

Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização de Enfermagem de
Reabilitação

Relatório de Estágio

REGRESSO A CASA DO IDOSO COM
PERTURBAÇÕES NEUROCOGNITIVAS

Intervenções de reabilitação

Carla Maria Pereira Gonçalves Ribeiro

Lisboa

2019



Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização de Enfermagem de
Reabilitação

Relatório de Estágio

REGRESSO A CASA DO IDOSO COM
PERTURBAÇÕES NEUROCOGNITIVAS

Intervenções de reabilitação

Carla Maria Pereira Gonçalves Ribeiro

Orientador: Prof. Dra. Vanda Marques Pinto

Lisboa

2019

Nota: Este Relatório não foi redigido segundo o Novo Acordo Ortográfico aprovado pela Resolução da Assembleia da República n.º 26/91 e ratificado pelo Decreto do Presidente da República n.º 43/91, ambos de 23 de Agosto.

*Há três modos para ganhar sabedoria:
primeiro, por reflexão, que é o mais nobre;
segundo, por imitação, que é o mais fácil;
e terceiro, por experiência, que é o mais amargo.*

Confúcio

A ti, Ricardo,

pelos meses de ausência, curta permanência e de atenção em dívida, pelas
palavras que não ouvi, pelo carinho que não dei.

A ti, Francisco,

pelos momentos que não estive contigo, pelas horas que não brinquei contigo, pelos
abraços e beijos que não te dei.

AGRADECIMENTOS

- À Sr.^a Prof. Dra. Vanda por acreditar em mim e especialmente por respeitar e compreender o meu interesse particular pela pessoa com PNC, pelo apoio, compreensão e disponibilidade e pela paixão que me incutiu pela profissão e pela enfermagem de reabilitação, que foram essenciais para continuar.
- Ao Enf. Carlos pela orientação, motivação e por demonstrar interesse pela minha aprendizagem, proporcionando oportunidades de aprendizagem originais.
- Aos meus sogros pela tarefa árdua de me ajudarem a gerir o tempo de dedicação a este percurso.
- Aos meus pais que me ensinaram a importância do trabalho, da dedicação e do amor.
- A todos os doentes e familiares que cruzaram o meu caminho profissional e académico, por me estimularem a evoluir e a ser uma pessoa e uma enfermeira melhor e a tornarem, aquilo que é o início do meu percurso enquanto EEER, possível.
- Às equipas de enfermagem do ensino clínico, por facilitarem a operacionalização deste percurso
- Aos meus colegas de trabalho pelas trocas e pela paciência quando o cansaço falou mais alto.

A todos vós, o meu muito obrigado!

LISTA DE ACRÓNIMOS

ABVD – Actividades básicas de vida diária

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

AFID Diferença - Associação Nacional de Famílias para a Integração da Pessoa Deficiente

AIVD – Actividades instrumentais de vida diária

APER – Associação Portuguesa de Enfermeiros de Reabilitação

ASIA – American Spinal Injury Association

AVC – Acidente vascular cerebral

AVD – Actividades de vida diária

CHUC – Centro Hospitalar da Universidade de Coimbra

DGS – Direcção-Geral da Saúde

DSM – Direcção-Geral de Saúde

EAM – Escala de Ashworth Modificada

EE – Enfermeiro Especialista

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

EER – Especialidade em Enfermagem de Reabilitação

EºR – Enfermeiro/a de reabilitação

ER – Enfermagem de Reabilitação

ERI – Estruturas residenciais para idosos

ESSEM – Escola Superior de Saúde Egas Moniz

EVA – Escala Visual Analógica

EUA – Estados Unidos da América

FA – Fibrilhação Auricular

FC – Frequência Cardíaca

FT – Fisioterapia

HTA – Hipertensão arterial

IACS – Infecções associadas aos cuidados de saúde

IC – Insuficiência Cardíaca

LFS – Licença de fim-de-semana

LVM – Lesão vertebro-medular

MCDT – Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica

MFR – Medicina Física e Reabilitação

MI – Membro inferior

MID – Membro inferior direito

MIF – Medida de Independência Funcional

MMSE – Mini-Mental State Examination

MoCA – Montreal Cognitive Assessment

MRC – Medical Research Council

NIHSS – National Institute of Health Stroke Scale

OCDE/OECD – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS/WHO – Organização Mundial de Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

PNC – Perturbações neurocognitivas

PQCEER – Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SU – Serviço de Urgência

SV – Sinais Vitais

TA – Tensão arterial

TCE – Traumatismo crânio-encefálico

TF – Terapia da Fala

TO – Terapia Ocupacional

TOR – Terapia de Orientação para a Realidade

UC – Unidade Curricular

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

UMDR – Unidade de Média Duração e Reabilitação

UPP – Úlcera por pressão

URAP – Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados

USF – Unidade de Saúde Familiar

VIH – Vírus de imunodeficiência humana

RESUMO

Contexto: O processo de regresso a casa constitui, muitas vezes, um caminho de expectativas, dificuldades e frustrações, por parte do doente e família, implicando uma reintegração pessoal, familiar e social. Este processo é mais difícil num idoso, em que um internamento hospitalar implica, normalmente, um declínio funcional que se mantém após a alta e, mais ainda, quando este tem uma perturbação neurocognitiva (PNC).

O enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação (EEER) detém competências e responsabilidade na concepção, implementação e avaliação de programas especializados com vista à qualidade de vida, reintegração na sociedade, optimização de ganhos em saúde das pessoas com défice cognitivo e redução do declínio funcional (Widdall D., 2016).

Objetivos: Integrar no contexto de estágio; desenvolver competências de avaliação, tomada de decisão, planeamento e execução da intervenção de especialista e especialista em enfermagem de reabilitação; desenvolver o trabalho de articulação ao nível transdisciplinar e de liderança, mediação e gestão de caso; desenvolver um protocolo de mediação e intervenção do EEER no processo de regresso a casa da pessoa idosa com PNC.

Metodologia: Descritiva e reflexiva sobre as actividades realizadas no ensino clínico, de acordo com a Teoria (de Médio Alcance) do Conforto, de Katharine Kolcaba (Tomey A.M., Alligood M.R., 2004) e a literatura actualizada sobre o tema.

Resultados: Foi consolidada a matriz das competências de enfermeiro especialista e EEER preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros e de grau de mestre compreendidas nos descritores de Dublin. Foi elaborado um protocolo de mediação e intervenção do EEER no processo de regresso a casa do idoso com PNC.

Conclusão: O trabalho iniciado neste percurso irá ser continuado e melhorada a interligação das várias áreas da reabilitação. Além disso, pretende-se pôr em prática o protocolo elaborado, melhorá-lo e adaptá-lo a outras populações.

Palavras chave: Preparação do regresso a casa; Idoso; Perturbações neurocognitivas; Conforto; Reabilitação.

ABSTRACT

Context: Returning home process is often a path of expectations, difficulties and frustrations for patients and family demanding a personal, family and social reintegration. This process is harder in the elderly, in whom a hospital admission implies, most of the times, a functional decline that remains after discharge and even more when an elderly person has a neurocognitive disorder (ND).

The Specialist Rehabilitation Nurse (SRN) has expertise and responsibility in the design, implementation and evaluation of specialized programs to reach quality of life, reintegration in society, optimization of health gains for people with cognitive impairment and reduction of functional decline (Widdall D., 2016).

Objectives: To integrate in the clinical teaching; to develop evaluation, decision making, planning and accomplishment skills of specialist and SRN intervention; to develop a bonding work at the transdisciplinary and leadership, mediation and case management level; to develop a protocol of SRN mediation and intervention in the elderly with ND homecoming process.

Methodology: Description and reflection about the activities carried out in the clinical practice followed Katharine Kolcaba's (Medium-Sized) Comfort Theory (Tomey A.M., Alligood M.R., 2004) and updated literature about the subject.

Results: It was consolidated the Specialist Nurse and SRN competences recommended by the Portuguese Nurses Association and master's degree skills included in the descriptors of Dublin. A protocol of SRN intervention in the elderly with ND homecoming process was elaborated.

Conclusion: The work started on this project will be continued and will be improved the interconnection between different areas of rehabilitation. In addition, it is intended to put into practice the protocol made, to improve it and adapting it to other populations.

Key words: Patient discharge; Aged; Neurocognitive disorders; Comfort; Rehabilitation.

ÍNDICE

	Páginas
INTRODUÇÃO	15
1. ENQUADRAMENTO CIENTÍFICO E FORMATIVO	19
1.1 Conceitos	19
1.2 Preparação do regresso a casa do idoso com PNC	22
1.3 A intervenção do EEER	26
2. IMPLEMENTAÇÃO DO PROJECTO	31
2.1 Descrição e Análise das Actividades Desenvolvidas em Função dos Objectivos e das Competências	31
2.1.1 Objectivo 1 - Integrar no contexto de estágio	31
2.1.2 Objectivo 2 - Desenvolver competências de avaliação, tomada de decisão, planeamento e execução da intervenção de especialista e especialista em ER	36
2.1.3 Objectivo 3 - Desenvolver o trabalho de articulação ao nível transdisciplinar e de liderança, mediação e gestão de caso	42
2.1.4 Objectivo 4 - Desenvolver um protocolo de mediação e intervenção do EEER no processo de regresso a casa da pessoa idosa com PNC	45
2.2 Avaliação do desenvolvimento dos Objectivos e das Competências durante o Estágio	53
2.2.1 Objectivo 1 - Integrar no contexto de estágio	53
2.2.2 Objectivo 2 - Desenvolver competências de avaliação, tomada de decisão, planeamento e execução da intervenção de especialista e especialista em ER	55
2.2.3 Objectivo 3 - Desenvolver o trabalho de articulação ao nível transdisciplinar e de liderança, mediação e gestão de caso	57
2.2.4 Objectivo 4 - Desenvolver um protocolo de mediação e intervenção do EEER no processo de regresso a casa da pessoa idosa com PNC	58
3. CONSIDERAÇÕES FINAIS	65
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	71
APÊNDICES	
APÊNDICE I – GUIÃO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA	

APÊNDICE II – Projecto de Formação *REGRESSO A CASA DO IDOSO COM PNC: INTERVENÇÕES DE REABILITAÇÃO*

APÊNDICE III – Estudo de Caso *ER GLOBAL À PESSOA COM LVM*

APÊNDICE IV – *INSTRUMENTO DE REGISTO PADRONIZADO DE AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO DE ER*

APÊNDICE V – Caderno de Actividades *REABILITAÇÃO NO DOMICÍLIO: ATIVIDADES PARA REALIZAR EM CASA*

APÊNDICE VI – Sessão de Formação *NOVAS ABORDAGENS EM ER*

APÊNDICE VII – Jornal de Aprendizagem *POTÊNCIAR A ARTICULAÇÃO DOS CUIDADOS NA COMUNIDADE ATENDENDO À (DISPERSÃO) INTERVENÇÃO PLURIDIMENSIONAL E PLURIDISCIPLINAR*

APÊNDICE VIII – Poster Científico *REGRESSO A CASA DO IDOSO COM PNC: ALGORITMO DE INTERVENÇÃO*

APÊNDICE IX – *PROTOCOLO DE MEDIAÇÃO E INTERVENÇÃO DO EEER NO PROCESSO DE REGRESSO A CASA DA PESSOA IDOSA COM PNC*

INTRODUÇÃO

No culminar do 9º Curso de Mestrado em Enfermagem, na Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa e no decorrer da UC *Estágio com Relatório*, urge descrever, analisar e reflectir sobre o percurso de desenvolvimento de competências científicas, técnicas e humanas. Este percurso alicerçou-se na introdução de aspectos inovadores decorrentes do projecto de formação *Regresso a casa do idoso com perturbações neurocognitivas: intervenções de reabilitação* (apêndice II) realizado e aprovado, *a priori*, na UC *Opção 2 Projecto de Estágio* e, *a posteriori*, operacionalizado no ensino clínico para aqui ser sistematizado.

A temática deste relatório surge pelo interesse pessoal adquirido tanto pela experiência profissional (nas áreas das PNC, reabilitação e geriatria), como pela identificação de dificuldades inerentes à continuidade de cuidados de saúde e de reabilitação e à tomada de consciência, do doente e família, da necessidade de adaptação no regresso a casa, depois da permanência num ambiente técnico controlado. É legítimo o interesse para a saúde e para a sociedade, pois a temática remete para um esforço que tem que existir na garantia do regresso e permanência em casa, já que isto possibilita uma melhor qualidade de vida, socialização, função cognitiva e menos níveis de depressão (Nikmat A.W., Al-Mashoor S.H., Hashim N.A., 2015). A temática adequa-se à ER quando se analisam os PQCEER, isto é, a satisfação do doente, promoção de saúde, prevenção de complicações, bem-estar e autocuidado, readaptação funcional, reeducação funcional, promoção da inclusão social e organização dos cuidados (OE, 2011) e as áreas consideradas prioritárias na investigação da EER, como a capacitação da pessoa e cuidador informal e as intervenções autónomas do EºR na função cognitiva (OE, 2015).

