência (OE, 2016).



Em todos os contextos clínicos, a monitorização sistemática dos doentes, mediante a utilização de instrumentos validados internacionalmente – como *Richmond Agitation-Sedation Scale* (RASS) (Junior et al., 2008; Paulino et al., 2022), Índice de Barthel (Barbosa et al., 2023; DGS, 2011), Escala de Morse (DGS, 2019a), *Gugging Swallowing Screen* (GUSS) (Oliveria et al., 2021a), *Modified Medical Research Council* (mMRC) (DGS, 2019b), Mini-Cog (Susano et al., 2021) e Escala de Zarit (Alves et al., 2022) – permitiu aferir a eficácia das intervenções e identificar necessidades emergentes, reforçando o ciclo de melhoria contínua (DGS, 2023) e estando alinhada com as recomendações da OE (2016).

Todas as ações refletem não apenas um compromisso individual com a excelência profissional, mas também uma atitude proativa na dinamização de processos de melhoria contínua, em consonância com os objetivos estratégicos definidos no Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 (Despacho n.º 9390/2021, 2021).

### **2.2.3. Domínio da Gestão dos Cuidados**

A gestão dos cuidados representa um eixo estruturante da prática do Enfermeiro Especialista, consagrado no Regulamento n.º 140/2019 (2019, Artigo 7.º), onde se estabelece a responsabilidade de gerir e articular cuidados, ajustando a liderança e a gestão de recursos às especificidades contextuais, de modo a garantir a qualidade assistencial.

Na UCI, esta competência adquire uma expressão particular pela elevada complexidade clínica e pela coexistência de necessidades críticas e de reabilitação precoce. Esta competência traduziu-se na gestão entre estabilidade hemodinâmica e a integração do plano de reabilitação em paralelo com terapias de alta complexidade, como a ventilação mecânica invasiva ou a terapêutica de substituição renal. Este processo exigiu uma visão integral e antecipatória, capaz de articular prioridades clínicas imediatas com objetivos de reabilitação a curto e médio prazo. A coordenação das intervenções de reabilitação (como por exemplo, a mobilização segmentar, abertura costal seletiva ou drenagem postural modificada) com terapias de alta complexidade, não se limita à execução técnica, exige pensamento crítico – a sua aplicabilidade caso a caso, ponderação de riscos e benefícios – e adaptação dos recursos à condição clínica do doente, como descrito por Hodgson et al. (2025) e Ichikawa et al. (2025).

De acordo com a literatura, a mobilização precoce e programas de reabilitação estruturados são determinantes para a redução de complicações, nomeadamente a PICS, e que a sua implementação segura depende da coordenação interprofissional liderada por Enfermeiros com competências avançadas (Woodbridge et al., 2024; Minguet et al., 2025; Mendes et al., 2023). O EEER necessita de mobilizar conhecimento científico, negociar prioridades em equipa multidisciplinar e, sobretudo, exercer liderança adaptativa.



---

Na Pediatria, destaco o exemplo da capacitação de pais de crianças com doença neuromuscular para o uso de dispositivos como insuflador-exsuflador mecânico e de crianças com infecções respiratórias recorrentes. Esta gestão não se restringe ao ensino técnico, mas implica a formulação de estratégias educativas personalizadas, ajustadas à literacia em saúde e à dinâmica familiar, assegurando não apenas a adesão terapêutica imediata, mas também a continuidade dos cuidados no domicílio.

A evidência recente confirma que a utilização de técnicas de higiene nasal e estratégias de limpeza brônquica, quando corretamente implementadas pelos cuidadores, contribuem significativamente para a redução de complicações e para a melhoria da qualidade de vida de crianças com patologia respiratória crônica (Cruz et al., 2024; Khirani et al., 2024; Fauroux et al., 2020).

Apesar do desenvolvimento tecnológico em saúde proporcionar soluções inovadoras como a ventilação domiciliária e dispositivos mecânicos de assistência à tosse, revela-se insuficiente sem a criação de processos educativos robustos e sustentáveis. A literatura reforça que a eficácia clínica destes dispositivos depende da capacitação dos cuidadores, num processo de supervisão contínua, acompanhamento regular e adaptação às condições sociofamiliares (Hov et al., 2024; Riemann et al., 2021).

Neste contexto, a literacia em saúde parental emerge como determinante transversal. A baixa literacia associa-se a menor adesão, maior recurso aos serviços de urgência e maior risco de complicações em crianças com condições de saúde complexas (Griffeth et al., 2022; Goodwin et al., 2024; Montoro-Pérez et al., 2025). É precisamente nesta interface, entre tecnologia biomédica, práticas educativas e contexto familiar, que o EEER se distingue. Ao gerir cuidados individualizados e liderar processos de capacitação que transcendem o treino técnico, o EEER contribui para um modelo de cuidados mais sustentável, interdisciplinar e centrado no ciclo de vida da criança e da família (Ramey et al., 2025; Bhammar et al., 2022).

Em Ortopedia, aponto a gestão da alta hospitalar como exemplo da gestão do cuidado. A gestão da alta é um processo crítico, em que a intervenção do EEER ultrapassa a dimensão técnica e assume um papel estratégico na transição segura para o domicílio. A preparação da alta implicou a seleção criteriosa de produtos de apoio ajustados às necessidades funcionais, o treino de marcha e o ensino de estratégias de autocuidado, potenciando a autonomia e reduzindo o risco de complicações e de reinternamento. A existência de PMCQCE nessa área com uma sequência estruturada de avaliação – admissão, 2.º e 5.º dias de pós-operatório e follow-up entre o 16.º e o 21.º dia – evidencia a importância de uma gestão contínua dos cuidados, nomeadamente, das intervenções de reabilitação, bem como um sistema de monitorização que garanta a sua qualidade.



---

A supervisão da correta utilização dos dispositivos auxiliares de marcha, a coordenação das sessões de ensino e a articulação com cuidadores revelam competências organizacionais – gestão de recursos e articulação interdisciplinar. Este aspeto está alinhado com as recomendações da OE (2013; 2023) e com a literatura recente (Meng et al., 2022; Shetty et al., 2024; Zhao et al., 2023), que atribuem ao EEER a responsabilidade de avaliar, prescrever e treinar a utilização de dispositivos de apoio, assegurando a máxima funcionalidade e independência da pessoa. Simultaneamente, concretiza o preconizado no artigo 7º do Regulamento n.º 140/2019 (2019), ao traduzir uma prática de gestão dos cuidados que não se limita à organização logística, mas integra a liderança clínica e a coordenação da equipa, visando a continuidade, qualidade e segurança da reabilitação.

Na UCC, a gestão dos cuidados decorreu num contexto domiciliário, exigindo ajustamentos constantes à realidade física dos espaços e à disponibilidade da rede de apoio formal e informal. O planeamento das intervenções implicou a articulação interprofissional com os restantes elementos da ECCI e a reorganização dos planos terapêuticos consoante os recursos disponíveis. Como exemplo aponto a gestão de um caso em contexto domiciliário marcado pela necessidade de ajustes permanentes ao espaço físico, aos recursos disponíveis e à heterogeneidade da rede de apoio formal e informal. Esta complexidade exige do EEER uma gestão clínica flexível e pragmática que ultrapassa a mera execução de intervenções, implicando a reorganização contínua do plano terapêutico e a ativação de redes de suporte não convencionais. Neste caso, foi feita a articulação com vizinhos e familiares alargados (primos) para garantir o cumprimento do plano terapêutico (inaloterapia e exercícios de reabilitação) e a vigilância de uma pessoa idosa com défice cognitivo ligeiro e renitência ao plano terapêutico.

A literatura demonstra que a promoção da autoeficácia e da literacia em saúde melhora a adesão terapêutica em contextos de doença crónica (Downie et al., 2022), enquanto a avaliação geriátrica abrangente potencia ganhos funcionais e previne declínio em idosos frágeis (Veronese et al., 2022; Guo et al., 2024). No mesmo sentido, intervenções de Enfermagem estruturadas para prevenção de quedas em contexto comunitário mostram impacto positivo na funcionalidade e segurança (Orts-Cortés et al., 2024). O envolvimento ativo da rede de apoio é igualmente relevante quando o alvo é a manutenção da independência e da atividade em pessoas com défice cognitivo, como evidenciado por Harwood et al. (2023). A gestão de cuidados comunitários pelo EEER exige mais do que a coordenação de recursos: implica mobilizar redes sociais, adaptar planos terapêuticos e atuar preventivamente nas fragilidades. Torna-se, assim, necessária a consolidação de modelos de intervenção de Enfermagem que integrem dimensões educativas, interprofissionais e sociais, assegurando sustentabilidade e prevenção de desfechos adversos (Kasa et al., 2024).



---

No serviço de Neurologia, a gestão dos cuidados exigiu um plano terapêutico dinâmico, com prioridades constantemente redefinidas face à instabilidade clínica dos doentes. A participação ativa de cuidadores formais e informais revelou-se essencial para garantir continuidade e adequação das intervenções. A gestão dos cuidados em Neurologia foi muito além da coordenação de tarefas: requereu liderança operacional, capacidade de decisão em contextos de elevada pressão e avaliação crítica da eficácia das intervenções. Estudos recentes confirmam que a intervenção do EEER melhora os tempos de resposta, a eficácia das estratégias de recuperação motora e de prevenção de complicações, bem como a adesão dos cuidadores ao plano terapêutico (Tanlaka et al., 2023; He et al., 2023; Kumar et al., 2025; Wang et al., 2022). Assim, a gestão de cuidados neste contexto deve ser entendida como um processo adaptativo, inteligente e centrado no doente, em que o EEER atua como elemento estruturante da continuidade assistencial e da qualidade da reabilitação.

No serviço de Neurologia, a complexidade clínica e funcional dos doentes exigiu um planeamento terapêutico dinâmico, com definição de prioridades e gestão flexível do tempo e dos recursos. A participação ativa de cuidadores formais e informais foi fundamental para assegurar continuidade assistencial e personalização das intervenções. A diversidade e gravidade das patologias - AVC, hemorragias intracranianas, encefalite - tornou a gestão dos cuidados particularmente exigente, exigindo a capacidade de priorizar, delegar, acompanhar e ajustar estratégias de intervenção a cada caso e perante a instabilidade clínica.

Evidências recentes indicam que a importância da intervenção do EEER em processos neurológicos, quer para a implementação eficaz de estratégias terapêuticas, como na promoção da adesão ao plano terapêutico e prevenção de complicações. Estas intervenções resultam em melhorias mensuráveis nos desfechos clínicos, incluindo a redução do tempo de internamento, melhoria da funcionalidade, aumento da qualidade de vida, otimização de recursos e maior satisfação dos doentes e cuidadores (Tanlaka et al., 2023; He et al., 2023; Kumar et al., 2025; Wang et al., 2022).

Estes exemplos reforçam que a gestão de cuidados pelo EEER é um processo estratégico, centrado na pessoa e no seu contexto de vida, que integra dimensões clínicas, educativas, relacionais e organizacionais. O EEER, ao liderar este processo, assegura continuidade, qualidade, segurança e sustentabilidade dos cuidados, contribuindo diretamente para melhores desfechos em saúde, maior satisfação dos doentes e cuidadores, e otimização dos recursos disponíveis.



#### 2.2.4. Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

O desenvolvimento de aprendizagens profissionais, enquanto competência comum do Enfermeiro Especialista, não se esgota na atualização de conhecimentos técnicos, exige uma integração dinâmica entre aprendizagem contínua, autoconhecimento e autocrítica. O Regulamento n.º 140/2019 (2019, Artigoº 8.º) define que este profissional “desenvolve o autoconhecimento e a assertividade; baseia a sua *praxis* clínica especializada em evidência científica”, frisando que a legitimidade do exercício avançado em enfermagem não advém apenas de conhecimento técnico, mas da problematização sistemática e fundamentação científica da sua prática.

Esta orientação marcou todos os contextos clínicos experienciados, traduzindo-se numa prática reflexiva, fundamentada e orientada para a melhoria contínua. Desde o início dos ensinamentos clínicos, tornou-se evidente que reconhecer fragilidades pessoais e técnicas não constitui um sinal de incompetência, mas o primeiro passo para a construção de uma identidade profissional crítica e madura. O recurso ao estudo autónomo, aliado a uma postura de autoanálise, permitiu transformar vulnerabilidades em oportunidades de crescimento. Mais do que um exercício individual, esta atitude crítica sobre a prática e a identificação de lacunas formativas espelhou o processo de evolução enquanto EEER, em consonância com o Regulamento n.º 392/2019.

A incorporação da evidência científica na prática, bem como a participação em investigação aplicada e em PMQCE institucionais, operou como veículo de inovação e como mecanismo de validação da prática profissional. No entanto, a transposição da evidência para a realidade clínica não é linear. A sua operacionalização confronta-se com constrangimentos organizacionais e/ou limitação de recursos. Neste sentido, o desenvolvimento profissional não pode limitar-se à aplicação linear de normas e/ou recomendações, devendo ser um processo de integração crítica, no qual a decisão clínica resulta da articulação entre a evidência científica mais robusta, a singularidade da pessoa cuidada e as condições concretas do contexto assistencial.

Ao longo do percurso do estágio, a adoção de uma postura de reflexão autocrítica evidenciou a vontade de superar fragilidades técnicas, com impacto direto na melhoria dos cuidados. A ausência de treino prévio no manuseamento e programação de dispositivos complexos como o Powerbreathe KH2®, cuja eficácia no treino muscular inspiratório durante o desmame ventilatório se encontra bem documentada (Guimarães et al., 2021), e o insuflador-exsuflador mecânico, amplamente recomendado em cuidados intensivos e pediátricos para otimização da função respiratória e prevenção da insuficiência respiratória pós-extubação (Nunes et al., 2019; Wibart et al., 2023; Hov et al., 2020; Hov et al., 2024) constituiu um desafio relevante.



---

e em consonância com as orientações da OE (2018). Todas estas intervenções estiveram em consonância com as orientações da OE (2018).

Em Ortopedia, ocorreu o mesmo desafio com o uso do dispositivo de mobilização passiva contínua do joelho, cujo impacto positivo na recuperação funcional após artroplastia é sustentado por estudos recentes (Hong et al., 2023; Jia et al., 2024). Já em Neurologia, a aprendizagem no manuseamento do Bladderscan® alinou-se com protocolos de enfermagem validados e com evidência nacional sobre a melhoria da qualidade dos cuidados (Ferreira & Simões, 2019; Figueira et al., 2024).

Estas intervenções foram sempre apoiadas na literatura científica atual, que recomenda a utilização destes dispositivos como ferramentas de reabilitação em contextos clínicos específicos, evidenciando a necessidade de conjugação entre prática baseada em evidência e contextualização individualizada. Para além disso, a adoção destas tecnologias encontra-se alinhada com as metas do Plano Nacional de Saúde 2020–2030, que sublinha que “atingir a meta da redução das mortes prematuras devidas a doenças crónicas não transmissíveis em um terço até 2030 também exige tecnologias mais eficientes” (Conselho Nacional de Saúde, 2023, p. 11).

O envolvimento em investigação, projetos institucionais e iniciativas de melhoria contínua evidencia o desenvolvimento profissional como Enfermeiro Especialista (Regulamento n.º 140/2019, Artigo 8.º), traduzido na capacidade de autocrítica e de integração consciente da evidência científica na tomada de decisão clínica. A participação em PMCQCE e/ou na dinamização de reflexões coletivas - quer na UCI, Ortopedia, UCC e Neurologia - reforçam a aplicação prática do conhecimento adquirido, mas também promovem a criação de espaços de aprendizagem colaborativa, alinhados com a visão do Conselho Internacional de Enfermeiros, que considera a enfermagem como um motor de melhoria dos cuidados e de transformação social, reconhecendo a importância de desenvolver competências, capacidades e atributos profissionais em articulação com a comunidade e outros setores da sociedade (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2021).

Em síntese, o desenvolvimento profissional ao longo da prática revelou-se um processo contínuo e dinâmico, em que a aprendizagem autónoma, a reflexão crítica e a aplicação da evidência científica se articularam de forma estruturada, consolidando a identidade enquanto futura EEER.

### 2.3. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO EEER

As competências específicas do EEER dizem respeito ao conjunto de saberes e capacidades orientadas para a resposta às necessidades particulares dos doentes em processo de



reabilitação. Estas competências abrangem a avaliação funcional pormenorizada, a implementação de intervenções dirigidas à reabilitação motora e sensorial, a utilização de estratégias compensatórias e a prestação de cuidados especializados em contextos clínicos exigentes. A sua aplicação visa potenciar a recuperação, fomentar a autonomia e melhorar a qualidade de vida dos doentes.

Os diferentes contextos clínicos proporcionaram oportunidades de reflexão crítica, tomada de decisão fundamentada e integração de intervenções complexas, pelo que, de seguida, apresentam-se as competências específicas desenvolvidas ao longo do percurso formativo.

### **2.3.1. Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados**

A competência do EEER é transversal a todos os contextos de prestação de cuidados, sendo um elemento central e da sua prática profissional. De acordo com a OE (Regulamento nº 392/2019), o EEER identifica necessidades de intervenção especializada em pessoas, de todas as idades, que se encontram impossibilitadas de executar atividades básicas de forma independente, devido a condições de saúde, deficiências, limitações da atividade ou restrições de participação, sejam estas temporárias ou permanentes. Para tal, concebe, implementa e avalia planos e programas especializados com vista à melhoria da qualidade de vida, reintegração e participação social.

Esta competência exige uma avaliação rigorosa, planeamento individualizado, implementação e monitorização contínua das intervenções de reabilitação, assegurando um cuidado verdadeiramente centrado na pessoa. A sua consolidação é fortemente influenciada pela diversidade e complexidade dos contextos clínicos em que é aplicada, exigindo do EEER a capacidade de articular conhecimento técnico-científico, julgamento crítico e flexibilidade adaptativa para responder a situações clínicas multifacetadas e em constante evolução.

Na UCI, o trabalho com pessoas em situação crítica, com quadro clínicos complexos de origem médica e/ou cirúrgica, frequentemente com falência orgânica única ou múltipla, dependentes de suporte tecnológico avançado, constituiu um espaço privilegiado para a consolidação de competências de avaliação e intervenção precoce ao nível da função respiratória, motora e neurocognitiva. A evidência recente demonstra que as intervenções de reabilitação precoce conduzidas por Enfermeiros com competência avançada em reabilitação reduzem significativamente a duração do desmame ventilatório, a incidência de ICUAW e o tempo de internamento, potenciando ganhos funcionais sustentados (Liu et al., 2024). O EEER atua diretamente sobre os mecanismos fisiopatológicos subjacentes ao PICS, constituindo-se um pilar essencial e um fator diferenciador nos cuidados intensivos modernos.



A competência de avaliar a funcionalidade e diagnosticar precocemente alterações que determinam limitações da atividade (J1.1) foi operacionalizada através da utilização de instrumentos e ferramentas internacionalmente reconhecidas e validadas como o *RASS*, o *Confusion Assessment Method for the ICU* (CAM-ICU) e a *mMRC* (Miranda et al., 2018; Turan et al., 2020). Complementada ainda, por exemplo, com a análise clínica de parâmetros cardiorrespiratórios, de gasometria arterial e da interpretação imagiológica, permitindo a formulação de diagnósticos precoces e a definição de prioridades de intervenção. Esta abordagem multimodal está em consonância com as recomendações da OE (2016), bem como a literatura nacional e internacional (Hodgson et al., 2025; Mendes & Nunes, 2018; Pol et al., 2025).

As diferentes técnicas executadas enquadraram-se nas seguintes áreas de intervenção: reabilitação funcional respiratória, reabilitação funcional motora, reabilitação cognitiva, reabilitação sensorial e deglutição. No âmbito da reabilitação funcional respiratória, executaram-se técnicas manuais como por exemplo, expansibilidade torácica, dissociação dos tempos respiratórios, vibrocompressão, aceleração do fluxo expiratório, e técnicas instrumentais como por exemplo, utilização do insuflador-exsuflador mecânico, treino muscular inspiratório com Powerbreathe® e nebulização ultrassónica em ventilador. Estas intervenções estão fundamentadas nas recomendações da OE (2018) e na evidência científica atual, demonstrando a eficácia da personalização do plano terapêutico ao estado clínico da pessoa e da monitorização rigorosa da segurança (J1.3.5) (Giménez-Esparza et al., 2025; Mendes et al., 2023; Oliveira, 2024; Shinohara et al., 2023; Woodbridge et al., 2024).

No domínio motor, a mobilização precoce e o treino funcional como por exemplo treino de transferência e de equilíbrio, com a integração de diferentes recursos como elevador de transferência, cicloergómetro de leito e dispositivo de verticalização<sup>2</sup>, foram essenciais para a prevenção da ICUAW. Estas intervenções encontram-se sustentadas pelas recomendações da OE (2013) e pela evidência científica atual (Hodgson et al., 2025; Lall & Behan, 2022; Mendes et al., 2023; Piva et al., 2019; Shinohara et al., 2023), respondendo ao indicador J1.2.5, que enfatiza a gestão e integração de recursos facilitadores da transição saúde/doença.

A estimulação neurocognitiva e a deglutição não foram descuradas, tendo sido realizadas intervenções como exercícios de vocalização e mímica facial, estimulação termo-tátil (gelado com líquido espessado de diferentes sabores) e flexão do queixo contra resistência, por forma a intervir o mais precocemente nos défices identificados. Estas intervenções responderam de forma integrada ao indicador J1.2.6, ao favorecerem a conceção de planos que facilitam a adaptação e a transição saúde/doença, mas também ao indicador J1.3.5, dado que a personalização contínua do plano de reabilitação, ajustada à evolução clínica, associada à

---

<sup>2</sup> Sara Flex@.



---

monitorização rigorosa da resposta terapêutica, garantiu a segurança e a eficácia das intervenções implementadas (Giménez-Esparza et al., 2025; Oliveira, 2024; Pol et al., 2025; Rocha et al., 2020; Rodrigues & Varanda, 2019).

Durante este estágio, foi possível integrar e aplicar um conjunto diferenciado de intervenções de reabilitação respiratória, motora e cognitiva, orientadas para a manutenção e recuperação da função, com particular enfoque na otimização da função respiratória e da mobilidade precoce. A colaboração multidisciplinar revelou-se ainda fundamental para assegurar uma abordagem integrada e centrada na pessoa.

No conjunto, a experiência em UCI permitiu consolidar a conceção, implementação e monitorização de planos terapêuticos complexos (J1.2 e J1.3), evidenciando que a intervenção do EEER não se circunscreve à recuperação funcional imediata. Pelo contrário, assume uma posição estratégica ao integrar a prevenção de complicações, a otimização da funcionalidade e a promoção de uma transição saúde/doença segura e sustentável, em articulação com a equipa multidisciplinar, a própria pessoa e a sua família (Giménez-Esparza et al., 2025; Mendes & Nunes, 2018; Minguet et al., 2025; Pol et al., 2025; Woodbridge et al., 2024). A complexidade clínica, a instabilidade hemodinâmica, o elevado risco de deterioração e a urgência de intervenções de reabilitação precoces marcaram esta prática como particularmente exigente, e desafiante tanto a nível emocional como técnico. Este contexto revelou-se, assim, profundamente formativo, exigente e transformador, uma vez que exigiu uma reflexão constante sobre indicações, momento oportuno e risco/benefício das intervenções do EEER, numa integração do conhecimento técnico com a sensibilidade ética e clínica, o que contribuiu decisivamente para o desenvolvimento de uma prática mais consciente e fundamentada.

No contexto da Pediatria, as intervenções centraram-se em crianças com necessidades especiais, incluindo Síndrome de Down, doenças neuromusculares e patologias respiratórias crónicas ou recorrentes, exigindo adaptação contínua das mesmas à faixa etária, características individuais e limitações funcionais (Bhammar et al., 2022; Fauroux et al., 2020; OE, 2010; OE; 2011). O indicador J1.1 foi concretizado através da avaliação sistemática através de instrumentos e ferramentas internacionalmente reconhecidas e validadas como por exemplo a *mMRC*, e da com a análise clínica do padrão respiratório, auscultação torácica, avaliação da função deglutória, entre outros, permitindo identificar precocemente alterações que pudessem comprometer a independência nas AVD's e a participação social (Hov et al., 2020; Kaditis et al., 2022; OE, 2016).

As intervenções desenvolvidas enquadraram-se nos domínios da reabilitação funcional respiratória, motora e da deglutição. Incluíram técnicas como a drenagem postural modificada, a percussão torácica e a aceleração do fluxo expiratório, e estratégias de capacitação parental,



nomeadamente da realização de lavagem nasal e da utilização de dispositivos como ventilação mecânica não invasiva e insuflador-exsuflador mecânico. Todas as práticas foram sustentadas pelas orientações da OE (2010; 2011; 2015a; 2018) e pela evidência científica recente (Bhammar et al., 2022; Cruz et al., 2024; Fauroux et al., 2020; Goodwin et al., 2024; Griffeth et al., 2022; Hov et al., 2024; Hov et al., 2020; Khirani et al., 2024). Estas intervenções traduzem a operacionalização do planeamento e implementação de cuidados complexos (J1.2 e J1.3, em particular J1.2.6 e J1.3.5), ajustados às necessidades específicas da criança e da família, promovendo a continuidade do cuidado, redução de complicações respiratórias e contribuindo para a qualidade de vida da criança.

Esta experiência proporcionou uma compreensão aprofundada das potencialidades do EEER no contexto pediátrico, incluindo a adaptação de técnicas e aplicação de dispositivos às especificidades do desenvolvimento infantil, fortalecendo a prática baseada em evidência e a capacidade de tomada de decisão clínica avançada.

Em Ortopedia, as intervenções centraram-se no alívio da dor, na mobilidade, marcha e equilíbrio, aspetos determinantes para a recuperação, prevenção de complicações e promoção da autonomia. A avaliação clínica foi sistemática, recorrendo a escalas e instrumentos validados como por exemplo a classificação de Kellgren-Lawrence, o WOMAC, o teste de Tinetti, para além da avaliação da amplitude articular por goniometria, conforme preconizado pela OE (2016), assegurando o rigor e a comparabilidade dos resultados.

As intervenções incluíram a reabilitação funcional respiratória (por exemplo, abertura costal, aceleração do fluxo expiratório e inaloterapia), em alinhamento com a OE (2018), e a reabilitação funcional motora (como por exemplo treino de levantar, posicionamentos anti-luxação e utilização de dispositivo de mobilização passiva), sustentadas pelo guia orientador de boas práticas da OE (2013). O treino de equilíbrio e de marcha em diferentes contextos (terreno plano, inclinado e escadas) completou a intervenção, potenciando a funcionalidade. A capacitação de doentes e seus cuidadores incluiu o treino de autocuidado, a prevenção de complicações e prescrição de dispositivos/produtos de apoio, entre outros, em conformidade com o guia orientador de boas práticas da OE (2023). Globalmente, estas intervenções materializaram o planeamento e implementação de cuidados especializados (J1.2; J1.3), integrando as orientações normativas da OE e demonstrando impacto na funcionalidade e qualidade de vida da pessoa.

Em UCC, as intervenções focaram-se na recuperação e/ou manutenção da funcionalidade e da qualidade de vida de pessoas em diferentes fases do ciclo vital (idade escolar até pessoas idosas), algumas com múltiplas comorbilidades (por exemplo, DPOC, status pós fratura do fémur, AVC ou ferida complexa), incluindo cuidados paliativos (J1.2.1; J1.2.2). A prática neste



contexto pautou-se pela adaptação das intervenções às condições domiciliárias e à rede de suporte, assegurando-se a continuidade dos cuidados e a centralidade na pessoa. A diversidade clínica exigiu uma avaliação multidimensional. A aplicação rigorosa de escalas validadas como Barthel, Zarit, GUSS, Morse, Braden ou Neecham (OE, 2016; Harwood et al., 2023; Montagnini et al., 2020), permitiu identificar alterações funcionais, cognitivas e sociais, fundamentar e individualizar os planos de reabilitação, por vezes complexos (J1.2 e J1.3, particularmente J1.2.3; J1.2.6 e J1.3.5), ajustados às necessidades específicas da pessoa e do cuidador, promovendo segurança, eficácia e autonomia (OE, 2001; Ribeiro et al., 2025; van der Gaag et al., 2022).

As intervenções desenvolvidas englobaram a reabilitação: funcional respiratória (por exemplo, dissociação dos tempos respiratórios, tonificação intercostal/diafragmática), funcional motora (por exemplo, treino de equilíbrio estático e dinâmico, treino de marcha), da deglutição e paliativa, todas alinhadas com as recomendações da OE (2013; 2018; 2023) e literatura atual (Nabais & Sá, 2019; Oliveira, 2022; Silva, 2022; WHO, 2023; Woldman et al., 2024). A gestão do autocuidado e a capacitação do cuidador foram transversais em áreas como alimentação, transferência e higiene, para além de administração de terapêutica (inaloterapia), potenciando a autonomia da pessoa e dos cuidadores (OE, 2001; 2023; Riemann et al., 2021; Voigt-Barbarowicz et al., 2022). Foram ainda implementados cuidados especializados, como tratamento de feridas complexas e massagem terapêutica, assegurando o conforto e a prevenção de complicações (Parola et al., 2020; Silva, 2022).

A prática incluiu programas específicos na comunidade que consolidaram o papel do EEER neste contexto, nomeadamente: o acompanhamento de crianças com necessidades especiais no âmbito da Saúde Escolar e do Plano de Saúde Individual (capacitação da criança e dos profissionais de educação na gestão do regime terapêutico); a participação em processos de atribuição do Estatuto do Cuidador Informal (a maiores acompanhados e crianças com necessidades especiais em articulação com a Segurança Social); e a promoção da literacia em saúde através de plataformas digitais e jornal local (J1.2.1; J1.2.4; J1.3.3) (Harwood et al., 2023; Kasa et al., 2024; Potter et al., 2025; Pryde et al., 2024; Woldman et al., 2024).

Este conjunto de intervenções reflete a operacionalização das competências do EEER nos domínios J1.2 e J1.3, evidenciando capacidade de adaptação a contextos heterogêneos, otimização da funcionalidade e da segurança dos cuidados no domicílio, e o contributo para a continuidade de cuidados e sustentabilidade do sistema de saúde (Montagnini et al., 2020; OE, 2001; OE, 2016; OE, 2023).

Por fim, no serviço de Neurologia, a intervenção centrou-se na resposta a défices motores, respiratórios e cognitivos, decorrentes de diferentes patologias neurológicas, predominate-



---

mente AVC. Através de estratégias individualizadas, considerando a complexidade clínica, a idade, o contexto familiar e social, foram promovidos ganhos funcionais significativos e o bem-estar global dos doentes, melhorando a sua capacidade de participação social e autonomia (J1.2.1; J1.2.2).

A avaliação multidimensional constituiu a base da prática, englobando o padrão respiratório, força muscular, pares cranianos, sensibilidade, motricidade fina, linguagem e deglutição, entre outros, complementada por instrumentos (por exemplo V-VST, teste de Romberg, teste de impulso cefálico, prova de barré) e observações clínicas estruturadas (OE, 2016; Harwood et al., 2023; He et al., 2023; Jain, 2022; Kumar et al., 2025; Mortensen, Kothari & Kothari, 2021; Riera et al., 2021; Tanlaka et al., 2023; Wang et al., 2022). Esta abordagem permitiu fundamentar planos de intervenção individualizados, complexos (J1.2 e J1.3, particularmente J1.2.3; J1.2.6; J1.3.5), ajustados às necessidades da pessoa e do cuidador, promovendo segurança, eficácia e autonomia (OE, 2001; Ribeiro et al., 2025; Riemann et al., 2021).

As intervenções implementadas incluíram reabilitação funcional respiratória (por exemplo, dissociação dos tempos respiratórios, tosse assistida) (J1.3.2), reabilitação funcional motora (por exemplo, treino de equilíbrio, treino de motricidade fina, exercício de convergência ocular) (J1.3.1; J1.3.3), deglutição (por exemplo, exercícios de mímica facial, estimulação termo-tátil e flexão do queixo contra resistência), cognitiva (por exemplo, estratégias adaptativas para autocuidados) exercícios de memória, atenção e linguagem), sensorial (por exemplo, estimulação e discriminação tátil, treino proprioceptivo, estimulação visual direcional) (J1.3.5; J1.2.4), assim como reabilitação da eliminação (treino vesical e intestinal,) (J1.3.4; J1.2.5) (Alhaddad et al., 2024; Chien et al., 2024; Figueiredo, Carvalho & Mota, 2023; Marín-Medina et al., 2023; Mortensen, Kothari & Kothari, 2021; OE, 2013; OE, 2018; OE, 2023; Oliveira, 2022; Oliveira, Ferreira, & Couto, 2023; Portela-Camino et al., 2024; Tanlaka et al., 2023; Teodoro, 2024). A gestão do autocuidado e a capacitação do cuidador foram transversais, potenciando a autonomia da pessoa nos diferentes autocuidados (por exemplo, alimentação, higiene, transferência e marcha) (J1.2.4; J1.2.5), enquanto cuidados especializados como massagem terapêutica para drenagem de edema e tratamento de feridas garantiram conforto e prevenção de complicações (Harwood et al., 2023) (J1.3.6).

A prática ainda incluiu a preparação para alta e retorno ao domicílio e/ou ao contexto laboral, integrando estratégias de adaptação ambiental e prevenção de quedas, bem como capacitação da família/cuidadores na continuidade dos cuidados (J1.2.6; J1.3.5). Esta abordagem evidenciou a operacionalização das competências do EEER nos domínios J1.2 e J1.3, demonstrando capacidade de adaptação a contextos clínicos complexos, otimização da funcionalidade, segurança e sustentabilidade dos cuidados em contexto neurológico (OE, 2001; OE, 2016; OE, 2023; He et al., 2023; Tanlaka et al., 2023; Wang et al., 2022).



---

A prática clínica nos diferentes contextos evidenciou que o EEER assume um papel estruturante na promoção da funcionalidade e da qualidade de vida, através de intervenções diferenciadas, baseadas na evidência científica e ajustadas às necessidades específicas da pessoa e do seu contexto. Contudo, esta atuação encontra-se inevitavelmente condicionada por fatores organizacionais, recursos disponíveis e pela articulação interprofissional, o que reforça a necessidade de estratégias integradas que garantam a continuidade e sustentabilidade dos cuidados. Assim, a intervenção do EEER não se limita à resposta aos défices identificados, mas configura-se como elemento essencial na capacitação da pessoa e dos cuidadores, potenciando ganhos em saúde e contribuindo para a consolidação de práticas de reabilitação centradas na pessoa e orientadas para resultados, tal como preconizado nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação (OE, 2015b).

### **2.3.2. Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania**

Uma sociedade que se pretende ser verdadeiramente inclusiva não pode limitar-se à retórica dos direitos, devendo garantir mecanismos efetivos de apoio financeiro, social, de saúde e de reabilitação de alta qualidade, adaptados às necessidades específicas de cada pessoa e às diferentes etapas de vida (Instituto Nacional para a Reabilitação, I. P., 2021; Resolução do Conselho de Ministros n.º 119/2021, 2021). Esta visão valoriza a autonomia e o direito à autodeterminação da pessoa com deficiência, assumindo-os como determinantes centrais de cidadania ativa e de coesão social, tal como descrito na Constituição da República Portuguesa (artigos 12.º e 13.º), que consagra os princípios da universalidade e da igualdade de todos os cidadãos (Decreto de Aprovação da Constituição, 1976). Esta visão coloca em evidência a autonomia e o direito à autodeterminação da pessoa com deficiência, assumindo-os não apenas como princípios éticos, mas como determinantes centrais de cidadania ativa e de coesão social.

Seja atuando de forma autónoma ou em equipa interdisciplinar, o EEER emerge como um agente estratégico na desconstrução das barreiras que condicionam a participação plena na sociedade, assumindo responsabilidade clínica, social e política, conforme definido pelo Regulamento n.º 392/2019 (2019).

A capacitação da pessoa e do cuidador constituiu um eixo transversal em todos os contextos de estágio realizados, revelando-se não apenas como uma estratégia de promoção da autonomia, mas como um imperativo ético e profissional na perspetiva de inclusão social e cidadania.



---

Mesmo num contexto de elevada complexidade como a UCI foi possível implementar estratégias de reabilitação precoce e envolver a família em todo o processo, o que permitiu preservar funções básicas, minimizar os efeitos da imobilidade prolongada e prevenindo défices secundários, preparando a pessoa em situação crítica para fases subsequentes do plano de reabilitação. As intervenções incluíram exercícios de mobilização precoce, estimulação cognitiva (falar sobre o dia-a-dia) e sensorial (levar ver a rua e a apanhar sol), exercícios de mímica facial e deglutição, e a utilização de alimentos adaptados, como café espessado.

O envolvimento ativo da família constituiu um eixo central do cuidado, em consonância com a evidência atual e as recomendações da Comissão Nacional para a Humanização dos Cuidados de Saúde no SNS (2024), que salientam o impacto positivo da participação da família na satisfação, adesão e recuperação funcional da pessoa em situação crítica (Cussen et al., 2025; Kang et al., 2025; Mathew et al., 2024; Renner et al., 2023). Integrar a família no plano de reabilitação promove o bem-estar emocional tanto da pessoa em situação crítica como da família o doente, e contribui para a construção de uma relação de confiança com a equipa multidisciplinar.

Na Pediatria, o exemplo da capacitação dos pais de uma criança com síndrome de Down para a utilização de dispositivo de ventilação mecânica não invasiva, demonstrou a centralidade da família na continuidade do plano terapêutico e na promoção da autonomia da criança, tal como preconizado pela evidência atual (Goodwin et al., 2024; Hudson et al., 2022; Valji et al., 2023). Foi assegurado que tanto a criança como os pais compreenderam e aplicaram corretamente o dispositivo médico, conforme recomendado pela OE (2015a; 2018).

Estas intervenções respondem diretamente aos indicadores J2.1.1 e J2.1.3, uma vez que a adesão ao plano terapêutico irá permitir que a criança participe de forma mais plena nas suas atividades e na vida familiar, escolar e social, minimizando barreiras impostas pela condição de saúde. A inclusão da família no processo terapêutico fortalece a adesão ao plano de cuidados e promove a participação ativa, refletindo não apenas competências técnicas, mas também avançadas competências de comunicação e relação terapêutica (Regulamento n.º 392/2019, 2019).

Na Ortopedia, as intervenções de reabilitação centraram-se na capacitação da pessoa doente e dos seus cuidadores para a utilização adequada de produtos de apoio, treino de autocuidados e de marcha em diferentes superfícies, promovendo a maximização da autonomia e garantindo que as limitações impostas pela condição clínica não se convertam em barreiras adicionais à participação familiar e social. A prescrição individualizada de produtos de apoio e a monitorização contínua da sua utilização refletem a responsabilidade do EEER em assegurar a capacidade funcional máxima, minimizando barreiras físicas e cognitivas à participação



---

plena da pessoa na sociedade. Estas intervenções alinham-se com os indicadores J2.1 e J2.2 (particularmente, 2.1.2, 2.1.3, 2.1.4, 2.2.5 e 2.2.6) e espelham as orientações da OE (2023).

No contexto da UCC, a capacitação da pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição de participação, bem como dos seus cuidadores, constitui o eixo da intervenção do EEER. Esta prática não se limita ao treino funcional, mas integra a educação estruturada e personalizada, ajustada ao ambiente domiciliário e às especificidades socioculturais, possibilitando o desenvolvimento de competências de autogestão, a redução da dependência e a promoção da autonomia. Os Guias Orientadores de Boas Práticas da OE reforçam que a capacitação só é efetiva quando contextualizada, personalizada e ancorada em evidência científica (OE, 2013; OE, 2023). Ao potenciar estas dimensões, o EEER promove a reinserção comunitária e o exercício efetivo da cidadania, assegurando que a participação social da pessoa ocorre em condições de maior segurança, funcionalidade e dignidade.

O exemplo da atribuição do Estatuto do Cuidador Informal, associada à capacitação efetiva do cuidador, exemplifica a promoção da continuidade dos cuidados, a literacia em saúde e a defesa dos direitos de cidadania da pessoa em situação de dependência. Contudo, a ausência de políticas sociais integradas e o insuficiente reconhecimento do papel do Cuidador Informal comprometem a sustentabilidade destas práticas, pelo que o EEER deverá assumir o papel de advocacia em saúde, defendendo a equidade no acesso e exercício pleno da cidadania. O EEER potencia a integração na comunidade e salvaguarda a dignidade da pessoa enquanto cidadão, indo ao encontro dos padrões de qualidade dos cuidados de Enfermagem e dos guias orientadores de boas práticas da OE (2001; 2013; 2023).

No contexto da Neurologia, a intervenção do EEER foi orientada para a capacitação da pessoa para a realização das AVD, contudo os exercícios não se focaram apenas em questões funcionais, mas visavam a reinserção social, familiar e laboral. A participação ativa do doente, mesmo perante défices significativos, foi promovida através de estratégias adaptadas às suas capacidades remanescentes e ao seu projeto de vida, possibilitando a aquisição de competências de autogestão e a redução da dependência.

O treino da motricidade fina é um exemplo, ao integrar instrumentos como peças de lego, bolas, jogos digitais interativos em telemóvel e computador, bem como tarefas relacionadas com a sua profissão (engenheiro informático), foi possível reabilitar a funcionalidade assegurando a personalização e contextualização do plano de reabilitação. Esta abordagem reforça que a capacitação só é efetiva quando se ancora em evidência científica, é centrada na pessoa e orientada para a funcionalidade, a autonomia e a participação plena (Alhaddad et al., 2024; Chien et al., 2024; Marín-Medina et al., 2023).



Por fim, estas experiências refletem o compromisso com a personalização das intervenções e a promoção da reintegração social e da dignidade. Os exemplos articulam-se diretamente com os indicadores dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação, nomeadamente com os domínios da "Promoção da Inclusão Social", do "Bem-Estar e Autocuidado" e da "Organização dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação" (OE, 2015b).

### **2.3.3. Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa**

Em todos os contextos clínicos, a intervenção do EEER centrou-se na maximização das capacidades funcionais e na promoção da autonomia da pessoa, configurando o eixo da prática especializada. A conceção e implementação de programas de treino individualizados a nível motor e respiratório (J3.1), fundamentados na melhor evidência científica (J3.1.1) e ajustados à complexidade, vulnerabilidade e imprevisibilidade de cada situação clínica (J3.1.2), permitiu otimizar o desempenho funcional e o desenvolvimento pessoal. O ensino e treino de técnicas e/ou tecnologias apropriadas foram orientados para a promoção da autogestão, prevenção de complicações e capacitação da pessoa em função dos seus objetivos de saúde (J3.1.3; J3.1.4). A monitorização contínua da implementação do plano de reabilitação (J3.2.1), bem como a avaliação dos resultados obtidos em função dos objetivos definidos com a pessoa (J3.2.2), permitiu reformular estratégias terapêuticas e potenciar resultados sustentáveis, numa cultura de prevenção do risco clínico e promoção da cultura de segurança integradas (J3.2.3). Paralelamente, a participação em PMCQCE reforçou o compromisso com a melhoria contínua da qualidade e segurança dos cuidados baseados na melhor evidência (OE, 2015b).

Na UCI, a revisão bibliográfica sobre "Disfagia e Reabilitação Respiratória no Síndrome Pós-Cuidados Intensivos" bem como a dinamização de uma reflexão coletiva e apresentação crítica de um artigo, realizada no âmbito do PMCQCE, permitiu fundamentar e reformular estratégias terapêuticas (J3.1.1), considerando situações de complexidade e vulnerabilidade clínica (J3.1.2), consolidando a prática baseada em evidência científica e promovendo a cultura de segurança (J3.2.3) (OE, 2001; OE, 2015b; OE, 2018).

Na Pediatria, a capacitação dos pais/cuidadores para a limpeza das vias aéreas e utilização do insuflador-exsuflador mecânico em crianças com patologias neuromusculares ou respiratórias crónicas exemplifica o ensino de técnicas e tecnologias para maximizar o desempenho respiratório e motor (J3.1.3), prevenindo complicações e promovendo a autonomia do cuidador e a segurança da criança (OE, 2010; OE, 2011; OE, 2015; OE, 2018).

Em Ortopedia, a implementação sistemática do *WOMAC*, articulado com o PMCQCE do serviço, permitiu monitorizar os resultados do plano de reabilitação (J3.2.1; J3.2.2), uniformizan-



---

do critérios de avaliação, reforçando a base científica da tomada de decisão clínica e promovendo estratégias de prevenção de risco (J3.2.3) (OE, 2001; OE, 2015b).

Na UCC, o exemplo a produção de materiais de literacia em saúde e elaboração de normas de procedimento para registos no SClínico-CSP®, bem como materiais de sensibilização para o Dia Mundial da DPOC, demonstram a preocupação na conceção de programas estruturados e personalizados (J3.1.4) e a monitorização contínua dos resultados, promovendo a autogestão, prevenção de riscos, reintegração social e participação comunitária (J3.1.3; J3.1.4; J3.2.3)(OE, 2001; OE, 2015b).

Em Neurologia, o desenvolvimento da primeira versão do projeto de validação psicométrica do V-VST, no âmbito do PMQCE dedicado à disfagia, exemplifica a preocupação da utilização de instrumentos validados para a monitorização do plano de reabilitação e dos resultados obtidos (J3.1; J3.2.1; J3.2.2). A dinamização de uma reflexão coletiva sobre a reabilitação da diplopia e a utilização de tecnologia aplicada à reabilitação levou à reformulação de estratégias (J3.1; J3.2), consolidando a função do EEER como agente de transformação, promovendo funcionalidade, inclusão social e melhoria contínua da qualidade e segurança dos cuidados (OE, 2001; OE, 2015b).

Estes exemplos evidenciam a atuação autónoma e interdisciplinar do EEER, que, fundamentada nas melhores evidências científicas e em sintonia com os princípios éticos e legais da profissão, assegura cuidados personalizados, seguros e integrados. Para além de, reforçarem o papel central da Enfermagem de Reabilitação na transformação dos cuidados em todos os contextos clínicos.

#### 2.4. EXPERIÊNCIAS NOS ENSINOS CLÍNICOS RELACIONADOS COM A TEMÁTICA DA COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO

Durante os ensinamentos clínicos, a interação direta com pessoas com DPOC permitiu aprofundar a compreensão da complexidade da patologia e da sua relação com a função deglutória, particularmente no contexto de insuficiência respiratória e de fraqueza muscular associada. Intervenções de reabilitação funcional respiratória, como o treino dos músculos inspiratórios e expiratórios, técnicas de tosse assistida e utilização do insuflador-exsuflador mecânico, mostraram relevância na otimização da função respiratória e na redução potencial do risco de aspiração. Foi possível aplicar, de forma prática, os conhecimentos teóricos da *scoping review*, permitindo reflexão crítica sobre a eficácia das intervenções estudadas e identificando lacunas para investigação futura, nomeadamente na integração sistemática da reabilitação da disfagia na gestão global da pessoa com DPOC. Técnicas como tonificação diafragmática e



---

dissociação dos tempos respiratórios, mostraram potencial para melhorar a coordenação respiratória e a função deglutória, contribuindo para a maximizar a qualidade de vida da pessoa.

Paralelamente, a avaliação integrada da pessoa, com monitorização contínua dos parâmetros respiratórios e função deglutória, revelou-se essencial para a definição de planos de intervenção personalizados. Observou-se, contudo, que a avaliação da função deglutória raramente é integrada de forma sistemática nesta população, predominando o foco na função respiratória e na reversão da insuficiência respiratória, o que contrasta com evidências recentes.

Destaca-se ainda a importância da articulação multidisciplinar e da capacitação da pessoa com DPOC e dos cuidadores, reforçando o valor de uma abordagem multidimensional centrada na pessoa. O treino para o reconhecimento precoce de sinais de disfagia e aplicação de estratégias compensatórias em contexto domiciliário, como adaptação da textura alimentar e posicionamento adequado, revelou-se crucial para a continuidade dos cuidados e prevenção de complicações, evidenciando a necessidade de materiais educativos específicos e contextualizados à realidade da DPOC.



---

## SÍNTESE REFLEXIVA

O percurso realizado no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação representou uma oportunidade singular de crescimento profissional, académico e pessoal. A diversidade dos contextos clínicos permitiu compreender a complexidade da prática especializada e consolidar a visão de que o EEER não se limita à execução de técnicas, mas assume um papel estruturante na transformação de práticas, na prevenção de complicações e na promoção da funcionalidade e autonomia das pessoas ao longo do ciclo de vida.

Este percurso não foi isento de dificuldades. A adaptação a sistemas de registo distintos, a limitação inicial no manuseamento de dispositivos específicos de reabilitação respiratória ou na avaliação da disfagia, bem como a gestão da instabilidade clínica em doentes críticos, constituíram desafios concretos. Estas dificuldades foram ultrapassadas através da aprendizagem autónoma, da prática supervisionada e da integração ativa em equipas multiprofissionais, que se revelaram espaços privilegiados de partilha de saberes. O processo de reflexão contínua, ancorado nos referenciais teóricos da disciplina e no confronto com a evidência científica, foi determinante para transformar limitações em oportunidades de desenvolvimento, potenciando uma prática mais fundamentada e consciente.

Os ensinamentos clínicos evidenciaram também as assimetrias existentes nos cuidados. Enquanto a reabilitação respiratória se encontra relativamente estruturada, com protocolos claros e consensos partilhados, a intervenção na disfagia - particularmente na pessoa com DPOC - permanece fragmentada e desvalorizada. Apesar de a disfagia ser uma complicação prevalente e com elevado impacto prognóstico, constatou-se a ausência de orientações formais, a escassez de instrumentos validados e a falta de programas integrados que articulem a reabilitação respiratória e a reabilitação da função deglutória. Esta lacuna traduz-se em práticas heterogéneas, dependentes da sensibilidade individual dos profissionais, comprometendo a equidade e a qualidade dos cuidados.

Este percurso reforçou a convicção de que a formação do EEER assenta na articulação indissociável entre prática clínica, investigação e liderança organizacional. A prática clínica possibilitou o contacto direto com a realidade complexa do cuidado, enquanto a pesquisa bibliográfica forneceu o rigor necessário para questionar, fundamentar e transformar essa mesma prática. O desenvolvimento destas competências consolidou uma identidade profissional mais crítica e responsável, preparada para assumir o EEER como agente de mudança - capaz de intervir em colaboração com a equipa multidisciplinar, mas também de liderar projetos de inovação e melhoria contínua da qualidade.



---

## PARTE 2 – COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO



---

## RESUMO

**Enquadramento:** A Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) é uma patologia crónica e heterogénea, caracterizada por obstrução persistente e progressiva do fluxo aéreo, frequentemente subdiagnosticada e associada a elevada morbilidade, mortalidade e perda de qualidade de vida. A disfagia, embora prevalente nesta população, permanece subvalorizada, agravando o estado clínico e do prognóstico (Fávero et al., 2020; Lin & Shune, 2020). A escassez de sínteses robustas justifica impõe ao EEER uma análise crítica sobre a avaliação e intervenção nestas situações clínicas complexas.

**Objetivo:** Mapear as intervenções de reabilitação na pessoa com DPOC com disfagia.

**Metodologia:** *Scoping review* segundo metodologia do JBI e diretrizes PRISMA-ScR. A pesquisa foi realizada nas bases de dados *Pubmed*, *Cinahl complete*, *Psychology and Behavioral Sciences Collection* e *MedicLatina*, bem como em literatura cinzenta recorrendo à RCAAP. Incluíram-se estudos com referência a intervenções de reabilitação na pessoa com DPOC com disfagia, sem restrição temporal e/ou linguística.

**Resultados:** Dos 180 estudos identificados, 17 foram incluídos na *scoping review*. As intervenções foram agrupadas em estratégias de reabilitação, compensatórias e de avaliação. A evidência destaca a relação bidirecional entre a disfagia, a disfunção muscular respiratória e a descoordenação respiração-deglutição. A maioria das intervenções incide sobre os focos ventilação, limpeza das vias aéreas e movimento muscular, com ênfase no treino muscular respiratório. Instrumentos como o EAT-10 e os testes clínicos de deglutição permitem um rastreio precoce, embora nenhum dos instrumentos identificados possua validação psicométrica para esta população. A avaliação e as intervenções devem integrar uma abordagem multidimensional.

**Conclusão:** Esta revisão evidencia a escassez de intervenções específicas e padronizadas, reforçando a urgência de uma abordagem integrada, precoce e centrada na pessoa com DPOC com disfagia. O EEER tem um papel determinante na identificação de risco, avaliação funcional e implementação de programas de reabilitação multidimensional. É imperativo sistematizar práticas, validar instrumentos e gerar evidência robusta sobre a reabilitação da pessoa com DPOC com disfagia, sobretudo no contexto europeu.

**Palavras-chave:** *Chronic obstructive pulmonary disease, Rehabilitation, Deglutition disorders*



---

## ABSTRACT

**Background:** Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) is a chronic and heterogeneous condition, characterised by persistent and progressive airflow limitations, frequently underdiagnosed and associated with high morbidity, mortality, and reduced quality of life. Dysphagia, although prevalent in this population, remains underestimated, contributing to clinical deterioration and poorer prognosis (Fávero et al., 2020; Lin & Shune, 2020). The lack of robust syntheses requires acritical appraisal by the Rehabilitation Nursing Specialist (RNS) regarding the assessment and management of these complex clinical scenarios.

**Objective:** To map rehabilitation interventions for individuals with COPD and dysphagia.

**Methodology:** A scoping review was conducted following JBI methodology and PRISMA-ScR guidelines. The search was carried out in PubMed, CINAHL Complete, Psychology and Behavioural Sciences Collection, MedicLatina, and grey literature via RCAAP. Studies referring to rehabilitation interventions in individuals with COPD and dysphagia were included, with no language or time restrictions.

**Results:** Of the 180 studies identified, 17 met the inclusion criteria. Interventions were categorised into rehabilitation, compensatory, and assessment strategies. The evidence emphasised the bidirectional relationship between dysphagia, respiratory muscle dysfunction, and breathing–swallowing discoordination. Most interventions focused on ventilation, airway clearance, and muscle function, with particular emphasis on respiratory muscle training. Instruments such as the EAT-10 and bedside swallowing assessments facilitate early screening, although none of the tools identified have psychometric validation for this population. Assessment and intervention must therefore adopt a multidimensional approach.

**Conclusion:** This review highlights the scarcity of specific and standardised interventions, reinforcing the need for an integrated, early, and person-centred approach to individuals with COPD and dysphagia. The RNS plays a key role in risk identification, functional assessment, and the implementation of multidimensional rehabilitation programmes. It is imperative to standardise practices, validate tools, and generate robust evidence to support rehabilitation in this population, particularly within the European context.

**Keywords:** *chronic obstructive pulmonary disease, rehabilitation, deglutition disorders.*



## 1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

As doenças respiratórias acarretam um ónus significativo para a sociedade, quer pelos custos diretos relacionados com a utilização dos serviços de saúde, quer pelos custos indiretos relacionados com as perdas de produção resultantes da doença e/ou pela redução da qualidade e anos de vida perdidos por incapacidade (Agustí et al., 2020; Al Wachami et al., 2024; Fundação Portuguesa do Pulmão, 2023; *Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease [GOLD]*, 2025; Mosher et al., 2022; *Organisation for Economic Co-operation and Development & European Observatory on Health Systems and Policies [OECD & EOHSP]*, 2024; Osadnik et al., 2023).

A DPOC é uma patologia crónica heterogénea do pulmão diagnosticada na presença de sintomas respiratórios crónicos e persistentes (por exemplo tosse, expetoração, dispneia) devido a anomalias das vias aéreas e/ou dos alvéolos que causam obstrução persistente, frequentemente progressiva, do fluxo aéreo (DGS, 2019b; GOLD, 2025). A DPOC é o resultado de interações complexas, cumulativas e dinâmicas entre a genética e o ambiente ao longo da vida que podem causar dano a nível pulmonar e/ou alterar os seus processos normais de desenvolvimento ou envelhecimento (GOLD, 2025). O produto destas interações, não depende apenas da genética e/ou da exposição ambiental, mas também da idade em que ocorre essa interação particular ocorre (desenvolvimento versus envelhecimento) (GOLD, 2025). Serão estas interações que definirão o etiotipo de DPOC (GOLD, 2025).

O diagnóstico de DPOC deverá ser considerado em qualquer pessoa que apresente sintomas respiratórios, história de exposição a fatores de risco, de exacerbações e/ou de obstrução do fluxo aéreo. Contudo, é obrigatória realização de uma espirometria para estabelecer o diagnóstico (DGS, 2019b; GOLD, 2025). A DGS (2019), à semelhança da GOLD (2025), detalha os níveis de gravidade da DPOC segundo uma classificação espirométrica (graus GOLD 1 a 4), complementando com uma estratégia de avaliação baseada no nível de sintomas (mMRC ou CAT) e no histórico de exacerbações (grupos A, B e E). Esta classificação permite orientar o tratamento e prevenir exacerbações futuras (DGS, 2019b; GOLD, 2025).

A DPOC constitui uma das principais causas de morbilidade crónica, de redução de qualidade de vida e de mortalidade (por exemplo risco acrescido de patologia cardiovascular, de falência respiratória e de neoplasia do pulmão) (Agustí et al., 2020; Al Wachami et al., 2024; Boers et al., 2023; Fundação Portuguesa do Pulmão, 2023; GOLD, 2025; Mosher et al., 2022; Lin & Shune, 2020; OECD & EOHSP, 2024; Osadnik et al., 2023).

A prevalência de DPOC a nível mundial é de 10,3%, representando a quarta causa de morte (cerca de 5,8% da população) e um gasto em saúde de 1,6 milhares de milhões de euros (Al Wachami et al., 2024; GOLD, 2025; Souliotis et al., 2020; WHO, 2020). Contudo, devido ao



---

envelhecimento da população e ao aumento dos hábitos tabágicos, prevê-se um aumento exponencial dos casos (GOLD, 2025; WHO, 2020).

Em Portugal, o número de pessoas nos cuidados de saúde primários com o diagnóstico de DPOC ativo aumentou exponencialmente entre 2012 e 2022 (112,0%) (Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários, 2024). Contudo, a proporção de diagnóstico de DPOC ainda é inferior à prevalência estimada, refletindo a ausência de registo de diagnóstico e/ou eventual subdiagnóstico.

Segundo a DGS (2023), a prevalência de DPOC em Portugal é de 14,2% em adultos com 40 ou mais anos. No entanto, ainda se trata de uma doença subdiagnosticada e com uma necessidade crescente de hospitalizações por exacerbação, em comparação com a tendência europeia (OECD & EOHSP, 2024). De acordo com a Fundação Portuguesa do Pulmão (2023) estima-se que existem cerca de 800.000 portugueses com DPOC, estando apenas um quarto diagnosticados. Em 2020, a DPOC foi responsável por 2,2% do total da mortalidade em Portugal (OECD & EOHSP, 2024).

Os episódios de exacerbações são eventos-chave na história natural da DPOC que impactam significativamente tanto no estado de saúde da pessoa, como aumentam a taxa de declínio da função pulmonar, agravam o prognóstico e estão associados à maioria dos gastos em saúde da DPOC (GOLD, 2025). Pessoas com exacerbação da DPOC têm os sintomas respiratórios agravados, o que agrava os défices de deglutição, aumentando o risco de aspiração e de deterioração geral devido ao défice de proteção das vias aéreas (Fávero et al., 2020).

Segundo a GOLD (2025), os custos diretos da DPOC representam cerca de 6,0% do orçamento total da saúde na União Europeia (aproximadamente 38,6 mil milhões de euros), sendo que mais de 25,0% desses custos são atribuíveis à hospitalização por exacerbação aguda da DPOC (Mosher et al., 2022). Existe, portanto, uma relação direta marcante entre a gravidade da DPOC e o custo dos cuidados, sendo que a distribuição dos custos muda à medida que a doença progride (GOLD, 2025). A Fundação Portuguesa do Pulmão (2023) refere que cada internamento por exacerbação de DPOC custa em média 3 mil euros ao Serviço Nacional de Saúde (SNS).

A disfagia em pessoas com DPOC foi relatada pela primeira vez por Coelho (1987), tendo sido um foco crescente de pesquisas, as quais evidenciam os défices na biomecânica da deglutição e a identificam como um importante fator de risco para exacerbações da doença (Garand et al., 2018; Steidl et al., 2021). A disfagia representa um ónus económico significativo, associado a um aumento do número de internamentos hospitalares e/ou da sua duração, e com o aumento consequente dos custos em saúde até 60% (Allen et al., 2020; Patel et al., 2018). Contudo, a literatura sugere de forma consistente que pessoas com DPOC apresentam



---

uma autopercepção incongruente com a natureza e gravidade do seu déficit de deglutição (Garand et al., 2018).

A prevalência de disfagia nesta população varia entre 14,3% e 63,0%, com uma incidência de aspiração de 17,0% a 20,0%, o que representa uma probabilidade de pneumonia por aspiração 2,4 vezes maior do que na população em geral (Fávero et al., 2020; Xiong et al., 2024). Estes dados refletem a variação metodológica entre os estudos, mas espelham o problema clínico substancial que a disfagia representa nesta população (Fávero et al., 2020; Lin & Shune, 2020; Lindh et al., 2019; Mancopes et al., 2021; Oku, 2023; Steidl et al., 2021; Xiong et al., 2024).

Idade avançada ( $\geq 74$  anos), gravidade dos sintomas (por exemplo mMRC  $\geq$  nível 2 ou CAT elevado), hospitalização superior a 7 dias, exacerbações frequentes, história de pneumonia, fraqueza muscular generalizada, estado nutricional comprometido e gravidade da DPOC (GOLD 3-4) são apontados na literatura como fatores de risco específicos de disfagia em pessoas com DPOC (Akiyama et al., 2023; Chaves et al., 2011; Hodge, 2020; Lin & Shune, 2020; Lindh et al., 2019; Xiong et al., 2024).

A disfagia na pessoa com DPOC é uma condição complexa e multifatorial, que se manifesta em qualquer fase da DPOC (estável ou exacerbação) ou nível de gravidade, e resulta da interação e/ou falência de múltiplos sistemas (Cvejic et al., 2021; Mancopes et al., 2021; Xiong et al., 2024; Fávero et al., 2020; Lin & Shune, 2023; Oku, 2023). Ou seja, a DPOC origina alterações patológicas nos músculos respiratórios e nos tecidos e nervos circundantes, resultando em alterações da sensibilidade e da função (Huang et al., 2024).

Um dos principais défices na biomecânica da deglutição na pessoa com DPOC é a descoordenação entre o sistema respiratório e o deglutório, cuja integração funcional é crucial para garantir uma deglutição segura e eficaz (Ayuse et al., 2020; Barcelos, 2014; Chaves et al., 2011; Lin & Shune, 2020; Lindh et al., 2019; Mancopes et al., 2021; Oku, 2023; Xiong et al., 2024). A dispneia, sintoma cardinal da DPOC, contribui em grande parte para o compromisso do padrão respiração-deglutição e de proteção das vias aéreas, favorecendo a ocorrência de deglutição durante a inspiração, fenómeno associado a risco de penetração e de aspiração acrescido (Ayuse et al., 2020; Lin & Shune, 2023; Mancopes et al., 2021). Alterações na biomecânica abdominotorácica como: disfunção do diafragma e reto abdominal, alteração da capacidade pulmonar/volume fracionado, alterações posturais (cifose), foram identificados como estando na origem da descoordenação respiração-deglutição (Ayuse et al., 2020; Mancopes et al., 2021). A hiperinsuflação pulmonar, a rigidez torácica e o uso crónico da musculatura acessória contribuem ainda para uma menor mobilidade do complexo hiolaríngeo e da



---

cartilagem tiroideia, dificultando a abertura do segmento faringoesofágico, comprometendo assim a deglutição (Steidl et al., 2021; Martin-Harris, 2000).

A fraqueza muscular, a fadiga e a sarcopenia são comuns na pessoa com DPOC, estando associadas à défices nutricionais, ao aumento do metabolismo respiratório e à retenção de dióxido de carbono, com repercussões negativas no sistema musculoesquelético (Garand et al., 2018; Jung et al., 2018; Mancopes et al., 2021; Oku, 2023; Prestes et al., 2020).

A disfunção dos músculos respiratórios e da musculatura orofaríngea – incluindo o músculo genio-hióide, os músculos da língua e o complexo hiolaríngeo – afetam negativamente a elevação laríngea, a abertura do esfíncter esofágico superior e a mobilidade do osso hióide, resultando no aumento dos tempos de trânsito oral e faríngeo, na presença de resíduos e no risco acrescido de aspiração (Garand et al., 2018; Huang et al., 2024; Mancopes et al., 2021; Steidl et al., 2021).

De acordo com Rosa et al. (2020), tanto a sensibilidade térmica como a gustatória estão afetadas em pessoas com DPOC. A sensibilidade laríngea e orofaríngea também poderá estar comprometida, comprometendo a capacidade de apneia durante a deglutição e o encerramento eficaz do vestíbulo laríngeo, sendo um fator adicional de risco para aspiração silente (Garand et al., 2018; Mancopes et al., 2021; Oku, 2023; Prestes et al., 2020).