O processo de regresso a casa constitui, muitas vezes, um caminho de expectativas, dificuldades e frustrações, por parte do doente e família, implicando uma reintegração pessoal, familiar e social, dificultada em algumas situações. No idoso, um internamento hospitalar implica, com grande probabilidade, um declínio funcional que se mantém após a alta. Quando um idoso tem associado uma PNC, acresce ainda um declínio cognitivo, mas muitas vezes a PNC inicia-se no internamento, o que implica uma necessidade de adaptação do doente e família à nova situação de saúde. Em ambos os casos podem ocorrer, cumulativamente, consequências sócio-

económicas ou outras morbilidades que importam não descurar. Apesar de isto ser um problema conhecido e até cada vez mais frequente, tanto as investigações nesta área são escassas e pouco minuciosas, conforme pude constatar com a elaboração da revisão *scoping* que realizei para a construção do projecto de formação (apêndice II); como me parece que existe, na generalidade, uma lacuna na organização dos cuidados de saúde face à garantia de uma preparação e acompanhamento adequados do doente e família no regresso a casa.

Houve necessidade de fasear os objectivos deste relatório. Ao construir o projecto de formação constituíram-se objectivos iniciais: compreender o impacto do regresso a casa dos idosos com PNC, no seu processo de reabilitação; identificar as necessidades dos idosos com PNC em processo de reabilitação, no regresso a casa; e compreender as intervenções do EEER na preparação do regresso a casa dos idosos com PNC. Já no sentido de dar continuidade ao projecto de formação, durante o ensino clínico, foram elaborados e implementados objectivos para ir ao encontro do desenvolvimento das competências de EE, EEER (segundo OE, 2010a e OE, 2010) e das competências académicas para a obtenção do grau de mestre (de acordo com os descritores de Dublin instituídos em Decreto-Lei 107/2008 de 25 de Junho (Diário da República Série I, Nº121 (25-06-2008)). Estes objectivos foram: integrar no contexto de estágio; desenvolver competências de avaliação, tomada de decisão, planeamento e execução da intervenção de especialista e especialista em ER; desenvolver o trabalho de articulação ao nível transdisciplinar e de liderança, mediação e gestão de caso; desenvolver um protocolo de mediação e intervenção do EEER no processo de regresso a casa da pessoa idosa com PNC.

A metodologia científica do presente relatório prendeu-se com a construção de um protocolo de revisão *scoping* e da consequente revisão (que constam do projecto de formação, no apêndice II). Já a metodologia formativa prendeu-se com o cumprimento das actividades propostas para o ensino clínico (descritas no projecto de formação, no apêndice II) e com a operacionalização deste relatório.

O ensino clínico teve uma componente de prática clínica (num total de 500 horas), com uma duração de dezoito semanas divididas, primeiro, em nove semanas em contexto hospitalar, seguidas de nove semanas em contexto comunitário. Para além desta componente, complementou-se com um dia de observação de programas de reabilitação cognitiva e sensorial, com a participação no XVI Curso Pós-Graduado sobre Envelhecimento *Geriatrics prática* e nas I Jornadas de Enfermagem da ESSEM

Sustentabilidade e Inovação e, por último, com uma comunicação, através de poster científico, garantindo, assim, o cumprimento do desenvolvimento de competências.

Este relatório está dividido em quatro partes. Inicia-se com esta introdução, onde é abordada sucintamente a problemática e a sua pertinência, o âmbito e objetivos do projecto de formação. Já numa segunda parte, é abordado o enquadramento científico e formativo relativo a alguns conceitos, à pertinência e justificação do tema e à sustentação da prática de cuidados na filosofia inerente à Teoria (de Médio Alcance) do Conforto, de Katharine Kolcaba. Segue-se uma terceira parte, onde é apresentada a descrição e análise das actividades de acordo com os objetivos traçados e onde é elaborada a respectiva avaliação, com o intuito de evidenciar o processo de desenvolvimento de competências. Por último, apresenta-se uma reflexão global do percurso realizado com as considerações finais.

1. ENQUADRAMENTO CIENTÍFICO E FORMATIVO

Este capítulo alerta para conceitos-chave que permitem a compreensão da temática em estudo e sustenta, teoricamente, o desenvolvimento das actividades desenvolvidas no ensino clínico e a justificação da temática na ER. Igualmente, apresenta a filosofia de cuidados e o conhecimento actualizado sobre a temática em estudo (tendo sido escrutinado através de uma revisão *scoping*, com protocolo descrito no projecto de formação, no apêndice II).

1.1 Conceitos

Existem diversas teorias do envelhecimento e definições de velhice, conforme se constata em Oliveira, C. R., Mota Pinto, A. (2014), contudo é consensual que a velhice não está determinada para uma faixa etária estanque, antes tem uma variabilidade individual e sócio-cultural. Os factores que condicionam a definição de velhice nos países desenvolvidos, segundo Kowal P, Dowd JE (2001) citando Glascock (1980), são a biologia/cronologia, a mudança no papel social e a alteração de capacidades. Numa tentativa de generalizar a idade de início de velhice, transversal aos países desenvolvidos e em desenvolvimento, a ONU, de acordo com Kowal P, Dowd JE (2001), estabeleceu um valor de corte a partir dos 61 anos. No entanto, como o factor mais preponderante para o início da velhice nos países desenvolvidos é, segundo Kowal P, Dowd JE (2001) citando Gorman (2000), a relação entre a perda do papel social e o declínio físico que ocorre, muitas vezes, associada à passagem para a reforma, normalmente aos 65 anos, foi este o critério escolhido para a definição de idoso.

Os factores mencionados anteriormente e que caracterizam a velhice pertencem aos domínios biológico, psicológico, social, financeiro e neurocognitivo. O domínio neurocognitivo abrange, segundo a American Psychiatric Association (2013), a atenção complexa (atensões sustentada, dividida, seletiva e velocidade de processamento); a função executiva (relacionada com o planeamento, a tomada de decisão, a memória de trabalho, a resposta a *feedback*/correção de erros, a substituição/inibição de hábitos e a flexibilidade mental); a aprendizagem e memória (memórias imediata, recente [recordação livre, recordação por pistas e memória de reconhecimento], de muito longo prazo [semântica, autobiográfica] e a aprendizagem implícita); a linguagem (linguagens expressiva [nomeação, encontrar palavras,

fluência, gramática e sintaxe] e receptiva); a capacidade percepto-motora (relacionada com habilidades abrangidas por percepção visual, capacidades visuoespaciais, perceptomotora, e práxis e gnosia); e a cognição social (relacionada com reconhecimento de emoções e com a teoria da mente).

As alterações do domínio neurocognitivo decorrentes do envelhecimento fisiológico apresentam-se numa grande variabilidade individual em termos de grau e de tipo. No entanto, segundo Santana I. e Duro D. (2014), estão habitualmente associadas a: velocidade (de processamento e execução psicomotora); a atenção (dividida e selectiva); memória (memória prospectiva, inibição e recuperação consciente da informação, memória episódica sobretudo a visual e memória de longo prazo); flexibilidade (formação de conceitos e abstracção); julgamento visuoperceptivo; orientação espacial e habilidades construtivas; aprendizagem; e capacidades “fluidas” (resolução de problemas e desempenho em tarefas novas).

Existem, contudo, alterações neurocognitivas patológicas, as PNC (que podem ocorrer em qualquer idade), conforme nomenclatura da American Psychiatric Association (2013) no DSM V, pelo que é importante distinguir das anteriores. O *delirium* e as síndromes de PNC major ou leve e os seus subtipos etiológicos (designadas de demência, *delirium*, perturbação amnésica e outras perturbações cognitivas no DSM IV), que são perturbações adquiridas do domínio neurocognitivo. O *delirium* é caracterizado por uma perturbação da atenção, da consciência e de um ou mais domínios neurocognitivos e pode ser, agudo ou persistente, e hiperactivo, hipoactivo ou com nível misto de atividade e é consequente à intoxicação ou abstinência de substâncias ou à iatrogenia. As síndromes de PNC definem-se com a presença de declínio cognitivo face ao nível anterior de desempenho em um ou mais domínios neurocognitivos. Os subtipos major ou leve de PNC diferenciam-se pela intensidade do declínio funcional e ambos têm etiologias, como a doença de Alzheimer, a doença vascular (como pode acontecer no AVC), a doença por corpos de Lewy, a doença de Parkinson, a degeneração lobar frontotemporal, a lesão cerebral traumática (como pode acontecer no TCE), a infecção por VIH, a PNC induzida por substância/medicamento, a doença de Huntington, ou outras condições médicas.

O tópico central do tema deste relatório, o regresso a casa, diz respeito ao percurso de uma pessoa entre o internamento hospitalar, a alta e a adaptação a casa. Assim, fala-se na existência de uma preparação do regresso a casa quando se

promove, de acordo com Rebelo, M.T. (2012), uma capacitação do doente e da família para os cuidados de saúde após a alta e uma reintegração do doente na família e na comunidade. Isto revela, não só uma preocupação com a saúde, o bem-estar e a segurança do doente e família, mas também uma mobilização de recursos que facilitem este processo. A compreensão do que é a preparação do regresso a casa depende da clarificação e distinção de conceitos associados, interligados ou complementares.

Primeiro, a alta hospitalar designa, essencialmente, a saída do doente do hospital mediante critérios médicos e requer um processo administrativo. Em muitos países estabeleceu-se a preparação para a alta como um procedimento com vista à redução de despesas nos sistemas de saúde e a melhoria dos ganhos em saúde dos doentes. De acordo com Gonçalves-Bradley DC, Lannin NA, Clemson LM, Cameron ID, Shepperd S. (2016), esta preparação deve consistir num plano personalizado de alta que garanta a saída do doente do hospital no momento certo face às necessidades de cuidados que apresenta, com a devida articulação com outras entidades prestadoras de cuidados. Deste modo, segundo o mesmo estudo, reduz-se o tempo de internamento, previne-se os reinternamentos, melhora-se a relação e a organização das entidades prestadoras de cuidados e a satisfação dos doentes. Após a alta hospitalar assiste-se, muitas vezes, à necessidade de um período de convalescença e, portanto, a uma gestão de cuidados de saúde no ambulatório, motivo pelo qual a alta hospitalar deve contemplar, segundo Johnson A., Sandford J., Tyndall J. (2003), um plano estruturado com informação precisa, verbal e escrita. Além do mais, deve caracterizar-se, segundo Dizon M. L.; Reinking, C. (2017), por uma abordagem sistémica e multiprofissional, partindo das necessidades do doente e acontecer, não só no momento da alta, mas desde a admissão até ao pós-alta, combinada com *follow-ups* (Strong S., Glen Ellyn I.L., Bettin A., 2015).

Os critérios inerentes à decisão sobre o destino dos doentes dependentes no momento da alta hospitalar são, segundo Petronilho F.A.S. (2013): a condição de saúde do doente (e conseqüente grau de independência e potencial de autonomia), os recursos familiares (partindo da dinâmica familiar, da existência de dependência intergeracional, e da disponibilidade e capacidade da família para tomar conta) e da comunidade (suporte de cuidados de saúde e da rede social). De acordo com o mesmo autor, o destino preferencial dos doentes dependentes após a alta hospitalar, em Portugal, ainda parece ser o domicílio, seguido pela referência para a RNCCI e, por último, as ERI e as famílias de acolhimento.

Outros conceitos relacionados são a transição de cuidados, a integração de cuidados e a coordenação de cuidados. O primeiro e de acordo com a DGS (2017), dá-se aquando da transferência de responsabilidade de cuidados e de informação, quer intra, quer interinstitucional e constitui um período de maior vulnerabilidade na segurança dos doentes, como nas admissões e altas hospitalares. O segundo e como referido por Dias A., Queirós A. (2010), diz respeito à organização do sistema de saúde de forma a garantir uma melhor eficiência na adequação do tipo e volume de recursos face às necessidades concretas dos doentes e fazê-lo em tempo útil e no local mais apropriado. Actualmente, considera-se relevante repensar a hospitalização, apostando no ambulatório de forma a aumentar a qualidade assistencial e a aumentar a eficiência técnica e económica, sobretudo no cenário do envelhecimento populacional. O terceiro, segundo Dias A., Queirós A. (2010), está focado na gestão dos processos clínicos, de forma a aumentar a coerência do percurso de saúde dos doentes crónicos e minimizar a fragmentação e duplicação de procedimentos.

Neste sentido surgem, adicionalmente outros três conceitos (de acordo com as definições de Dias A., Queirós A., 2010). Os cuidados continuados, que são aqueles que são providenciados aos doentes, num período longo de tempo. A gestão da doença, pensada para a existência de um plano de saúde, a longo prazo, que contempla os diferentes estádios da doença crónica. Finalmente, a gestão de caso, a um nível mais macroscópico, implica a coordenação das respostas do sistema de saúde face à avaliação das necessidades do doente e a responsabilização pela monitorização da prestação de cuidados.

1.2 O regresso a casa do idoso com PNC

No contexto actual e de acordo com Barros P, de Almeida Simões J. Portugal (2007), o tempo de hospitalização (pelos riscos inerentes, como IACS, síndrome de imobilidade) e as taxas de reinternamento hospitalares (que podem revelar uma ineficácia nos cuidados de saúde) constituem indicadores da evolução da qualidade dos cuidados, nomeadamente em Portugal. Contudo, a par com esta realidade, assiste-se e é cada vez mais frequente a ocorrência de altas hospitalares precoces (o que implica um período de convalescença em casa), como relembra Johnson A, Sandford J, Tyndall J (2003) e Gonçalves-Bradley D.C., Lliffe S., Doll H.A., Broad J., Gladman J., Langhorne P., ... Shepperd S. (2017), pelo que uma boa preparação do regresso a casa se torna cada vez mais importante.