O ciclo interativo entre alterações fisiológicas e respostas emocionais durante a alimentação nesta população também está bem documentado, contribuindo para uma percepção negativa da mesma, conduzindo a défices nutricionais e reforçando o impacto funcional da disfagia (Lin & Shune, 2023).

De acordo com a evidência científica atual, a disfagia orofaríngea é a mais frequentemente e clinicamente significativa em pessoas com DPOC (Fávero et al., 2020; Garand et al., 2018; McKinstry et al., 2010; Steidl et al., 2021). Porém, alguns estudos indicam que os sintomas autorelatados pelas pessoas com DPOC abrangem também a fase esofágica da deglutição, fato evidenciado pelas sensações de dificuldade na progressão do alimento e desconforto retroesternal (Garand et al., 2018; Martin-Harris, 2000). Esta aparente divergência entre os dados objetivos (avaliação instrumental) e os sintomas autopercebidos não configura uma contradição, mas reflete a natureza multifatorial da disfagia na DPOC, bem como as limitações da percepção subjetiva da função deglutória (Garand et al., 2018; Martin-Harris, 2000).

Assim, compreende-se que a disfagia na pessoa com DPOC pode apresentar manifestações em diferentes fases do processo de deglutição, exigindo uma avaliação abrangente e sensível às múltiplas dimensões envolvidas.

A DGS (2019), a GOLD (2025) e a WHO (2023b) reconhecem a reabilitação respiratória e física como um pilar fundamental para o tratamento não farmacológico da DPOC, com



---

benefícios para a qualidade de vida, bem estar psicossocial, associada à redução das hospitalizações, da utilização dos serviços de urgência e dos custos dos cuidados de saúde, bem como da mortalidade ao ano após a hospitalização (Nível de Evidência A e C, Grau de Recomendação I). Apesar dos benefícios inequívocos da reabilitação nesta população, esta ainda é uma realidade subutilizada e frequentemente inacessível a muitos, com uma rede de oferta deficiente e díspar na sua acessibilidade (Rodrigues et al., 2015; WHO, 2023c). Estima-se que menos de 0,5% das pessoas com DPOC estarão a beneficiar atualmente de reabilitação respiratória, e a maioria deles, de forma fragmentada (Rodrigues et al., 2015).

À semelhança da DPOC, a reabilitação também é reconhecida como um pilar fundamental para o tratamento da disfagia, contudo, nenhuma das organizações assume a associação entre as duas patologias (Dziewas et al., 2021; Manzano-Aquihuatl et al., 2022; WHO, 2023b). Ou seja, a DPOC e a disfagia são prioridades de saúde reconhecidas por diversas entidades e podem ser integradas no enquadramento conceptual e nos padrões de qualidade dos cuidados de Enfermagem (DGS, 2019b; GOLD, 2025; World Gastroenterology Organisation [WGO] et al., 2014; WHO, 2020).

A WHO (2023c) reconhece o Enfermeiro como um dos profissionais habilitado para a avaliação e a reabilitação da disfagia. Segundo Rodrigues et al. (2015), 67,0% dos programas de reabilitação de pessoas com DPOC em Portugal possuem EEER. O EEER desempenha um papel crucial, possuindo conhecimentos, habilidades, intervenções e comportamentos organizados e direcionados para um propósito específico, adequado ao momento, grupo-alvo e contexto clínico (Regulamento n.º 392/2019, 2019). As competências do EEER focam-se na promoção de cuidados centrados na pessoa, enfatizando sua autonomia e inclusão, bem como na melhoria contínua dos cuidados (Regulamento n.º 392/2019, 2019).

A Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (2015) definiu a deglutição como uma área de intervenção prioritária para o EEER. Embora as abordagens de reabilitação possam diferir, um programa de reabilitação estruturado e multidisciplinar é essencial para a melhoria da dispneia, o aumento da resistência à atividade física, da eficácia da tosse, do reflexo de deglutição e do tempo seguro de deglutição (Lin & Shune, 2023; Mancopes et al., 2021; Martin-Harris, 2000; McKinstry et al., 2010; Prestes et al., 2020; Regulamento n.º 392/2019, 2019; Xiong et al., 2024). A ação do EEER passará por uma avaliação precoce dos défices na pessoa com DPOC, nomeadamente da deglutição, bem como de uma monitorização das alterações no processo de deglutição na pessoa com fatores de risco e a implementação atempada de intervenções que visem a recuperação e/ou manutenção de uma deglutição eficaz, a redução/prevenção de eventos adversos e a promoção de ganhos em saúde, principalmente em doentes com maior risco associado (Regulamento n.º 392/2019, 2019). Intervenções essas que atendam aos pilares do Plano Nacional de Segurança dos



---

Doentes 2021-2026, aos enunciados descritivos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem e ao core de indicadores dos padrões de qualidade dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação (Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação, 2015; Lebre et al., 2022; Regulamento n.º 351/2015, 2015).



---

## 2. METODOLOGIA

Dado os avanços contínuos na investigação baseada na evidência, é fundamental que a Enfermagem ateste os seus padrões e capacidade de investigação (Colquhoun et al., 2020). Um trabalho de investigação deve ser rigoroso, claro e reproduzível por forma a assegurar a confiabilidade e reprodutibilidade dos resultados dos resultados (Apóstolo, 2017).

Por conseguinte, seguidamente está espelhada a metodologia de investigação desenvolvida como a componente de investigação do presente relatório de estágio, perante a questão de investigação definida: “Quais são as intervenções de reabilitação na pessoa com DPOC com disfagia?”.

Uma pesquisa na *Medline*, na *Open Science Framework* (OSF) e na plataforma PROSPERO revelou a ausência de revisões sistemáticas focadas nas intervenções de Enfermagem na reabilitação de pessoas com DPOC e disfagia. A lacuna na literatura, a relevância do tema, seu enquadramento nos padrões de qualidade dos cuidados de Enfermagem e sua importância para diretrizes como o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 e o Plano Nacional de Saúde 2030, além da atuação profissional da autora no serviço de Pneumologia, motivaram a escolha deste tema de investigação (DGS et al., 2022; Lebre et al., 2022; OE, 2001).

### 2.1. TIPO DE ESTUDO E OBJETIVOS

Face ao exposto e à questão de investigação, optou-se pela realização de uma *scoping review*, com o objetivo mapear as intervenções de reabilitação na pessoa com DPOC com disfagia. Espera-se que os resultados desta *scoping review* contribuam para a construção de um programa de reabilitação estruturado, sustentado na maior evidência científica atual.

Para tal, foi adotada a metodologia do JBI, sustentada pelas normas PRISMA-ScR (Page et al., 2021; Tricco et al., 2018; Woo et al., 2023). De acordo com vários autores, a metodologia é fundamentada por ser uma área de estudo pouco explorada e em que a literatura disponível é metodologicamente heterogénea (Apóstolo, 2017; Peters et al., 2020; Woo et al., 2023).

Por forma a promover a transparência e a rastreabilidade de todo o processo, o protocolo desta *scoping review* foi registado na plataforma OSF com o DOI 10.17605/OSF.IO/2ADC6 (Woo et al., 2023).



## 2.2. POPULAÇÃO, CONCEITO E CONTEXTO

Com base nas orientações do JBI, adotou-se o modelo PCC (População, Conceito e Contexto), esquematizado na Tabela 1 (Page et al., 2021). Considerando que a Enfermagem de Reabilitação não se encontra formalmente reconhecida em todos os países, optou-se por adotar o termo mais abrangente – Reabilitação. A utilização deste termo permite uma maior abrangência da evidência científica, evitando restringir a pesquisa a uma designação cuja existência e prática variam significativamente entre contextos geográficos e institucionais, assegurando a representatividade e rigor metodológico (Apóstolo, 2017).

**Tabela 1 - PCC e termos de pesquisa**

	<b>População</b>	<b>Conceito</b>	<b>Contexto</b>
	Pessoa com DPOC	Intervenções de Reabilitação	Disfagia
MeSH Terms	chronic obstructive pulmonary disease	Rehabilitation	Deglutition Disorders
CINAHL Subject Headings	Pulmonary Disease, Chronic Obstructive	Rehabilitation	Deglutition Disorders
	Chronic Obstructive Pulmonary Disease		
	Chronic Airflow Obstruction	Rehabilitation Nursing	Swallowing impairment
Outros termos de pesquisa <sup>3</sup>	Chronic Obstructive Airway Disease	Intervention*	Swallowing Disorders
	Chronic Obstructive Lung Disease	Treat*	Dysphagia
	Obstructive Pulmonary Disease	Manag*	Deglutition Disorders
	Obstructive Lung Disease		

MeSH Medical Subject Headings

## 2.3. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Foram considerados para inclusão artigos em todos os idiomas, sem limite temporal, bem como todos os tipos de estudo (quantitativos, qualitativos, mistos e revisões sistemáticas), visto tratar-se de um tema pouco investigado e pretender-se abranger toda a evidência disponível. Uma inclusão ampla de estudos está de acordo com as orientações do JBI e do PRISMA-ScR, sendo especialmente apropriada quando o objetivo é mapear toda a evidência disponível, mesmo que metodologicamente diversa (Apóstolo, 2017; Tricco et al., 2018).

Foram excluídos todos os artigos que não abordam intervenções de reabilitação na pessoa com DPOC com disfagia ou que abordem intervenções de reabilitação na disfagia em pessoas com multipatologias.

<sup>3</sup> Conceito, sinónimos e palavras naturais em inglês.



---

## 2.4. PROCEDIMENTOS DE IDENTIFICAÇÃO E EXTRAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Para efeitos de pesquisa, foram consultadas as bases de dados MEDLINE via PubMed, CINAHL complete e Psychology and Behavioral Sciences Collection via EBSCO e SciELO. Foi também consultada literatura cinzenta através do Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal. Os termos e estratégia de pesquisa foram ajustados às especificações de cada base de dados e/ou plataforma<sup>4</sup>, sendo que as fórmulas de pesquisa utilizadas e os resultados obtidos encontram-se compilados no Apêndice 5, respeitando os critérios de reprodutibilidade exigidos por PRISM A-ScR (Item 8) (Tricco et al., 2018).

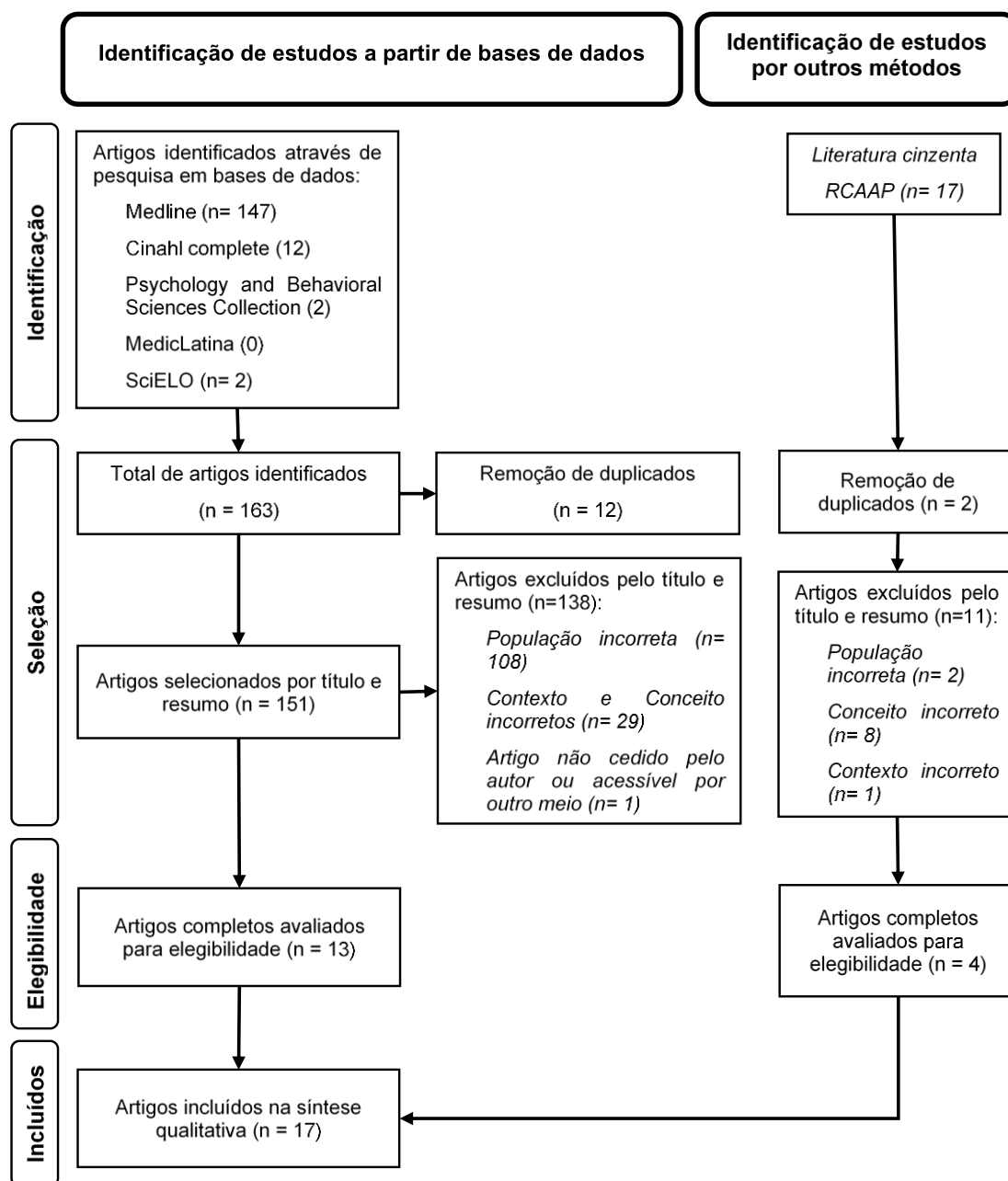
A pesquisa foi realizada a 9 de abril de 2024 e resultou num total de 180 artigos para análise, avaliação e seleção de estudos potenciais para integração da *scoping review*. Os estudos foram compilados e importados na plataforma Rayyan®, tendo sido removidos um total de 14 duplicações.

A seleção inicial dos estudos foi realizada por dois revisores independentes, seguindo uma metodologia duplamente cega, com um terceiro revisor disponível para consulta em caso de divergência. As razões de exclusão dos estudos foram devidamente registadas. Os desacordos foram obtidos por consenso, sem necessidade de recurso a um terceiro revisor. Todo o processo de construção da *scoping review* – fases de seleção e triagem dos estudos, obedeceu às regras de verificação da PRIMSA-ScR e encontram-se representadas pelo fluxograma da Figura 1 (Page et al., 2021).

---

<sup>4</sup> Termos segundo os Descritores em Ciências da Saúde/Medical Subject Headings (DeCS/MeSH, 2023) e CINAHL Headings (n.d.).

**Figura 1 - Fluxograma de identificação, seleção, inclusão dos estudos**



Fonte: Adaptado de Page et al. (2021)

A extração de dados foi realizada por um único revisor, com verificação da amostra por um segundo revisor, assegurando consistência e qualidade (Apóstolo, 2017). Os dados extraídos foram analisados com rigor científico e apresentados em forma de tabelas.

## 2.5. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A presente investigação centra-se exclusivamente na recolha e análise de estudos científicos provenientes de bases de dados fidedignas e de acesso livre, tendo sido respeitados todos os princípios éticos aplicáveis, com especial atenção à integridade, transparência e respeito



---

pelos direitos de autor. Todas as fontes utilizadas encontram-se devidamente citadas ao longo do texto e listadas, garantindo a devida atribuição de autoria. O recurso a ferramentas de inteligência artificial foi limitado à reformulação de algumas frases, exclusivamente com o intuito de apoiar a clareza expositiva, sem recorrer à geração automática de conteúdo. Não se identificam conflitos de interesses por parte dos investigadores/revisores.



### 3. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Na fase final do processo de construção da *scoping review* foram eleitos 17 estudos para descrição qualitativa. De forma a garantir uma exposição clara, concisa e funcional dos dados extraídos, os resultados foram organizados em três tabelas, conforme recomendação metodológica de Apóstolo (2017), Peters et al. (2020) e Woo et al. (2023), apresentadas ao longo deste capítulo.

A Tabela 2 apresenta a caracterização geral dos estudos incluídos, com descrição do autor(es)/ano, título, país, tipo de estudo e objetivo.

**Tabela 2 - Identificação dos estudos selecionados**

Estudo	Autor(es) / Ano	Título	País	Tipo de estudo	Objetivo
E1	Manco-pes et al. (2021)	Chronic Obstructive Pulmonary Disease and Dysphagia: What have we learned so far and what do we still need to investigate?	EUA	Revisão narrativa	Sintetizar o conhecimento sobre a disfagia na pessoa com DPOC.
E2	Lin & Shune (2023)	The Mind-Body-Breath Link During Oral Intake in Chronic Obstructive Pulmonary Disease: A Grounded Theory Analysis	EUA	Grounded theory	Compreender a experiência de deglutição em pessoas com DPOC – relação respiração-deglutição.
E3	Steidl et al. (2021)	Desfechos da terapia manual sobre a biomecânica da deglutição em indivíduos com DPOC	Brasil	Estudo quasiexperimental, de abordagem quantitativa	Verificar o resultado de um programa de reabilitação na biomecânica deglutoria de pessoas com DPOC.
E4	Jung et al. (2018)	Remarkable improvement in a very severe chronic obstructive pulmonary disorder patient after use of noninvasive intermittent positive pressure ventilator: a case report	Coreia do Sul	Estudo de caso	Documentar a evolução de uma pessoa com DPOC estadio IV após tratamento com ventilação não invasiva.
E5	Laciuga et al. (2014)	Functional outcomes associated with expiratory muscle strength training: Narrative review	EUA	Revisão narrativa	Categorizar as evidências disponíveis quanto à aplicabilidade do treino muscular expiratório em determinadas condições clínicas.
E6	McKinstry et al. (2010)	Outcomes of dysphagia intervention in a pulmonary rehabilitation program	Austrália	Estudo observacional transversal	Avaliar o impacto de intervenções direcionadas à disfagia em pessoas com DPOC.
E7	Prestes et al. (2020)	Relação entre o risco de disfagia e o estado de saúde de indivíduos com a doença pulmonar obstrutiva crônica	Brasil	Estudo observacional transversal	Verificar a relação entre o risco de disfagia e o estado de saúde de pessoas com DPOC.
E8	Oku (2023)	Swallowing disorder – A possible therapeutic target for preventing COPD exacerbations	Países Baixos	Revisão narrativa	Explorar a relação entre os défices da deglutição e os episódios de exacerbação em pessoas com DPOC.

**Tabela 2** (continuação)

<b>Estudo</b>	<b>Autor(es) / Ano</b>	<b>Título</b>	<b>País</b>	<b>Tipo de estudo</b>	<b>Objetivo</b>
E9	Alexander (2009)	Assessment and Treatment Approaches for the Patient With COPD	EUA	Revisão narrativa	Explorar as intervenções de avaliação e tratamento em pessoas com DPOC, nomeadamente na disfagia.
E10	Ayuse et al. (2020)	Efficacy of nasal high flow therapy on the coordination between breathing and swallowing of saliva during daytime nap in chronic obstructive pulmonary disease patients: a single center, randomized crossover-controlled study	Japão	Protocolo de ensaio clínico	Analisar a eficácia da Oxigenoterapia de Alto Fluxo (OAF) na coordenação entre a respiração e a deglutição da saliva em pessoas com DPOC.
E11	Garand et al. (2018)	Oropharyngeal swallow physiology and swallowing-related quality of life in underweight patients with concomitant advanced chronic obstructive pulmonary disease	EUA	Ensaio clínico	Descrever a fisiologia da deglutição orofaríngea em pessoas com baixo peso com DPOC.
E12	Martin-Harris (2000)	Optimal patterns of care in patients with chronic obstructive pulmonary disease	EUA	Revisão narrativa	Sintetizar intervenções para pessoas com DPOC com disfagia.
E13	Bassi (2014)	Doença pulmonar obstrutiva crônica: considerações sobre deglutição e qualidade de vida	Brasil	Estudo observacional transversal	Analisar o padrão deglutório e a qualidade de vida em pessoas com DPOC.
E14	Fávero, Teixeira & Cardoso (2020)	Disfagia orofaríngea e a frequência de exacerbações em pacientes com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica com fenótipo exacerbador	Brasil	Estudo observacional transversal	Avaliar a associação entre a disfagia orofaríngea e a frequência de exacerbações em pessoas com DPOC.
E15	Chaves et al. (2011)	Sintomas indicativos de disfagia em portadores de DPOC	Brasil	Estudo observacional transversal	Identificar os sintomas de disfagia em pessoas com DPOC, a partir de um questionário de autopercepção.
E16	Barcelos (2014)	Broncoaspiração e avaliação instrumental na Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica: revisão narrativa	Brasil	Revisão narrativa	Analisar a eficácia da avaliação instrumental da deglutição na identificação da broncoaspiração em pessoas com DPOC.
E17	Huang et al. (2024)	Assessing swallowing dysfunction aggravation in Chronic Obstructive Pulmonary Disease patients using ultrasonic measurements with swallowing movement parameters	China	Estudo observacional transversal	Investigar a relação entre a avaliação por ultrassonografia da deglutição e o agravamento da disfunção deglutória em pessoas com DPOC.

COPD Chronic Obstructive Pulmonary Disease; DPOC Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica; EUA Estados Unidos da América; OAF Oxigenoterapia de Alto Fluxo

A Tabela 3 sintetiza os dados relativos à população-alvo, contexto, intervenções e principais resultados ou conclusões de cada estudo.



**Tabela 3 - Síntese descritiva dos estudos selecionados**

<b>Estudo</b>	<b>População</b>	<b>Contexto</b>	<b>Intervenções</b>	<b>Resultados e/ou principais conclusões</b>
E1	Estudos com pessoas com DPOC com disfagia.	Todos os contextos (estudos da revisão)	<p><b>Avaliação:</b> videofluoroscopia, Eating Assessment Tool 10 (EAT-10), Volume-Viscosity Swallow Test (V-VST), Índice de massa corporal (IMC), pico do fluxo expiratório, Mini-Mental State Examination (MMSE), COPD Assessment Test (CAT), Swallowing Quality of Life questionnaire (SWAL-QOL).</p> <p><b>Intervenções de reabilitação:</b> abordagem multidisciplinar; treino muscular respiratório (maior foco na força muscular expiratória). Programa de gestão da doença com sessões de ensino sobre disfagia e inaloterapia.</p> <p><b>Estratégias compensatórias:</b> duração da refeição, consistência e seleção da dieta, e suplementação nutricional.</p>	<p>Ausência de autorreconhecimento de disfagia. A queixa mais frequente é a tosse – sem relação direta atribuível ao déficit de deglutição.</p> <p>EAT-10 desde o diagnóstico de DPOC. Não existe nenhuma escala de avaliação da deglutição validada para a população com DPOC. Não há evidência que suporte a segurança da modificação da consistência da dieta.</p>
E2	Catorze pessoas com DPOC, dois com diagnóstico de disfagia.	Residentes na América do Norte (contexto comunitário).	<p><b>Avaliação:</b> regular e precoce.</p> <p><b>Intervenções de reabilitação:</b> abordagem multidisciplinar, autogestão da doença e terapia cognitiva comportamental.</p> <p><b>Estratégias compensatórias:</b> consistência da dieta e do tamanho dos alimentos, ritmo/pausas, intercalar sólidos com líquidos e flexão do pescoço.</p>	<p>Ausência de autorreconhecimento de disfagia. Importância da identificação precoce de pessoas com DPOC com fatores de risco de disfagia, e do aumento da educação em saúde.</p>
E3	Dezoito pessoas com DPOC.	Programa de reabilitação pulmonar de um Hospital Universitário.	<p><b>Avaliação:</b> videofluoroscopia.</p> <p><b>Intervenções de reabilitação:</b> programa de seis semanas, com sessões de quarenta minutos, incluindo:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Respiração abdominodiafragmática – duas séries de dez ciclos respiratórios profundos, com um minuto de intervalo entre cada série;</li><li>- Exercícios de treino muscular respiratório - músculos peitorais, esternocleidomastóideo e escalenos com resistência manual:<ul style="list-style-type: none"><li>▪ reeducação costal global (decúbito dorsal) – duas séries de dez ciclos respiratórios profundos, com um minuto de intervalo entre cada série;</li><li>▪ aberturas costais seletivas bilaterais (decúbito dorsal) – movimento contra resistência durante seis segundos e sem resistência por seis segundos, retornando à posição neutra. Repetir até amplitude máxima do membro;</li><li>▪ alongamento dos escalenos e esternocleidomastóideo com resistência manual durante seis segundos e sem resistência por seis segundos, retornando à posição neutra (sentado). Repetir até amplitude máxima do pescoço.</li></ul></li></ul> <p><b>Estratégias compensatórias:</b> posição sentado.</p>	<p>Programa de reabilitação com impacto na biomecânica deglutória, demonstrado na redução do tempo de trânsito faríngeo, de resíduos na valécula e maior elevação e deslocamento do complexo hiolaringeo na consistência pastosa. Na consistência líquida apenas houve redução de resíduos na valécula.</p>



**Tabela 3** (continuação)

<b>Estudo</b>	<b>População</b>	<b>Contexto</b>	<b>Intervenções</b>	<b>Resultados e/ou principais conclusões</b>
E4	Homem de quarenta e um anos, referenciado por quadro de dispneia, intolerância ao esforço e alterações da deglutição.	Centro de reabilitação de um Hospital Universitário	<p><b>Avaliação inicial</b> – videofluoroscopia com alterações na biomecânica deglutoria. Incapacidade para o teste de marcha de 6 minutos (TM6m). Oxigenoterapia há um ano. Pressão parcial de CO<sub>2</sub> (pCO<sub>2</sub>) em gasimetria arterial de 70 mmHg.</p> <p>Iniciou programa de reabilitação com treino oromotor e terapia cognitiva comportamental.</p> <p><b>Avaliação ao mês</b> – videofluoroscopia com agravamento da condição. Sem causas neurológicas associadas em ressonância crânio. pCO<sub>2</sub> de [62,4 - 72,8] mmHg.</p> <p><b>Aos dois meses</b>, instituída ventilação mecânica não invasiva (VMNI) em modo BiPAP no período noturno com máscara nasal. pCO<sub>2</sub> de [47 - 50,8] mmHg.</p> <p>Antes e após o tratamento, avaliada capacidade vital forçada (CVF), volume expiratório forçado no primeiro segundo (FEV1), relação FEV1/CVF, TM6m, Brief Fatigue Inventory (BFI), CAT, Escala de impacto da fadiga modificada (MFIS), medida de independência funcional (MIF) e London Chest Activity of Daily Living Scale (LCADL).</p>	Dois meses após instituição de VMNI, sem aporte de oxigênio e sem dessaturação. Videofluoroscopia apenas com penetração para línguidos. Melhoria da capacidade de exercício, restaurada a independência nas AVD's e recuperação da disfagia.
E5	Vinte e quatro estudos pesquisados desde 1994.  Termos: "expiratory muscle training" e "expiratory muscle strength training".	Não foi especificado nenhum contexto.	<p><b>2 protocolos de treino sugeridos:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Treino de trinta minutos, seis dias por semana. Primeira semana - carga de 15,0% da pressão expiratória máxima (PE<sub>máx</sub>). Semanas seguintes - incremento de 5,0-10,0% em cada sessão até ao máximo de 60,0% da PE<sub>máx</sub> até ao final do mês. Carga de 60,0% mantida na restante duração do programa;</li> <li>2. Treino de trinta minutos, três dias por semana, durante cinco semanas. Carga de 50,0% PE<sub>máx</sub> durante três minutos seguida de dois minutos de repouso.</li> </ol>	<p>Foi escolhido um dispositivo médico de pressão expiratória positiva para treino muscular expiratório resistivo; permite definir e controlar a carga expiratória.</p> <p><b>Resultados:</b> melhoria PE<sub>máx</sub>, distância percorrida TM6m, força muscular inspiratória, desempenho físico e das AVD's; diminuição de dispneia. Sem efeitos a nível da função cardiovascular.</p>



Tabela 3 (continuação)

Estudo	População	Contexto	Intervenções	Resultados e/ou principais conclusões
E6	<p>Seiscentas e trinta e duas pessoas com DPOC.</p> <p><b>Grupo 1 (ensino)</b> = Duzentos e cinquenta e três participantes.</p> <p><b>Grupo 2 (rastreamento)</b> = Trezentos e oitenta e três participantes.</p> <p><b>Grupo 3 (SWAL-QOL)</b> = Cinquenta e cinco participantes.</p>	<p>Programa de reabilitação pulmonar em contexto ambulatório.</p>	<p><b>Avaliação:</b> IMC e FEV1.</p> <p>Programa de reabilitação de oito semanas, sessões bissemanais com equipa multidisciplinar. Sessões de uma hora de exercício com fisioterapeuta e uma hora de educação para a saúde com equipa multidisciplinar (inclui Enfermeiro).</p> <p><b>Grupo 1</b> – Sessão de educação para a saúde sobre disfagia (terapeuta da fala). Aplicado questionário de aquisição de conhecimento, antes e quatro dias após a sessão.</p> <p><b>Grupo 2</b> – Preenchimento de questionário de autorrelato de sintomas de disfagia (desenvolvido pelos autores) e avaliação clínica da capacidade de deglutição (teste de deglutição de diferentes consistências – sólidos e líquidos).</p> <p><b>Grupo 3</b> – aplicado SWAL-QOL.</p>	<p><b>Grupo 1</b> - melhoria significativa do conhecimento.</p> <p><b>Grupo 2</b> – 27,0% por cento (104/383) dos participantes exibiu ou relatou sintomas de disfagia. Realizaram videofluoroscopia ou fibroendoscopia.</p> <p><b>Grupo 3</b> – Programa de reabilitação com impacto: <i>burden</i>, problemas físicos, gestão da dieta/seleção de alimentos e gestão de stress. Modificação da dieta e estratégias de deglutição com impacto negativo na vida social.</p>
E7	<p>Vinte e três pessoas com DPOC, clinicamente estáveis.</p>	<p>Programa de reabilitação pulmonar de um Hospital Universitário.</p>	<p><b>Avaliação:</b> IMC, o pico de fluxo expiratório (<i>Peak Flow meter</i>®), espirometria, MMSE, EAT-10 e CAT.</p> <p><b>Intervenções de reabilitação:</b> sessões de educação para a saúde; autogestão da disfagia. Não descreve o programa de reabilitação pulmonar.</p>	<p><b>Instrumentos</b> - complementares e vantajosos. São importantes métodos de rastreio multidisciplinares, de fácil aplicabilidade e de baixo custo.</p> <p>Relação moderada positiva entre CAT e EAT-10. A <u>EAT-10</u> identifica precocemente sintomas de disfagia. Não está validada. Avaliação instrumental - parte integrante do programa de reabilitação.</p> <p>Relação entre o risco de disfagia e o estado de saúde das pessoas com DPOC.</p>



Tabela 3 (continuação)

Estudo	População	Contexto	Intervenções	Resultados e/ou principais conclusões
E8	Estudos com pessoas com DPOC.	Não especificado.	<p><b>Avaliação:</b> videofluoroscopia, EAT-10 e o teste de deglutição da saliva repetida.</p> <p><b>Intervenções de reabilitação:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- <b>VMNI</b> – modo CPAP (EPAP = 4cmH<sub>2</sub>O);</li><li>- <b>OAF</b> – fluxo <math>\geq</math> 30L/min. Fração inspirada de oxigênio administrada (FiO<sub>2</sub>) não especificada;</li><li>- <b>Estimulação transcutânea por corrente interferencial</b> – Frequência portadora de 2000Hz e frequência moduladora de 50Hz.</li></ul>	<p><b>VMNI</b> - aumenta da pressão subglótica; reduz esforço respiratório.</p> <p><b>OAF</b> – igual a EPAP de +/- 4 cmH<sub>2</sub>O. Mesmos efeitos VMNI.</p> <p><b>Estimulação transcutânea</b> - estimula atividade sensorial e motora da deglutição. Reduz tempo de reação da faringe durante a deglutição de líquidos. Diminui limiar sensorial aquando melhoria da função deglutória. Reduz limiar de evocação da tosse.</p>
E9	Estudos que incluem pessoas com DPOC.	Não foi especificado nenhum contexto.	<p><b>Avaliação:</b> sinais vitais, status cognitivo, auscultação pulmonar detalhada, avaliação da doença, gasimetria arterial, raio X, resultados analíticos, eletrocardiograma, espirometria, provas de função respiratória, oximetria de pulso, desempenho das AVD's e uso de dispositivos e produtos de apoio.</p> <p><b>Intervenções de reabilitação:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- <i>Respiração com lábios semicerrados;</i></li><li>- <i>Respiração abdominodiafragmática</i> – aquando realização correta, introduzir resistência de +/-1,5 kg (pesos na região epigástrica, espirómetro de incentivo ou outro dispositivo de pressão positiva);</li><li>- <i>Técnicas de limpeza da via aérea</i> – tosse controlada (ciclo ativo da respiração) ou tosse assistida (com ou sem drenagem postural);</li><li>- <i>Autogestão da doença</i> – gestão do stress e/ou da ansiedade/falta de ar; técnicas de relaxamento de conservação de energia e de respiração durante a atividade física.</li><li>- <b>Estratégias compensatórias:</b> posição sentado.</li></ul>	<p>Técnicas de limpeza da via aérea muito uteis em pessoas com disfagia e com alteração da voz.</p> <p>Intervenções de reabilitação possibilitaram melhoria da função respiratória; aumento da força da tosse e melhoria da limpeza das vias aéreas; melhoria da função e higiene vocal (por exemplo qualidade vocal, tempo máximo de fonação e duração da frase para comunicação); aumento da resistência ao esforço e melhoria dos valores de pCO<sub>2</sub> e pO<sub>2</sub>.</p>



**Tabela 3** (continuação)

<b>Estudo</b>	<b>População</b>	<b>Contexto</b>	<b>Intervenções</b>	<b>Resultados e/ou principais conclusões</b>
E10	Quinze pessoas com DPOC estável com oxigenoterapia  Dois grupos – controlo (oxigénio 3L) e terapêutico (OAF).	Centro de reabilitação de um Hospital Universitário.	<b>Avaliação:</b> (durante “sesta diurna” (noventa a cento e oitenta minutos): taxa de incidência da fase expiratória após a deglutição de saliva; tempo apneia durante deglutição e frequência de deglutição; Modified Water Swallowing test (MWST), teste de deglutição da saliva repetida, auscultação cervical e torácica, atividade muscular durante a respiração, pletismografia, e índice de cifo-se.  <b>Intervenções de reabilitação:</b>  <u>OAF</u> – 30-40L/minuto com FiO <sub>2</sub> de 30,0%.	Projeto sem resultados.  É esperado comprovar a eficácia da OAF na prevenção de aspiração de saliva durante o sono e na redução da descoordenação respiração-deglutição (já demonstrada em outros estudos); analisar a associação entre a disfunção respiratória e a descoordenação respiração-deglutição com as alterações posturais nas pessoas com DPOC.
E11	Doze pessoas com DPOC GOLD 3 ou 4, com IMC<22kg/m <sup>2</sup> , sem história de exacerbação recente.	Hospital Universitário.	<b>Avaliação:</b> videofluoroscopia, TM6m, espirometria, pletismografia, EAT-10, Functional Oral Intake Scale (FOIS), Dysphagia Handicap Index (DHI).	Sem diferença nas pontuações EAT-10 ou DHI. Disfagia não reconhecida pelo próprio. Alterações na fase oral da deglutição. Risco aumentado de penetração laríngea e aspiração traqueal durante a deglutição. Importância de avaliação clínica detalhada da deglutição em pessoas com DPOC avançada e com baixo peso.
E12	Estudos com pessoas com DPOC.	Todos os contextos.	<b>Avaliação:</b> videofluoroscopia  <b>Intervenções de reabilitação:</b>  – Intervenção multidisciplinar;  – Exercícios de limpeza da via aérea e inaloterapia.  <b>Estratégias compensatórias:</b>  – Alteração da dieta – modificação da consistência e da duração da refeição; suplementação nutricional;  – Manobras deglutórias – deglutição de 10ml máximo, deglutição múltipla e intercalar sólidos com líquidos;  Correção postural e ajuste ambiental.	Não existem dados que apoiem a avaliação instrumental em todas as pessoas com DPOC, como não existem dados que indiquem a fase da doença em que é indicada. A avaliação padrão deverá assentar na história, nos indicadores clínicos e nos sintomas da pessoa.  A deglutição alternada de consistências apenas está indicada, se estiver garantida a integridade neuromuscular.  O plano terapêutico para os défices de deglutição deverá basear-se na observação e validação da presença de determinadas perturbações fisiológicas.



**Tabela 3** (continuação)

<b>Estudo</b>	<b>População</b>	<b>Contexto</b>	<b>Intervenções</b>	<b>Resultados e/ou principais conclusões</b>
E13	Dezanove pessoas com DPOC, clinicamente estável.	Clínica de pneumologia de um Hospital Universitário (contexto de ambulatório).	<p><b>Avaliação:</b> clínica e meios de diagnóstico, por uma equipa multidisciplinar. Protocolo de avaliação segura da deglutição (ASED);</p> <p><b>Estratégias compensatórias:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Posição de sentado;</li><li>- Modificação da consistência da dieta;</li><li>- Manobras deglutórias.</li></ul> <p><b>Intervenções de reabilitação:</b></p> <p>autogestão da doença (disfagia).</p>	<p>89,5% dos participantes referem episódios de engasgamento durante as crises da doença. Todos os participantes apresentaram alterações da qualidade de vida.</p> <p>Não foram encontradas alterações relevantes na biomecânica deglutória de pessoas com DPOC controlada.</p>
E14	Vinte e sete pessoas com DPOC, das quais dezoito foram submetidas a videofluoroscopia	Serviço de Pneumologia de um Hospital Universitário (contexto de ambulatório).	<p><b>Avaliação:</b> anamnese, sinais e sintomas de disfagia, EAT-10, FOIS, videofluoroscopia, espirometria e avaliação clínica da DPOC (por exemplo exacerbações, índice tabágico). As pessoas foram classificadas segundo o Protocolo de avaliação de risco de disfagia (PARD).</p>	<p>EAT-10 com boa confiabilidade e validade. Concordância moderada entre avaliação clínica e FOIS.</p> <p>Videofluoroscopia = padrão ouro para diagnóstico de disfagia e risco de aspiração. Associação significativa entre diagnóstico de disfagia e número de exacerbações (último ano). <b>Importante:</b> avaliação de disfagia em pessoas com fenótipo exacerbador.</p>
E15	Dois grupos: <b>Grupo de estudo</b> = Trinta e cinco pessoas com DPOC; <b>Grupo de controlo</b> = Trinta e cinco pessoas pareados idade e género.	Serviço de doenças pulmonares obstrutivas de um hospital terciário (contexto de ambulatório).	<p><b>Avaliação:</b> gravidade da doença, sensação de dispneia (mMRC), IMC e sinais e sintomas de disfagia.</p>	<p>Encontrados sintomas relacionados à fase faríngea e esofágica da deglutição; alteração mecanismo de proteção das vias aéreas; história de pneumonia e sintomas alimentares (disfagia para sólidos). Correlações positivas entre: FEV1 e IMC; sintomas faríngeos/proteção de vias aéreas e dispneia; e sintomas esofágicos/ histórico de pneumonia e sintomas faríngeos/proteção de vias aéreas. Correlação negativa entre sintomas alimentares e IMC.</p>



**Tabela 3** (continuação)

<b>Estudo</b>	<b>População</b>	<b>Contexto</b>	<b>Intervenções</b>	<b>Resultados e/ou principais conclusões</b>
E16	Estudos que incluem adultos com DPOC sem outras patologias de base.  Total de vinte e nove estudos.	Não especificado.	<b>Avaliação:</b> videofluoroscopia, fibroendoscopia e eletromiografia de superfície. O exame clínico de sinais e sintomas de disfagia, a autopercepção dos sinais de disfagia, a triagem neurológica, a avaliação da função respiratória, a avaliação funcional da deglutição, um questionário de qualidade de vida para pessoas com DPOC e a espirometria, também fazem parte da avaliação em alguns estudos.	<b>Avaliação instrumental</b> - videofluoroscopia ou fibroendoscopia.  Presença de resíduos faríngeos, alteração sensibilidade laringea e broncoaspiração contribuem para exacerbações (nível evidência A).  Maior aspiração em consistências líquida e pastosa, com sinais de broncoaspiração traqueal ou broncoaspiração traqueal silente, resíduo em cavidade oral, penetração laringea ou tosse.
E17	Cento e vinte pessoas com DPOC com disfagia.	Hospital Universitário.	<b>Avaliação:</b> ultrassonografia, IMC, história clínica (hipertensão, tabagismo, hiperglicemia), análises sanguíneas, gasimetria e espirometria.	Ultrassonografia eficaz na avaliação/diagnóstico de disfagia.  Principais alterações identificadas: alterações na coordenação entre fases da deglutição, elevação e deslocamento anterior da laringe reduzidas, risco de penetração-aspiração elevado e diminuição da função muscular da deglutição.

*ASED* Protocolo de avaliação segura da deglutição; *AVD* Atividades da Vida Diária; *BFI* Brief Fatigue Inventory; *BIPAP* Bilevel Positive Airway Pressure; *CAT* COPD Assessment Test; *CPAP* Continuous Positive Airway Pressure; *CVF* capacidade vital forçada; *DHI* Dysphagia Handicap Index; *DPOC* Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica; *EAT-10* Eating Assessment Tool 10; *EPAP* Pressão Positiva Expiratória nas Vias Aéreas; *FEV1* volume expiratório forçado no primeiro segundo; *FiO<sub>2</sub>* Fração Inspirada de Oxigênio; *FOIS* Functional Oral Intake Scale; *IMC* Índice de massa corporal; *LCADL* London Chest Activity of Daily Living Scale; *MFIS* Escala de impacto da fadiga modificada; *MIF* medida de independência funcional; *mMRC* Modified Medical Research Council; *MMSE* Mini-Mental State Examination; *MWST* Modified Water Swallowing test; *OAF* Oxigenioterapia de Alto Fluxo; *PARD* Protocolo de avaliação de risco de disfagia; *pCO<sub>2</sub>* Pressão parcial de dióxido de carbono; *PE<sub>máx</sub>* pressão expiratória máxima; *pO<sub>2</sub>* Pressão parcial de oxigênio; *SWAL-QOL* Swallowing Quality of Life questionnaire; *TM6m* Teste de marcha de 6 minutos; *VMNI* ventilação mecânica não invasiva; *V-VST* Volume-Viscosity Swallow Test



Para uma leitura estruturada e objetiva das intervenções identificadas, estas foram categorizadas *à priori* e organizadas segundo a sua intencionalidade terapêutica em estratégias de reabilitação, estratégias compensatórias e estratégias de avaliação, e apresentadas na Tabela 4. A organização das intervenções identificadas teve como objetivo refletir o papel do EEER na abordagem da pessoa com DPOC com disfagia e permitir uma análise funcional das mesmas. Nas estratégias de reabilitação foram incluídas todas as intervenções orientadas para a recuperação ou otimização das funções neuromusculares envolvidas na deglutição. Nas estratégias compensatórias encontram-se todas as intervenções com impacto na segurança da deglutição, essenciais para a gestão do risco de aspiração e do estado nutricional. As estratégias de avaliação referem-se aos procedimentos que visam identificar, quantificar ou monitorizar alterações da deglutição e/ou o estratificar o seu risco. Estas estratégias são fundamentais para adequar e monitorizar o impacto das intervenções de reabilitação.

**Tabela 4 - Resumos de intervenções na disfagia da pessoa com DPOC**

<b>Estratégia</b>	<b>Intervenção</b>	<b>Estudo(s)</b>
<i>Reabilitação</i>	<b>Abordagem multidisciplinar</b>	E1, E2, E6, E7, E12
	<b>Reabilitação Funcional Respiratória</b>	
	Exercícios de correção postural	E1
	Respiração com os lábios semicerrados	E9
	Ciclo ativo da respiração	E9
	Exercícios de limpeza das vias aéreas	E9, E12
	<i>Tosse assistida</i>	E9
	<i>Drenagem Postural</i>	E9
	IMT	
	<i>Respiração abdominodiafragmática</i>	E3, E9
	<i>Reeducação costal global com resistência manual</i>	E3
	<i>Aberturas costais seletivas bilaterais com resistência manual</i>	E3
	<i>Alongamento dos escalenos e esternocleidomastóideo</i>	E3
	EMST	E1, E5
	<i>Treino com dispositivo médico de PEP</i>	E5, E9
	<b>Reabilitação Funcional Oromotora</b>	E4
	<b>Neuroestimulação</b> (transcutânea por corrente interferencial)	E8
	<b>Autocuidado terapêutico</b>	
	Ensino sobre sinais e riscos da disfagia	E1, E2, E6
	Gestão do regime terapêutico	
	<i>BiPAP</i>	E4
	<i>CPAP</i>	E8
	<i>OAF</i>	E8, E10

**Tabela 4** (continuação)

<b>Estratégia</b>	<b>Intervenção</b>	<b>Estudo(s)</b>
<i>Reabilitação</i>	<b>Autocuidado terapêutico</b>	
	Gestão do regime terapêutico	
	<i>Inaloterapia</i>	E1, E12
	Autogestão da doença	E2, E7, E9, E13
	<i>Técnicas de relaxamento, técnicas de conservação de energia, técnicas de respiração durante a atividade física</i>	
<i>Compensatórias</i>	<b>Alteração da dieta</b>	
	Modificação da consistência	E1, E2, E6, E12, E13
	Redução do tamanho da refeição	E2, E12
	Suplementação nutricional	E1, E12
	<b>Correção postural</b>	E6, E9, E12
	Posição de sentado	E3, E9, E13
	Flexão do pescoço	E2
	<b>Manobras deglutórias</b>	E6, E13
	Deglutição de pequenas quantidades	E2, E12
	Deglutição múltipla	E12
	Intercalar sólidos com líquidos	E2, E12
	<b>Outras intervenções</b>	
	Ajustes dos fatores ambientais	E2, E12
	Duração da refeição	E1, E3
	Pausas	E2, E3, E12
	Higiene oral	E1
<i>Avaliação</i>	<b>Avaliação regular e precoce</b>	E1, E2, E12, E13
	<b>Avaliação instrumental</b>	
	Videofluoroscopia	E1, E3, E6, E8, E11, E12, E13, E14, E15, E16
	Fibroendoscopia	E6, E16
	Ultrassonografia	E17
	Eletromiografia de superfície	E10, E16
	Pico do fluxo expiratório	E1, E7
	Provas de função respiratórias	E4, E5, E6, E7, E9, E11, E14, E15, E16, E17
	<b>Rastreio e avaliação clínica da deglutição</b>	
	Avaliação de sinais e sintomas de disfagia	E1, E2, E6, E12, E13, E14, E15, E16
	Auscultação cervical e torácica	E10, E13
	EAT-10	E1, E7, E8, E11, E14
	Teste de deglutição à cabeceira	
	<i>Diferentes volumes de líquidos</i>	E1
	<i>Diferentes consistências – sólidos e líquidos</i>	E4, E11, E14

**Tabela 4** (continuação)

<b>Estratégia</b>	<b>Intervenção</b>	<b>Estudo(s)</b>
<i>Avaliação</i>	<b>Rastreo e avaliação clínica da deglutição</b>	
	Teste de deglutição à cabeceira	
	<i>Diferentes consistências – pastosos e líquidos</i>	E1, E3, E11, E13, E14
	<i>Deglutição da saliva repetida</i>	E8, E10
	MWST	E10
	DHI	E11
	FOIS	E 11, E13, E14
	SWAL-QOL	E1, E6
	Protocolo ASED	E13
	PARD	E14
	<b>Rastreo e avaliação clínica da DPOC</b>	
	CAT	E1, E4, E7
	BFI	E4
	MFIS	E4
	SGRQ	E13
	mMRC	E15
	TM6m	E4, E5, E11
	LCADL	E4
	<b>Outros instrumentos de rastreo e avaliação clínica</b>	E17
	IMC	E1, E6, E7, E11, E15, E17
	MMSE	E1, E7
	Avaliação neurológica e/ou cognitiva	E13, E16
	MIF	E4

*ASED* Protocolo de avaliação segura da deglutição; *BFI* Brief Fatigue Inventory; *BiPAP* Bilevel Positive Airway Pressure; *CAT* COPD Assessment Test; *CPAP* Continuous Positive Airway Pressure; *DHI* Dysphagia Handicap Index; *DPOC* Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica; *EAT-10* Eating Assessment Tool 10; *EMST* Expiratory Muscle Training; *FOIS* Functional Oral Intake Scale; *IMC* Índice de massa corporal; *IMT* Inspiratory Muscle Training; *LCADL* London Chest Activity of Daily Living Scale; *MFIS* Escala de impacto da fadiga modificada; *MIF* medida de independência funcional; *mMRC* Modified Medical Research Council; *MMSE* Mini-Mental State Examination; *MWST* Modified Water Swallowing test; *OAF* Oxigenioterapia de Alto Fluxo; *PARD* Protocolo de avaliação de risco de disfagia; *SWAL-QOL* Swallowing Quality of Life questionnaire; *TM6m* Teste de marcha de 6 minutos

De acordo com os resultados obtidos e tendo por base a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, poder-se-á afirmar que os principais focos de Enfermagem e intervenções respeitantes ao EEER identificados foram:

- **Deglutição** – executar estimulação transcutânea por corrente interferencial dos músculos da face e pescoço, executar exercícios de fortalecimento muscular oromotor, ensinar sobre exercícios de deglutição (deglutição forçada/deglutição múltipla);



---

ensinar sobre técnicas de deglutição (técnica de consistência adaptada, técnica postural: flexão anterior do pescoço);

- **Limpeza das vias aéreas** – executar exercícios de reabilitação funcional respiratória direcionados ao ciclo ativo da respiração tais como: tosse assistida, drenagem postural, treino da força muscular expiratória com e sem dispositivo médico de pressão expiratória positiva;
- **Movimento muscular** – executar exercícios de fortalecimento muscular direcionados à força dos músculos respiratórios, tais como: treino da força muscular expiratória com e sem dispositivo médico de pressão expiratória positiva, respiração abdominodiafragmática, reeducação costal global com resistência manual, aberturas costais seletivas bilaterais com resistência manual, alongamento dos escalenos e do esternocleidomastoideu;
- **Ventilação** – executar técnica de posicionamento (posição de descanso e relaxamento; correção), executar técnicas respiratórias (abertura costal global, abertura costal seletiva bilaterais, rotação da escápulo umeral, expansibilidade torácica com bloqueio contralateral, técnica de drenagem postural, reeducação abdominodiafragmática, reeducação costal global bilateral), incentivar uso de técnicas respiratórias, incentivar uso de dispositivos respiratórios, e incentivar repouso.
- **Conhecimento** – Ensinar sobre a saúde, o processo patológico, a gestão do regime terapêutico (exercício, dietético e/ou medicamentoso), nomeadamente sobre: autocontrole do padrão respiratório, técnica respiratória, técnica de tosse, técnicas de conservação de energia e de relaxamento, uso de dispositivo auxiliar de ventilação (BiPAP, CPAP, OAF), técnica de inaloterapia, técnica de posicionamento, técnicas e exercícios de deglutição, técnicas de exercício muscular e articular.

#### 4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Face ao exposto, poder-se-á afirmar que a disfagia em pessoas com DPOC é uma condição clinicamente significativa e subdiagnosticada, que merece maior atenção tanto na prática clínica como na investigação científica (Mancopes et al., 2021).

Considerando o principal objetivo da presente *scoping review*, os resultados revelam uma produção científica limitada e metodologicamente heterogênea. Todavia, os estudos incluídos oferecem contributos para a compreensão da complexa sinergia entre a DPOC e a disfagia, bem como de possíveis estratégias de reabilitação adaptadas a esta população.

Perante os resultados, poder-se-á afirmar que a temática ganhou relevo a partir de 2014, ano da publicação das *guidelines* para a disfagia pela WGO et al. (2014). Observou-se um crescente interesse neste domínio, possivelmente impulsionado pela elevada prevalência de disfagia em pessoas com DPOC e pelas suas consequências clínicas, sendo que 47,1% dos estudos se remetem aos últimos cinco anos.

A produção de conhecimento concentrou-se na América (n=12), seguida pela Ásia (n=3), existindo apenas um estudo na Europa. Todos os países identificados possuem organizações<sup>5</sup> com um papel ativo e estruturado na investigação, formação e/ou prática clínica da disfagia, não existindo, contudo, nenhuma *guideline* ou referência específica sobre a temática.

Dos estudos incluídos, oito provêm de países com Especialidade em Enfermagem de Reabilitação, embora nenhum tenha sido conduzido por EEER (Schoeller et al., 2018). Os estudos foram conduzidos por Investigadores Clínicos, Terapeutas da Fala, Fisiatras e Médicos, predominantemente em contextos hospitalares ou em centros especializados em reabilitação respiratória ou em investigação.

A visibilidade de produção de conhecimento científico contribui para reforçar a legitimidade de uma especialidade em todos os seus contextos – clínico, académico e/ou de gestão (Fernandes et al., 2019). No entanto, a produção de conhecimento científico e a publicação de resultados por EEER ainda é muito limitada, como comprovam os estudos incluídos, existindo apenas uma referência à participação de Enfermeiros como parte da equipa multidisciplinar (Fernandes et al., 2019; McKinstry et al., 2010).

Para além da escassa produção científica liderada por EEER, constata-se que os estudos incluídos são, na sua maioria, de natureza descritiva, com amostras reduzidas, frequentemente sem grupo de controlo e/ou sem seguimento longitudinal. A ausência de ensaios clínicos robustos e de estudos longitudinais, bem como a escassez de estudos em contexto

---

<sup>5</sup> Sociedad Latinoamericana de Disfagia, Dysphagia Research Society, Korean Society of Dysphagia, Japanese Society of Dysphagia Rehabilitation, European Society for Swallowing Disorders e World Gastroenterology Organisation.



---

comunitário, compromete a formulação de recomendações robustas para a prática clínica. Nesse sentido, seria pertinente o desenvolvimento de estudos com maior rigor metodológico, conduzidos ou co-desenhados por EEEER, que possibilitem a avaliação sistemática de barreiras, facilitadores e resultados a médio e longo prazo das intervenções na pessoa com DPOC com disfagia, em diferentes níveis de cuidados (hospitalar, ambatório e comunitário).

A relação bidirecional entre a disfagia e a DPOC é complexa (Lin & Shune, 2020). As orientações da GOLD (2025), da WHO (2023b) e da DGS (2019c) recomendam inequivocamente uma abordagem multidisciplinar na gestão da DPOC. Por conseguinte, por coerência clínica e científica, a abordagem à disfagia na pessoa com DPOC impõe igualmente uma resposta multidisciplinar centrada na pessoa, como evidente nos resultados desta *scoping review*.

Os estudos incluídos nesta *scoping review* associam a disfagia na pessoa com DPOC à descoordenação da respiração-deglutição e à fraqueza muscular, com ênfase na função respiratória. Consta-se um claro predomínio de intervenções de reabilitação funcional respiratória, particularmente de treino muscular respiratório.

Os efeitos do treino muscular respiratório na coordenação respiração-deglutição já foram amplamente estudados noutras populações, existindo dados recentes e robustos que confirmam os seus benefícios na pressão subglótica e na capacidade de limpeza das vias aéreas (Skurok et al., 2025). A reabilitação funcional respiratória produz efeitos indiretos na função deglutória, por meio do condicionamento de estruturas anatómica e funcionalmente sobrepostas, como os músculos supra-hioideos e abdominais (Beaumont et al., 2018; Han et al., 2024). Apenas um dos estudos incluídos nesta *scoping review* avaliou diretamente o impacto das intervenções de reabilitação funcional respiratória na função deglutória. Importa ainda salientar que, na maioria dos estudos, a eficácia das intervenções foi avaliada apenas em momentos imediatamente muito próximos à sua implementação, sem seguimento longitudinal, o que inviabiliza a análise do seu impacto na função deglutória. A ausência de dados concretos não implica, necessariamente, a inexistência de efeito clínico, apenas constitui uma lacuna significativa na evidência disponível neste domínio, que reforça a necessidade de estudos metodologicamente robustos, com avaliação específica da função deglutória e controlo rigoroso de potenciais fatores de confundentes.

Embora as intervenções de reabilitação funcional respiratória demonstrem ter benefícios claros na função deglutória, estas atuam predominantemente sobre um eixo funcional. Como já foi referido, a disfagia na pessoa com DPOC é uma condição multidimensional exigindo, portanto, uma abordagem terapêutica integrada. A presente *scoping review* revela uma escassa representação de intervenções dirigidas a outras dimensões da deglutição: apenas 1 estudo aborda o fortalecimento muscular oromotor, um a neuroestimulação e dois a terapia cognitivo-



---

comportamental. A neuroestimulação, por exemplo, tem vindo a emergir como uma estratégia com potencial para promover a neuroplasticidade e assim recuperar funcionalidade deglutória (Cheng & Hamdy, 2022). Contudo, a elevada variabilidade interindividual limita a sua adoção sistemática, como evidente nesta *scoping review*, onde apenas é referida num estudo. Esta escassez de intervenções orientadas para o controlo motor orofacial, propriocepção laríngea e dimensão neurocognitiva sugere um viés reducionista na abordagem da disfagia na DPOC, que evidencia a necessidade de abordagens mais integradas e personalizadas.

O autocuidado terapêutico, nomeadamente a autogestão da doença, emergiu como uma das intervenções identificadas nesta *scoping review*. A GOLD (2025), a WHO (2023b) e a DGS (2019c) reconhecem a autocuidado terapêutico e a promoção da autogestão como componentes estruturantes na reabilitação da pessoa com DPOC. No entanto, nenhum deles aborda explicitamente a autogestão no contexto da disfagia. Esta omissão contrasta com os achados desta *scoping review*, na qual dez estudos fazem referência a intervenções de autocuidado terapêutico, quatro dos quais centrados na capacitação para a autogestão, reforçando a pertinência desta dimensão negligenciada. Assim sendo, desta lacuna surge uma oportunidade de investigação aplicada e alinhada com uma perspetiva centrada na pessoa.

Cvejic & Bardin (2018) defendem que o autocuidado terapêutico relativo à disfagia e/ou às estratégias de autogestão é pertinente em qualquer fase da DPOC ou contexto, devendo ser intensificada educação durante exacerbações da DPOC. Posto isto, a integração sistemática do autocuidado terapêutico sobre a disfagia nos programas de reabilitação de pessoas com DPOC poderá constituir uma via promissora para potenciar a adesão terapêutica, a literacia em saúde e a prevenção de complicações, alinhando-se com uma perspetiva centrada na pessoa e orientada para a autonomia funcional.

Entre as intervenções identificadas nesta *scoping review*, destacam-se também as estratégias compensatórias, frequentemente integradas nos programas de reabilitação funcional respiratória e nas ações de autocuidado terapêutico dirigidas à pessoa com DPOC com disfagia. De acordo com Drulia & Hodge (2021), as estratégias compensatórias são as mais aplicadas nesta população (77,0%), embora o treino do padrão respiração-deglutição e o treino muscular expiratório tenham vindo a ganhar terreno. Estas intervenções, de carácter predominantemente adaptativo, visam promover a segurança das vias aéreas e auxiliar a coordenação respiração-deglutição, sem, contudo, atuar sobre os mecanismos fisiopatológicos subjacentes. Como tal, a sua aplicação deve ser considerada numa lógica de transitoriedade e integrada num plano de reabilitação personalizado (Cvejic & Bardin, 2018). A sua aplicação isolada e/ou prolongada, sem reavaliação funcional, pode contribuir para a perpetuação do declínio funcional, nutricional e respiratório da pessoa com DPOC com disfagia (Cvejic & Bardin, 2018).



A modificação da consistência alimentar é a estratégia compensatória mais frequentemente referida nos estudos incluídos (n=5). No entanto, não há consenso quanto à consistência mais segura - sólida ou pastosa - sendo que o impacto da viscosidade sobre os resíduos faríngeos continua a suscitar debate. Sousa et al. (2025) alertam para o facto de que, embora os líquidos espessados possam reduzir o risco de aspiração, aumentam simultaneamente o risco de resíduos orais e faríngeos, requerendo vigilância. Deste modo, tais modificações devem ser prescritas criteriosamente e apenas após uma avaliação clínica e/ou instrumental, em articulação com a intervenção de nutricionista, em colaboração com a equipa multidisciplinar, e reavaliadas periodicamente (Sousa et al., 2025). A reavaliação destas medidas é algo particularmente relevante nesta população, onde as características clínicas da disfagia podem fluctuar (Cvejic & Bardin, 2018).

Outras das estratégias compensatórias identificadas foram a redução do volume da refeição, a suplementação nutricional individualizada e técnicas de ingestão fracionada, como a deglutição em pequenas quantidades, deglutição múltipla ou alternância entre sólidos e líquidos. Embora a desnutrição tenha sido referida em seis dos estudos incluídos, a importância da suplementação nutricional apenas foi referida em dois. Estes dados contradizem as orientações da GOLD (2025), da WHO (2023b) e da DGS (2019c), que reconhecem a gestão nutricional como um dos componentes estruturantes na reabilitação da pessoa com DPOC. No domínio postural, foram ainda referidas a posição sentada otimizada e a flexão anterior do pescoço que promovem a proteção da via aérea. Todas estas recomendações encontram-se igualmente alinhadas com Oliveira et al. (2021b), embora numa população diferente.

No que concerne às estratégias de avaliação da disfagia na pessoa com DPOC, os resultados evidenciam uma ausência de padronização e sistematização clínica, com destaque para a videofluoroscopia como o *gold standard*, conforme preconizado pela WGO et al. (2014) e reiterado por Oliveira et al. (2021b). Esta técnica, além de estratificar o défice de deglutição, permite prever risco de pneumonia por aspiração, sendo, por isso, recomendada sempre que disponível. Contudo, a sua aplicabilidade clínica é limitada pela escassez de recursos técnicos e humanos.

Como alternativa viável, a ultrassonografia da deglutição tem vindo a demonstrar validade e fiabilidade promissoras em parâmetros-chave (por exemplo mobilidade do osso hioide), apresentando-se como uma ferramenta não invasiva, portátil e economicamente acessível (Huang et al., 2024; Natali et al., 2020), com potencial para triagem e monitorização em contextos com recursos limitados.

Apesar das limitações da avaliação instrumental, Oliveira et al. (2021b) sublinham que todas as pessoas com triagem positiva e/ou fatores de risco devem ser avaliadas por profissionais



---

treinados, sendo a história clínica o ponto de partida fundamental. De acordo com Speyer et al. (2022), a seleção de instrumentos de rastreamento e avaliação clínica deve basear-se em evidência robusta, considerando propriedades psicométricas (confiabilidade, validade, responsividade) e viabilidade prática.

Entre as ferramentas de rastreamento e avaliação clínica identificadas nesta *scoping review*, destaca-se o EAT-10, amplamente utilizado para a estratificação do risco de disfagia nas pessoas com DPOC, mesmo perante a limitada autopercepção de disfagia reportada nesta população (Garand et al., 2018). Instrumento de fácil aplicação clínica, recomendado por diversos outros autores não incluídos nesta *scoping review* (Bernardes et al., 2022; Cvejic & Bardin, 2018; Dumican et al., 2023; Epiu et al., 2025; Lindh et al., 2021; Natali et al., 2020; Penna et al., 2022).

Embora Epiu et al. (2025) lhe reconheça boa confiabilidade e validade, aconselhando a sua integração num plano de reabilitação multidisciplinar, Speyer et al. (2022) não recomendam o seu uso rotineiro, apontando lacunas na sua estrutura psicométrica.

Speyer et al. (2022) alerta também para a validade e aplicabilidade do SWAL-QoL na pessoa com DPOC, contrariando os dados desta *scoping review*.

A auscultação cervical e a oximetria de pulso, frequentemente utilizadas como complementos ao exame clínico da deglutição, carecem de evidência robusta quanto à sua acuidade diagnóstica, sendo o seu uso controverso de acordo com (Speyer et al. (2022).

Os testes clínicos de cabeceira, apesar de amplamente utilizados, apresentam elevada variabilidade metodológica - com diferenças nos volumes, consistências e critérios de interpretação, exigindo elevada perícia clínica para uma aplicação minimamente fiável (Dumican et al., 2023). Esta heterogeneidade exige cautela na sua aplicação em populações com risco aumentado de aspiração silente como as pessoas com DPOC. Bernardes et al. (2022) reforçam esta preocupação, frisando a importância de uma avaliação preliminar de alterações respiratórias, motoras e/ou sensoriais antes da aplicação de qualquer instrumento de avaliação específico. Neste sentido, ganha relevância a proposta de Epiu et al. (2025) e Lindh et al. (2021) no sentido de integrar, na avaliação clínica, testes simultâneos de deglutição (por exemplo, deglutição repetida da saliva) e de sensação de dispneia (por exemplo, escala mMRC), promovendo uma caracterização mais integrada e funcional da disfunção. Adicionalmente, Epiu et al. (2025) recomendam a avaliação da força da língua com o *Iowa Oral Performance Instrument*, dado tratar-se de um grupo muscular com envolvimento transversal à DPOC e à disfagia, e cuja disfunção impacta diretamente a eficácia da deglutição.