A prestação de cuidados de saúde, em Portugal, está sujeita ao respeito pelos direitos e deveres dos doentes (Lei nº15/2014, de 21 de Março e Portaria nº87/2015), que asseguram uma continuidade de cuidados de saúde, com a devida articulação entre prestadores e a capacitação do doente e família. Assim, o doente tem direito à prestação de cuidados continuados (ou seja, ao acompanhamento de saúde até à completa convalescença, com a coordenação entre os prestadores de cuidados e a disponibilização de conhecimentos considerados necessários, ao doente e família) e tem direito a ser informado sobre a sua situação de saúde (que deve ser clara e ter em conta as capacidades de compreensão do doente), mas também tem o dever de colaborar com os profissionais de saúde e respeitar as indicações terapêuticas. De acordo com a Carta dos direitos do doente internado (DGS, 2005) está ainda mais explícita a necessidade de preparação do regresso a casa, pois o doente internado tem direito à continuidade de cuidados, sendo estes de saúde, mas também relacionados com as necessidades sócio-económicas, habitacionais e familiares, com o objectivo de uma preparação da alta, que se inicia o mais cedo possível e que deve contemplar um documento escrito.

No que diz respeito à população idosa, esta é mais vulnerável a doenças e incapacidades face à população mais jovem e para muitos idosos, segundo a WHO (2005), a admissão hospitalar conduz a um declínio funcional que permanece após a alta. Por isto e pelo cenário do envelhecimento populacional, importa trabalhar para implementar e melhorar a preparação do regresso a casa, tornando-o seguro, eficaz e mediado entre os cuidados hospitalares e os cuidados prestados na comunidade. A conjugação entre os cuidados de saúde e os cuidados sociais são, de acordo com a WHO (2005), um factor crucial para a redução dos reinternamentos hospitalares.

Pela definição das PNC, compreende-se a existência de diversas condições de saúde que podem estar implicadas (desde situações de instalação aguda ou insidiosa a casos crónicos): todos os tipos de demência, o *delirium*, grande parte dos AVC e dos TCE, neoplasias cerebrais, entre outros, pelo que não é possível quantificar as PNC com minúcia. No entanto, sabe-se que o envelhecimento populacional tem permitido um aumento exponencial das doenças não transmissíveis e que, segundo a Assembleia-Geral das Nações Unidas (2011) “a sobrecarga global e a ameaça [destas] constituem um dos maiores desafios do desenvolvimento no século XXI e que as perturbações mentais e neurológicas são uma importante causa de morbilidade” (WHO, p. V, 2012). Na generalidade dos internamentos hospitalares, mais de 30% dos doentes apresenta necessidades de cuidados cognitivos que não são

habitualmente reconhecidas pelos profissionais de saúde ou pelas instituições (Widdall D., 2016). Dando apenas o exemplo da demência como condição *sine qua non* de PNC, estima-se que afecte 2% das pessoas com idades entre os 65 e 69 anos e 40% das pessoas com mais de 90 anos (OECD, 2017), ou que afecte 35.6 milhões de pessoas em todo o mundo, número que se prevê triplicar em 2050 (WHO, 2012) e em Portugal tem uma prevalência de 19,9 pessoas por mil habitantes (sendo o quarto país da OCDE com mais pessoas com demência, estando acima de 14,8, a média da OCDE), segundo OECD (2017). Em simultâneo, sabe-se que ¼ das camas hospitalares é ocupada por idosos com demência (Alzheimer's Society, 2009) e mais de 1/3 das pessoas com demência internadas são institucionalizadas após a alta.

A institucionalização dos idosos é maior na demência e na coexistência com determinados grupos de doenças (Lin R.Y., Scanlan B.C., Liao W., Nguyen T.P., 2015) e está associada, segundo Nazir A., LaMantia M., Chodosh J., Khan B., Campbell N., Hui, S., Boustani M. (2013), a um aumento das taxas de reinternamento nos idosos com PNC. O regresso e a permanência em casa, permite uma maior qualidade de vida e socialização, melhor função cognitiva e menos níveis de depressão, face aos idosos institucionalizados (Nikmat A.W., Al-Mashoor S.H., Hashim N.A., 2015).

O planeamento do regresso a casa deve começar no início do internamento e prolongar-se até um mínimo de seis semanas após a alta (Mockford C., Seers K., Murray M., Oyebode J., Clarke R., Staniszewska S., ... Sharma U., 2016). O idoso com PNC internado é mais vulnerável a determinadas situações: na maior probabilidade de eventos adversos, de mortalidade, de duração do internamento (Marengoni A., Nobili A., Romano V., Tettamanti M., Pasina L., Djade S., ..., Mannucci P.M., 2013 e Fogg C., Meredith P., Bridges J., Gould G. P., Griffiths P., 2017), de desenvolvimento de incontinência (Furlanetto K., Emond K., 2016); no maior risco perioperatório (Damulevičienė G., Lesauskaitė V., Macijauskienė J., Smigelskas K., Venskutonis D., 2013 e Zietlow K., McDonald S., Sloane R., Browndyke J., Lagoo-Deenadayalan S., Heflin M.T., 2018) e de declínio funcional (Bliemel C., Lechler P., Oberkircher L., Colcuc C., Balzer-Geldsetzer M., Dodel R., ..., Buecking B., 2015). Concretamente no *delirium* há uma associação entre a diminuição das funções neurocognitivas (Witlox J., Slor C. J., Jansen R. W. M.M., Kalisvaart K. J., van Stijn M. F. M., Houdijk A. P. J., ..., de Jonghe J. F. M., 2013) e o aumento da fragilidade, três meses após a alta (Verloo H., Goulet C., Morin D., von Gunten A., 2016).

Os programas de transição de cuidados com idosos com PNC, revelam bons resultados e semelhantes aos dos idosos sem PNC (Peel N.M., Chan K.W., Hubbard

R.E., 2015), mas são, muitas vezes, desajustados das necessidades dos doentes e família (Mockford C., et al., 2016 e Chenoweth L., Kable A., Pond D., 2015). Estas necessidades, de acordo com Mockford C. (2015), continuam a não ser bem conhecidas pela comunidade científica, uma vez que existe pouca literatura sobre a experiência da alta hospitalar para os doentes com problemas de memória não diagnosticados ou com demência e cuidadores.

No entanto, sabe-se que as necessidades dos idosos com PNC no processo de regresso a casa, relacionam-se com uma diminuição da participação nas actividades do foro social e doméstico (Hughes A.J., Hartoonian N., Parmenter B., Haselkorn J.K., Lovera J.F., Bourdette D., Turner A.P., 2015) e da autopercepção dos défices de compreensão, bem como com a dificuldade em recordar indicações terapêuticas (Hvidt L.N., Hvidt K.N., Madsen K., Schmidt T.A., 2014). Já no que diz respeito às necessidades dos cuidadores, elas são, segundo Steiner V; Pierce LL; Salvador D. (2016), a aprendizagem para lidar com o autocuidado (cuidadores formais) e com as alterações comportamentais (família), mas também relacionam-se com a insatisfação da família na comunicação, no planeamento de alta e na gestão da medicação (Whittamore K.H., Goldberg S.E., Bradshaw L.E., Harwood R.H., 2014) e com a necessidade de estruturas para o “descanso do cuidador” (apoio domiciliário, centros de dia ou internamento temporário), segundo Vecchio N., Fitzgerald J.A., Radford K., Fisher R. (2016) e Nikmat A.W., Al-Mashoor S.H., Hashim N.A. (2015).

No processo de alta hospitalar e no caso de pessoas com demência, a tomada de decisão sobre a capacidade de regressar a casa enfrenta a complexidade da avaliação, a existência de situações-limite e a importância temporal, segundo Poole M., Bond J., Emmett C., Greener H., Louw S.J., Robinson L., Hughes J.C. (2014). O mesmo autor sugere atitudes de melhoria do processo de alta: apoio e treino dos profissionais, doentes e famílias; cuidados centrados no doente; avaliação adequada incluída na prática diária; e a existência de unidades de reabilitação. Para além disso, neste processo existem barreiras, identificadas por Kable A., Chenoweth L., Pond D., Hullick C. (2015), para os profissionais do contexto hospitalar (gestão difícil dos doentes no contexto agudo, pressão institucional para a saída precoce dos doentes do hospital, desequilíbrio entre a oferta de estruturas de acompanhamento no pós alta e as necessidades; e dificuldade de articulação com as mesmas) e para os do contexto comunitário (inadequada notificação da alta, existência de eventos adversos e declínio funcional e dúvidas dos doentes e familiares sobre as indicações terapêuticas).

1.3 A intervenção do EEER

Os objectivos de um programa de preparação para a alta referidos por Gonçalves-Bradley D.C., et al. (2016), são o bem-estar e a satisfação. Nightingale (1859) lembrava que a observação clínica era justificada “para salvar a vida e aumentar a saúde e o conforto” (Tomey A.M., Alligood M.R., p. 481, 2004).

Assim, este projecto está baseado na concepção de enfermagem da Teoria (de Médio Alcance) do Conforto, de Katharine Kolcaba, que implica o desenvolvimento de uma prática centrada nas necessidades dos doentes, dentro ou fora das instituições e explica a relação directa do conforto com o desempenho da função, designando o alcance do estado de conforto, através dos cuidados de enfermagem, como o veículo para o progresso na reabilitação, segundo Kolcaba K. (2003) citando Panno, Kolcaba, Holder (2000).

A Teoria foi estudada em várias populações, nomeadamente em idosos com demência e permitiu a redução do tempo de internamento, menos readmissões (e, portanto, uma redução dos custos relacionados com os cuidados de saúde), a melhoria da condição funcional e da resposta a terapias, um tratamento mais rápido e o aumento da satisfação dos doentes, segundo Tomey A.M., Alligood M.R. (2004). Assim, o conforto torna-se um facilitador e um co-adjuvante da reabilitação, pelo que é um conceito que, naturalmente, é importante na reabilitação e na ER, na medida em que visa abarcar o todo do doente, conforme descrito adiante.

A Teoria, de acordo com Kolcaba K. (2003), baseia-se na existência de necessidades de cuidados de saúde (físicas, psico-espirituais, sociais e ambientais) e stressores (resultantes de situações de cuidados de saúde provocadoras de tensão), satisfeitos através das medidas de conforto (intervenções de enfermagem) e facilitadas com a existência de integridade institucional (instituições com qualidades ou condições de integridade, segurança, apelatividade, honestidade). As medidas de conforto são condicionadas pelas variáveis intervenientes (forças de interacção que influenciam a percepção acerca do conforto total, como sejam as experiências passadas, idade, postura, estado emocional, sistema de suporte, prognósticos e capacidade económica) e permitem alcançar o conforto (condição experimentada, imediata e holística). Existem três tipos de conforto: o alívio (baseado na teoria de Orlando), que diz respeito à satisfação de uma determinada necessidade, a tranquilidade (baseada na teoria de Henderson), que diz respeito à manutenção da homeostase e da promoção do estado de contentamento com a satisfação das necessidades e a transcendência (baseada na teoria de Paterson e Zderad), que diz

respeito a ultrapassar as dificuldades, os problemas e o sofrimento que advêm das necessidades de cuidados de saúde e dos stressores. A finalidade última é, então, a integração de comportamentos de procura de saúde (conforme nomenclatura de Schlotfeldt R.), que se pode traduzir num maior empenho e motivação para o processo de reabilitação, maior satisfação e melhoria do estado de saúde, favorecendo a qualidade dos cuidados de ER, preconizado pelo PQCEER.

Sabe-se que a aplicação dos princípios da ER (promoção da saúde, manutenção das capacidades e dos papéis, prevenção e redução da incapacidade) em todos os contextos de saúde permite otimizar os ganhos em saúde das pessoas em risco ou com défice cognitivo, reduzir o declínio funcional e travar o número de episódios de descompensação (Widdal D., 2016). Segundo Hoeman S.P. (2000), a maioria das pessoas com PNC de uma qualquer etiologia pode demonstrar uma grande amplitude de comportamentos, muitas vezes causadores de problemas nas relações pessoais e sociais e que podem conduzir ao isolamento dos doentes e das suas famílias, dificultando o processo de regresso a casa. O E^oR, segundo o mesmo autor, é determinante na reintegração na comunidade, sobretudo em processos mais morosos, como sejam aqueles em que coexistem incapacidades neurocognitivas e físicas.

A prática clínica foi alicerçada, não só na Teoria (de Médio Alcance) do Conforto, de Katharine Kolcaba e nos princípios que norteiam a ER, mas também nos pilares da preparação para a alta da população idosa, de acordo com WHO (2005), no modelo da Avaliação Geriátrica Global (Ermida JG, 2014) e levando em conta os conhecimentos adquiridos na literatura. Os pilares mencionados dizem respeito à avaliação geriátrica (ao longo do acompanhamento), ao programa de preparação para a alta (personalizado, iniciado na admissão hospitalar e continuado em casa), ao apoio/acompanhamento após a alta (com mobilização de recursos familiares e comunitários) e à educação (para a saúde e segurança, ao doente e à família/cuidadores).