Curiosamente, os estudos incluídos convergem, tal como a restante literatura sobre o tema, na utilização de líquidos (por exemplo, água ou saliva) como estímulo inicial da deglutição,



---

refletindo um eixo comum de avaliação (Dumican et al., 2023; Melgaard et al., 2020; Natali et al., 2020; Nielsen et al., 2025).

Apesar de não ter sido identificada entre as ferramentas de rastreio identificadas nos estudos incluídos, importa mencionar a *GUSS*, frequentemente recomendada noutros contextos (por exemplo, AVC, idosos, UCI) e com elevada sensibilidade e especificidade. No entanto, a sua adaptação à fisiopatologia da DPOC é limitada, uma vez que não foi concebida para captar as alterações na coordenação respiração-deglutição (Nielsen et al., 2025).

Apesar da multiplicidade de instrumentos de triagem e de avaliação clínica da deglutição, não existe, até à data, nenhum validado especificamente para esta população, o que impõe limitações significativas na generalização dos resultados (Li et al., 2022; Mancopes et al., 2021; McKinstry et al., 2010). Esta ausência compromete a comparabilidade entre estudos, bem como a sua aplicação consistente na prática clínica. Desta forma, torna-se premente o desenvolvimento e validação de instrumentos sensíveis e específicos para esta população, contemplando adaptações culturais e linguísticas adequadas ao contexto nacional.

Epiu et al. (2025) e Bernardes et al. (2022) defendem que a seleção criteriosa de instrumentos clínicos permite não só avaliar os efeitos imediatos das intervenções de reabilitação, como sustentar decisões clínicas com base em dados objetivos e custo-efetivos, aspeto essencial num contexto de gestão integrada da doença.

A inclusão da avaliação de parâmetros funcionais respiratórios e globais (por exemplo PEmáx, FEV1, TM6m) mostra-se relevante para estratificar o risco de disfagia. Estes dados permitem inferir o grau de compromisso ventilatório e muscular, frequentemente associados a défices da função deglutória, justificando a sua inclusão sistemática no plano de avaliação do EEER. No entanto, nem todas as avaliações funcionais globais têm valor preditivo direto para a função deglutória. No estudo de Rockenbach et al. (2023), a força de prensão manual, frequentemente utilizada como marcador funcional global, não demonstrou associação ao tempo de trânsito faríngeo, não sendo considerada preditiva de défice de deglutição. Este dado reforça a necessidade de selecionar instrumentos funcionalmente relacionados com a biomecânica da deglutição e não apenas com o estado nutricional ou muscular em geral.

Posto isto, importa salientar que nenhum dos estudos incluídos na presente *scoping review* abordou de forma estruturada o papel dos cuidadores informais na gestão da disfagia em pessoas com DPOC, representando uma lacuna significativa na evidência disponível. Esta omissão contrasta com a realidade clínica, na qual os cuidadores assumem frequentemente responsabilidades críticas, como a preparação de alimentos adaptados, a vigilância de sinais de risco e a implementação das recomendações terapêuticas. A literatura recente evidencia que os cuidadores enfrentam desafios práticos, emocionais e sociais relevantes e que a sua



---

capacitação - através de formação estruturada, apoio psicossocial e envolvimento nas decisões terapêuticas - pode melhorar a segurança alimentar, reduzir complicações, atenuar a sobrecarga associada ao cuidar e melhorar a adesão ao plano terapêutico (Bellman & Swe, 2024; Johansson et al., 2025; Mori et al., 2024; Ninfa et al., 2025; Qin et al., 2025; Román-Rodríguez et al., 2024; Zhang et al., 2025).

As recomendações internacionais, nomeadamente da GOLD (2025) e da WHO (2023b), continuam a omitir o papel ativo dos cuidadores informais na gestão da DPOC e da disfagia, o que fragiliza a operacionalização de modelos de reabilitação centrados na pessoa e na sua rede de apoio. Contudo, a nível nacional, existem orientações normativas que reconhecem — ainda que de forma incipiente — o contributo dos cuidadores informais. A DGS (2019c) explicita que os programas de reabilitação respiratória devem integrar o apoio psicossocial à pessoa com DPOC e aos seus cuidadores, promovendo a autogestão da doença. Esta visão é reforçada no Plano Nacional de Saúde 2030 (DGS, 2022), que prioriza a capacitação dos cuidadores informais, a prevenção de complicações e a educação para o autocuidado, no âmbito de uma estratégia de saúde sustentável. Complementarmente, a DGS (2024) sublinha que o planeamento estratégico em saúde deve considerar as interdependências entre o sistema de saúde, os setores sociais e os recursos disponíveis, reconhecendo que a integração dos cuidadores informais constitui uma alavanca estruturante para a sustentabilidade dos cuidados.

Neste contexto, o estudo de Poston et al. (2025) evidencia o papel estratégico dos Enfermeiros na resposta às lacunas existentes na prestação de cuidados, beneficiando simultaneamente as pessoas com DPOC e os seus cuidadores informais. A expansão de modelos de cuidados liderados por Enfermeiros, particularmente no âmbito dos cuidados paliativos e comunitários, pode contribuir para melhorar a qualidade de vida, reduzir a utilização de recursos de saúde e promover a equidade no acesso aos cuidados (Poston et al., 2025).

Torna-se, por isso, essencial que futuras investigações explorem o impacto da capacitação dos cuidadores informais na gestão da disfagia em pessoas com DPOC, incluindo os seus efeitos a médio e longo prazo nos resultados clínicos, na sustentabilidade dos cuidados e no bem-estar físico e emocional dos próprios cuidadores (Ninfa et al., 2025; Poston et al., 2025; Qin et al., 2025). Tal pressupõe o recurso a metodologias mistas, que permitam captar as suas experiências, necessidades e expectativas, bem como avaliar indicadores de seguimento como a funcionalidade, a qualidade de vida, a satisfação e a utilização dos serviços de saúde.

À luz dos dados apresentados, Enfermagem de Reabilitação, enquanto subdisciplina da ciência de Enfermagem, necessita de desenvolver um corpo de conhecimento próprio, alicerçado



---

em investigação rigorosa que reflita os seus domínios de atuação. Todas as intervenções do EEER deverão ser alicerçadas na melhor evidência científica, nos guias orientadores de boas práticas e alinhadas com os programas de saúde nacionais em vigor.

A publicação científica efetuada por EEER tem vindo a crescer (Fernandes et al., 2019), e o contexto da disfagia não é exceção. Uma *scoping review* realizada por Sousa et al. (2025) sobre a intervenção dos EEER em pessoas com deglutição comprometida em contexto hospitalar, identificou seis estudos, cinco deles primários, entre 2018-2023.

Posto isto, poder-se-á afirmar que os resultados desta *scoping review* fornecem uma abordagem inicial do problema, centrada predominantemente numa componente e não em toda a sua complexidade. Pelo que uma abordagem verdadeiramente eficaz exigirá intervenções integradas, interdisciplinares e ajustadas à complexidade da problemática.

Deste modo, o EEER é um agente fundamental que visa maximizar o potencial de autonomia e qualidade de vida, em alinhamento com os programas de saúde nacionais e internacionais e baseado na melhor evidência científica e guias orientadores de boas práticas, considerando sempre a individualidade da pessoa, o envolvimento da família e a colaboração com a restante equipa interdisciplinar. Todas as intervenções do EEER deverão ser personalizadas e focadas na pessoa e/ou sua família/cuidados, com o objetivo de promover uma transição segura desde a fase crítica até à reabilitação, maximizar o potencial de recuperação e alcançar o maior nível de autonomia possível.

Posto isto, poder-se-á concluir que a presente *scoping review* permitiu identificar múltiplas lacunas na evidência disponível sobre as intervenções de reabilitação na pessoa com DPOC com disfagia. Entre as mais relevantes, destaca-se a ausência de estudos conduzidos por EEER, a falta de representação de contextos comunitários, a escassez de intervenções dirigidas a dimensões não funcionais da disfagia (neurocognitiva, sensorial e comportamental), e a inexistência de instrumentos de avaliação validados especificamente para esta população.

Acresce a ausência de dados sobre a sustentabilidade dos ganhos obtidos com as intervenções de reabilitação, nomeadamente o seu impacto a médio e longo prazo na qualidade de vida, funcionalidade, redução de exacerbações e/ou hospitalizações e mortalidade. Os estudos centram-se maioritariamente em resultados clínicos, negligenciando as perspetivas das pessoas com DPOC com disfagia e dos seus cuidadores, bem como a avaliação económica e organizacional das intervenções.

Em particular, constata-se que nenhum dos estudos analisados abordou de forma estruturada o papel dos cuidadores informais, o que representa uma lacuna significativa tanto na investigação como na prática clínica. A integração dos cuidadores nos planos de reabilitação repre-



---

sentada, não apenas uma necessidade ética e clínica, mas também uma exigência estratégica no quadro da saúde sustentável, como reconhecido pela DGS (2019c, 2022, 2024).

No contexto português, embora o diagnóstico e as intervenções de reabilitação na pessoa com DPOC sejam amplamente reconhecidos como relevantes e mereçam a atenção das entidades reguladoras da saúde, persistem limitações significativas. Destacam-se a escassez de recursos, nomeadamente de profissionais diferenciados, a variabilidade nos modelos de prestação de cuidados e a reduzida existência de programas assistenciais sistematizados, quer em ambiente hospitalar, quer comunitário. Embora os resultados desta *scoping review* possam constituir um contributo relevante para a definição de estratégias adaptadas ao sistema de saúde português, consolidando o papel do EEER neste domínio, torna-se pertinente refletir sobre os desafios e oportunidades na implementação de intervenções de reabilitação dirigidas a pessoas com DPOC e disfagia.

Os resultados desta *scoping review* permitiram identificar múltiplas lacunas na evidência disponível sobre as intervenções de reabilitação na pessoa com DPOC com disfagia. Destacam-se a ausência de estudos conduzidos por EEER, a escassa representação de contextos comunitários, a inexistência de instrumentos de avaliação validados para esta população, a reduzida exploração do papel dos cuidadores informais e a falta de dados consistentes sobre a sustentabilidade das intervenções a médio e longo prazo. Estas limitações restringem a translação da evidência para a prática clínica e dificultam a consolidação de recomendações robustas.

O número de estudos incluídos nesta *scoping review* foi reduzido (n=17), refletindo o ainda incipiente investimento em investigação nesta área. Embora a qualidade metodológica não tenha sido alvo de avaliação formal, foram identificadas diversas fragilidades, como a descrição insuficiente das intervenções, dos contextos e das metodologias utilizadas, aspetos esses que poderão comprometer a qualidade da evidência e limitar a sua aplicabilidade clínica (Apóstolo, 2017; Arienti et al., 2021; Colquhoun et al., 2020). Estas limitações sustentam a necessidade de aprofundamento metodológico futuro, nomeadamente através de estudos metaepidemiológicos na área da reabilitação.

A análise dos resultados, ainda, permite apontar prioridades claras para investigações futuras. Em primeiro lugar, importa desenvolver e validar instrumentos de avaliação sensíveis e culturalmente adaptados, capazes de sustentar práticas mais rigorosas e permitir a comparação de resultados. Em segundo, a predominância de estudos exploratórios com amostras reduzidas e *follow-up* limitado sublinha a necessidade de ensaios experimentais ou quase-experimentais, com maior dimensão da amostra, acompanhamento longitudinal e controlo de



---

variáveis de confusão, de modo a avaliar a eficácia, a custo-efetividade e a sustentabilidade das intervenções.

Adicionalmente, urge investir em estudos de implementação em contextos reais de prática, particularmente no contexto comunitário, explorando barreiras, facilitadores e resultados organizacionais. A capacitação dos cuidadores informais representa outra área de investigação prioritária, pela sua relevância na segurança alimentar, prevenção de complicações e promoção da qualidade de vida da pessoa e da família. Importa, ainda, analisar de forma sistemática o seu impacto, recorrendo a metodologias qualitativas ou mistas que explorem não apenas as necessidades, experiências e bem-estar dos cuidadores, mas também os efeitos dessa capacitação nas pessoas cuidadas e nos recursos de saúde utilizados.

Finalmente, é fundamental avaliar de forma sistemática os ganhos em saúde decorrentes das intervenções de reabilitação, sobretudo a médio e longo prazo, através de indicadores como qualidade de vida, funcionalidade, taxa de episódios de exacerbação e/ou hospitalização e mortalidade.

Estas prioridades reforçam a necessidade de uma investigação robusta, sistematizada e culturalmente adaptada, capaz de sustentar práticas baseadas na melhor evidência científica e de consolidar o papel do EEER na resposta às necessidades das pessoas com DPOC e disfagia.



---

## CONCLUSÃO

Este estudo mapeou as intervenções de reabilitação nas pessoas com DPOC com disfagia, contribuindo para uma compreensão mais aprofundada e atual das estratégias descritas e do seu potencial impacto. Os resultados evidenciaram que, embora existam abordagens com benefícios comprovados, a maioria foca-se na função respiratória e na prevenção de complicações, sendo escassas as intervenções direcionadas especificamente à função deglutória. Esta constatação sublinha a necessidade de integrar, de forma sistemática, a reabilitação respiratória e a reabilitação da função deglutória, numa perspetiva interdisciplinar e centrada na pessoa.

Apesar das limitações metodológicas inerentes à *scoping review*, como a heterogeneidade dos estudos incluídos e a ausência de ensaios clínicos robustos, os achados confirmam o potencial das intervenções de reabilitação para reduzir complicações como a pneumonia por aspiração, melhorar a segurança durante a alimentação e promover ganhos em qualidade de vida. Contudo, a falta de protocolos uniformizados e de consensos interprofissionais compromete a prática clínica, evidenciando lacunas que importa colmatar.

Neste contexto, o EEER emerge como elemento central, pela sua competência na avaliação precoce da disfagia, implementação de estratégias reabilitadoras e dinamização de projetos de melhoria contínua. O EEER tem ainda um papel determinante na capacitação da equipa interdisciplinar, dos doentes e cuidadores, promovendo uma prática fundamentada em evidência e adaptada às necessidades individuais.

Este trabalho fornece, assim, um ponto de partida para a reflexão crítica e para a estruturação de programas de reabilitação dirigidos a esta população, sustentados em práticas seguras, custo-efetivas e centradas na pessoa. Para investigações futuras, recomenda-se a realização de estudos primários mais rigorosos, com metodologias padronizadas e amostras representativas, que avaliem a eficácia de intervenções específicas em diferentes estádios da doença, analisando ainda a sua aplicabilidade e impacto a longo prazo na qualidade de vida das pessoas com DPOC e disfagia.



---

## SÍNTESE FINAL

O percurso desenvolvido ao longo da formação em Enfermagem de Reabilitação, refletido neste documento, constituiu uma oportunidade singular para alcançar ganhos substanciais enquanto futura EEER, não apenas no domínio técnico-científico, mas também na consolidação de uma identidade profissional crítica, reflexiva e autónoma. A experiência demonstrou que a excelência em Enfermagem de Reabilitação depende da articulação entre conhecimento científico, prática clínica contextualizada e liderança na promoção de mudanças organizacionais, incluindo a definição de indicadores de qualidade sensíveis à intervenção de enfermagem e à sustentabilidade do sistema de saúde.

A prática clínica revelou-se um espaço privilegiado para mobilizar e aplicar conhecimentos, desenvolver competências técnicas especializadas e afirmar o papel singular do enfermeiro de reabilitação na resposta às necessidades complexas decorrentes da doença e da incapacidade. Neste processo, os ganhos alcançados traduziram-se em crescimento pessoal e profissional, acompanhado pelo despertar de uma postura ética e reflexiva perante os desafios emergentes da profissão. A articulação entre prática clínica e conhecimento científico evidenciou, de forma clara, o contributo do EEER para a pessoa e para a comunidade.

Paralelamente, a vertente de investigação assumiu-se como elemento estruturante para a compreensão e fundamentação da prática, reforçando o pensamento crítico, o rigor metodológico e o compromisso com a melhoria contínua dos cuidados. A *scoping review* desenvolvida permitiu mapear, pela primeira vez nesta área, as intervenções de reabilitação dirigidas à pessoa com DPOC e disfagia, revelando a escassez de estudos nesta área e a necessidade urgente de produzir conhecimento específico e aplicável à prática clínica. Este contributo constitui um passo original para a consolidação de um corpo de conhecimento próprio em Enfermagem de Reabilitação.

Os resultados confirmam que as intervenções descritas incidem maioritariamente na função respiratória e prevenção de complicações, existindo ainda escassez de abordagens dirigidas à função deglutória. Apesar disso, destaca-se o potencial de uma abordagem integrada e personalizada para melhorar a qualidade de vida e reduzir eventos adversos.

A ausência de diretrizes formais e de protocolos uniformizados reforça o papel estratégico do EEER na identificação precoce, monitorização e intervenção eficaz neste domínio. A investigação futura deverá privilegiar a produção de evidência robusta sobre a eficácia das intervenções, de modo a possibilitar práticas seguras, custo-efetivas e centradas na pessoa.

Em jeito de síntese, este trabalho reforça a convicção de que o futuro da Enfermagem de Reabilitação se sustenta na integração entre ciência e prática clínica, numa abordagem integral, inovadora e centrada na pessoa. O EEER afirma-se como agente de mudança, capaz



---

de liderar intervenções especializadas, consolidar boas práticas e impulsionar a construção de respostas estruturadas, éticas e adaptadas à complexidade da saúde contemporânea.



---

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Administração Central do Sistema de Saúde. (2024). *Recomendações técnicas para instalações de unidades de cuidados intensivos (Versão 2024)*. [https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/REC\\_CUIDADOS\\_INTENSI-VOS\\_09\\_2013\\_V2024.pdf](https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/REC_CUIDADOS_INTENSI-VOS_09_2013_V2024.pdf)
- Agnes, C. S., Nayak, S., & Devadas, U. (2023). Prevalence of oropharyngeal dysphagia symptoms in community-dwelling older adults: A community survey. *Indian Journal of Gastroenterology*. <https://doi.org/10.1007/s12664-023-01476-z>
- Agustí, A., Vogelmeier, C., & Faner, R. (2020). COPD 2020: Changes and challenges. *American Journal of Physiology - Lung Cellular and Molecular Physiology*, 319(5), L879–L883. <https://doi.org/10.1152/ajplung.00429.2020>
- Akiyama, A., Arizono, S., Tsujimura, Y., Tawara, Y., Yanagita, Y., Goto, K., Sakai, M., Ito, H., & Hiramatsu, T. (2023). Relationship between swallowing function and physical function in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *The Journal of the Japan Society for Respiratory Care and Rehabilitation*, 33(1–3), 95–99. <https://doi.org/10.15032/jsrccr.23-03>
- Al Wachami, N., Guennouni, M., Iderdar, Y., Boumendil, K., Arraji, M., Mourajid, Y., Bouchachi, F. Z., Barkaoui, M., Louerdi, M. L., Hilali, A., & Chahboune, M. (2024). Estimating the global prevalence of chronic obstructive pulmonary disease (COPD): A systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health*, 24(297). <https://doi.org/10.1186/s12889-024-17686-9>
- Alexander, J. E. (2009). Assessment and treatment approaches for the patient with COPD. *Perspectives on Gerontology*, 14(2), 33–36. <https://doi.org/10.1044/gero14.2.33>
- Alhaddad, G., Dione, M., Danna, J., Alario, F-X., A Honnorat, J-L Velay, J-C Gilhodes, & M Longcamp. (2024). Writing in two different scripts promotes fine motor control. *Cortex*, 179, 247–260. <https://doi.org/10.1016/j.cortex.2024.07.016>
- Allen, J., Greene, M., Sabido, I., Stretton, M., & Miles, A. (2020). Economic costs of dysphagia among hospitalized patients. *The Laryngoscope*, 130(4), 974–979. <https://doi.org/10.1002/lary.28194>
- Altan, L., & Cila, M. A. (2024). Health literacy status and its relationship with physical therapy and rehabilitation applications in patients with knee osteoarthritis. *Turkish Journal of Physical Medicine and Rehabilitation*, 70(4), 452–459. <https://doi.org/10.5606/tftrd.2024.13546>
- Alves, S., O'Caomh, R., Ribeiro, O., Teixeira, L., Molloy, D. W., & Paúl, C. (2022). Screening for caregiver burden in the community: Validation of the European Portuguese screening



- version of the Zarit Burden Interview (ZBI-4). *Clinical Gerontologist*, 45(3), 525–537. <https://doi.org/10.1080/07317115.2020.1728807>
- Apóstolo, J. L. A. (2017). *Síntese da evidência no contexto da translação da ciência*. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnC). Arienti, C., Armijo-Olivo, S., Minozzi, S., Tjosvold, L., Lazzarini, S. G., Patrini, M., & Negri, S. (2021). Methodological issues in rehabilitation research: A scoping review. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 102(8), 1614.e14–1622.e14. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2021.04.006>
- Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. (2015). *Padrão documental dos cuidados de enfermagem da especialidade de enfermagem de reabilitação*. [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER\\_Assembleia/PadraoDocumental\\_EER.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER_Assembleia/PadraoDocumental_EER.pdf)
- Ayuse, T., Hisamatsu, N., Yamaguchi, T., Takahashi, Y., Tamada, Y., Kurata, S., Mishima, G., Pinkham, M., Tatkov, S., Takahata, H., & Ayuse, T. (2020). Efficacy of nasal high flow therapy on the coordination between breathing and swallowing of saliva during daytime nap in chronic obstructive pulmonary disease patients: A single center, randomized crossover controlled study. *Medicine (United States)*, 99(34), e21778. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000021778>
- Barcelos, F. (2014). *Broncoaspiração e avaliação instrumental na Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica: Revisão narrativa* [Trabalho de conclusão de curso de bacharelado em Fonoaudiologia, Universidade Federal de Santa Catarina]. Repositório Institucional UFSC. <https://repositorio.ufsc.br/xmlui/handle/123456789/169709>
- Bassi, D. (2014). *Doença pulmonar obstrutiva crônica: Considerações sobre deglutição e qualidade de vida* [Trabalho de conclusão de curso, Universidade Federal de Santa Catarina]. Repositório Institucional UFSC. <https://repositorio.ufsc.br/xmlui/handle/123456789/129001>
- Beaumont, M., Forget, P., Couturaud, F., & Reyckler, G. (2018). Effects of inspiratory muscle training in COPD patients: A systematic review and meta-analysis. *The Clinical Respiratory Journal*, 12(7), 2178–2188. <https://doi.org/10.1111/crj.12905>
- Beeri, M. (2024). Pediatric rehabilitation delivery: Discussion is an antidote to disconnection and discontent. *Israel Journal of Health Policy Research*, 13(1), 35. <https://doi.org/10.1186/s13584-024-00619-7>
- Bellman, S., & Swe, K. K. (2024). *Rehabilitation (Older Hospitalized Adults): Experiences of Caregiver Integration*. The JBI Evidence-Based Practice Database. <https://doi.org/10.35680/2372-0247.1250>



- Bernardes, R. A., Cruz, A., Neves, H., Parola, V., & Catela, N. (2022). Screening tools designed to assess and evaluate oropharyngeal dysphagia in adult patients: A scoping review. *Nursing Reports*, 12(2), 245–258. <https://doi.org/10.3390/nursrep12020025>
- Bhammar, D. M., Jones, H. N., & Lang, J. E. (2022). Inspiratory muscle rehabilitation training in pediatrics: What is the evidence? *Canadian Respiratory Journal*, 2022, 5680311. <https://doi.org/10.1155/2022/5680311>
- Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários. (2024). *Problemas ativos*. BI Self-Service. <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biselfservice/Paginas/problemasativos.aspx?isdIq=1&IsDIq=1>
- Boers, E., Barrett, M., Su, J. G., Benjafield, A. V., Sinha, S., Kaye, L., Zar, H. J., Vuong, V., Tellez, D., Gondalia, R., Rice, M. B., Nunez, C. M., Wedzicha, J. A., & Malhotra, A. (2023). Global burden of chronic obstructive pulmonary disease through 2050. *JAMA Network Open*, 6(12), e2346598. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2023.46598>
- Camões, C. A. M. M. (2018). *Contributo para a validação do The Volume - Viscosity Swallow Test (V-VST) - Versão Portuguesa* [Dissertação de mestrado, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra]. Repositório da Universidade de Coimbra. <https://hdl.handle.net/10316/82676>
- Canzone, A., Roggio, F., Patti, A., Giustino, V., Mannucci, C., Di Mauro, D., Musumeci, G., Bianco, A., & Trimarchi, F. (2024). Classification of physical activity programs based on the Kellgren & Lawrence scale for knee osteoarthritis: A systematic review. *Musculoskeletal Care*, 22(4), e70019. <https://doi.org/10.1002/msc.70019>
- Casaleiro, T. F. C. O., Martins, H. T., Romeiro, J. M., & Berenguer, S. M. A. C. (2020). O lugar do cuidado espiritual nas competências dos enfermeiros de cuidados gerais e dos enfermeiros especialistas. In Ordem dos Enfermeiros (Ed.), *Livro de atas do I Ciclo de Webinars de Investigação em Enfermagem 2020: Encontro de Investigadores* (pp. 56–57). Ordem dos Enfermeiros. <https://www.flipsnack.com/ordemenfermeiros/livro-de-actas-do-i-ciclo-de-webinars-de-investiga-o-em-enf/full-view.html>
- Centro de Documentação e Informação. (2024). *Guia para a realização de citações em texto e referências bibliográficas – Norma APA, 7ª Edição*. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra
- Chaves, R. de D., Carvalho, R. F. de, Cukier, A., Stelmach, R., & Andrade, C. R. F. de. (2011). Sintomas indicativos de disfagia em portadores de DPOC. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 37(2), 176–183. <https://doi.org/10.1590/S1806-37132011000200007>



- 
- Cheng, I., & Hamdy, S. (2022). Metaplasticity in the human swallowing system: Clinical implications for dysphagia rehabilitation. *Neurological Sciences*, 43(1), 199–209. <https://doi.org/10.1007/s10072-021-05654-9>
- Chien, S.-Y., Wu, C.-Y., Wong, A. M.-K., Chen, C.-K., & Beckman, S. L. (2024). Exploring the Impact of an Interactive Electronic Pegboard on Manual Dexterity and Cognitive Skills of Patients with Stroke: Preliminary Analysis. *JMIR Formative Research*, 8, e55481. <https://doi.org/10.2196/55481>
- CINAHL Headings. (n.d.). *CINAHL Complete*. EBSCO. <https://www.ebsco.com/products/research-databases/cinahl-complete>
- Coelho, A., Lobão, C., Parola, V., Almeida, M. de L., Queirós, P., Gonçalves, R., Sousa, J. P., & Neves, H. (2024). Meleis's transition theory in gerontogeriatric nursing and the future need for specialized care. *Journal of Ageing and Longevity*, 4(2), 119–127. <https://doi.org/10.3390/jal4020008>
- Cofano, E., Familiari, F., Mori, T., Mercurio, M., Vescio, A., Giorgio, A., Gasparini, G., & Calafiore, G. (2025). Home-based vs. clinic-based rehabilitation after joint arthroplasty: A prospective matched cohort study. *Applied Sciences*, 15(9), 4937. <https://doi.org/10.3390/app15094937>
- Colquhoun, H. L., Jesus, T. S., O'Brien, K. K., Tricco, A. C., Chui, A., Zarin, W., Lillie, E., Hitzig, S. L., Seaton, S., Engel, L., Rotenberg, S., & Straus, S. E. (2020). Scoping review on rehabilitation scoping reviews. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 101(8), 1462–1469. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2020.03.015>
- Comissão Nacional de Cuidados Paliativos. (2021). *Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos 2021–2022*. Ministério da Saúde. <https://www.ordemfermeiros.pt/media/23835/pedcp-2021-2022.pdf>
- Comissão Nacional de Cuidados Paliativos. (2023). *Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos 2023–2024*. Serviço Nacional de Saúde. [https://www.sns.min-saude.pt/wp-content/uploads/2024/01/PEDCP-2023\\_2024\\_signed.pdf](https://www.sns.min-saude.pt/wp-content/uploads/2024/01/PEDCP-2023_2024_signed.pdf)
- Comissão Nacional para a Humanização dos Cuidados de Saúde no SNS. (2024, março 27). *Plano de ação para a humanização dos cuidados de saúde* (Versão 27-03-2024). Direção Executiva do SNS. [https://www.sns.min-saude.pt/wp-content/uploads/2024/04/Plano-de-Acao-Humanizacao-dos-Cuidados-de-Saude\\_27mar24.pdf](https://www.sns.min-saude.pt/wp-content/uploads/2024/04/Plano-de-Acao-Humanizacao-dos-Cuidados-de-Saude_27mar24.pdf)
- Conselho Internacional de Enfermeiros. (2021). *Enfermagem: Uma voz para liderar uma visão de futuro para os cuidados de saúde – Dia Internacional do Enfermeiro 2021* [Tradução:
-



- 
- P. Costa Pereira & A. P. Domingos; Revisão: A. Fonseca, H. Penaforte & L. F. Barreira]. Ordem dos Enfermeiros. [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/22411/kit-die-2021\\_portugues.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/22411/kit-die-2021_portugues.pdf)
- Conselho Nacional de Saúde. (2023). *Plano Nacional de Saúde 2020–2030: Termos de referência*. Ministério da Saúde. <https://www.cns.min-saude.pt/wp-content/uploads/2023/03/CNS-PNS-2020-2030-Termos-de-referencia.pdf>
- Conselho Pedagógico. (2024). *Guia de elaboração de trabalhos académicos*. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra
- Cruz, M., Roteia, C., Marques Ferreira, A., Barros, R., Sevivas, H., Gomes, T., & Bandeira, A. S. (2024). Nasal irrigation with saline solution for pediatric acute upper respiratory infections: A systematic review. *Cureus*, 16(12), e75464. <https://doi.org/10.7759/cureus.75464>
- Cussen, J., Mukpradab, S., Tobiano, G., Haines, K. J., O'Connor, L., & Marshall, A. P. (2025). Exploring critically ill patients' functional recovery through family partnerships: A descriptive qualitative study. *Australian Critical Care*, 38(1), 101084. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2024.06.007>
- Cvejic, L., & Bardin, P. G. (2018). Swallow and aspiration in chronic obstructive pulmonary disease. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 198(9), 1122–1129. <https://doi.org/10.1164/rccm.201804-0704PP>
- Cvejic, L., Guiney, N., Nicholson, T., Lau, K. K., Finlay, P., Hamza, K., Osadnik, C., Leong, P., MacDonald, M., King, P. T., & Bardin, P. G. (2021). Aspiration and severe exacerbations in COPD: A prospective study. *ERJ Open Research*, 7(1), 00735–2020. <https://doi.org/10.1183/23120541.00735-2020>
- Decreto de Aprovação da Constituição. (1976). Aprova a Constituição da República Portuguesa. *Diário da República*, 1.ª série, n.º 86 (10 de abril de 1976), 738–775. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-aprovacao-constituicao/86-1976-502635>
- Decreto-Lei n.º 104/98. (1998). Cria a Ordem dos Enfermeiros e aprova o respetivo Estatuto. *Diário da República*, 1.ª série-A, n.º 93 (21 de abril de 1998), 1739–1757. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/104-1998-175784>
- DeCS/MeSH. (2023). *Descritores em Ciências da Saúde*. <https://decs.bvsalud.org/>
- Despacho n.º 9390/2021. (2021). Aprova o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 (PNSD 2021-2026). *Diário da República*, Série II, n.º 187 (24 de setembro de 2021), 96–103. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/9390-2021-171891094>
-