Já a Avaliação Geriátrica Global, assim designada pelo Núcleo de Estudos de Geriatria da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna (aplicando os princípios da *Comprehensive Geriatric Assessment* iniciada nos anos 1960' nos E.U.A. e mais difundida desde 1994), segundo Ermida J.G. (2014), tem o objectivo de melhorar a capacidade diagnóstica e de estabelecer, coordenar e adequar planos de cuidados, serviços e intervenções de forma a aumentar a sobrevida e a melhoria funcional dos idosos, partindo de uma avaliação multidisciplinar da saúde física, saúde mental,

capacidade funcional e avaliação social. Segundo o mesmo autor, esta está pensada como essencial para indivíduos com 75 ou mais anos, mas também àqueles com 65 e mais anos com pluripatologia, polimedicação, doença crónica, diminuição cognitiva ou funcional significativa, falta de apoio social ou institucionalização, numa periodicidade de um a dois anos e sempre aquando de doença grave, luto, alterações do modo de vida, deverá ser realizada no local de residência, nos cuidados de saúde primários ou no hospital (onde é aconselhado como procedimento de rotina).

As estratégias de ER com vista à preparação e adaptação do doente e família no regresso a casa encontradas, implícitas na literatura (já que não foram encontrados estudos que envolvam intervenções realizadas por E^oR), vão de encontro às competências de avaliação multidimensional, mas também da integração desta no plano de saúde global e de reabilitação dos doentes, pelo EEER, tanto no contexto hospitalar como comunitário.

Estas estratégias são, primeiro, a existência de cuidados especializados (Whittamore K.H., et al., 2014) e de um coordenador do plano de saúde (Mockford C., et al., 2016), a articulação entre serviços e instituições (Kable A., et al. 2015), a existência de serviços de reabilitação (Stineman M.G., Xie D., Kurichi J.E., Kwong P.L., Vogel W.B., Ripley D.C., Bates B.E., 2014 e Poole M., et al., 2014), com melhoria do apoio domiciliário e social (Mockford C., et al., 2016, Nikmat A.W., Al-Mashoor S.H., Hashim N.A., 2015 e Hamers J.P., Bleijlevens M.H., Gulpers M.J., Verbeek H., 2016), recorrendo a equipas multidisciplinares de geriatria que os coordenem e monitorizem (Samus Q.M., Johnston D., Black B.S., Hess E., Lyman C., Vavilikolanu A., ... Lyketsos C.G., 2014). Segundo, deve ter como base programas de transição de cuidados transversais e sistemáticos (Peel N.M., Chan K.W., Hubbard R.E., 2015 e Naylor M.D., Hirschman K.B., Hanlon A.L., Bowles K.H., Bradway C., McCauley K.M., Pauly M.V., 2014), escritos e acordados mutuamente com os doentes e família (Mockford C., et al., 2016).

Os recursos utilizados devem incluir a avaliação geriátrica global, incluindo os factores de risco (Damulevičienė G., et al., 2013), a gestão geriátrica perioperatória (Zietlow K., et al., 2018) a avaliação cognitiva, mesmo na urgência (Ouellet M-C., Sirois M-J., Beaulieu-Bonneau S., Gagné M-E., Morin J., Perry J., ..., Émond M., 2016). Posteriormente, devem-se adoptar comportamentos de prevenção e redução de eventos adversos (Marengoni A., et al., 2013), da fragilidade (Verloo H., et al., 2016) e do declínio cognitivo e funcional (Bliemel C., et al., 2015 e Hamers J.P., et al., 2016). Depois, deve-se reforçar o apoio ao doente e família (Fogg C., et al., 2017),

garantir a reabilitação cognitiva inserida numa reabilitação global, inovando (Hughes A.J., et al., 2015 e Zuniga K.E., Mackenzie M.J., Kramer A., McAuley E., 2016), a reabilitação da eliminação (Furlanetto K., Emond K., 2016), adoptar uma comunicação simples e objectiva e *follow-ups* (Hvidt L.N., Hvidt K.N., Madsen K., Schmidt T.A., 2014), proceder à gestão e revisão da medicação (Hvidt L.N., et al., 2014), à melhoria da autoeficácia do doente (Hughes A.J., et al., 2015 e Whittamore K.H., et al., 2014), ao *empowerment* e ensino do cuidador (Nikmat A.W., Al-Mashoor S.H., Hashim N.A., 2015), nomeadamente prevenindo a contenção desnecessária dos doentes (Hamers J.P., et al., 2016). Concluindo, deve-se promover a integração comunitária e familiar (Hughes A.J., et al., 2015), apostando por exemplo na “telemedicina”, que está a ser estudada por Realdon O., Rossetto F., Nalin M., Baroni I., Cabinio M., Fioravanti R., ..., Baglio F. (2017).

2. IMPLEMENTAÇÃO DO PROJECTO

Este capítulo começa por descrever e analisar as actividades desenvolvidas durante o ensino clínico. Para facilitar a leitura e compreensão, optei por fazer isto em função dos objectivos traçados no projecto de formação (apêndice II) e dos contributos para o desenvolvimento de competências de EE e EEER, preconizadas pela OE e das competências de mestrado preconizadas pelos descritores de Dublin. Este capítulo conclui-se com a respectiva avaliação das actividades mencionadas, também em função de cada um dos objectivos estabelecidos.

2.1 Descrição e Análise das Actividades Desenvolvidas em Função dos Objectivos e das Competências

2.1.1 Objectivo 1 - Integrar no contexto de estágio

Integrar nos contextos de estágio constituiu o primeiro objectivo de estágio do projecto de formação. Este, foi partilhado com um dos resultados de aprendizagem e critérios de avaliação esperados no estágio com a compreensão da “dinâmica de funcionamento do serviço e instituição e a articulação entre serviços e com a comunidade com evidência no papel de E^oR” (Oliveira J.P.C., p. 2, 2018).

Este objectivo foi pensado levando em conta que a transição de enfermeira de cuidados gerais para EE implica perceber o que é ser enfermeira especialista na prática clínica e de que forma eu posso contribuir com a área específica da ER. Assim, surge a necessidade de me integrar, ou “tornar-me inteira, possuir na minha constituição ou formação, tornar-me parte de um conjunto ou de um grupo [e, ainda], adaptar-me ou combinar-me” (dicionário Priberam). Deste modo e depois de desenvolver essas competências, adquirir um elevado nível de julgamento clínico e tomada de decisão e ter um papel activo e decisivo na orientação e liderança na prestação de cuidados (OE, 2010a), nomeadamente nos cuidados “às pessoas com doenças agudas ou crónicas ou com as suas sequelas [para] maximizar o seu potencial funcional e independência” (OE, p.1, 2010b).

Pelo exposto, a realização deste objectivo permitiu-me desenvolver, sobretudo, os domínios de competências do EE nas áreas da responsabilidade profissional, ética e legal (o que eu julgo ser a base do exercício profissional de enfermagem e que para um EE tem um acréscimo de responsabilidade por dever constituir-se como exemplo para as equipas) e da melhoria contínua da qualidade (aqui, o EE tem, não só que, individualmente, garantir a qualidade dos cuidados, mas promover no seio das

equipas acções de progressiva melhoria na prestação de cuidados da equipa). Bem como, a competência do EEER relativa ao capacitar a pessoa com deficiência, limitação da actividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania (tendo em conta que a integração permite o conhecimento e a mobilização dos recursos existentes para a reinserção do doente na comunidade).

Reportando aos descritores de Dublin instituídos em Decreto-Lei 107/2008 de 25 de Junho (Diário da República Série I, N^o121 (25-06-2008), penso que este objectivo vai, essencialmente ao encontro da comunicação: “capaz de comunicar as suas conclusões – e os conhecimentos e os raciocínios a elas subjacentes – quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades”.

Para tal, planeei actividades: identificação dos recursos humanos, físicos e materiais existentes no serviço e nas estruturas que lhe dão apoio; conhecimento das rotinas, normas e protocolos utilizados e projectos desenvolvidos ou a desenvolver; conhecimento da equipa de enfermagem e multiprofissional; conhecimento da articulação do serviço com outros serviços e com as estruturas da comunidade; esclarecimento de dúvidas referentes ao funcionamento do serviço com o EEER orientador. O desenho metodológico foi: visita ao serviço e às estruturas que lhe dão apoio; entrevista com o enfermeiro-chefe ou enfermeiro-coordenador e o enfermeiro orientador; reuniões informais com o enfermeiro orientador; consulta de documentos do serviço; consulta de sites das Autarquias da área geográfica dos serviços. Concluindo com a elaboração de um relatório, sucintamente expresso neste documento.

Em ambos os contextos efectuei, previamente ao estágio, uma entrevista semi-estruturada (a partir de um guião que consta do apêndice I) com o enfermeiro-chefe. No primeiro dia de cada estágio também tive a oportunidade de efectuar uma reunião semi-formal com o enfermeiro orientador e reuniões informais ao longo dos estágios. Sobretudo na primeira semana de cada estágio tive a necessidade de consultar documentos do serviço relativos à constituição dos processos dos doentes e de compreender o funcionamento da plataforma de registo *Scĺnico* (utilizada em ambos os contextos de estágio e que eu não conhecia). No contexto hospitalar, como eram internados doentes de várias áreas geográficas do país, a consulta de documentos da Autarquia para a compreensão dos apoios locais foi feita pontualmente, de acordo com necessidades sentidas perante determinados doentes. No contexto comunitário, esta consulta foi feita e completada com informação adquirida no serviço.

Desta forma, pude recolher informação pertinente para a continuidade de cada um dos estágios. O ensino clínico decorreu em dois locais distintos, durante dezoito semanas. Comecei num internamento de MFR, num hospital de um Centro Hospitalar de Lisboa e, portanto, inserido numa dinâmica hospitalar, durante nove semanas. Terminei numa UCC do ACES Sintra e, portanto, inserido numa dinâmica comunitária/domiciliária, durante nove semanas.

O serviço de MFR é composto por ambulatório e por internamento. O ambulatório da MFR dá apoio ao internamento nas áreas da TF, TO, FT (ginásio e hidroterapia), mesoterapia e infiltrações intra-articulares. Para além destas, a realização dos estudos urodinâmicos e a consulta de reabilitação perineal e pélvica são conduzidos por uma médica de MFR e por uma EEER (que divide o seu trabalho com o internamento).

Já o internamento de MFR tem a capacidade total de dezoito doentes e uma filosofia de promoção da autonomia dos doentes e da sua responsabilização pelo seu próprio processo de reabilitação. Na constituição da equipa de enfermagem há cinco EEER (destacando-se o seu papel de aconselhamento e consultoria) e, por turno, há quatro enfermeiros nas manhãs (ao fim-de-semana são dois enfermeiros), dois à tarde e um à noite. Os critérios de internamento passam, segundo o que me foi transmitido pelo enfermeiro-chefe, pela referenciação dos hospitais pertencentes ao Centro Hospitalar a que o hospital pertence (pelo que os doentes são admitidos numa fase pós-aguda) e pela motivação para o processo de reabilitação, ausência de UPP e, maioritariamente, função neurocognitiva mantida. A duração do internamento é muito variável com o motivo e pode ir de três semanas a três meses. Existe um horário e número máximo de visitas flexíveis (durante toda a tarde, todos os dias da semana) e a possibilidade de LFS. A equipa estava a desenvolver dois projectos: a promoção das AVD no doente com AVC e a preparação de LFS para um regresso a casa bem-sucedido.

Durante a minha passagem pelo serviço percebi que a articulação entre a equipa multidisciplinar era feita de forma informal. A equipa médica decidia as admissões dos doentes, após avaliação das referenciações ao serviço e discutia os casos (do ponto de vista de saúde e social), sugerindo que a equipa médica tinha a função de gestora de caso.

A UCC é constituída apenas por enfermeiros sendo que se articula com os profissionais das UCSP, USF (onde estão, por exemplo, os médicos de família dos doentes a quem se presta cuidados), URAP (onde estão profissionais de diferentes

áreas que dão apoio a toda a área geográfica do ACES, como sejam, naquele caso: um fisioterapeuta, uma assistente social, uma psicóloga e uma técnica de higiene oral) e Unidade de Gestão de Feridas Complexas (com um enfermeiro a tempo inteiro, com apoio de uma médica de família e com articulação com a cirurgia geral do hospital da área) do ACES e tem “parceiros” na área social na área de influência (ou seja, serviços de apoio domiciliário e centros de dia e convívio).

Os enfermeiros da UCC estão agrupados em três equipas com objectivos bem definidos. A equipa de saúde escolar, que trabalha em parceria com as escolas da área na promoção da saúde com todas as crianças em idade escolar; e a equipa de cuidados continuados, que realiza visitas domiciliárias a doentes com incapacidade em se deslocar e que necessitem, essencialmente, de cuidados com dispositivos médicos, gestão do regime terapêutico, cuidados a feridas crónicas. Por fim, aquela onde eu desenvolvi o ensino clínico, a equipa de cuidados continuados integrados, constituída apenas por E^oR e que promovem cuidados de ER (ou outros cuidados de enfermagem não especializados que sejam necessários aos doentes previamente acompanhados por esta equipa).

A equipa de cuidados continuados integrados da UCC tem quatro E^oR que trabalham essencialmente de manhã fazendo, cada um, uma tarde por semana e um fim-de-semana a cada seis semanas. Ao fim-de-semana normalmente não prestavam cuidados especializados de ER. Presenciei uma estreita relação entre a equipa de cuidados continuados integrados e a equipa de cuidados continuados. Os registos eram efectuados nas plataformas *Sclínico* e *Gestcare* (da RNCCI e que eu já conhecia).

Os motivos de inclusão dos doentes diziam respeito, em ambos os casos, a necessidades de cuidados de saúde físicas e maioritariamente, por causa neurológica ou ortopédica, sendo que na UCC também existia um número considerável de casos de síndrome de imobilidade, mas também de casos com causa cárdio-respiratória.

Para além das actividades previstas no projecto de formação, efectuei um primeiro dia de observação em cada estágio (para estar apta a apreender as dinâmicas de funcionamento dos serviços e dos doentes a quem já se tinham iniciado cuidados pelas equipas), seguido de dois dias de prestação de cuidados de enfermagem de cuidados gerais (isto, apenas no primeiro estágio, hospitalar). Esta forma de iniciar o primeiro estágio deveu-se a vários aspectos. Primeiro, a organização do serviço, em que os EEER integravam a prestação de cuidados, tal como os restantes elementos da equipa (sendo que nas manhãs dos dias de semana

ficavam com menos um doente a cargo). Segundo, por eu não me sentir apta para fazer planos de cuidados ou mesmo apenas intervenções isoladas, enquanto EEER, sem conhecer a dinâmica do serviço e sem nunca ter efectivado práticas de ER.

Levei a cabo actividades que foram transversais a outros objectivos de estágio do projecto de formação e outras competências, mas que também foram fruto do meu envolvimento com a equipa e da compreensão da necessidade de cumprimento e continuidade de cuidados da ER. Primeiro, a elaboração de um instrumento padronizado de avaliação e intervenção do EEER (no estágio hospitalar, que está descrito no segundo objectivo e que consta do apêndice IV), que podia vir a motivar a equipa de enfermagem, sobretudo os EEER a ter um papel mais activo na discussão do plano de saúde dos doentes e a facilitar o trabalho em equipa multidisciplinar. Segundo, a colaboração informal na definição dos critérios de inclusão dos doentes na equipa de cuidados continuados integrados (no estágio na comunidade).

Relativamente a esta última actividade, ela surgiu através de uma discussão entre os EEER sobre a urgência, face aos recursos, em definir critérios de inclusão e de alta perante a afluência de novos doentes e a dificuldade de percepção na equipa do potencial máximo de funcionalidade e participação dos doentes a quem já se prestavam cuidados. Neste contexto, dei exemplos da minha experiência profissional (ao trabalhar actualmente numa UMDR), da minha experiência do estágio hospitalar e da existência de normas de acompanhamento na reabilitação, para algumas situações clínicas, como a da DGS (2011), bem como a utilização de instrumentos de forma sistemática, como sejam as escalas de avaliação da funcionalidade (que permitiriam objectivar ganhos, agravamento ou estabilização na área da reabilitação). Após esta discussão, a equipa alinou-se na parametrização da colheita de dados dos doentes e na minúcia com que incluíam/excluíam os doentes e foram capazes de, com maior segurança, dar alta aos doentes.

2.1.2 Objectivo 2 - Desenvolver competências de avaliação, tomada de decisão, planeamento e execução da intervenção de especialista e especialista em ER

Desenvolver competências de avaliação, tomada de decisão, planeamento e execução da intervenção de especialista e EER constituía o segundo objectivo de estágio do meu projecto de formação. Este objectivo assumia a finalidade máxima do ensino clínico, na medida em que ia ao encontro do desenvolvimento de competências científicas, técnicas e humanas necessárias à prestação de cuidados especializados de ER a pessoas com problemas de incapacidade, limitação da atividade ou restrição de participação, nos diferentes contextos de cuidados tendo em vista a sua reabilitação e reintegração social (Oliveira J.P.C., p. 2, 2018).

Este objectivo foi pensado levando em conta a necessidade de priorização do desenvolvimento das competências de ER e da maior parte das competências de EE, na construção do meu percurso que se complementa com a concretização do projecto de formação na temática já mencionada. Deste modo, pretendia adquirir “um nível elevado de conhecimentos e experiência acrescida (...) de forma a assegurar a manutenção das capacidades funcionais dos clientes, prevenir complicações e evitar incapacidades, assim como proporcionar intervenções terapêuticas que visam melhorar as funções residuais, manter ou recuperar a independência nas actividades de vida e minimizar o impacto das incapacidades instaladas (quer por doença ou acidente), nomeadamente, ao nível motor, sensorial, cognitivo, cárdio-respiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade” (OE, p. 1, 2010b). Isto, através de técnicas específicas de reabilitação em simultâneo com “a educação do doente e família, o planeamento de alta, a continuidade de cuidados, a reintegração das pessoas na família e na comunidade, assegurando o direito à dignidade e qualidade de vida” (OE, p.1, 2010b).

Pelo exposto, a realização deste objectivo permitiu-me desenvolver, sobretudo, os domínios de competências do EE (OE, 2010a) nas áreas da responsabilidade profissional, ética e legal (isto é, uma prática individual alicerçada no código deontológico), da melhoria contínua da qualidade (garantindo a continuidade dos cuidados, cuidados conjugados e coerentes com os cuidados da restante equipa) e das aprendizagens profissionais (desenvolvendo a capacidade de cruzar os conhecimentos teóricos, as competências de enfermagem de cuidados gerais, com a prática clínica enquanto aprendiz de EE e EER). Mais ainda, permitiu-me desenvolver todas as competências do EEER (OE, 2010b): cuidar de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados,

capacitar a pessoa com deficiência, limitação da actividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania, maximizar a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa. Resumidamente, a condução das actividades para atingir este objectivo permitiram tornar-me E^oR, no que diz respeito à capacidade de avaliação, elaboração de planos de cuidados, implementação dos mesmos, técnicas específicas de ER e adaptação face à condição clínica do doente ou aos recursos disponíveis.

Reportando aos descritores de Dublin instituídos em Decreto-Lei 107/2008 de 25 de Junho (Diário da República Série I, N^o121 (25-06-2008)), penso que este objectivo vai, essencialmente ao encontro da aplicação de conhecimentos e compreensão, ou seja, “aplicar os conhecimentos e a capacidade de compreensão e resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo” e realização de julgamento/tomada de decisões, ou seja, “a capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem ou condicionem essas soluções e esses juízos”.

Para tal, planeei actividades: aprofundamento de conhecimentos de ER; conhecimento do trabalho desenvolvido pelos EEER e a sua articulação com a equipa multiprofissional; assunção, progressiva, da função de EEER; esclarecimento de dúvidas sobre a intervenção do EEER; avaliação das necessidades de cuidados de saúde; concepção, implementação, prescrição e avaliação de planos de cuidados de ER à pessoa com alterações sensoriais, motoras, neurológicas e cárdio-respiratórias. O desenho metodológico foi: pesquisa bibliográfica (com ênfase no tema *Retorno a casa do idoso com PNC*); observação da prática dos EEER; reuniões informais com o enfermeiro orientador; observação, questionamento e aplicação de instrumentos de colheita de dados, adaptados às situações; elaboração de planos de cuidados segundo a Teoria do Conforto; elaboração de registos das intervenções de ER e da avaliação dos resultados. Concluindo com a elaboração de reflexões críticas sobre o desenvolvimento das competências, expressas neste documento.

Em ambos os contextos efectuei consultas bibliográficas aquando da necessidade de validar conhecimentos ou de os confrontar com a prática, ou quando surgia alguma dúvida. Através da minha integração gradual e progressiva em cada estágio, que incluiu reuniões informais com enfermeiro orientador, a observação da

prática clínica dos EEER (já descrita no objectivo 1), tive a mais-valia de conhecer dois métodos de trabalho distintos, mas também de conhecer formas de abordagem à ER adaptadas a contextos díspares. À medida que fui assumindo a função de EEER (foco abordado no objectivo 1), mais notória a partir da segunda metade do primeiro estágio (em contexto hospitalar), mas sobretudo no segundo estágio (em contexto comunitário), aprofundava a minha capacidade de avaliação das necessidades de cuidados de saúde, bem como a concepção, implementação, prescrição e avaliação de planos de cuidados de ER à pessoa com alterações motoras, sensoriais, cárdio-respiratórias, mas também cognitivas, da alimentação, da eliminação e da sexualidade, com o auxílio dos enfermeiros orientadores.

O processo de elaboração e execução dos planos de cuidados de ER, segundo a Teoria do Conforto, levou em conta a utilização de instrumentos de colheita de dados, em parte os já existentes nos contextos e sempre ajustada à situação do doente e contando com a execução de registos das intervenções de ER e da avaliação dos resultados. Assim, no estágio hospitalar, constam: MIF, índice de Barthel, EAM, MRC, Borg, MMSE e ASIA; enquanto que no estágio comunitário constam: MIF, Tinetti, EAM, MRC, Borg, Braden, NIHSS, EVA.

Para além das actividades previstas no projecto de formação efectuei, no primeiro estágio, um estudo de caso (apêndice III). O propósito da elaboração de um estudo de caso logo no primeiro estágio surgiu por sentir a necessidade de desenvolver as minhas competências de avaliação, planeamento, execução, validação das práticas de ER, bem como dos registos. A selecção do caso para estudo prendeu-se com a tentativa de conciliar várias vertentes da ER (como a neurológica, cognitiva, motora, respiratória e da eliminação), com o tema do projecto de formação, escolhendo então o caso que apresento (dado que a doente apresentava várias necessidades de cuidados de saúde expectáveis e decorrentes do motivo de internamento, que era uma LVM, mas também apresentava uma idade superior a 65 anos, tinha uma discreta PNC e o plano de alta era o regresso a casa).

Outra actividade não prevista foi a elaboração de um instrumento padronizado de avaliação e intervenção do EEER (apêndice IV), no estágio hospitalar, actividade transversal a outros objectivos de estágio do projecto de formação e outras competências. Este instrumento justifica-se pois, no decurso do primeiro estágio, em contexto hospitalar, deparei-me com uma dificuldade: a de conseguir transpôr e sistematizar os conhecimentos relativos à avaliação e intervenção enquanto EEER na prática diária, ao mesmo tempo que não havia um modelo de registo específico de

EEER. Assim, seria útil melhorar a transmissão de informação quanto ao contributo da ER no plano de saúde dos doentes. Foi desta forma que surgiu a ideia, juntamente com o enfermeiro orientador e a colega que estava comigo a fazer o estágio de criarmos um instrumento padronizado de registo de avaliação e intervenção do EEER. Este, teve como premissa não ser universal, mas ser sucinto, fácil de utilizar e adaptado às necessidades do contexto (metodologia de trabalho e necessidades mais frequentes dos doentes admitidos naquele serviço). Resumidamente, ele possibilita a identificação do motivo de internamento e dos antecedentes do doente, mas também de uma breve avaliação sócio-familiar e habitacional. Depois, apresenta as componentes de avaliação e intervenção neurológica e de avaliação e intervenção respiratória.

A primeira componente apresenta uma primeira parte de avaliação do estado mental, com indicativo do valor da MMSE (já utilizada no serviço, mas não de forma sistemática) e qualificando a avaliação da consciência, orientação, atenção, memória e linguagem. Segue-se a avaliação dos pares cranianos, a avaliação sensório-motora (em que uma única tabela permite a avaliação da sensibilidade, tónus, força e amplitude articular), a avaliação da coordenação motora, a identificação de movimentos involuntários e a avaliação da marcha e do equilíbrio (nomeadamente face às transferências). Para finalizar, a avaliação funcional com o índice de Barthel e da MIF. Uma segunda parte diz respeito à reeducação funcional motora, com a identificação do tipo de mobilizações articulares realizadas por segmento, do registo do plano inclinado e das actividades terapêuticas (com enunciado de algumas possíveis e possibilidade de acrescentar outras) e de observações relevantes.

A segunda componente apresenta uma primeira parte de registo da avaliação respiratória: registo de oximetria, inspecção, percussão, auscultação, tosse, característica das secreções, MCDT (radiografia e gasimetria arterial), avaliação da dispneia (tipo e escala MRC). A segunda parte, a reeducação funcional respiratória tem o enunciado das intervenções possíveis e a possibilidade de registar observações relevantes.

Foi elaborado através de um processo de reavaliação: com sucessivas aplicações aos doentes e validado com a opinião de todos os EEER do serviço. No final do estágio, foi realizada uma sessão de formação que incluiu a apresentação do modelo, com a devida explicação sobre a sua utilização e esclarecimento de dúvidas, já que teve a mais valia de ter sido protocolado para aquele serviço.

Posto isto, faço uma síntese do que foi trabalhado nos dois locais de estágio e que foi relevante para a concretização das competências já enunciadas anteriormente. Por motivo das características clínicas dos doentes, tanto no contexto hospitalar como no comunitário, as alterações da funcionalidade mais trabalhadas foram a nível motor (por motivos neurológicos ou ortopédicos) e sensorial. No estágio hospitalar também foram muito trabalhadas as alterações da funcionalidade a nível da alimentação e da eliminação. Enquanto que no estágio comunitário foi muito trabalhado a alteração da funcionalidade a nível cognitivo (nomeadamente, pela existência de um maior número de doentes com PNC). Em menor número, as alterações da funcionalidade a nível cárdio-respiratório e com muito pouca representação, as alterações da sexualidade.