- Dias, M. R. J., Faria, A. C. A., Ferreira, M. S. M., Faleiros, F., Novo, A., Gonçalves, M. N., Rocha, C. G. d., Teles, P. J. F. C., Ribeiro, M. P., Silva, J. M. A. V., & Ribeiro, O. M. P. L. (2022). *From health literacy to self-care: Contributions of the specialist nurse in rehabilitation nursing*. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(13), 7767. <https://doi.org/10.3390/ijerph19137767>
- Direção-Geral da Saúde, Freitas, M. da G., Quitério, M. de F., Garcia, C., & Felício, M. M. (2022). *Plano Nacional de Saúde 2021–2030 – Saúde sustentável: De tod@s para tod@s* (Direção-Geral da Saúde, Ed.). Ministério da Saúde. [https://pns.dgs.pt/files/2023/02/PNS2021-2030\\_Saude-da-Populacao-em-Portugal.pdf](https://pns.dgs.pt/files/2023/02/PNS2021-2030_Saude-da-Populacao-em-Portugal.pdf)
- Direção-Geral da Saúde. (2011). *Acidente vascular cerebral – Prescrição de medicina física e de reabilitação - Norma n.º 054/2011*. <https://www.dgs.pt/directrizes-dadgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0542011-de-27122011-jpg.aspx>
- Barbosa, P. M., Firmino-Machado, J., Ferreira, L. N., Cruz, V. T., & Szrek, H. (2023). From healthcare system to individuals through stroke rehabilitation pathways: Outcomes, information, and satisfaction along 12 months prospective cohort in Portugal. *Topics in Stroke Rehabilitation*, 30(7), 727–737. <https://doi.org/10.1080/10749357.2023.2165266>
- Direção-Geral da Saúde. (2019a). *Prevenção e intervenção na queda do adulto em cuidados hospitalares – Norma n.º 008/2019*. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/12/prevencao-e-intervencao-na-queda-do-adulto-em-cuidados-hospitalares.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2019b). *Diagnóstico e tratamento da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica no adulto – Norma clínica n.º 005/2019*. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/08/diagnostico-tratamento-doenca-pulmonar-obstrutiva-cronica-adulto-2019.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2019c). *Programas de reabilitação respiratória nos cuidados de saúde primários – Orientação n.º 014/2019*. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0142019-de-070820191.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2023). *Programa Nacional para as Doenças Respiratórias: Desafios e estratégias* (Direção-Geral da Saúde, Ed.). Ministério da Saúde. <https://www.dgs.pt/em-destaque/dgs-publica-relatorio-programa-nacional-para-as-doencas-respiratorias-desafios-respiratorias-2023-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2024). *Planear para a saúde sustentável: Guia de apoio ao planeamento subnacional em saúde sustentável* [Documento técnico]. (Direção-Geral da Saúde, Ed.). Ministério da Saúde. <https://pns.dgs.pt/planear-para-a-saude-sustentavel/>



- Downie, S., Shnaigat, M., & Hosseinzadeh, H. (2022). Effectiveness of health literacy- and patient activation-targeted interventions on chronic disease self-management outcomes in outpatient settings: A systematic review. *Australian Journal of Primary Health*, 28(2), 83–96. <https://doi.org/10.1071/PY211176>
- Drulia, T., & Hodge, A. (2021). Clinical practice patterns of speech-language pathologists delivering dysphagia services to persons with COPD: Analysis of survey outcomes. *Seminars in Speech and Language*, 42(5), 363–383. <https://doi.org/10.1055/s-0041-1735846>
- Dumican, M., Thijs, Z., & Harper, K. (2023). Clinical practice patterns of speech-language pathologists for screening and identifying dysphagia. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 58(6), 2062–2076. <https://doi.org/10.1111/1460-6984.12921>
- Dziewas, R., Michou, E., Trapl-Grundschober, M., Lal, A., Arsava, E. M., Bath, P. M., Clavé, P., Glahn, J., Hamdy, S., Pownall, S., Schindler, A., Walshe, M., Wirth, R., Wright, D., & Verin, E. (2021). European Stroke Organisation and European Society for Swallowing Disorders guideline for the diagnosis and treatment of post-stroke dysphagia. *European Stroke Journal*, 6(3), LXXXIX–CXV. <https://doi.org/10.1177/23969873211039721>
- Epiu, I., Jenkins, C. R., Bulamu, N. B., & Kuznik, A. (2025). Cost effectiveness of a novel swallowing and respiratory sensation assessment and a modelled intervention to reduce acute exacerbations of COPD. *BMC Pulmonary Medicine*, 25(1), 165. <https://doi.org/10.1186/s12890-025-03615-y>
- Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. (2022). *Despacho n.º 14257/2022 [Alteração do plano de estudos conducente ao grau de mestre em Enfermagem]*. Diário da República, 2.ª série, n.º 238 (13 de dezembro de 2022), pp. 256–258. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/14257-2022-204650464>
- Fauroux, B., Griffon, L., Amaddeo, A., Stremler, N., Mazenq, J., Khirani, S., & Baravalle-Einaudi, M. (2020). Respiratory management of children with spinal muscular atrophy (SMA). *Archives de Pédiatrie*, 27(7S), 7S29–7S34. [https://doi.org/10.1016/S0929-693X\(20\)30274-8](https://doi.org/10.1016/S0929-693X(20)30274-8)
- Fávero, S. R., Teixeira, P. J. Z., & Cardoso, M. C. de A. F. (2020). Disfagia orofaríngea e a frequência de exacerbações em pacientes com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica com fenótipo exacerbador. *Audiology – Communication Research*, 25, 1–6. <https://doi.org/10.1590/2317-6431-2019-2231>
- Fernandes, C. S., Gomes, J. A., Magalhães, B. M., & Lima, A. M. N. (2019). Produção de conhecimento em enfermagem de reabilitação portuguesa: Scoping review. *Journal Health NPEPS*, 4(1), 282–301. <https://doi.org/10.30681/252610103378>



- Fernandes, S., Silva, A., Barbas, L., Ferreira, R., Fonseca, C., & Fernandes, M. A. (2020). Theoretical contributions from Orem to self-care in rehabilitation nursing. In J. García-Alonso & C. Fonseca (Eds.), *Gerontechnology. IWoG 2019 (Communications in Computer and Information Science, Vol. 1185, pp. 163–173)*. Springer, Cham. [https://doi.org/10.1007/978-3-030-41494-8\\_16](https://doi.org/10.1007/978-3-030-41494-8_16)
- Ferreira, C. I. V., & Simões, I. M. H. (2019). Validação de protocolo de enfermagem para avaliação e diagnóstico de retenção urinária no adulto. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(3), e19064. <https://doi.org/10.12707/RIV19064>
- Ferris, M. E. D., Ferris, M. T., & Filler, G. (2021). Transition from paediatric to adult-focused care: Unresolved issues. *Nature Reviews Nephrology*, 17(11), 705–706. <https://doi.org/10.1038/s41581-021-00476-6>
- Figueira, F. E. J. T., Fernandes, C. B. S., Aguiar, S. J. F. T., & Melim, C. F. F. (2024). O impacto do bladder scanner na qualidade dos cuidados ao utente: Orçamento participativo 2024 SRRAM-OE [Projeto]. Ordem dos Enfermeiros. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/34940/carla-melim.pdf>
- Figueiredo V, Carvalho A, Mota P. Efeitos do fortalecimento do membro superior, no equilíbrio e na marcha, em idosos pós-acidente vascular cerebral: revisão sistemática. *Sinapse*. 2023;23(1):21-8. DOI: [10.46531/sinapse/RS/220055/2023](https://doi.org/10.46531/sinapse/RS/220055/2023)
- Fundação Portuguesa do Pulmão. (2023). *Observatório Nacional de Doenças Respiratórias 2023* (Fundação Portuguesa do Pulmão, Ed.). [https://www.fundacaoportuguesadopulmao.org/ficheiros/ondr\\_2023.pdf](https://www.fundacaoportuguesadopulmao.org/ficheiros/ondr_2023.pdf)
- Garand, K. L., Strange, C., Paoletti, L., Hopkins-Rossabi, T., & Martin-Harris, B. (2018). Oropharyngeal swallow physiology and swallowing-related quality of life in underweight patients with concomitant advanced chronic obstructive pulmonary disease. *International Journal of COPD*, 13, 2663–2671. <https://doi.org/10.2147/COPD.S165657>
- Garralda-Domezain, E., Tripodoro, V. A., Ling, J., Brennan, J., Montero-Calero, Á., Bastos, F. V., Monzón, L., Suárez, D., Pons-Izquierdo, J. J., & Centeno, C. (2025). *EAPC Atlas of palliative care in the European region 2025*. EUNSA. <https://eapcnet.eu/resources/eap-catlas/>
- Gärtner, H. S., Shabnam, J., Aagesen, M., Guldin, M. B., Vind, A. B., Marsaa, K., & Thuesen, J. (2023). Combined rehabilitation and palliative care interventions for patients with life-threatening diseases – PREGOAL. A scoping review of intervention programme goals. *Disability and Rehabilitation*, 46(14), 2989–2998. <https://doi.org/10.1080/09638288.2023.2246373>



- Giménez-Esparza, C., Relucio, M. Á., Nanwani-Nanwani, K. L., & Añón, J. M. (2025). Impact of patient safety on outcomes: From prevention to the treatment of post-intensive care syndrome. *Medicina Intensiva (English Edition)*, 49(4), 224–236. <https://doi.org/10.1016/j.medine.2024.04.008>
- Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. (2025). *Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease: 2025 report*. <https://goldcopd.org/2025-gold-report/>
- Goodwin, E. J., Zaniletti, I., Solano, J., Bettenhausen, J. L., Collier, R. J., Plencner, L. M., DePorre, A., Gupta, R. C., Heller, K., Jones, L., Jones, L. N., Kyler, K. E., Larson, I. A., Queen, M., Smith, T. K., Wright, S. M., Hall, M., & Colvin, J. D. (2024). Parental health literacy and acute care utilization in children with medical complexity. *Hospital Pediatrics*, 14(10), e426–e431. <https://doi.org/10.1542/hpeds.2023-007663>
- Griffeth, E., Sharif, I., Caldwell, A., Townsend Cooper, M. Jr., Tyrrell, H., Dunlap, M., & others. (2022). Health literacy perceptions and knowledge in pediatric continuity practices. *Health Literacy Research and Practice*, 6(1), e51–e60. <https://doi.org/10.3928/24748307-20220208-01>
- Guimarães, B. da S., de Souza, L. C., Cordeiro, H. F., Regis, T. L., Leite, C. A., Puga, F. P., Alvim, S. H., & Lugon, J. R. (2021). Inspiratory muscle training with an electronic resistive loading device improves prolonged weaning outcomes in a randomized controlled trial. *Critical Care Medicine*, 49(4), 589–597. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000004787>
- Guo, Y., Miao, X., Hu, J., Chen, L., Chen, Y., Zhao, K., Xu, T., Jiang, X., Zhu, H., Xu, X., & Xu, Q. (2024). Summary of best evidence for prevention and management of frailty. *Age and Ageing*, 53(2), afae011. <https://doi.org/10.1093/ageing/afae011>
- Halding, A. G., Aarsheim, E. I., Dolmen, N. M., Jensen, A. J., Stavøstrand, S., & Grov, E. K. (2018). COPD transitions in health and self-management: Service users' experiences from everyday life. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 13, 2075–2088. <https://doi.org/10.2147/COPD.S158058>
- Han, B., Chen, Z., Ruan, B., Chen, Y., Lv, Y., Li, C., & Yu, L. (2024). Effects of inspiratory muscle training in people with chronic obstructive pulmonary disease: A systematic review and meta-analysis. *Life*, 14(11), 1470. <https://doi.org/10.3390/life14111470>
- Harwood, R. H., Goldberg, S. E., Brand, A., van Der Wardt, V., Booth, V., Di Lorito, C., Hoare, Z., Hancox, J., Bajwa, R., Burgon, C., Howe, L., Cowley, A., Bramley, T., Long, A., Lock, J., Tucker, R., Adams, E. J., O'Brien, R., Kearney, F., ... Masud, T. (2023). Promoting activity, independence, and stability in early dementia and mild cognitive impairment



- 
- (PrAISED): Randomised controlled trial. *BMJ*, 382, e074787. <https://doi.org/10.1136/bmj-2023-074787>
- He, Y., Wang, R., Dong, S., Long, S., Zhang, P., & Feng, L. (2023). Nurse-led rapid rehabilitation following mechanical thrombectomy in patients with acute ischemic stroke: A historical control study. *Medicine (Baltimore)*, 102(28), e34232. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000034232>
- Hiser, S., Wilson, M. E., Korakiakangas, T., Taito, S., Langerud, A. K., Fuke, R., ... & Kydonaki, K. (2023). Physical rehabilitation for adults with post-intensive care syndrome. *Journal of Intensive Care*, 11(1), 20. <https://doi.org/10.1186/s40560-023-00670-7>
- Hodge, A. (2020). *Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) and swallowing: Current trends in speech-language pathology clinical practice patterns* [Tese de doutorado, Texas Christian University].
- Hodgson, C. L., Broadley, T., Paton, M., Higgins, A. M., Anderson, S., Brennan, S., Granger, C. L., Hammond, N. E., Magana Cruz, S., Lang, J. K., Leditschke, I. A., Orford, N. R., Parry, S. M., Price, B., Taylor, P., Udy, A. A., Green, S. E., & others. (2025). Australian clinical practice guideline for physical rehabilitation and mobilisation in adult intensive care units. *Australian Critical Care*, 38(4), 101235. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2025.101235>
- Hong, C. M., Jid, L. Q., & Yee, E. C. W. (2023). Effectiveness of continuous passive motion in total knee replacement patients with slow rehabilitation under ERAS pathway. *Journal of Orthopaedics, Trauma and Rehabilitation*, 30(1). <https://doi.org/10.1177/22104917221150532>
- Hov, B., Andersen, T., Toussaint, M., Mikalsen, I. B., Vollsæter, M., Brunborg, C., Hovde, M., & Hovland, V. (2020). Optimizing expiratory flows during mechanical cough in a pediatric neuromuscular lung model. *Pediatric Pulmonology*, 55(2), 433–440. <https://doi.org/10.1002/ppul.24606>
- Hov, B., Andersen, T., Toussaint, M., Mikalsen, I. B., Vollsæter, M., Brunborg, C., Hovde, M., Hovland, V., & others. (2024). Mechanically assisted cough strategies: User perspectives and cough flows in children with neurodisability. *ERJ Open Research*, 10(1), 00274–2023. <https://doi.org/10.1183/23120541.00274-2023>
- Huang, Y., Zhong, H., Xu, Z., Su, Q., & Su, S. (2024). Assessing swallowing dysfunction aggravation in chronic obstructive pulmonary disease patients using ultrasonic measurements with swallowing movement parameters. *Journal of Ultrasound in Medicine*, 43(3), 501–511. <https://doi.org/10.1002/jum.16381>



- Ichikawa, Tsuchiya, A., Tsutsumi, Y., Okawa, T., Kubo, D., Horimizu, Y., Tsutsui, R., Shukumine, H., Noda, K., Mizuno, K., & others. (2025). Effect of a generalized early mobilization and rehabilitation protocol on outcomes in trauma patients admitted to the intensive care unit: A retrospective pre-post study. *Critical Care*, 29(1), 337. <https://doi.org/10.1186/s13054-025-05570-w>
- Instituto Nacional para a Reabilitação, I. P. (2021). *Estratégia Nacional para a Inclusão das Pessoas com Deficiência 2021–2025 (ENIPD)*. <https://www.inr.pt/documentos/11309/284924/ENIPD.pdf>
- Jain, S. (2022). Diplopia: Diagnosis and management. *Clinical Medicine*, 22(2), 104–106. <https://doi.org/10.7861/clinmed.2022-0045>
- Jia, Z., Zhang, Y., Zhang, W., et al. (2024). Efficacy and safety of continuous passive motion and physical therapy in recovery from knee arthroplasty: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Orthopaedic Surgery and Research*, 19, 68. <https://doi.org/10.1186/s13018-024-04536-y>
- Jin, Z., Tang, Y., Huang, H., Chen, L., Zhang, Z., Ma, T., Wang, Z., Su, H., Zhou, H., Lv, S., & Tong, P. (2025). Comparison of therapeutic effects of different rehabilitation methods on patients undergoing total knee arthroplasty: A network meta-analysis of randomized controlled trials. *Orthopaedic Surgery*, 17(2), 348–360. <https://doi.org/10.1111/os.14332>
- Johansson, E., Janson, C., Andersson, M., & Holm, M. (2025). Exploring the lived experiences of patients and caregivers in advanced COPD: A qualitative study. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 20, 123–132. <https://doi.org/10.2147/COPD.S507905>
- Jung, J. H., Lim, Y. H., Lee, J. W., Choi, W. A., Suh, M. R., & Kang, S.-W. (2018). Remarkable improvement in a very severe chronic obstructive pulmonary disorder patient after use of noninvasive intermittent positive pressure ventilator: A case report. *Medicine (United States)*, 97(43), e12877. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000012877>
- Junior, A. P. N., Neto, R. C. P., Figueiredo, W. B., & Park, M. (2008). Validity, reliability and applicability of Portuguese versions of sedation–agitation scales among critically ill patients. *São Paulo Medical Journal*, 126(4), 215–219. <https://doi.org/10.1590/S1516-31802008000400003>
- Kaditis, A. G., Fauroux, B., Abel, F., Amaddeo, A., Bignamini, E., Chan, E., Corel, L., Cutrera, R., Ersu, R., Installe, S., Khirani, S., Krivec, U., Narayan, O., MacLean, J., Perez De Sa, V., Pons-Odena, M., Stehling, F., Trindade Ferreira, R., & Verhulst, S. (2022). ERS statement on long-term home non-invasive ventilation in children with chronic conditions.



- 
- European Respiratory Journal*, 59(6), 2101404. <https://doi.org/10.1183/13993003.01404-2021>
- Kang, J., Chang, S. J., Jeon, M. K., Suh, G. Y., & Chung, C. R. (2025). Patient, family and provider priorities in ICU rehabilitation: An experience-based co-design study. *Nursing in Critical Care*, 30(5), e70151. <https://doi.org/10.1111/nicc.70151>
- Kasa, A. S., Drury, P., Chang, H. R., Lee, S. C., & Traynor, V. (2024). Measuring the effects of a nurse-led intervention on frailty status of older people living in the community in Ethiopia: A protocol for a quasi-experimental study. *PLOS ONE*, 19(1), e0296166. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0296166>
- Khirani, S., Griffon, L., Thébault, C., Aubertin, G., Dupont, P., Mbieleu, B., Galodé, F., Canavesio, C., Fleurence, E., Labouret, G., Cros, P., Barzic, A., Lubrano Lavadera, M., Giovannini-Chami, L., Gilardoni, J. M., Gourdan, P., Moreau, J., Matecki, S., ... Fauroux, B. (2024). Lung volume recruitment and airway clearance for children at home in France. *Respiratory Medicine*, 231, 107726. <https://doi.org/10.1016/j.rmed.2024.107726>
- Kumar, A., Kumar, M., Verma, P., Pal, R., Nagi, M., Mahesh, K. V., Munjal, D. K., Kaur, S., Aggarwal, A., Padhi, B. K., & Khurana, D. (2025). Effects of stroke nurse-led acute stroke management on treatment time benchmarks, intravenous thrombolysis rates, and patient outcomes: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*, 34(2), 108216. <https://doi.org/10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2024.108216>
- Laciuga, H., Rosenbek, J. C., Davenport, P. W., & Sapienza, C. M. (2014). Functional outcomes associated with expiratory muscle strength training: Narrative review. *Journal of Rehabilitation Research and Development*, 51(4), 535–546. <https://doi.org/10.1682/JRRD.2013.03.0076>
- Lall, A., & Behan, D. (2022). Mobilizing ventilated neurosurgery patients: An integrative literature review. *Journal of Neuroscience Nursing*, 54(1), 13–18. <https://doi.org/10.1097/JNN.0000000000000624>
- Lebre, A., Resendes, A., Paiva, A., Barbosa, C., Pereira, C., Gaspar, F., Silva, G., Oliveira, I., Eiras, M., Valente, M., Gaspar, M. J., Nunes, M., Arriaga, M., Sousa, P., Pacheco, P., Costa, S., Ramos, S., & Fonseca, V. (2022). *Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021–2026* (Direção-Geral da Saúde, Ed.). <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-nacional-para-a-seguranca-dos-doentes-2021-2026-pdf.aspx>
- Li, W., Gao, M., Liu, J., Zhang, F., Yuan, R., Su, Q., Wang, Y., & Wang, Y. (2022). The prevalence of oropharyngeal dysphagia in patients with chronic obstructive pulmonary disease:
-



- 
- A systematic review and meta-analysis. *Expert Review of Respiratory Medicine*, 16(5), 567–574. <https://doi.org/10.1080/17476348.2022.2086123>
- Lin, T. F., & Shune, S. (2020). Chronic obstructive pulmonary disease and dysphagia: A synergistic review. *Geriatrics*, 5(3), 1–13. <https://doi.org/10.3390/geriatrics5030045>
- Lin, T. F., & Shune, S. (2023). The mind–body–breath link during oral intake in chronic obstructive pulmonary disease: A grounded theory analysis. *Dysphagia*, 38, 367–378. <https://doi.org/10.1007/s00455-022-10473-x>
- Lindh, M. G., Janson, C., Blom Johansson, M., Jonsson, M., Mälberg, E., Allansson, E., Holm, C., Jennische, M., & Koyi, H. (2021). Swallowing dysfunction in patients hospitalised due to a COPD exacerbation. *ERJ Open Research*, 7(2), 00173–2021. <https://doi.org/10.1183/23120541.00173-2021>
- Lindh, M. G., Malinowski, A., Brandén, E., Janson, C., Ställberg, B., Bröms, K., Johansson, M. B., Lisspers, K., & Koyi, H. (2019). Subjective swallowing symptoms and related risk factors in COPD. *ERJ Open Research*, 5(3). <https://doi.org/10.1183/23120541.00081-2019>
- Liu, Y., Wang, Y., Zhang, Y., Li, Z., & Xu, X. (2024). Effectiveness of early rehabilitation nursing on patients in the intensive care unit: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 80(7), 1457–1474. <https://doi.org/10.1111/jan.16167>
- Mancopes, R., Borowsky da Rosa, F., Tomasi, L. L., Pasqualoto, A. S., & Steele, C. M. (2021). Chronic obstructive pulmonary disease and dysphagia: What have we learned so far and what do we still need to investigate? *Perspectives of the ASHA Special Interest Groups*, 6(5), 1212–1221. [https://doi.org/10.1044/2021\\_persp-20-00288](https://doi.org/10.1044/2021_persp-20-00288)
- Manzano-Aquihuatl, C., Tobar-Fredes, R., Zavala-Solares, M. R., Salle-Levy, D., Imamura, R., Morales-Fernández, R., Ojeda-Peña, L., Parra-Reyes, D., Santoro, P., Ton, V., Trujillo-Benavides, O. E., Vargas-García, M. A., & Furkim, A. M. (2022). Position statement of the Latin American Dysphagia Society for the management of oropharyngeal and esophageal dysphagia during the COVID-19 pandemic. *Revista de Gastroenterología de México*, 87(1), 63–79. <https://doi.org/10.1016/j.rgmx.2021.08.002>
- Marín-Medina, D.S., Arenas-Vargas, P. A., Arias-Botero, J. C., Gómez-Vásquez, M., Jaramillo-López, M. F., & Jorge Mario Gaspar-Toro. (2023). New approaches to recovery after stroke. *Neurological Sciences*, 45(1). <https://doi.org/10.1007/s10072-023-07012-3>
- Martin-Harris, B. (2000). Optimal patterns of care in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Seminars in Speech and Language*, 21(4), 311–321. <https://doi.org/10.1055/s-2000-8384>
-



- Martins, C. F. H. (2019). *Ventilação Domiciliária na Doença Crónica Complexa em Pediatria: Que Impacto na Qualidade de Vida e do Sono dos Cuidadores?* [Dissertação de mestrado, Universidade de Coimbra]. Estudo Geral. <https://estudogeral.uc.pt/handle/10316/89851>
- Mathew, S. K., Aruna, S., Vasudevan, R. C., Visweswaran, V., Arjunan, P., Panachingal, B., & Jyothi, M. (2024). Integrating family involvement in neuro-intensive care: A pathway to enhanced family satisfaction in traumatic brain injury (TBI) management. *Cureus*, 16(11), e74748. <https://doi.org/10.7759/cureus.74748>
- McKinstry, A., Tranter, M., & Sweeney, J. (2010). Outcomes of dysphagia intervention in a pulmonary rehabilitation program. *Dysphagia*, 25(2), 104–111. <https://doi.org/10.1007/s00455-009-9230-3>
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions theory: Middle range and situation specific theories in nursing research and practice*. Springer Publishing Company.
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E. O., Messias, D. K. H., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: An emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12–28.
- Melgaard, D., Sørensen, L. R., Lund, D., Leutscher, P., & Ludwig, M. (2020). Systematic dysphagia screening of elderly persons in the emergency department—A feasibility study. *Geriatrics*, 5(4), 75. <https://doi.org/10.3390/geriatrics5040075>
- Mendes, R. M. G., & Nunes, M. L. (2018). A importância da Enfermagem de Reabilitação nas unidades de cuidados intensivos portuguesas. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 1(2), 8–13. <https://rper.aper.pt/index.php/rper/article/view/47>
- Mendes, R., Lopes, P., Novo, A., Nunes, M., & Castelo-Branco, M. (2023). Impacto dos programas de mobilização progressiva precoce no doente crítico: Revisão sistemática da literatura. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 6(1), e309. <https://rper.aper.pt/index.php/rper/article/view/309>
- Meng, Y., Deng, B., Liang, X., Li, J., Li, L., Ou, J., Yu, S., Tan, X., Chen, Y., & Zhang, M. (2022). Effectiveness of self-efficacy-enhancing interventions on rehabilitation following total hip replacement: A randomized controlled trial with six-month follow-up. *Journal of Orthopaedic Surgery and Research*, 17(1), 225. <https://doi.org/10.1186/s13018-022-03116-2>
- Minguet, P., Colson, C., Neis-Gilson, S., Lambermont, B., & Rousseau, A.-F. (2025). Prévention et prise en charge du syndrome post-soins intensifs: Rôle de l'infirmier(ère) de pratique avancée [Post-intensive care syndrome prevention and management: A key role for



- advanced practice nurses]. *Revue Médicale de Liège*, 80(2), 90–94. <https://rmlg.uliege.be/article/4021?lang=en>
- Miranda, F., Arevalo-Rodriguez, I., Díaz, G., Gonzalez, F., Plana, M. N., Zamora, J., Quinn, T. J., & Seron, P. (2018). Confusion Assessment Method for the intensive care unit (CAM-ICU) for the diagnosis of delirium in adults in critical care settings. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 9. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD013126>
- Montagnini, M., Javier, N. M., & Mitchinson, A. (2020). The role of rehabilitation in patients receiving hospice and palliative care. *Rehabilitation Oncology*, 38(1), 9–21. <https://doi.org/10.1097/01.REO.0000000000000196>
- Montoro-Pérez, N., Castro-Sánchez, E., Richart-Martínez, M., Montejano-Lozoya, R., & Escribano, S. (2025). Parental health literacy, dyadic adjustment, and joint decision-making: Reframing parental antibiotic use in the ‘superbug’ era. *Journal of Pediatric Nursing: Advance online publication*. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2025.07.035>
- Mori, N., Yokogawa, N., & Kinoshita, S. (2024). Nutrition, dysphagia, and caregiver burden in patients with advanced respiratory disease: A cross-sectional study. *JPEN Journal of Parenteral and Enteral Nutrition*, 48(1), 45–54. <https://doi.org/10.1002/jpen.2679>
- Mortensen, J., Kothari, S. F., & Kothari, M. (2021). Assessment and rehabilitation interventions for central facial palsy in patients with acquired brain injury: a systematic review. *Brain Injury*, 1–9. <https://doi.org/10.1080/02699052.2021.1890218>
- Mosher, C. L., Nanna, M. G., Jawitz, O. K., Raman, V., Farrow, N. E., Aleem, S., Casaburi, R., Macintyre, N. R., Palmer, S. M., & Myers, E. R. (2022). Cost-effectiveness of pulmonary rehabilitation among US adults with chronic obstructive pulmonary disease. *JAMA Network Open*, 5(6), e2218189. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2022.18189>
- Moursi, H. A., Sabry, S. S., & Mahmoud, A. A. (2021). Effect of Orem’s self-care behavior model on quality of life of elderly patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Egyptian Journal of Health Care*, 12(2), 1126–1151. <https://doi.org/10.21608/ejhc.2021.176813>
- Nabais, A., & Sá, M. C. (2019). A pessoa com doença pulmonar obstrutiva crónica: Como promovem os enfermeiros de reabilitação o autocuidado. *Millenium*, 2(9), 93–101. <https://doi.org/10.29352/mill0209.07.00231>
- Natali, D., Cloatre, G., Hovette, P., & Cochrane, B. (2020). Screening for comorbidities in COPD. *Breathe*, 16(1), 190315. <https://doi.org/10.1183/20734735.0315-2019>
- Nielsen, A. H., Winding, R., Busk, B. H., Noe, L., Husted, B., Kristensen, G. J., Svenningsen, H., & Ovesen, T. (2025). Nurse-led dysphagia screening in the intensive care unit – An



- implementation study. *Australian Critical Care*, 38(1), 101100. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2024.07.081>
- Ninfa, J. K., Barker, S., & Anderson, P. (2025). Family caregiver perspectives on feeding and swallowing support in chronic illness: A qualitative synthesis. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 60(1), 103–116. <https://doi.org/10.1111/1460-6984.70094>
- Nunes, L. de C., Rizzetti, D. A., Neves, D., Vieira, F. N., Kutchak, F. M., Wiggers, G. A., & Peçanha, F. M. (2019). Mechanical insufflation/exsufflation improves respiratory mechanics in critical care: Randomized crossover trial. *Respiratory Physiology & Neurobiology*, 266, 115–120. <https://doi.org/10.1016/j.resp.2019.05.008>
- Oku, Y. (2023). Swallowing disorder – A possible therapeutic target for preventing COPD exacerbations. *Respiratory Physiology & Neurobiology*, 313, 104061. <https://doi.org/10.1016/j.resp.2023.104061>
- Oliveira, I. de J., Rodrigues Couto, G., Moreira, A., Gonçalves, C., Marques, M., & Lopes Ferreira, P. (2021a). The Portuguese version of the Gugging Swallowing Screen: Results from its application. *Millenium – Journal of Education, Technologies, and Health*, 2(16), 93–101. <https://doi.org/10.29352/mill0216.24585>
- Oliveira, I. J. (2022). *A pessoa com deglutição comprometida após o acidente vascular cerebral: da evidência à prática* [Tese de doutoramento, Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar]. Repositório Aberto da Universidade do Porto. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/139866/2/532941.pdf>
- Oliveira, I. J. (2024). *Intervenções de enfermagem à pessoa com compromisso da deglutição pós-extubação: uma scoping review* [Dissertação de mestrado, Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Bragança]. Biblioteca Digital do IPB. <https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstreams/694ba42d-2d0c-43bf-adb0-b710d455ab51/download>
- Oliveira, I. J., Ferreira, E., Neves, D., Carvalho, A. M., Silva, M., Serrano, L., & Delgado, B. (2021b). Representação social da enfermagem de reabilitação: Pensamento social dos enfermeiros. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 4(1), 35–46. <https://doi.org/10.37914/riis.v4i1.124>
- Oliveira, I. J., Ferreira, P. L., & Couto, G. R. (2023). Projeto de melhoria contínua no cuidado à pessoa com disfagia para promover a implementação de evidências. *Revista De Enfermagem Referência*, 6(2, Supl. 1), 1–9. <https://doi.org/10.12707/RVI22010>



- 
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Divulgar: Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem – Enquadramento conceptual enunciados descritos*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Guias orientadores de boa prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. Cadernos OE, série I, número 3, volume 1 [E-publicação]. Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8911/guiasorientadores\\_boapratica\\_saudeinfantil\\_pediatrica\\_volume1.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8911/guiasorientadores_boapratica_saudeinfantil_pediatrica_volume1.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Guias orientadores de boa prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. Cadernos OE, série I, número 3, volume 2 [E-publicação]. Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8906/cadernosoe\\_guiasorientadoresboapraticeesip\\_vo-llii.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8906/cadernosoe_guiasorientadoresboapraticeesip_vo-llii.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros. (2013). *Guia orientador de boas práticas: Cuidados à pessoa com alterações da mobilidade – posicionamentos, transferências e treino de deambulação*. Cadernos OE, série I, número 7 [E-publicação]. Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/GOBP\\_Mobilidade\\_VF\\_site.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/GOBP_Mobilidade_VF_site.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros. (2015a). *Guia orientador de boas práticas: Parentalidade positiva – Adaptação à parentalidade durante a hospitalização*. Cadernos OE, série I, número 8 [E-publicação]. Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8886/gobp\\_parentalidadedepositiva\\_vf.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8886/gobp_parentalidadedepositiva_vf.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros. (2015b). *Enfermagem de reabilitação: Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem de reabilitação – Indicadores de competência comuns e específicos do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação*. Ordem dos Enfermeiros. <https://ordemenfermeiros.pt/media/5443/enfermagemreabilitacao.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2016). *Enfermagem de reabilitação: instrumentos de recolha de dados para a documentação dos cuidados especializados em Enfermagem de reabilitação*. Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/9811/docinstrurecolhadadosenfpreabilita%C3%A7%C3%A3o\\_vf.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/9811/docinstrurecolhadadosenfpreabilita%C3%A7%C3%A3o_vf.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Guia orientador de boa prática – Reabilitação respiratória*. Cadernos OE, série I, número 10 [E-publicação]. Mesa do Colégio de Enfermagem de Reabilitação.