Para além do motivo já apresentado, penso que o facto de serem bastante trabalhadas as alterações da alimentação e eliminação no contexto hospitalar face ao contexto comunitário, relacionou-se mais com o facto do EEER estar mais facilmente presente nas refeições e no dia-a-dia das pessoas. No que diz respeito à sexualidade penso que continua a haver dificuldade de expressão dos doentes, das famílias e dos profissionais face a esta área. Apesar de me parecer ter tido a oportunidade de estagiar em locais que se promovia a proximidade com os doentes, a verdade é que a preocupação revelada pelas pessoas é direccionada a outras áreas. São sobretudo os doentes mais jovens que demonstram essa preocupação e essa necessidade de cuidados de saúde.

Abordando genericamente as características dos doentes que encontrei na prática clínica de estágio, posso afirmar que não houve uma predominância de sexo (homens e mulheres em número idêntico) e que foram sobretudo doentes com idade superior a 50 anos, sendo que no estágio hospitalar houve um número ainda considerável de doentes entre os 18 e os 30 anos (por motivo de politraumatismo, doença neurodegenerativa e LVM).

No contexto hospitalar pude contactar com maior quantidade de doentes e, portanto, foi crucial para desenvolver destreza e aprimorar as técnicas de ER, a avaliação, o planeamento e a execução de intervenções (em quantidade), sobretudo no que diz directamente respeito às áreas relacionadas com a realização das ABVD. Mas também, e não menos importante, compreender o papel do E^oR no seio da equipa de enfermagem e de uma equipa extensa e multiprofissional.

Para lá do dia-a-dia de um internamento, tive a oportunidade de participar numa sessão prática de esclarecimento sobre a utilização do plano inclinado e efectuar um dia de observação na consulta de reabilitação pélvica e perineal. Primeiro, a utilização

do plano inclinado, destina-se essencialmente a doentes com LVM, na fase pós-aguda em que se investe na transição da posição de decúbito para supina. Percebi que se fazem várias sessões, tentando incrementar o ângulo do plano e a duração, em cada ângulo, registando estas informações e a avaliação da TA.

A segunda, destina-se a homens ou mulheres com incontinência urinária ou intestinal ou outras patologias que afectem a região perineal. É feita uma avaliação inicial minuciosa por MFR e EEER e a intervenção passa pela educação de hábitos, registo de eliminação (pelo doente) e pela estimulação eléctrica de baixa frequência, através de um dispositivo inserido na vagina ou no ânus (com ciclos que podem ter variações de intensidade e duração variados, consoante prescrição médica). Posso dar o exemplo de duas doentes: uma senhora com 40 anos, com incontinência intestinal há cinco anos, após incontinência vesical (desde os 25 anos, mas já tratada) que estava a realizar a quinta sessão de estimulação eléctrica via vaginal; e outra de 70 anos com queixas de dor pélvica, que estava a realizar a segunda sessão de estimulação eléctrica via anal.

No contexto comunitário, tive a oportunidade de conhecer as necessidades reais, sentidas pelos doentes e família, no seu *habitat* e ir para além da ajuda no ganho da independência nas ABVD. Portanto, trabalhei, sobretudo, a promoção da autonomia e da realização das AIVD, no seu meio, com os seus recursos (do doente e/ou família, consoante os casos) envolvendo a comunidade (fosse a família mais próxima, amigos, vizinhos, instituições de saúde e sociais) e intervindo na readaptação e reinserção familiar e social. Para além da intervenção directa com os doentes e famílias, consegui ter um papel mais activo na discussão de casos na equipa e com perspectivas fundamentadas na legislação ou na literatura actual.

2.1.3 Objectivo 3 - Desenvolver o trabalho de articulação ao nível transdisciplinar e de liderança, mediação e gestão de caso

Desenvolver o trabalho de articulação ao nível transdisciplinar¹ e de liderança, mediação e gestão de caso constituía o terceiro objectivo de estágio do projecto de formação. Este, é fortemente assumido como um dos domínios de competência do EE, o domínio da gestão dos cuidados, pela OE. Nesse sentido, o EE gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional e adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a optimização da qualidade dos cuidados (OE, 2010a). Assim, apela ao papel de mediador e da necessidade de coordenar os esforços dos profissionais, individualmente e em equipa, com as prioridades do doente e, quando se justifica, da família. Durante a elaboração do meu projecto de formação quis elencar este objectivo, pois pensei que devia ir para lá da minha zona de conforto e enfrentar aquilo que pensei ser um dos maiores desafios na especialidade, e não me enganei.

A realização deste objectivo permitiu-me desenvolver, não só o domínio de competências acima referido, mas também todos os outros referentes aos domínios de competências do EE: da responsabilidade profissional, ética e legal, da melhoria contínua da qualidade e das aprendizagens profissionais.

Reportando aos descritores de Dublin instituídos em Decreto-Lei 107/2008 de 25 de Junho (Diário da República Série I, N°121 (25-06-2008)), penso que este objectivo vai, essencialmente ao encontro da comunicação: “capaz de comunicar as suas conclusões – e os conhecimentos e os raciocínios a elas subjacentes – quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades” e conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem ou condicionem essas soluções e esses juízos”.

¹ O trabalho transdisciplinar, segundo Hoeman S. P. (2000) e Azeredo, Z. (2017), permite maximizar as competências da equipa e de cada um dos membros em função de um objectivo em comum, sem o risco da duplicação de tarefas, reduzindo o esforço. Na saúde, é escolhido um terapeuta de referência de acordo com as características individuais do doente, enquanto os restantes membros da equipa contribuem com informação e aconselhamento. Desta forma, a equipa planeia a intervenção, através do diálogo e discussão, havendo uma diminuição do número de intervenientes directos e agindo cada um como um todo. A dimensão do conhecimento e das competências diz respeito ao que está dentro de cada disciplina, mas também ao que está entre as disciplinas, ultrapassando, assim, a soma das partes.

Para tal, planeei actividades: conhecimento de modos de articulação entre os EEER, a equipa intradisciplinar, a equipa multiprofissional, o doente/família e a comunidade; assunção, progressiva, da função de EEER; esclarecimento de dúvidas sobre a intervenção do EEER; trabalho com a equipa multiprofissional na promoção da reeducação e readaptação da pessoa, assumindo atitudes de orientador e consultor na área da ER; discussão do plano de intervenção de ER com o doente e família. O desenho metodológico foi: observação da prática dos EEER; reuniões com o enfermeiro orientador; participação nas passagens de turno e nas reuniões de equipa (intra e multidisciplinar); realização de conferências familiares (com doente e família); elaboração de registos das intervenções de ER. Concluindo com a elaboração de reflexões críticas sobre o desenvolvimento do trabalho de articulação ao nível transdisciplinar e de liderança, mediação e gestão de caso, que se consubstancia no Jornal de Aprendizagem (apêndice VII) efectuado no final do estágio comunitário.

Em ambos os contextos tive a oportunidade de observar a forma de interacção do EEER com os restantes elementos da equipa e da sua atitude junto dos doentes e família, fui assumindo a função de EEER (conforme descrito no segundo objectivo), estive sempre presente e participei activamente na maior parte das passagens de turno e em todas os momentos de discussão (tendo também promovido alguns destes momentos) dos planos de saúde, elaborei sempre registos de ER. No entanto, em nenhum contexto havia a prática de conferência familiar (com o doente e família), pelo que os planos de saúde foram discutidos em reunião com o doente e família.

Para além das actividades previstas no projecto de formação e como para liderar, moderar e gerir equipas é fundamental conhecer as funções e o papel que cada elemento tem na contribuição do plano de saúde dos doentes, propus-me a observar algumas sessões de TO e TF. Nas sessões de TO em que estive presente percebi que o treino remetia para a optimização da mobilidade dos MS e da motricidade fina, do equilíbrio e da coordenação motora: mobilizações passivas em situação de plegia, treino postural com espelho, treino de força do tronco e treino de motricidade fina/sensibilidade táctil (procura de objectos de textura e tamanhos diferentes, num caixa de areia e sem ver). Nas sessões da TF em que estive presente percebi que o treino enfatizava os exercícios da musculatura facial, aquecimento das cordas vocais, ensino da dicção.

Levei a cabo duas actividades, transversais a outros objectivos de estágio do projecto de formação e outras competências, nomeadamente as de EEER: a

elaboração do caderno de actividades *Reabilitação no domicílio: actividades para realizar em casa* (apêndice V) e da sessão de formação de pares (apêndice VI).

No primeiro estágio deparei-me com duas situações. Primeiro, havia poucos doentes que reunissem as características de idoso com PNC, pelo que seria difícil desenvolver o meu projecto de formação, para além de que estava numa fase incipiente no meu percurso de desenvolvimento de competências e essa era uma necessidade que eu sentia como emergente e mais prioritária. Segundo, estava num serviço que se preocupava com a existência de horário de visitas alargado, incentivava a participação das visitas nos cuidados e tinha a possibilidade de os doentes saírem do serviço para passear no hospital (sozinhos ou acompanhados) e de irem a casa aos fins-de-semana.

Desta forma, procurei contornar a quase inexistência de população-alvo do projecto, trabalhando a componente do regresso a casa dos doentes do projecto, ao mesmo tempo que contribuía para a necessidade do serviço em organizar e melhorar as ditas licenças de fim-de-semana e da preparação da alta, envolvendo os doentes na sua reabilitação. Assim, surgiu a ideia da elaboração de um caderno de actividades intitulado *Reabilitação no domicílio - actividades para realizar em casa* que reunisse alguns exercícios dentro de 21 conjuntos de exercícios divididos em: boca e face (exercício 1), membros superiores (exercícios 1-7), tronco (exercícios 8-10) e membros inferiores (exercícios 11-21). Estes exercícios pretendiam ser de fácil compreensão e execução e seguros para que os doentes pudessem dar continuidade à reabilitação, em casa. O caderno foi pensado para que o EEER determinasse os exercícios mais adequados ao doente (num máximo de sete conjuntos de exercícios, para além da actividade obrigatória que dizia respeito à consciencialização, controlo e dissociação dos tempos respiratórios) e para que o doente ou o familiar pudesse identificar as dificuldades sentidas em casa. Propôs-se a realização de 2 séries de 10 repetições cada, 2 a 3 vezes por dia. O caderno apresenta uma linguagem adaptada ao público em geral e fotografias de autor ilustrativas dos exercícios.

No final do estágio hospitalar, foi realizado uma sessão de formação para apresentação e discussão dos trabalhos com todos os enfermeiros da equipa (de cuidados gerais e especialistas), intitulada de *Novas abordagens em Enfermagem de Reabilitação*. Esta, incluiu a apresentação do *Instrumento de registo padronizado de avaliação e intervenção de ER* (já abordado anteriormente e que está no apêndice IV) e do caderno *Reabilitação no domicílio: actividades para realizar em casa*, com método essencialmente demonstrativo e participativo, com a devida explicação sobre a sua

utilização e esclarecimento de dúvidas. Ambos os trabalhos foram bem aceites pela equipa de enfermagem e pelos EEER e tiveram a mais-valia de terem sido, posteriormente, protocolados naquele serviço, ou seja, contribuíram para a mudança de práticas de cuidados, apostando no envolvimento dos enfermeiros na tomada de uma atitude mais activa na prestação de cuidados.

No contexto hospitalar, fosse por ser o primeiro estágio, em que a minha prioridade era o desenvolvimento dos objectivos 1 e 2, fosse por ser um contexto em que as rotinas e a articulação dos papéis de cada profissional e do doente e família formam uma estrutura mais rígida e mais burocrática, este objectivo não foi atingido, ao nível da prática clínica.

Já no contexto comunitário, primeiro porque já tinha uma aprendizagem estruturada que me permitia desenvolver as competências de liderança, mediação e gestão de caso e também, por ser um contexto em que se pretende que sejam de facto os enfermeiros a ter esse papel, este foi um objectivo bem trabalhado neste contexto. Desta forma, envolvi-me activamente na articulação da equipa multiprofissional com o doente e com a família e cuidadores, nomeadamente garantindo a auto-eficácia dos doentes e o *empowerment* da família e cuidadores durante o processo de reabilitação dos doentes.

2.1.4 Objectivo 4 - Desenvolver um protocolo de mediação e intervenção do EEER no processo de regresso a casa da pessoa idosa com PNC

Desenvolver um protocolo de mediação e intervenção do EEER no processo de regresso a casa da pessoa idosa com PNC constituía o quarto objectivo de estágio do meu projecto de formação. Este objectivo ia, não só ao encontro de todos os PQCEER: satisfação do cliente, promoção de saúde, prevenção de complicações, bem-estar e auto-cuidado, readaptação funcional, reeducação funcional, promoção da inclusão social e organização dos cuidados (OE, 2011); como de duas das áreas consideradas prioritárias na investigação da EER: capacitação da pessoa e cuidador informal e intervenções autónomas do E^oR na função cognitiva (OE, 2015). De igual modo, permitiu concretizar as intervenções consideradas específicas da ER, numa área particular: técnicas de reabilitação, educação dos doentes e família, planeamento da alta, continuidade dos cuidados e reintegração das pessoas na família e na comunidade (OE, 2010b).

Este objectivo foi pensado levando em conta que a literatura acerca das necessidades dos idosos com PNC e das suas famílias no processo de regresso a

casa é escassa, de acordo com Mockford C. (2015) e com a revisão *scoping* que efectuei (projecto de formação, no apêndice II). No âmbito de um percurso formativo na área de especialização em ER, o objectivo adequava-se dado que a aplicação dos princípios da ER em todos os contextos de saúde permite otimizar os ganhos em saúde das pessoas em risco ou com défice cognitivo, reduzir o declínio funcional e travar o número de episódios de descompensação (Widdal D., 2016), pelo que o E^oR é determinante na reintegração na comunidade, sobretudo quando coexistem incapacidades neurocognitivas e físicas (Hoeman S.P., 2000).

Pelo exposto, a realização deste objectivo permitiu-me desenvolver os domínios de competências do EE nas áreas da responsabilidade profissional, ética e legal; da melhoria contínua da qualidade e das aprendizagens profissionais. Bem como, todas as competências do EEER: cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados; capacita a pessoa com deficiência, limitação da actividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania; maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.

Reportando aos descritores de Dublin instituídos em Decreto-Lei 107/2008 de 25 de Junho (Diário da República Série I, N^o121 (25-06-2008)), penso que este objectivo foi, essencialmente, ao encontro do conhecimento e capacidade de compreensão: “conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que sustentando-se nos conhecimentos de nível de primeiro ciclo, os desenvolva e aprofunde; permita e constitua a base de desenvolvimento e/ou aplicações originais, nomeadamente em contexto de investigação” e competências de auto-aprendizagem: “que permitam uma aprendizagem ao longo da vida de um modo, fundamentalmente, ao-orientado e autónomo”.

Para tal, planeei actividades: elaboração do projecto de formação (apêndice II); análise da intervenção do EEER no planeamento/ acompanhamento do regresso a casa do idoso com PNC e família; conhecimento da articulação dos serviços com outros serviços e com as estruturas da comunidade; aprofundamento de conhecimentos na área da reabilitação cognitiva; avaliação das necessidades de cuidados de saúde e concepção, implementação, prescrição e avaliação de planos de cuidados de ER ao idoso com PNC e articulação com as estruturas da comunidade, com vista ao sucesso do seu regresso a casa; conhecimento de estratégias de acompanhamento de idosos com PNC em outros contextos; conhecimento de novas repostas de saúde na área da geriatria; promoção do conhecimento da problemática

do regresso a casa do idoso com PNC e das estratégias do EEER. O desenho metodológico foi: pesquisa bibliográfica; elaboração de um protocolo e revisão *scoping*; observação da prática dos EEER; reuniões com o enfermeiro orientador; participação nas passagens de turno e nas reuniões de equipa (intra e multidisciplinar); realização de conferências familiares (com doente e família); elaboração de registos das intervenções de ER; efectuar uma visita à AFID Diferença e a outra instituição com programa de reabilitação cognitiva e estimulação sensorial; participação no XVI Curso Pós-Graduado sobre Envelhecimento (09/2018); comunicação no Congresso Internacional da APER (12/2018). Concluindo com a elaboração do relatório sobre a elaboração do protocolo de mediação e intervenção do EEER no processo de regresso a casa da pessoa idosa com PNC.

O objectivo foi concretizado através de um processo contínuo, iniciado na UC Opção 2 *Projecto de Estágio* e culminou com a UC *Estágio com Relatório*. O projecto de estágio contemplou a pesquisa bibliográfica, a elaboração do protocolo e respectiva revisão *scoping* e o desenho da metodologia do ensino clínico que foram posteriormente realizados. No que diz respeito à temática concreta deste objectivo, foram sendo feitas reuniões com o enfermeiro orientador, participação nas passagens de turno e nas reuniões de equipa, elaboração de registos das intervenções de ER, mas não foram formalmente realizadas conferências familiares. De seguida, irei abordar uma síntese dos conhecimentos que adquiri e da reflexão que fiz nas actividades realizadas em complemento do estágio, de forma cronológica.

O XVI Curso Pós-Graduado sobre Envelhecimento *Geriatría práctica*, em Setembro de 2018, abordou temáticas diversas na área da geriatria. Destaco aqui aquelas que eu penso que remetem para a área da ER e/ou para o tema do meu projecto de formação. Assim, o curso foi transversal: desde a prevenção, o tratamento, o uso da tecnologia e das terapêuticas complementares, a optimização da terapêutica farmacológica, a promoção de saúde e as novas respostas para o sistema de saúde, tudo direccionado para o envelhecimento.

Na abordagem da prevenção, um dos tópicos foi a prevenção da perda de funcionalidade. Foi colocado a ênfase na importância da manutenção da funcionalidade para a participação ou interacção social e, portanto, é crucial o investimento na função cognitiva e na actividade funcional como um todo indissociável (incluindo treino de resistência/força, aeróbico, de flexibilidade, de equilíbrio, e de AVD/de funcionalidade). Assim, considerou-se que uma manutenção da actividade física e do exercício físico têm contributos físicos e cognitivos (diminui o risco

cerebrovascular, o risco neurodegenerativo e aumenta o volume do hipocampo) e, até mesmo, efeitos terapêuticos.

No tratamento, reporto algo que os enfermeiros devem avaliar, por ser um SV e constar de muitas teorias de enfermagem, mas que na prática clínica há alguma dificuldade em lidar: a dor. A dor é algo transversal em todas as áreas da saúde, mas na geriatria, para além de ser um sintoma frequente ela é causa e consequência de morbidade, fadiga e fragilidade. Ou seja, condiciona processos de tratamento, de prevenção de doenças, de promoção da saúde e de reabilitação. Já o tema *Menos é mais: simplificar para otimizar – o desafio no doente idoso* alertava para a premissa da otimização terapêutica (sobretudo farmacológica) emergente nestes doentes: redução do número de medicamentos, de tomas, ajuste da dosagem face à fisiologia e à fisiopatologia próprias do envelhecimento, minimização da utilização de fármacos desaconselhados ou mesmo impróprios para os idosos, mas também da necessidade de orientar para a toma correcta da medicação (por exemplo, quando um fármaco é vendido por diversas farmacêuticas e, portanto, tem apresentações diferentes ou o uso da nomenclatura genérica ou comercial, que podem suscitar confusão).

A utilização da tecnologia, tanto na prevenção e tratamento, como no conforto e autonomia, designada por *gerontotecnologia* pode acontecer em três vertentes: no auxílio do doente, dos cuidadores formais ou informais e no ambiente. Pude constatar, como o próprio título da sessão dizia, que *o futuro que já é presente*, com a existência de uma variedade de serviços ou estruturas (domótica, telemedicina, exoesqueleto, *robots*, *mobile-health*, entre outros) que requerem, essencialmente, contrabalançar a necessidade e o mercado (contando com as universalidades e os custos), a organização do mercado e a ética.

O valor da utilização das terapêuticas complementares nos idosos (no caso, abordou-se o uso da água, da acupunctura e da medicina tradicional chinesa e do *tai chi*) parece ser bastante relevante, apesar de ainda persistir uma escassez de evidência, quando se trata de uma correcta utilização complementar e não alternativa àquilo que é dado ser a medicina ocidental. A terapia com água, mineral natural (crenoterapia, hidroterapia, hidroponia, termalismo e balneoterapia), é utilizada desde as civilizações antigas, como os romanos e tem comprovadamente factores terapêuticos inerentes às propriedades que advêm das águas (físicas, químicas, biológicas e psicológicas) e aquelas inerentes às técnicas (imersão, duche, abluções, vapor, irrigações). Já a Medicina Tradicional Chinesa compõe-se de diversas intervenções: a acupunctura, a moxabustão, a massagem *Tui Na*, a ventosaterapia, a

dietoterapia, o *Qigong* e o *Tai chi*. A acupunctura está comprovada em situações de dor (cefaleias, lombalgia, osteoartrite), de depressão e ansiedade, no cancro (terapia complementar na fadiga, náuseas e leucopénia) e na HTA (como terapia complementar). O *Tai chi*, produz efeitos positivos, no humor, na consciencialização dos tempos respiratórios, na atenção/concentração e na flexibilidade de movimentos.

Na área da promoção da saúde, chamou-me a atenção o enfoque em algo muito óbvio, mas que é facilmente esquecido ou usado incorrectamente: a alimentação, o exercício físico e o estímulo psíquico. Sobretudo, o pormenor de que não basta aconselhar, mas saber com conhecimento científico o que se está a aconselhar ou, mesmo, prescrever, para aquele doente em particular.

Cada vez mais se pensa que o sistema de saúde está pouco direccionado para dar resposta à realidade do envelhecimento populacional e, por consequência, dos doentes. Assim, foram abordadas algumas respostas possíveis. O Hospital Amigo do Idoso, na sequência da ideia de cidades amigas dos idosos pressupõe a implementação de dois pilares: a procura da funcionalidade e da qualidade de vida, com uma filosofia transversal e contínua na prestação de cuidados que valorize a saúde como um todo, a dignidade e a participação das pessoas no seu plano de saúde. Mas que parta de um compromisso institucional, de boas práticas, de cuidados centrados na pessoa, que respeitem as necessidades e a autonomia das pessoas, bem como a melhoria da continuidade de cuidados, como nas transferências entre serviços ou ambiente de cuidados. No fundo, um ambiente preparado para os idosos, em que o ambiente e todos os profissionais promovem a autonomia, o *empowerment*, a saúde e o conforto com planeamento de alta adequado, ou seja, com envolvimento das equipas de cuidados de saúde (intra-hospitalar e comunitária), do doente e da família e constante revisão dos cuidados clínicos (médicos, de enfermagem e de ER e outros). Para além disso, a emergência na procura de soluções que minimizem a procura ou o uso adequado das urgências e a redução do fenómeno dos reinternamentos, ou seja, com a optimização da utilização do sistema de saúde pelos doentes, conjugada com a melhoria da articulação entre prestadores de cuidados de saúde e sociais (tendo sempre em conta que uma das determinantes da saúde das populações é o ambiente). Portanto, seguindo a ideia das Cidades Amigas do Idoso, a verdade é que o que seria correcto era que toda a envolvimento dos idosos fosse amiga.

Um exemplo concreto é a criação da Unidade de Envelhecimento Saudável e Activo do CHUC que permitirá a integração de cuidados, segundo critérios de

inclusão: internamento, consultas multidisciplinares, hospital de dia, continuidade e integração de cuidados na comunidade (com a telemonitorização e o apoio social de uma instituição social) contribuindo, em simultâneo, para a formação pré e pós-graduada, constituindo-se como campo de inovação com laboratório vivo (com parceiros).

A visita a uma instituição que acompanha, sobretudo, doentes do foro psiquiátrico, de deficiência mental e demência, desde estados agudos a crónicos, em todo o tipo de tipologias de cuidados, deu-se em Outubro de 2018. Esta instituição tem vários programas implementados, conforme descrevi no projecto (apêndice II). O meu contacto com a instituição foi através da unidade de Gerontopsiquiatria e Reabilitação Cognitiva, onde estive em observação. É uma unidade de internamento de média duração (até três meses) para idosos com patologia psiquiátrica, mas sobretudo com demência que necessitem de controlo sintomático, cuidados paliativos ou de descanso do cuidador. Esta unidade conta com apoio de psiquiatria, medicina interna, enfermeiros de cuidados gerais e enfermeiros especialistas em saúde mental e psiquiátrica, psicóloga, psicomotricista, FT, TO, TF e assistente social, para além de auxiliares. Desde dia 15 de Outubro de 2018 multiplicaram a sua capacidade para valência de internamento de longa duração e de acompanhamento em ambulatório. O ambulatório, não só dá acompanhamento aos doentes com consulta de psiquiatria e de enfermagem, mas complementa-se com a continuidade do projecto que já havia vindo a ser realizado no âmbito da psicoeducação para cuidadores de pessoas com demência. Os programas que tive oportunidade de observar foram a reabilitação cognitiva com o treino cognitivo computadorizado, através do programa *Cogweb* e a estimulação sensorial através da roboterapia com o *robot Paro* e da sala de *Snoezelen*.

Relativamente ao treino cognitivo computadorizado este tem revelado, por si só, bons resultados, muitas vezes com capacidade para inovar e avaliar melhor face ao treino convencional. O programa *Cogweb* é um programa desenvolvido em Portugal, com 21 exercícios, com vários graus de dificuldade, nas áreas de atenção, memória, cálculo e linguagem e, nesta unidade, está a ser usado numa sala isenta de estímulos, com ecrãs grandes e tácteis. O programa permite ser personalizado, mediante avaliação cognitiva prévia por um profissional que depois escolhe o tipo de exercícios e o grau de dificuldade mais indicados para o doente. A avaliação das sessões é feita automaticamente pelo programa e em comparação com as sessões anteriores, o que permite ao profissional fazer o devido ajuste. Este projecto está a ser articulado, não

só aos doentes que recorram à instituição e que apresentem PNC ligeira ou moderada, mas também é feita articulação com os parceiros.