---

[https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5441/gobp\\_reabilita%C3%A7%C3%A3o-respirat%C3%B3ria\\_mceer\\_final-para-divulga%C3%A7%C3%A3o-site.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5441/gobp_reabilita%C3%A7%C3%A3o-respirat%C3%B3ria_mceer_final-para-divulga%C3%A7%C3%A3o-site.pdf)

Ordem dos Enfermeiros. (2020). *Contributo dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação para os Cuidados Intensivos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

[https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2020Parecer\\_EEER\\_UCI.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2020Parecer_EEER_UCI.pdf)

Ordem dos Enfermeiros. (2023). *Guia orientador de boas práticas – Prescrição de dispositivos e produtos de apoio no âmbito dos cuidados especializados em Enfermagem de Reabilitação* (1.<sup>a</sup> ed. digital). Departamento da Qualidade na Saúde, Ordem dos Enfermeiros.

[https://www.ordemenfermeiros.pt/media/31056/gobpdispositivosprodutosapoio\\_v8\\_ok.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/31056/gobpdispositivosprodutosapoio_v8_ok.pdf)

Orem, D. E. (2001). *Nursing: Concepts of practice* (6th ed.). Mosby.

Organisation for Economic Co-operation and Development, & European Observatory on Health Systems and Policies. (2024). *Portugal: Perfil de saúde do país 2023*.

<https://doi.org/10.1787/6be7d83c-pt>

Orts-Cortés, M. I., Cabañero-Martínez, M. J., Meseguer-Liza, C., Arredondo-González, C. P., de la Cuesta-Benjumea, C., & Abad-Corpa, E. (2024). Effectiveness of nursing interventions in the prevention of falls in older adults in the community and in health care settings: A systematic review and meta-analysis of RCT. *Enfermería Clínica (English Edition)*, 34(1), 4–13. <https://doi.org/10.1016/j.enfcle.2024.01.001>

Osadnik, C. R., Brighton, L. J., Burtin, C., Cesari, M., Lahousse, L., Man, W. D. C., Marengoni, A., Sajnic, A., Singer, J. P., ter Beek, L., Tsiligianni, I., Varga, J. T., Pavanello, S., & Madocks, M. (2023). European Respiratory Society statement on frailty in adults with chronic lung disease. *European Respiratory Journal*, 62(2), 2200442.

<https://doi.org/10.1183/13993003.00442-2023>

Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, 372, n71. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>

Pardal, M. A. R. (2023, 23 de março). *Adaptação cultural para portugueses europeu do Western Ontario and McMaster Universities Arthritis Index (WOMAC)* [Trabalho final de mestrado, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra]. Repositório da Universidade de Coimbra. <https://hdl.handle.net/10316/111313>



- Parola, V., Coelho, A., Neves, H., Cardoso, D., Almeida, M., Cruz, A., & Apóstolo, J. (2020). Intervenções de reabilitação paliativa em cuidados paliativos: Um protocolo de revisão de escopo. *JB I Evidence Synthesis*, 18(11), 2349–2356. <https://doi.org/10.11124/JBIES-20-00024>
- Parreira, P., Santos-Costa, P., Neri, M., Marques, A., Queirós, P., & Salgueiro-Oliveira, A. (2023). Métodos de trabalho para a prestação de cuidados de enfermagem. In P. Parreira, A. Castilho, M. Rocha, M. M. Martins, M. Reis Santos, L. B. Sousa, L. S. M. Mónico, & F. H. do Prado (Orgs.), *Gestão nas organizações de saúde: Pessoas, formação e desenvolvimento profissional* (Vol. 2, pp. 147–193). Associação de Apoio aos Cuidados de Saúde dos Pequenitos. ISBN 978-65-997288-39
- Patel, D. A., Krishnaswami, S., Steger, E., Conover, E., Vaezi, M. F., Ciucci, M. R., & Francis, D. O. (2018). Economic and survival burden of dysphagia among inpatients in the United States. *Diseases of the Esophagus*, 31(1), dox131. <https://doi.org/10.1093/dote/dox131>
- Paulino, M. C., Pereira, I. J., Costa, V., Neves, A., Santos, A., Teixeira, C. M., Coimbra, I., Fernandes, P., Bernardo, R., Póvoa, P., & Granja, C. (2022). Sedation, analgesia, and delirium management in Portugal: A survey and point prevalence study. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 34(2), 227–236. <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20220020-pt>
- Penna, L. M., Nascimento, G. S. da S., Guimarães, M. F., Nunes, J. de A., & Azevedo, E. H. M. (2022). Rastreamento do risco de disfagia em pacientes com doenças pulmonares. *Distúrbios da Comunicação*, 34(2), e53867. <https://doi.org/10.23925/2176-2724.2022v34i2e53867>
- Pereira, M. A. S., Moreira, A. F. B., Machado, P. A.P., & Padilha, J. M. S. C. (2020). Impacte da reabilitação respiratória, prescrita por enfermeiros, na capacidade para o autocuidado, na pessoa com DPOC. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 3(2), 80–85. <https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.n2.12.5823>
- Pereira, S. M. T. (2023). A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na mobilidade da pessoa submetida a artroplastia total do joelho no regresso ao domicílio: Scoping Review. *Servir*, 2(10), e31475. <https://doi.org/10.48492/servir0210.31475>
- Peters, M. D. J., Marnie, C., Tricco, A. C., Pollock, D., Munn, Z., Alexander, L., McInerney, P., Godfrey, C. M., & Khalil, H. (2020). Updated methodological guidance for the conduct of scoping reviews. *JB I Evidence Synthesis*, 18(10), 2119–2126. <https://doi.org/10.11124/JBIES-20-00167>



- 
- Piva, S., Fagoni, N., & Latronico, N. (2019). Intensive care unit–acquired weakness: unanswered questions and targets for future research. *F1000Research*, 8, 508. <https://doi.org/10.12688/f1000research.17376.1>
- Pol, T. A. S., Vargas, C. P., Martins, M. M. F. P. S., Figueiredo, K. C., & Schoeller, S. D. (2025). A Contribuição do Enfermeiro de Reabilitação para a Segurança do Doente: estudo de casos múltiplos. *Revista Portuguesa De Enfermagem De Reabilitação*, 8 (1), e35651. <https://doi.org/10.33194/rper.2025.35651>
- Portela-Camino, J. A., Sanchez, I., Gutierrez, C., & Martín-González, S. (2024). Successful treatment of diplopia using prism correction combined with vision therapy/orthoptics improves health-related quality of life. *PeerJ*, 12, e17315. <https://doi.org/10.7717/peerj.17315>
- Poston, K., Nasti, A., Cormack, C., Miller, S. N., & Lindell, K. O. (2025). Transforming palliative care for rural patients with COPD through nurse-led models. *Healthcare*, 13(14), 1687. <https://doi.org/10.3390/healthcare13141687>
- Potter, J., Sterns, O., Einis, S., Azova, S., Kohler, C., Waldman, G., Garvey, K., & Rhodes, E. T. (2025). Association between caregiver health literacy and patient characteristics in pediatric new onset diabetes mellitus. *Public Health*, 247, 105892. Advance online publication. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2025.105892>
- Poulsen, S. H., Rosenvinge, P. M., Modlinski, R. M., Olesen, M. D., Rasmussen, H. H., & Holst, M. (2021). Signs of dysphagia and associated outcomes regarding mortality, length of hospital stay and readmissions in acute geriatric patients: Observational prospective study. *Clinical Nutrition ESPEN*, 45, 412–419. <https://doi.org/10.1016/j.clnesp.2021.07.009>
- Prestes Daniele, B. D. F. D., Nascimento, J. R., Righi, N. C., Baldissera, C., Silva, A. F. S., Mancopes, R., & Pasqualoto, A. S. (2020). Relação entre o risco de disfagia e o estado de saúde de indivíduos com doença pulmonar obstrutiva crônica. *CoDAS*, 32(4), e53867 (ou artigo 5?). <https://doi.org/10.1590/2317-1782/20202019036>
- Pryde, K., Lakhani, A., William, L., & Dennett, A. (2024). Palliative rehabilitation and quality of life: Systematic review and meta-analysis. *BMJ Supportive & Palliative Care*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1136/spcare-2024-004972>
- Qin, Y., Chen, Y., & Zhu, L. (2025). Effects of caregiver training on management of patients with severe COPD and oropharyngeal dysphagia: A controlled intervention study. *BMC Pulmonary Medicine*, 25, 110. <https://doi.org/10.1186/s12890-025-03769-9>



- Queirós, P., Vidinha, T., & Filho, A. (2014). Autocuidado: O contributo teórico de Orem para a disciplina e profissão de enfermagem. *Revista Referência*, 4(3), 157–164.
- Regulamento n.º 140/2019. (2019). *Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista*. Diário da República, 2.ª série, n.º 46 (6 de março de 2019), 7018–7020. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
- Regulamento n.º 351/2015. (2015). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. *Diário da República*, 2.ª série, n.º 119 (22 de junho de 2015), 16660–16665. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/351-2015-67552235>
- Regulamento n.º 392/2019. (2019). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação*. Diário da República, 2.ª série, n.º 121 (25 de junho de 2019), 15719–15721. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/392-2019-122216893>
- Regulamento n.º 743/2019. (2019). Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. *Diário da República*, 2.ª série, n.º 184 (25 de setembro de 2019), 128–155. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/743-2019-124847392>
- Reiszadeh, I., Abolhassani, S., Masoudi, R., & Kheiri, S. (2022). The effect of self-care program based on the Orem self-care model on fatigue and quality of life in patients with COPD. *Journal of Nursing and Midwifery Sciences*, 9(4), 241–248. [https://doi.org/10.4103/jnms.jnms\\_170\\_21](https://doi.org/10.4103/jnms.jnms_170_21)
- Ren, Y., & Salvador, J. T. (2024). The usefulness of nursing theory in guiding nursing practice in China: A systematic review. *Research and Theory for Nursing Practice*, 38(1), 43–71. <https://doi.org/10.1891/RTNP-2023-0043>
- Renner, C., Jeitziner, M. M., Albert, M., et al. (2023). Guideline on multimodal rehabilitation for patients with post-intensive care syndrome. *Critical Care*, 27, 301. <https://doi.org/10.1186/s13054-023-04569-5>
- Resolução do Conselho de Ministros n.º 119/2021. (2021). Aprova a Estratégia Nacional para a Inclusão das Pessoas com Deficiência 2021–2025. *Diário da República*, 1.ª série, n.º 169 (31 de agosto de 2021), 71–94. <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2021/08/16900/0000300071.pdf>
- Ribeiro, J. M., Barbosa, A. M., Coutinho, R. P., & Santos, R. (2025). Literacia em saúde: Uma pedra basilar para melhores cuidados. *Gazeta Médica*, 12(1), 32–34. <https://doi.org/10.29315/gm.825>



- 
- Ribeiro, O., Martins, M. M. F. P. S., Tronchin, D. M. R., & Silva, J. M. A. V. (2018). Exercício profissional dos enfermeiros sustentado nos referenciais teóricos da disciplina: Realidade ou utopia. *Revista de Investigação em Enfermagem*, 8(2), [páginas]. <https://doi.org/10.12707/RIV18040>
- Riemann, L., Lubasch, J. S., Heep, A., & Ansmann, L. (2021). The role of health literacy in health behavior, health service use, health outcomes, and empowerment in pediatric patients with chronic disease: A systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(23), 12464. <https://doi.org/10.3390/ijerph182312464>
- Riera, S. A., Marin, S., Serra-Prat, M., Tomsen, N., Arreola, V., Ortega, O., Walshe, M., & Clavé, P. (2021). A systematic and a scoping review on the psychometrics and clinical utility of the volume-viscosity swallow test (V-VST) in the clinical screening and assessment of oropharyngeal dysphagia. *Foods*, 10(8), 1900. <https://doi.org/10.3390/foods1008190>
- Rocha, I. D. J., Bravo, M. F. M., Sousa, L. M. M., Mesquita, A. C. N., & Pestana, H. C. F. C. (2020). Intervenção do enfermeiro de reabilitação no ganho de equilíbrio postural na pessoa após Acidente Vascular Cerebral: estudo de caso. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 3(1), 5–17. <https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.s1.1.5755>
- Rocha, I. M. da, & Novo, A. F. M. P. (2021). *Efeitos de Um Programa de Reabilitação no Doente Submetido a Artroplastia Total do Joelho: uma revisão sistemática da literatura*. [Dissertação de mestrado, Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro]. Repositório UTAD. <http://hdl.handle.net/10198/24758>
- Rockenbach, N. de M., Pasqualoto, A. S., & Busanello-Stella, A. R. (2023). Influence of hand-grip strength on pharyngeal transit time in individuals with chronic obstructive pulmonary disease. *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology*, 89(2), 222–229. <https://doi.org/10.1016/j.bjorl.2022.02.005>
- Rodrigues, C. A. F., & Varanda, E. M. G. (2019). Aplicação de um programa de estimulação multissensorial a doentes com alterações severas do estado de consciência. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 2(2), 5–11. <https://doi.org/10.33194/rper.2019.v2.n2.02.4554>
- Rodrigues, C., Martins, V., Munhá, J., & Branco, C. A. (2015). Programa Nacional para as Doenças Respiratórias: Relatório da capacidade instalada de reabilitação respiratória nos hospitais do Serviço Nacional de Saúde. Governo de Portugal. <http://www.dgs.pt>



- 
- Román-Rodríguez, M., van Boven, J. F. M., & Barrecheguren, M. (2024). Supporting caregivers of patients with COPD: Addressing unmet needs in integrated care. *Patient Preference and Adherence*, 18, 85–96. <https://doi.org/10.2147/PPA.S467870>
- Rosa, F. B. da, Pasqualoto, A. S., Steele, C. M., & Mancopes, R. (2020). Oral and oropharyngeal sensory function in adults with chronic obstructive pulmonary disease. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 29(2), 864–872. [https://doi.org/10.1044/2019\\_AJSLP-19-00095](https://doi.org/10.1044/2019_AJSLP-19-00095)
- Sá, N. M. P. de, & Nunes, M. L. (2023). Programa de enfermagem de reabilitação na pessoa com deglutição comprometida em contexto de AVC: Estudo exploratório. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 6(1), 1–10. <https://rper.aper.pt/index.php/rper/article/view/265>
- Shahid, R., Shoker, M., Chu, L. M., Frehlick, R., Ward, H., & Pahwa, P. (2022). Impact of low health literacy on patients' health outcomes: A multicenter cohort study. *BMC Health Services Research*, 22, 1148. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08527-9>
- Shetty, S., Maiya, G. A., Rao KG, M., Vijayan, S., & George, B. M. (2024). Factors determinant of quality of life after total knee arthroplasty in knee osteoarthritis: A systematic review. *Journal of Bodywork and Movement Therapies*, 40, 1588–1604. <https://doi.org/10.1016/j.jbmt.2024.08.013>
- Shinkai, S., Halding, A. G., Aarsheim, E. I., Dolmen, N. M., Jensen, A. J., Stavøstrand, S., & Grov, E. K. (2024). COPD transitions in health and self-management: Service users' experiences from everyday life. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 19, 158058. <https://doi.org/10.2147/COPD.S158058>
- Shinohara, A., Kagaya, H., Komura, H., Ozaki, Y., Teranishi, T., Nakamura, T., Nishida, O., & Otaka, Y. (2023). The effect of in-bed leg cycling exercises on muscle strength in patients with intensive care unit-acquired weakness: a single-center retrospective study. *Journal of Rehabilitation Medicine - Clinical Communications*, 6, jrmcc18434. <https://doi.org/10.2340/jrmcc.v6.18434>
- Silva, R. R. (2022). *Reabilitação paliativa: A intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação em cuidados paliativos no domicílio* [Dissertação de mestrado, Instituto Politécnico de Bragança]. Repositório Digital do IPB. <https://bibliotecadigital.ipb.pt/entities/publication/dba8f02d-ba2e-4da2-9500-8188100d2424>
- Skurok, P., Johnston, B. W., Brown, E., Timothy, C., Morse, C., & Turton, P. (2025). Effects of expiratory muscle strength training on swallowing in survivors of critical illness: A protocol
-



- for a systematic review and meta-analysis. *Health Science Reports*, 8(2), e70337? <https://doi.org/10.1002/hsr2.70337>
- Smith, M. C., & Parker, M. E. (2015). *Nursing theories and nursing practice* (4th ed.). F. A. Davis Company.
- Souliotis, K., Silva Miguel, L., Hillas, G., Borges, M., Papageorgiou, G., Viana, D., Malhadeiro, J., & Soulard, S. (2020). The cost-saving switch from inhaled corticosteroid-containing treatments to dual bronchodilation: A two-country projection of epidemiological and economic burden in chronic obstructive pulmonary disease. *Therapeutic Advances in Respiratory Disease*, 14. <https://doi.org/10.1177/1753466620926802>
- Sousa, V., Natário, A., Ferreira, S., Rocha, M., Lima, A., & Moreira, M. T. (2025). Intervenções do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação em pessoas com deglutição comprometida: Uma scoping review. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 8(2), e40248. <https://doi.org/10.33194/rper.2025.40248>
- Speyer, R., Cordier, R., Farneti, D., Nascimento, W., Pilz, W., Verin, E., Walshe, M., & Woisard, V. (2022). White paper by the European Society for Swallowing Disorders: Screening and non-instrumental assessment for dysphagia in adults. *Dysphagia*, 37(2), 333–349. <https://doi.org/10.1007/s00455-021-10283-7>
- Steidl, E. M. dos S., Gonçalves, B. F. da T., Rockenbach, N. de M., Pasqualoto, A. S., & Mancopes, R. (2021). Desfechos da terapia manual sobre a biomecânica da deglutição em indivíduos com DPOC. *CoDAS*, 33(5), e20200203. <https://doi.org/10.1590/2317-1782/20192020203>
- Stern, C., Loveday, H., Godfrey, C., Pollock, D., Hong, Q. N., Rieger, K., Stephenson, M., Kurian, N., Fiorini, J., & Lizarondo, L. (2025). *Tools used to assess methodological quality of primary mixed methods or multi-method studies: A scoping review protocol*. *JBI Evidence Synthesis*, 23(8), 1609–1615. <https://doi.org/10.11124/JBIES-24-00569>
- Susano, M. J., Dias, M., Seixas, F. S., Vide, S., Grasfield, R., Abelha, F. J., Crosby, G., Culley, D. J., & Amorim, P. (2021). Association among preoperative cognitive performance, regional cerebral oxygen saturation, and postoperative delirium in older Portuguese patients. *Anesthesia & Analgesia*, 132(3), 846–855. <https://doi.org/10.1213/ANE.0000000000005159>
- Tanlaka, E. F., McIntyre, A., Connelly, D., Guitar, N., Nguyen, A., & Snobelen, N. (2023). The role and contributions of nurses in stroke rehabilitation units: An integrative review. *Western Journal of Nursing Research*, 45(8), 764–776. <https://doi.org/10.1177/01939459231178495>



- 
- Teodoro, J. R. de A. (2024). *Promoção do andar na pessoa após acidente vascular cerebral : intervenções do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação* (Escola Superior de Saúde Egas Moniz, Ed.) [Relatório de Estágio para obtenção do grau de mestre]. <http://hdl.handle.net/10400.26/52381>
- Tricco, A. C., Lillie, E., Zarin, W., O'Brien, K. K., Colquhoun, H., Levac, D., Moher, D., Peters, M. D. J., Horsley, T., Weeks, L., Hempel, S., Akl, E. A., Chang, C., McGowan, J., Stewart, L., Hartling, L., Aldcroft, A., Wilson, M. G., Garritty, C., ... Straus, S. E. (2018). PRISMA extension for scoping reviews (PRISMA-ScR): Checklist and explanation. *Annals of Internal Medicine*, 169(7), 467–473. <https://doi.org/10.7326/M18-0850>
- Turan, Z., Topaloglu, M., & Ozyemisci Taskiran, O. (2020). Medical Research Council-sum-score: a tool for evaluating muscle weakness in patients with post-intensive care syndrome. *Critical Care*, 24(1), 562. <https://doi.org/10.1186/s13054-020-03282-x>
- Uemura, K., Tsukasa, K., Watanabe, A., Okamoto, H., & Yamada, M. (2023). Association between community-level health literacy and frailty in community-dwelling older adults. *Aging Clinical and Experimental Research*, 35(6), 1253–1261. <https://doi.org/10.1007/s40520-023-02405-y>
- van der Gaag, M., Heijmans, M., Spoiala, C., & Rademakers, J. (2022). The importance of health literacy for self-management: A scoping review of reviews. *Chronic Illness*, 18(2), 234–254. <https://doi.org/10.1177/17423953211035472>
- Ventura-Silva, J. M. A., Martins, M. M. F. P. da S., Trindade, L. de L., Ribeiro, O. M. P. L., & Cardoso, M. F. P. T. (2021). Métodos de trabalho dos enfermeiros em hospitais: Scoping review [Working methods of nurses in hospitals: Scoping review; Métodos de trabajo de las enfermeras en los hospitales: Scoping review]. *Journal Health NPEPS*, 6(2), 1–20. <https://periodicos.unemat.br/index.php/jhnpeps/article/view/5480>
- Veronese, N., Custodero, C., Demurtas, J., Smith, L., Barbagallo, M., Maggi, S., Cella, A., Vanacore, N., Aprile, P. L., Ferrucci, L., Pilotto, A., Special Interest Group in Systematic Reviews of the European Geriatric Medicine Society (EuGMS), & Special Interest Group in Meta-analyses and Comprehensive Geriatric Assessment of the European Geriatric Medicine Society (EuGMS). (2022). Comprehensive geriatric assessment in older people: An umbrella review of health outcomes. *Age and Ageing*, 51(5), afac104. <https://doi.org/10.1093/ageing/afac104>
- Voigt-Barbarowicz, M., Dietz, G., Renken, N., Schmöger, R., & Brütt, A. L. (2022). Patients' health literacy in rehabilitation: Comparison between the estimation of patients and health care professionals. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(6), 3522. <https://doi.org/10.3390/ijerph19063522>
-



- Wang, J., Zhang, Y., Chen, Y., Li, M., & Jin, J. (2022). Nurse-led motor function rehabilitation program for acute ischemic stroke: A randomized pilot study. *Journal of Nursing Research*, 30(6), e249. <https://doi.org/10.1097/jnr.0000000000000529>
- Wibart, P., Réginault, T., Garcia-Fontan, M., Barbrel, B., Bader, C., Benard, A., Parreira, V. F., Gonzalez-Antón, D., Bui, N. H., Gruson, D., Hilbert, G., Martinez-Alejos, R., & Vargas, F. (2023). Efeitos da insuflação-exsuflação mecânica na prevenção da insuficiência respiratória aguda pós-extubação em pacientes com fraqueza adquirida em terapia intensiva: Um estudo controlado e randomizado. *Critical Care Science*, 35(2), 168–176. <https://doi.org/10.5935/2965-2774.20230410-pt>
- Woldman, A., Goldblatt, H., & Elboim-Gabyzon, M. (2024). Palliative physiotherapy in community settings for people with terminal illness. *BMJ Supportive & Palliative Care*, 14(e3), e2719–e2725. <https://doi.org/10.1136/spcare-2023-004179>
- Woo, B. F. Y., Tam, W. W. S., Williams, M. Y., Ow Yong, J. Q. Y., Cheong, Z. Y., Ong, Y. C., Poon, S. N., & Goh, Y. S. (2023). Characteristics, methodological, and reporting quality of scoping reviews published in nursing journals: A systematic review. *Journal of Nursing Scholarship*, 55(4), 874–885. <https://doi.org/10.1111/jnu.12861>
- Woodbridge, H. R., McCarthy, C. J., Jones, M., Willis, M., Antcliffe, D. B., Alexander, C. M., & Gordon, A. C. (2024). Assessing the safety of physical rehabilitation in critically ill patients: A Delphi study. *Critical Care*, 28(1), 144. <https://doi.org/10.1186/s13054-024-04919-x>
- World Gastroenterology Organisation, Malagelada, J., Bazzoli, F., Boeckxstaens, G., De Looze, D., Fried, M., Kahrilas, P., Lindberg, G., Malfertheiner, P., Salis, G., Sharma, P., Sifrim, D., Vakil, N., & LeMair, A. (2014). World Gastroenterology Organisation practice guidelines: Disfagia – Diretrizes e cascatas mundiais. World Gastroenterology Organisation. <https://www.worldgastroenterology.org/guidelines/dysphagia/dysphagia-portuguese>
- World Health Organization, Regional Office for Europe. (2023a). *Policy brief on integrating rehabilitation into palliative care services*. WHO Regional Office for Europe. <https://www.who.int/europe/publications/i/item/WHO-EURO-2023-5825-45590-68173>
- World Health Organization. (2020). Global health estimates 2019 summary tables: deaths by cause, age and sex, by World Bank income group, 2000–2019. World Health Organization. <https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates>
- World Health Organization. (2023b). Cardiopulmonary conditions. In *Package of interventions for rehabilitation*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240071162>



- 
- World Health Organization. (2023c). Neurological conditions. In *Package of interventions for rehabilitation*. World Health Organization. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/370504/9789240071131-eng.pdf?sequence=1>
- World Health Organization. (2025). Global health estimates: Life expectancy and leading causes of death and disability. *The Global Health Observatory*. <https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates>
- Xiong, S., Zhou, Y., He, W., Zhu, J., He, W., Ding, M., & Si, D. (2024). Study on predictive models for swallowing risk in patients with AECOPD. *BMC Pulmonary Medicine*, 24(95). <https://doi.org/10.1186/s12890-024-02908-y>
- Yasaci, Z., Celik, D., & Kilicoglu, O. I. (2024). Short-term efficacy of integrating the Easy-Flex device with inpatient rehabilitation in individuals with total knee arthroplasty: Insights from a single-blind randomized controlled trial. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 105(11), 2045–2053. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2024.07.020>
- Zhang, Y., Hu, Q., Zhou, M., Wang, Y., Yang, J., Jin, X., Zhang, X., & Ma, F. (2025). Risk factors for acquired weakness in intensive care unit patients: An umbrella review. *Intensive and Critical Care Nursing*, 88, Article 103940. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2025.103940>
- Zhao, B., Liu, H., Du, K., Zhou, W., & Li, Y. (2023). Effectiveness and safety of outpatient rehabilitation versus home-based rehabilitation after knee arthroplasty: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Orthopaedic Surgery and Research*, 18(1), 704. <https://doi.org/10.1186/s13018-023-04160-2>

## **APÊNDICE 1**

Contributo UCC - Artigo

## **Quedas no Idoso: pequenas mudanças, grandes resultados**

As quedas são, anualmente, uma das principais causas de incapacidade, afetando cerca de 30% das pessoas com mais de 65 anos. Estes acidentes podem mudar drasticamente a nossa vida ou de alguém que conhecemos, pois podem levar à dependência e, em casos graves, até à morte. A prevenção de quedas não é apenas uma questão individual, é um esforço coletivo que envolve a pessoa, a família e a comunidade.

### **Por que os idosos caem?**

O envelhecimento é responsável por várias alterações como a redução da força muscular, do equilíbrio e/ou da visão, que aumentam o risco de queda. Após os 65 anos, essas mudanças tornam-se mais evidentes, sendo que aos 80 anos mais de metade dos idosos já sofreu uma queda. Vários fatores podem agravar o risco de quedas, como é o caso de algumas condições de saúde como a osteoporose, a diabetes, a hipertensão, doenças neurológicas ou cardíacas e também o uso de medicamentos que possam causar tonturas e/ou sonolência. O ambiente também desempenha um papel importante: pisos escorregadios, tapetes soltos, iluminação insuficiente e a ausência de apoios são fatores de queda comuns.

### **Pequenas mudanças, grandes resultados**

A maioria das quedas pode ser evitada com medidas simples e acessíveis:

- **Adapte o ambiente doméstico** - Garanta uma boa iluminação, especialmente em corredores e escadas, e se possível instale luzes noturnas. Fixe ou remova tapetes soltos e mantenha os móveis estáveis e organizados. Instale barras de apoio na casa de banho e próximas à cama.
- **Pratique exercício físico** - Atividades como caminhadas ou ginástica adaptada ajudam a fortalecer músculos, a melhorar o equilíbrio e a aumentar a flexibilidade. Um programa personalizado poderá ser recomendado por um profissional de saúde.
- **Cuide da saúde** - Visitas regulares ao médico permitem o acompanhamento da visão, da audição e da medicação, prevenindo condições que possam aumentar o risco de queda.

### **Mais do que prevenir quedas, promover qualidade de vida**

Uma queda pode causar lesões graves, como fraturas e/ou traumatismos, mas os impactos psicológicos, como o medo de cair, a restrição de atividades e o isolamento social podem ser ainda mais devastadores. Trabalhar na prevenção é promover a autonomia, a confiança e a qualidade de vida.

### **Como agir em caso de queda?**

Se ocorrer uma queda, mantenha a calma. Se o idoso não se conseguir levantar ou apresentar sinais de confusão ou lesão, procure ajuda imediatamente. Se não houver lesão grave, ajude-o a rolar o corpo para baixo, apoiando-se nos joelhos e nas mãos. Sirva de suporte ou auxilie-o a procurar suporte num elemento fixo próximo e a levantar-se devagar. Após o incidente, procure assistência médica para avaliar possíveis lesões e investigar as causas da queda.

A prevenção está ao alcance de todos. Tornar o ambiente mais seguro, adotar hábitos saudáveis e cuidar da saúde pode reduzir significativamente o risco de queda e das suas consequências devastadoras. Pequenas ações podem transformar vidas. Comece hoje mesmo e faça a diferença!



**Cátia Duarte**

Enfermeira em colaboração com a UCC

## **APÊNDICE 2**

Contributo UCC – *Flyers* “Dia Mundial da DPOC”

# DIA MUNDIAL DA DPOC

20 nov 2024



Esteja atento à falta de ar/cansaço, tosse e expetoração persistentes.

Para reduzir o risco de DPOC, evite a exposição ao tabaco, poeiras e/ou gases inalados.

Em caso de dúvidas, fale com o seu médico de família ou enfermeiro de referência.

CONHEÇA A SUA FUNÇÃO PULMONAR

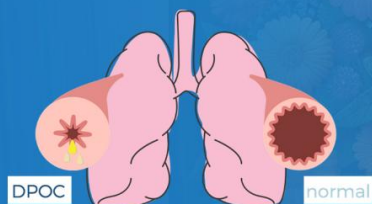


# DIA MUNDIAL DA DPOC

20 nov 2024

## O QUE É A DPOC?

A Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica é uma doença frequente, que leva ao estreitamento persistente das vias aéreas. Contudo, é uma doença prevenível e tratável.



## **APÊNDICE 3**

Contributo UCI – Pesquisa bibliográfica

**Questão:** Quais são as intervenções de reabilitação para a pessoa em situação crítica com disfagia?

	Population	Concept	Context
	Pessoa em situação crítica	Intervenções de Reabilitação	Disfagia
<b>MeSH Terms</b>	chronic obstructive pulmonary disease Critical Care	Rehabilitation	Deglutition Disorders
<b>DeCS</b>	Cuidados Críticos Critical Care	Reabilitação	Transtornos de Deglutição
<b>Outros termos de pesquisa<sup>6</sup></b>	Care, Intensive Intensive Care Intensive Care Unit* Care Unit*, Intensive ICU Unit*, Intensive Care	Rehabilitation Intervention* Treat* Manag*	Swallowing impairment Swallowing Disorder* Dysphagia Deglutition Disorder*

**Pesquisa Pubmed**  
 (((critical care[MeSH Terms]) OR (((((((critical care[Title/Abstract]) OR (care, intensive[Title/Abstract])) OR (intensive care[Title/Abstract])) OR (intensive care unit\*[Title/Abstract])) OR (care unit\*, intensive[Title/Abstract])) OR (ICU[Title/Abstract])) OR (unit\* intensive care[Title/Abstract]))) AND ((rehabilitation[MeSH Terms]) OR (((rehabilitation[Title/Abstract]) OR (intervention\*[Title/Abstract])) OR (treat\*[Title/Abstract])) OR (manag\*[Title/Abstract])))) AND (((deglutition disorder\*[Title/Abstract]) OR (swallowing disorder\*[Title/Abstract])) OR (swallowing impairment[Title/Abstract])) OR (dysphagia[Title/Abstract])) OR (deglutition disorders[MeSH Terms]))  
**Filter: 2023-2024 - 101, 25/09/2024 – 10:00**

Dos 101 artigos, 23 artigos considerados relevantes (excluídos artigos específicos para pessoas em situação crítica por AVC ou COVID)

**[Guideline on multimodal rehabilitation for patients with post-intensive care syndrome.](#)**

**Renner C, Jeitziner MM, Albert M, Brinkmann S, Diserens K, Dzialowski I, Heidler MD, Lück M, Nusser-Müller-Busch R, Sandor PS, Schäfer A, Scheffler B, Wallesch C, Zimmermann G, Nydahl P.**

**Crit Care. 2023 Jul 31;27(1):301. doi: 10.1186/s13054-023-04569-5. PMID: 37525219 Free PMC article. Review.**

Estudo retrospectivo de sobrevivência ao ano após internamento em UCI, diferença entre integração de programa de reabilitação e a sua ausência. Intervenções de reabilitação: Reabilitação física (Mobilização precoce) e programas de tratamento de disfagia (incluindo modificação da textura da dieta, mudanças posturais/manobras compensatórias e intervenções projetadas para melhorar a deglutição)

Bom prognóstico = desmame ventilatório precoce, Pior prognóstico = doença cardiopulmonar crônica

**[\[Multiple factors contributing to dysphagia : Extended tasks for the interprofessional team in the intensive care unit\]. NÃO É DE LIVRE ACESSO](#)**

**Albrecht S, Nusser-Müller-Busch R.**

**Med Klin Intensivmed Notfmed. 2024 Feb;119(1):56-62. doi: 10.1007/s00063-023-01075-y. Epub 2023 Nov 9. PMID: 37943309 Review. German.**

<sup>6</sup>Conceito, sinónimos e palavras naturais em inglês.

---

### [Management of swallowing disorders in ICU patients - A multinational expert opinion.](#)

Likar R, Aroyo I, Bangert K, Degen B, Dziewas R, Galvan O, Grundschober MT, Köstenberger M, Muhle P, Schefold JC, Zuercher P.

J Crit Care. 2024 Feb;79:154447. <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2023.154447> . Epub 2023 Nov 2. PMID: 37924574 Review.

Revisão de literatura segundo a metodologia ACCORD modificada. Construídos 2 algoritmos de atuação na disfagia da pessoa em situação crítica (traqueostomizados e pós-extubação). Informação sumarizada com níveis de evidência e nível de recomendação, e no caso das escalas de avaliação com o nível de especificidade e de sensibilidade. Importância de uma equipa multidisciplinar treinada (enfermeiros especialistas incluídos).

---

### [Intensive care professionals' perspectives on dysphagia management: A focus group study.](#)

Nielsen AH, Kaldan G, Nielsen BH, Kristensen GJ, Shiv L, Egerod I.

Aust Crit Care. 2023 Jul;36(4):528-535. doi: 10.1016/j.aucc.2022.04.004. Epub 2022 May 21. PMID: 35610091

A gestão da disfagia depende do grau de reconhecimento dos sinais de disfagia. Os métodos de avaliação, terapêuticos e de cuidados diferem entre os grupos profissionais. A colaboração interprofissional e a responsabilidade da gestão da disfagia foram determinadas pela disponibilidade de recursos, habilidades técnicas, conhecimento e competência formal de tomada de decisão.

---

### [\[Dysphagia and respiratory rehabilitation in patients with Post-ICU Syndrome\]](#)

Dou ZL, Dai Y.

Zhonghua Yi Xue Za Zhi. 2023 Jul 11;103(26):1975-1979. doi: 10.3760/cma.j.cn112137-20221122-02455. PMID: 36977561 Chinese.

Este artigo resume a aplicação da reabilitação respiratória na disfagia por PICS, ao mesmo tempo que resume e revê os conceitos e mecanismos relacionados à disfagia por PICS (distúrbio de coordenação da deglutição-respiração e fraqueza muscular respiratória).

Avaliações não instrumentais incluem a avaliação clínica da deglutição à beira do leito, a V-VST, a avaliação de Mann da capacidade de deglutição e a avaliação da deglutição-ingestão de McGill (MISA) - validados para a avaliação da deglutição pessoas em situação crítica. Programa de reabilitação – treino de tonificação diafragmática, treino muscular expiratório, treino de padrão respiratório expiração-deglutição- expiração, treino da tosse, treino de relaxamento muscular torácico, treino postural. Exemplo de um programa de 3 semanas com carga de treino ajustada para 30% da pressão inspiratória e expiratória máxima, com aumentos de 10cmH2O por semana de acordo com a tolerância do doente. Envolver a família e garantir a continuidade do programa de reabilitação na comunidade.

---

### [The Characteristics and Predicators of Post-extubation Dysphagia in ICU Patients with Endotracheal Intubation.](#)

Xia C, Ji J.

Dysphagia. 2023 Feb;38(1):253-259. doi: 10.1007/s00455-022-10462-0. Epub 2022 Jun 21.

Retraction in:[Dysphagia. 2023 Jun;38\(3\):1004. doi: 10.1007/s00455-023-10568-z.](#) PMID: 35729419

Objetivo - avaliar as características e identificar os preditores de disfagia pós-extubação. Uma incidência de disfagia pós-extubação de 27,85%. A avaliação de 316 pessoas em situação crítica, identificou como fatores de risco de disfagia pós-extubação: a idade  $\geq 65$  anos, a pontuação APACHE II  $\geq 15$ , o tempo de intubação traqueal  $\geq 72$  h e o tempo de intubação nasogástrica  $\geq 72$  h.

O método de avaliação clínica da alteração da deglutição mais usado é a avaliação da deglutição à beira do leito (sensibilidade de 82,9% e especificidade de 81,0%) e inclui o exame clínico (estado de consciência, controle da cabeça e do tronco, padrão respiratório, controle labial, força da voz, reflexo faríngeo e tosse espontânea) seguido de teste de deglutição de água (só é realizado se as condições de segurança anteriormente avaliadas estiverem garantidas). A avaliação foi realizada por enfermeiros treinados, 4-6h após a extubação.

---

### [Best Practice Recommendations for Dysphagia Management in Intensive Care Unit \(ICU\): A Delphi Study from Multidisciplinary Experts in Turkey. NÃO É DE LIVRE ACESSO](#)

Umay E, Eyigor S, Demirag K, Kaymak Karatas G, Gundogdu I, Giray E, Panpalli Ates M, Gonenli Kocer B, Gurcay E, Unlu Z, Bengisu S, Karahmet F, Bagcier F, Vural M, Aydeniz B, Kullukcu H, Oztekin F, Alicura S, Uz C, Barmak E, Uzunkulaoglu A, Adiguzel E.

Dysphagia. 2024 Apr;39(2):241-254. doi: 10.1007/s00455-023-10606-w. Epub 2023 Aug 5. PMID: 37542552

---

---

[Prediction Models for Dysphagia in Intensive Care Unit after Mechanical Ventilation: A Systematic Review and Meta-analysis.](#) **NÃO É DE LIVRE ACESSO**

Chen J, Lu G, Wang Z, Zhang J, Ding J, Zeng Q, Chai L, Zhao L, Yu H, Li Y.

Laryngoscope. 2024 Feb;134(2):517-525. doi: 10.1002/lary.30931. Epub 2023 Aug 6. PMID: 37543979 Review.

Meta-análise de variáveis preditoras de risco de disfagia pós-extubação em UCI. Os preditores de risco mais comuns foram: intubação traqueal  $\geq 72$  h, pontuação APACHE II  $\geq 15$ , idade  $\geq 65$  anos e intubação nasogástrico  $\geq 72$  h.

---

[Dysphagia management by nurses in Spanish intensive care units.](#)

Santana-Padilla YG, Linares-Pérez T, Santana-López BN, Santana-Cabrera L.

Enferm Intensiva (Engl Ed). 2024 Jul 8:S2529-9840(24)00031-4. doi: 10.1016/j.enfie.2024.06.004. Online ahead of print. PMID: 38981780

Estudo descritivo transversal com recurso a questionário eletrónico para enfermeiros de diferentes UCI espanholas (maioria com mais de 10 anos de experiência em UCI mas com lacunas na prática de avaliação e/ou atuação na disfagia). Na maioria das UCI, não existe um plano de atuação na disfagia protocolado (indicação, frequência, etc.) apesar de existir perceção do risco de disfagia na pessoa em situação crítica. O modo de avaliação de disfagia mais comum é o teste de deglutição. Outros são: a GUSS, a videofluroscopia, a endoscopia.

A intervenção mais comum na disfagia é a modificação da consistência alimentar. Exercícios de reabilitação para a deglutição apenas são executados nas UCI de maior dimensão (escassez de recursos). Os fatores de risco de disfagia mais comuns são a intubação traqueal e a doença neurológica.

Importância de uma intervenção direta de enfermagem para a restauração da ingestão oral segura - uma média diária de 15 minutos por pessoa, que incluiu escovagem dos dentes, massagem de ativação das glândulas salivares e exercícios motores orais.

---

[Dysphagia in adult intensive care patients: Results of a prospective, multicentre binational prevalence study.](#)

Freeman-Sanderson A, Hemsley B, Thompson K, Rogers KD, Knowles S, Hammond NE; George Institute for Global Health and the Australian and New Zealand Intensive Care Society Clinical Trials Group.

Aust Crit Care. 2023 Nov;36(6):961-966. doi: 10.1016/j.aucc.2023.01.004. Epub 2023 Mar 1. PMID: 36868933

A prevalência de disfagia em adultos não intubados internados em UCI foi de 7,9% (média de idade de 60 anos e maioria do sexo feminino). Apenas dois terços dos doentes com disfagia iniciaram ingestão oral, sendo que a maioria iniciou alimentos e fluidos com textura modificada. Protocolos, recursos e treino de gestão da disfagia são escassos nas UCI's da Austrália e da Nova Zelândia.

---

[Interventions for Postextubation Dysphagia in Critically Ill Patients: A Systematic Review and Meta-analysis.](#) **NÃO É DE LIVRE ACESSO**

Chen L, Liu C, Yuan M, Yin X, Niu S, Tang J, Chen H, Xiong B, Feng X.

Dysphagia. 2024 Apr 1. doi: 10.1007/s00455-024-10695-1. Online ahead of print. PMID: 38558176 Review.

Os resultados demonstram uma redução significativa na gravidade da disfagia, no tempo para início de ingestão oral e do risco de pneumonia por aspiração, bem como uma melhor qualidade de vida nas pessoas submetidas a um programa de reabilitação na área da deglutição. Não houve evidência de alteração do estado nutricional.

---

[Screening and early detection of post-extubation oropharyngeal dysphagia: a best practice implementation project.](#) **NÃO É DE LIVRE ACESSO**

Garcia PC, Sichiari K, Martins de Matos T, Malissani Martins D, Peres EC, Vaz Bonini M, Cardoso Franco Ortiz D, Alves de Araújo Püschel V, Cruz DALMD.

JBI Evid Implement. 2024 Jul 25. doi: 10.1097/XEB.0000000000000450. Online ahead of print. PMID: 39045842

---

---

[Association of early oral intake after extubation and independent activities of daily living at discharge among intensive care unit patients: A single centre retrospective cohort study.](#) **NÃO É DE LIVRE ACESSO**

Watanabe S, Kanaya T, Iwasaki T, Morita Y, Suzuki S, Iida Y.

Int J Speech Lang Pathol. 2024 Aug;26(4):584-594. doi: 10.1080/17549507.2023.2221408. Epub 2023 Jun 26. PMID: 37357786

---

[Curriculum "Tracheostomy management in dysphagia therapy"](#). **NÃO É DE LIVRE ACESSO**

Ledl C, Frank U, Dziewas R, Arnold B, Bähre N, Betz CS, Braune S, Deitmer T, Diesener P, Fischer AS, Hamzic S, Iberl G, Konradi J, Löhler J, Platz T, Rohlfes C, Westhoff M, Winkler S, Wirth R, Graf S.

Nervenarzt. 2024 Apr;95(4):342-352. doi: 10.1007/s00115-023-01598-x. Epub 2024 Jan 26. PMID: 38277047. Review. German.2

Sociedade Interdisciplinar Alemã para Disfagia, em cooperação com outras entidades, desenvolveu um currículo de pós-graduação.

---

[Postextubation dysphagia management in Danish intensive care units: A national survey.](#)

Nielsen AH, Kaldan G, Gade LM, Egerod I.

Acta Anaesthesiol Scand. 2024 Aug;68(7):949-955. doi: 10.1111/aas.14438. Epub 2024 May 8. PMID: 38719567

Acréscimo de avaliação da disfagia e de protocolos de atuação na disfagia nas UCI entre 2017 e 2023. Maior parte dos entrevistados foram enfermeiros (RN). De 2017 a 2023, a aplicação da GUSS e da V-VST diminuiu significativamente, e a VFSS raramente foi usada. Diferenças de avaliação entre classes profissionais. Em 2023, os enfermeiros preferiram uma avaliação geral do doente, seguida pelo teste de deglutição de água, incluindo o Protocolo de Deglutição de Yale.

Indicações para a avaliação da disfagia em 2017 incluíam sintomas, patologia neurológica, traqueostomia, FMACI, TCE, pneumonia recorrente ou intubação prolongada. Em 2023, idade avançada, avaliação física e internamento prolongado foram acrescentados. Poucos departamentos indicaram que todos deveriam ser avaliados.

Intervenções: manobras compensatórias (modificação de líquidos e alimentos, utensílios ergonômicos, queixo para baixo, deglutição repetitiva), higiene oral, posicionamento, administração de anticolinérgicos (sialorreia), exercícios respiratórios (pressão expiratória positiva, pressão positiva contínua nas vias aéreas) seguidos por exercícios repetidos de deglutição e treinamento muscular sem deglutição, estimulação elétrica faríngea (raramente utilizado) NÃO EXISTE DESCRIÇÃO DETALHADA DO PROGRAMA.

Conclusão, a consciencialização sobre a disfagia pós-extubação está a aumentar, bem como a sua identificação, prevenção e tratamento. Contudo, há uma lacuna considerável entre a prática atual e as melhores práticas percebidas.

---

[Evaluation and Treatment of Dysphagia in Public and Private Intensive Care Units \(ICUs\) in Greece.](#)

Papadopoulou SL, Kitsanou E, Brahim E, Papathanakos G, Andrianopoulos I, Theodorou SJ, Koulouras V, Ziavra N.

Int Arch Otorhinolaryngol. 2024 Feb 5;28(1):e30-e41. doi: 10.1055/s-0043-1767676. eCollection 2024 Jan. PMID: 38322439 Free PMC article.

O teste diagnóstico mais comum é uma avaliação da deglutição à beira do leito. A avaliação endoscópica e a videofluoroscopia são as avaliações instrumentais padrão para avaliação da disfagia. Patologia neurológica preexistentes e/ou aguda foi considerado um fator de risco importante para disfagia. A disfagia foi considerada um fator preditor de mau prognóstico. Não existem protocolos ou avaliação sistemática da disfagia. Os médicos intensivistas são os maiores responsáveis pela triagem da disfagia, enquanto na Suíça e EUA são os enfermeiros. Na Grécia, abordagens de avaliação da disfagia não instrumentais (como o teste de deglutição de água e a avaliação junto ao leito) foram as mais usadas. O teste de deglutição de água demonstrou uma sensibilidade de 81% e uma especificidade de 69% em pessoas em situação crítica. As evidências do tratamento da disfagia em pessoas em situação crítica são limitadas. As principais medidas são as modificações da textura da dieta e mudanças posturais/manobras compensatórias, em vez de reabilitação direta da função de deglutição, como a estimulação elétrica neuromuscular. Na Suíça, é implementado o treino da deglutição por especialistas em disfagia, juntamente com terapia funcional, incluindo mudanças posturais.

---

---

[Association between Participation in a Rehabilitation Program and 1-Year Survival in Patients Requiring Prolonged Mechanical Ventilation.](#)

Yoo W, Jang MH, Kim SH, Kim S, Jo EJ, Eom JS, Mok J, Kim MH, Lee K.

Tuberc Respir Dis (Seoul). 2023 Apr;86(2):133-141. doi: 10.4046/trd.2022.0137. Epub 2023 Jan 20.

PMID: 37005092 Free PMC article.

A participação em um programa de reabilitação durante o internamento hospitalar foi associada a um aumento da sobrevida em 1 ano de pessoas submetidas a ventilação mecânica prolongada com doença pouco grave no dia da intubação. Não existe programa de reabilitação protocolado e/ou descrito. Referência a desmame ventilatório e mobilização precoce.

---

[Strategies of Screening and Treating Post-Extubation Dysphagia: An Overview of the Situation in Greek-Cypriot ICUs.](#)

Mpouzika M, Iordanou S, Kyranou M, Iliopoulou K, Parissopoulos S, Kalafati M, Karanikola M, Papathanassoglou E.

Healthcare (Basel). 2023 Aug 13;11(16):2283. doi: 10.3390/healthcare11162283. PMID: 37628481 Free PMC article.

A maioria das UCI não têm um protocolo de triagem de disfagia pós-extubação. A avaliação da disfagia também não é linear. Não existe consenso sobre quando deverá ser iniciada (aquando da entrada na UCI ou após a extubação). A avaliação é feita por intermédio de exame físico do mecanismo de deglutição, da V-VST, da GUSS, por videofluoroscopia, por endoscopia, por auscultação cervical e do teste de azul de metileno, contudo, a avaliação do reflexo de tosse e o teste de deglutição de água são os mais comuns. Na maioria das UCI, os enfermeiros, os médicos intensivistas e os terapeutas da fala eram os principais responsáveis pela avaliação da disfagia.

As intervenções de prevenção de pneumonia de aspiração mais comuns foram: posicionamento, higiene oral, alimentação tardia, administração de anticolinérgicos e desinsuflação do cuff da traqueostomia durante as refeições. As intervenções direcionadas à disfagia mais comuns incluíam exercícios de fortalecimento muscular sem exercícios de deglutição, exercícios de deglutição (manobras repetitivas de deglutição com ou sem resistência adicional) e exercícios respiratórios. As restantes intervenções incluíam exercícios de fortalecimento muscular usando aplicativos, estimulação elétrica neuromuscular dos músculos da deglutição, treino de deglutição com biofeedback de EMG de superfície (sEMG) e estimulação elétrica faríngea (os últimos raramente utilizados). Na maioria das UCI, os enfermeiros e os terapeutas da fala são os principais responsáveis pelas intervenções direcionadas à disfagia.

---

[Effectiveness of Swallowing and Oral Care Interventions on Oral Intake and Salivary Flow of Patients Following Endotracheal Extubation at a Tertiary Care Center: A Randomized Controlled Trial.](#)

Chacko SA, Ramamoorthy L, Cherian A, Anusuya R, Lalthanthuami HT, Subramaniyan R.

J Caring Sci. 2023 Nov 12;12(4):213-220. doi: 10.34172/jcs.2023.33005. eCollection 2023 Dec. PMID: 38250001 Free PMC article.

Ensaio clínico randomizado em UCI - 92 participantes. Doentes pós-extubação com tempo de intubação  $\geq$ 48 horas. O grupo de intervenção recebeu intervenções orais e de deglutição, incluindo educação sobre deglutição segura, escovagem dos dentes, massagem das glândulas salivares e da cavidade oral e exercícios de deglutição (enumeração detalhada dos exercícios no artigo). Em contraste, o grupo controle recebeu cuidados de higiene oral padrão a cada 8 horas. A ingestão oral foi avaliada diariamente com a Escala Funcional de Ingestão Oral (FOIS), e a medida do fluxo salivar foi avaliada com o teste de Schirmer no 1º, 3º e 7º dia após a extubação.

---

[Accuracy of the volume-viscosity swallow test for clinical screening of dysphagia in post COVID-19 patients.](#)

Guillen-Sola A, Ramírez C, Bel-Franquesa H, Duarte E, Grillo C, Duran X, Boza R.

Clin Nutr ESPEN. 2023 Dec;58:295-300. doi: 10.1016/j.clnesp.2023.10.010. Epub 2023 Oct 23. PMID: 38057019

Avaliação da disfagia em 2 momentos: testes de triagem à beira do leito (observação clínica, estratificação de risco) e V-VST. O V-VST em comparação com a Videofluoroscopia (VFSS) mostrou as seguintes propriedades: sensibilidade de 55,6%, especificidade de 62,9%, valor preditivo positivo de 44,5%, valor preditivo negativo de 37,1% e precisão de 61,5%. O V-VST mostrou precisão, sensibilidade e especificidade leves, em comparação ao VFSS. Portanto, ele não é recomendado como para triagem de disfagia em pessoas com SDRA grave causada por COVID-19.

---

---

[Assessing Knowledge, Usage, and Perceptions of the Frazier Free Water Protocol: A Pilot Study.](#)

Kokush EM, Patel R, Boardingham CE, Rothman BF, Ward J, McKay OA, Yonclas P, Glass NE.

J Surg Res. 2024 Jan;293:381-388. doi: 10.1016/j.jss.2023.08.034. Epub 2023 Oct 6. PMID: 37806225

Segundo o Protocolo Frazier de Água Livre (FFWP) são administradas pequenas quantidades de água ou pedaços de gelo a pessoas com disfagia, 30 minutos após as refeições e apenas após cuidados de higiene oral rigorosos (pelo menos 2 minutos). São poucos os profissionais que conhecem o protocolo, e ainda menos os que o implementam.

---

---

[A Holistic Approach to Managing Secondary Dysphagia Following Prolonged Intubation and Tracheostomy: A Case Report.](#)

Bharadwaj A, Neema PK, Karim HMR, Borthakur MP, Khetarpal M.

Cureus. 2023 Feb 4;15(2):e34620. doi: 10.7759/cureus.34620. eCollection 2023 Feb. PMID: 36895537 Free PMC article.

Estudo de caso. Intervenções realizadas: controlo e dissociação dos tempos respiratórios antes da deglutição, deglutição forçada, propulsão da mandíbula, manobra de Masako, exercícios de fortalecimento da língua e administração de líquido espessado com sabor – durante três semanas. Aquando da introdução da oral semissólida, pequenas porções seguidas de deglutição forçada repetida.

---

[Expert consensus on the diagnosis and treatment of chest tightness variant asthma in China.](#)

China Asthma Group of Chinese Thoracic Society.

Zhonghua Yi Xue Za Zhi. 2023 Sep 12;103(34):2662-2673. doi: 10.3760/cma.j.cn112137-20230704-01143. PMID: 37475566 Chinese.

O consenso inclui: definição, epidemiologia, patogénese, manifestações clínicas, diagnóstico, diagnóstico diferencial, avaliação, tratamento, educação da gestão e prevenção da asma variante de aperto no peito (ATCT), além de propor um fluxograma para diagnóstico e tratamento da mesma.

---

## **APÊNDICE 4**

Contributo UCI - Guia para apresentação crítica estruturada do artigo científico

## Guia para Apresentação Oral do artigo

### “Disfagia e Reabilitação Respiratória no Síndrome Pós-Cuidados Intensivos”

Tema alinhado com o tema de investigação do relatório de estágio e com área de interesse/PMCQCE do serviço.

#### 1. Introdução e Descrição do Estudo (1-2 min)

**Tipo de Estudo:** Revisão da literatura - conceitos e mecanismos relacionados com a disfagia por Síndrome Pós-Cuidados Intensivos (PICS - *Post-Intensive Care Syndrome*) e a reabilitação respiratória.

**Objetivo:** Explorar a relação entre a reabilitação da disfagia e a reabilitação respiratória em pessoas em situação crítica com PICS.

**Problema Significativo para a Enfermagem:** A disfagia é uma complicação frequente em pessoas em situação crítica submetidas à intubação endotraqueal/traqueostomia e ventilação mecânica prolongada, e em especial em pessoas com PICS, com implicações no prognóstico e na qualidade de vida após a alta da UCI (risco aumentado de complicações, como pneumonia por aspiração, e tempo de internamento/institucionalização prolongado).

#### 2. Estrutura Conceptual e Modelo Teórico de Enfermagem (1 min)

O artigo enquadra-se nos referenciais de Afaf Meleis e de Callista Roy na medida em que aborda o processo de transição e de adaptação que pessoas em situação crítica enfrentam após o internamento numa UCI. A teoria das transições de Meleis foca-se no papel do EEER na identificação dos problemas e necessidades da pessoa em situação crítica e no plano terapêutico desenhado e desenvolvido pelo mesmo para a facilitação dos processos de transição. Enquanto a teoria de Roy foca-se no desenvolvimento de capacidades da pessoa em situação crítica e da sua família por forma a satisfazer o autocuidado, promovendo uma recuperação funcional e psicossocial sustentável.

#### 3. Enquadramento Teórico (1-2 min)

PICS refere-se ao aparecimento e/ou agravamento de disfunção motora, cognitiva e/ou mental em UCI. PICS é prevalente – pelo menos um sintoma em 60% das pessoas em situação crítica.

Os transtornos da deglutição resultam de trauma direto (intubação endotraqueal, traqueostomia) e/ou de disfunção neuromuscular<sup>7</sup> (associados à mobilidade reduzida, a ventilação mecânica prolongada, sedoanalgesia, bem como à fraqueza muscular adquirida na UCI), resultam também de transtorno da coordenação entre a respiração e a deglutição.

A incidência de fraqueza dos músculos respiratórios é duas vezes maior em comparação com fraqueza muscular dos restantes músculos em doentes críticos internados em UCI (63% versus 34%), tendo grande impacto na ventilação e na limpeza das vias aéreas.

#### **4. Resultados do Estudo e Interpretação pelos Autores (2-3 min)**

Um programa de reabilitação respiratória precoce mostrou-se eficaz na melhoria da função de deglutição e na redução de complicações associadas à disfagia em pessoas em situação crítica.

Avaliação da PICS = sinais vitais, estado de consciência, avaliação da força muscular e da capacidade de preensão, escala de desempenho de atividades da vida diária, teste de caminhada de seis minutos, prova de marcha, teste de endurance, escalas de ansiedade e de depressão, escala de qualidade de vida.

Avaliação da disfagia = videoflúscopia (gold standard). Não instrumentais - avaliação clínica da deglutição à beira do leito, o V-VST, a MASA (*Mann Assessment of Swallowing Ability*) e a MISA (*McGill Ingestive Skills Assessment*). O V-VST é a única validada para a pessoa em situação crítica.

Avaliação da função respiratória = consulta de dados do ventilador ou manômetro portátil (Powerbreathe KH2®) para obter a pressão inspiratória máxima através da boca ou do tubo oro-traqueal/traqueostomia (sempre que possível, avaliação instrumental, *gold standard*)

O treino muscular respiratório promove a contração do trígono submental, estimular a atividade muscular supra-hióidea, eleva o complexo glossofaríngeo e melhorar a abertura do esfíncter esofágico superior, promove o movimento da língua e de outros músculos relacionados à deglutição.

Um programa de 3 semanas de treino muscular respiratório com resistência<sup>8</sup> melhorou significativamente a capacidade respiratória e a função de deglutição.

---

<sup>7</sup> Fraqueza dos músculos respiratórios, fadiga, diminuição da mobilidade diafragmática (quarto dia), aumento da frequência inspiratória, descoordenação do encerramento da laringe, redução do período de apneia durante a deglutição, abertura do esfíncter supra-esofágico.

<sup>8</sup> Dez sessões de reabilitação/grupo, cada sessão com dez séries de exercícios por dia, cinco dias por semana, em que a carga de treino foi ajustada para 30% das pressões inspiratórias e expiratórias máximas, com incrementos semanais de 10cmH<sub>2</sub>O (1cmH<sub>2</sub>O = 0,098kPa) ajustadas à tolerância do doente.

Melhorias observadas: A função respiratória/ventilação, a coordenação entre respiração e deglutição, e a qualidade de vida das pessoas em situação crítica foram significativamente melhoradas através da reabilitação respiratória.

### **5. Implicações para a Prática Clínica de Enfermagem de Reabilitação (2 min)**

A reabilitação respiratória é uma componente importante do plano de cuidados de pessoas em situação crítica com disfagia.

É essencial um rastreio precoce e regular da disfagia, bem como identificar potenciais fatores de risco (por exemplo, doenças respiratórias, doenças neuromusculares, défice cognitivo, idade) e desenvolver intervenções de reabilitação personalizadas.

### **6. Questões Emergentes e Limitações do Estudo (1 min)**

Para além das limitações metodológicas, a ausência da apresentação de dados de avaliação antes e após as intervenções. Falta de consenso sobre o melhor protocolo para reabilitação de disfagia no PICS, bem como os instrumentos de avaliação para disfagia e disfunção respiratória por PICS mais adequados e/ou validados para a população portuguesa. Um ponto de partida para futuras investigações.

### **7. Conclusão (1 min)**

A prática de enfermagem de reabilitação deve evoluir para incluir estratégias de reabilitação precoces, individualizadas e contínuas, promovendo a reintegração do paciente à vida diária de forma segura e funcional.

### **Referência de artigo selecionado:**

Zhang, M., & Li, J. (2023). Dysphagia and respiratory rehabilitation in patients with Post-ICU Syndrome [Article in Chinese]. *Zhonghua Yi Xue Za Zhi*, 103(26), 1975–1979.

<https://doi.org/10.3760/cma.j.cn112137-20221122-02455>

## **APÊNDICE 5**

Processo de pesquisa nas bases de dados

Base de Dados	Fórmula de pesquisa	Resultado
Medline	(((chronic obstructive pulmonary disease[MeSH Terms]) OR ((((((chronic airflow obstruction[Title/Abstract]) OR (chronic obstructive airway disease[Title/Abstract])) OR (chronic obstructive lung disease[Title/Abstract])) OR (obstructive pulmonary disease[Title/Abstract])) OR (obstructive lung disease[Title/Abstract])) OR (chronic obstructive pulmonary disease[Title/Abstract]))) AND ((rehabilitation[MeSH Terms]) OR (((((rehabilitation[Title/Abstract]) OR (rehabilitation nursing[Title/Abstract])) OR (intervention*[Title/Abstract])) OR (treat*[Title/Abstract])) OR (manag*[Title/Abstract])))) AND ((deglutition disorders[MeSH Terms]) OR (((deglutition disorders[Title/Abstract]) OR (swallowing disorders[Title/Abstract])) OR (swallowing impairment[Title/Abstract])) OR (dysphagia[Title/Abstract]))) <b>Filter: MEDLINE</b>	147
Cinahl complete	TI ( chronic airflow obstruction OR chronic obstructive airway disease OR chronic obstructive lung disease OR obstructive pulmonary disease OR obstructive lung disease OR chronic obstructive pulmonary disease ) OR AB ( chronic airflow obstruction OR chronic obstructive airway disease OR chronic obstructive lung disease OR obstructive pulmonary disease OR obstructive lung disease OR chronic obstructive pulmonary disease ) OR MH Pulmonary Disease, Chronic Obstructive AND TI ( rehabilitation OR rehabilitation nursing OR intervention* OR treat* OR manag* ) OR AB ( rehabilitation OR rehabilitation nursing OR intervention* OR treat* OR manag* ) OR MH rehabilitation AND TI ( deglutition disorders OR swallowing disorders OR swallowing impairment OR dysphagia ) OR AB ( deglutition disorders OR swallowing disorders OR swallowing impairment OR dysphagia ) OR MH deglutition disorders <b>Filter: excluir registros MEDLINE</b>	12
Psychology and Behavioral Sciences Collection	TI ( chronic airflow obstruction OR chronic obstructive airway disease OR chronic obstructive lung disease OR obstructive pulmonary disease ) OR AB ( chronic airflow obstruction OR chronic obstructive airway disease OR chronic obstructive lung disease OR obstructive pulmonary disease OR obstructive lung disease OR chronic obstructive pulmonary disease ) AND TI ( deglutition disorders OR swallowing disorders OR swallowing impairment OR dysphagia ) OR AB ( deglutition disorders OR swallowing disorders OR swallowing impairment OR dysphagia ) AND TI ( rehabilitation OR rehabilitation nursing OR intervention* OR treat* OR manag* ) OR AB ( rehabilitation OR rehabilitation nursing OR intervention* OR treat* OR manag* )	2
Scielo	(DYSPHAGIA) AND (CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE) AND (REHABILITATION)	2