Relativamente à estimulação sensorial é utilizada como promotora de relaxamento e lazer, numa vertente preventiva e de alívio da dor ou facilitadora de aprendizagens ou descoberta de emoções e reações. Os meios utilizados possuem uma forte capacidade de estimulação, actuando em múltiplos circuitos neocorticais, a nível da propriocepção, sistema vestibular e cinestésico. A utilização do *robot Paro* (criado por Takanori Shibata, no Japão, em 2001, em forma de foca da Gronelândia bebé, considerado um estímulo neutro), que é dotado de inteligência artificial, reagindo a estímulos positivos e negativos e respondendo pelo próprio nome, tendo capacidade para expressar emoções, emitir sons reais, abrir e fechar os olhos, mover a cabeça e as barbatanas, reagir ao toque, ao som e à luz. A roboterapia é usada com o objectivo de melhorar o desempenho social, emocional e cognitivo das pessoas com PNC (sendo que naquele contexto, o alvo são as pessoas com demência). Ao nível cognitivo tem como foco a atenção, as gnosias e a memória; ao nível afectivo facilita a expressão de emoções positivas; ao nível social permite a estimulação táctil, auditiva e visual; ao nível psicológico faz a mediação do relaxamento, motivação, *stress*, agitação, ansiedade e angústia; e ao nível social melhora a interacção social e a comunicação.

Já o conceito de *Snoezlen* (criado por Jan Hulsegge e Ad Verheul, na Holanda, nos anos setenta) traduz-se em salas equipadas com material para estimulação sensorial e, portanto, rica em luz, sons, cores, texturas e aromas, onde os objetos são coloridos e disponibilizados para serem tocados e admirados. Constitui-se como uma terapia alternativa ou complementar de reabilitação para pessoas com elevado grau de dependência. Estão descritos, de acordo com Pinkney L., Barker P. (1994), resultados positivos nas áreas da deficiência mental profunda, das patologias degenerativas do idoso, em pessoas com doença mental e, ainda, naqueles com dor crónica, com comportamentos hiperactivos, com danos cerebrais e outras situações semelhantes.

No final do ensino clínico consegui reunir condições para a construção de um algoritmo e protocolo de decisão e intervenção no processo do regresso a casa do idoso com PNC (apêndice IX). Estas condições foram, para além da revisão *scoping* efectuada anteriormente na construção do projecto, as actividades acima descritas e o desenvolvimento de competências de EE e ER, com a prática em ensino clínico. Assim e de forma a prosseguir e contribuir para a introdução de aspectos inovadores

e da melhoria da qualidade dos cuidados, submeti um poster científico (apêndice VIII) com a apresentação do algoritmo mencionado anteriormente, que foi aceite e o qual foi sujeito a apresentação nas I Jornadas de Enfermagem da ESSEM, intituladas de *Sustentabilidade e Inovação*.

Relativamente às Jornadas tenho a destacar a importância do próprio título. Enquanto enfermeira e sobretudo enquanto futura EE, tenho a responsabilidade cívica, deontológica e profissional de garantir uma prática sustentável, ou seja, balanceando os custos, o direito à saúde e a qualidade de cuidados. Isto só se consegue se cada profissional individualmente tiver esta consideração, transmitindo às equipas, às instituições e aos doentes, o valor da saúde responsável. Para além disso, tenho o dever de actualizar os meus conhecimentos, pô-los em prática e contribuir para a renovação das práticas de enfermagem. Nestas Jornadas estavam representadas todas as especialidades em enfermagem, o que acabou por funcionar como um catalisador para a criatividade e mudança e como uma rede de articulação entre os vários conhecimentos de enfermagem, o que é muito positivo. Assim, gostaria de deixar a reflexão e a aprendizagem que obtive a partir da participação das diferentes especialidades.

Da especialidade em enfermagem de saúde materna e obstetrícia tenho a retirar a forma como consegue modernizar uma prática tão antiga, salvaguardando as devidas diferenças históricas, assegurando a primazia do *empowerment* da pessoa a quem se presta cuidados. Quanto à especialidade de enfermagem em saúde infantil e pediátrica realço a preocupação permanente e universal em humanizar os cuidados. Na especialidade em enfermagem médico-cirúrgica é evidente a preocupação na melhoria dos cuidados naquilo que eu penso ser um dos parentes pobres da organização do sistema de saúde que é a urgência/emergência, sobretudo extra-hospitalar, que condiciona muitas vezes, não só a mortalidade, mas ao que a reabilitação diz respeito, a morbilidade. Nesta especialidade também se falou na problemática das bactérias multirresistentes, que acaba por ser um grande obstáculo aos objectivos da reabilitação que são a integração e participação da pessoa na comunidade, e na necessidade de cada enfermeiro ter a capacidade de tomar decisões informadas e autoavaliadas (no que à ética diz respeito).

Gostei especialmente da temática de cuidar no domicílio, na tentativa de voltar a integrar a saúde no lar das pessoas, recorrendo às necessidades relativas não só à doença, mas também ao conforto e bem-estar, promovendo a auto-eficácia e *empowerment* do doente, família e comunidade.

Na enfermagem de reabilitação destaco a oportunidade de aprender uma área pobre do curso que é a reabilitação cardíaca (de forma muito sucinta, prende-se com a avaliação, a optimização terapêutica, a adequação nutricional, a gestão dos factores de risco e, finalmente, a combinação da reabilitação respiratória e motora com controlo da frequência cardíaca), da importância de confirmar cientificamente práticas que muitas vezes não são devidamente fundamentadas e do investimento nas novas tecnologias, tanto para o ensino dos profissionais, como para a reabilitação e o cuidar social dos doentes.

Na enfermagem de saúde mental e psiquiátrica lembrou-se algo que eu penso que se pode transpor para as outras áreas, que é a adequação da reabilitação ao contexto de vida das pessoas e a urgência em formalizar e profissionalizar as práticas de enfermagem, como uma necessidade profissional e exigência académica. Na enfermagem de saúde comunitária abordaram-se formas inovadoras de incentivar a comunidade à saúde, nomeadamente com o movimento Cidade dos Afectos, que não é mais do que construir ambientes urbanos de bem-estar físico, mas sobretudo emocional e psicológico.

2.2 Avaliação do desenvolvimento dos Objectivos e das Competências durante o Estágio

2.2.1 Objectivo 1 - Integrar no contexto de estágio

Na concretização deste objectivo, pedra basilar para os restantes e para um nível de competências positivo foi preciso enfrentar dois obstáculos: a minha personalidade introvertida e a minha insegurança enquanto E^aR. Naturalmente que isto foi um processo contínuo de trabalho e que foi no primeiro estágio (mais concretamente na primeira metade deste estágio) onde eu senti maiores dificuldades, simplesmente por ser o primeiro.

Por eu ter este auto-conhecimento *a priori*, tive o cuidado de desenvolver as actividades de forma gradual, no primeiro estágio, para melhorar a minha auto-eficácia (por ordem cronológica de acontecimentos): entrevista, reunião, observação, prática clínica como enfermeira de cuidados gerais, técnicas específicas de ER, planos de cuidados específicos de ER e, por fim, intervenções globais (conseguindo conjugar a saúde global e a reabilitação, com o trabalho em equipa, no que diz respeito à discussão dos planos de saúde e da continuidade de cuidados). A elaboração do instrumento padronizado de avaliação e intervenção do EEER permitiu-me organizar

mentalmente os conhecimentos de avaliação e das técnicas de ER, mas também ajudou a facilitar a minha comunicação com a equipa.

Assim, no estágio hospitalar incidi a minha aprendizagem de integração na transição de enfermeira de cuidados gerais para E^oR e na integração de EE na equipa intra e multidisciplinar. As dificuldades que tive, prenderam-se com a harmonia e conciliação entre os cuidados de enfermagem e os cuidados de ER, com a articulação com a equipa multidisciplinar e com a existência de falta de motivação, empenho e mesmo vontade de recuperar a autonomia, de muitos doentes.

No estágio na comunidade consegui, desde logo, integrar-me como E^aR, partindo das aprendizagens desenvolvidas no estágio anterior que funcionaram como alicerces para o segundo estágio e que foram: a experiência da prática, a comunicação, a capacidade de integração de conhecimentos e o envolvimento na equipa. Deste modo, naturalmente que continuei a trabalhar estes aspectos e foquei a minha integração com os doentes, famílias e cuidadores formais, dando ênfase à componente da participação social e *empowerment* na saúde de quem prestei cuidados. Os meus principais desafios prenderam-se com a dificuldade de articulação com os médicos (dado que a UCC não tem, na sua constituição, nenhum médico a dar apoio, a necessidade de comunicação com os médicos das várias UCSP e USF, torna-se um trabalho moroso) e com a necessidade de ajudar a ajustar a realidade de saúde dos doentes com os obstáculos arquitectónicos exteriores e interiores à habitação.

Posso afirmar que, apesar das dificuldades, elas foram superadas e consegui, com este objectivo, facilitar a coesão nas equipas e o trabalho em conjunto, no seguimento de um único plano de saúde em torno do alcance do que é melhor para um determinado doente, como a literatura sugere a existência de um coordenador do plano de saúde (Mockford C., et al., 2016) e a eficácia na articulação entre serviços e instituições (Kable A., et al. 2015). Neste plano de saúde foram envolvidos os doentes e famílias, levando em conta as suas prioridades e expectativas, conforme é sugerido na literatura que os planos de saúde devem ser devidamente acordados com os doentes e família (Mockford C., et al., 2016). Ao envolver os doentes, foi respeitada a sua dignidade e autonomia e ao trabalhar em equipa transdisciplinar foi garantida a qualidade dos cuidados (cumprindo os domínios de competências de EE já referidos). Ao ser incrementada a motivação dos doentes e família, através do ensino da importância da reabilitação para a melhoria da qualidade de vida, da evidência de disponibilidade (foi cumprido a competência de EEER já referida). Por tudo o que já

foi dito, todas estas actividades e aprendizagens não eram possíveis sem alcançar o objectivo da comunicação, tal como definido nos descritores de Dublin.

Reflectindo sobre o ensino clínico e a minha experiência profissional urge destacar, por um lado o papel que um EEER pode ter em fazer a diferença na prestação de cuidados, mas ao mesmo tempo, a inexistência de uma definição clara do que se pretende do seu contributo. Se em alguns contextos, o EEER é mais um enfermeiro na equipa, noutros ele acresce o papel de consultor, noutros ainda, só efectua programas de reabilitação... Numa equipa de enfermagem que coexistam outros EE, torna-se ainda mais divergente o seu papel. No fundo, parece que os enfermeiros ainda não perceberam o valor das especialidades e ainda não souberam conjugar os papéis dos cuidados gerais com os cuidados especializados de enfermagem, o que afecta a importância que as instituições e os outros profissionais de saúde dão aos enfermeiros, bem como o que a sociedade espera dos enfermeiros. Tendo em conta a presença mais constante dos enfermeiros, face a outros profissionais de saúde, penso que continuamos a zelar pouco pelo respeito da pessoa doente, pela sua dignidade, autonomia e privacidade. Constata-se serviços que não contemplam fisicamente estas necessidades e o esquecimento do papel do enfermeiro enquanto “advogado do doente”.

Tendo em conta a diversidade das competências do EEER, estes deviam demonstrar a importância da sua intervenção, tanto no seio das equipas, como nos ganhos em saúde dos doentes e de satisfação dos doentes e família. Lembrando o tema deste relatório, penso que o processo de planeamento de alta e de regresso a casa dos doentes podia ser um passo importante na mais-valia dos EEER nas equipas de saúde e na afirmação do papel da reabilitação no alcance da saúde como um todo e da melhoria da qualidade de vida.

2.2.2 Objectivo 2 - Desenvolver competências de avaliação, tomada de decisão, planeamento e execução da intervenção de especialista e especialista em ER

Durante este estágio deparei-me com mais dificuldades do que imaginei inicialmente. Primeiro, a capacidade de incluir no trabalho de enfermagem a ER, depois a capacidade de concretizar a avaliação, mas sobretudo a intervenção e a prescrição, bem como o relato em notas de enfermagem e na comunicação em passagens de turno ou discussão de doentes. No meio da necessidade de desenvolver os aspectos práticos da reabilitação, na primeira parte do primeiro estágio, acabei por esquecer um pouco a necessidade de avaliação prévia do doente

e da necessidade de planeamento, do estabelecimento de metas, ou seja, com actividades dirigidas a essas metas, personalizadas. No entanto, foi claramente um obstáculo ultrapassado no decorrer desse mesmo estágio, com incremento das competências já mencionadas e que já não foi uma dificuldade sentida no segundo estágio.

Gostei de ter a oportunidade de desafiar-me enquanto enfermeira, ao prestar cuidados a doentes jovens (já que esta faixa etária é quase inexistente na minha vida profissional). No que diz respeito à ER, são doentes que requerem uma abordagem mais cuidadosa no que diz respeito aos seus *habitus*² e maior criatividade nas actividades terapêuticas. Outra oportunidade de aprendizagem diz respeito à possibilidade de contactar com outro *modus operandi*, comparando o meu actual contexto profissional (UMDR) com o estágio hospitalar.

Como já referi a vertente cardíaca da ER foi pouco trabalhada, por inexistência de doentes com essa necessidade. No entanto, tive a oportunidade de contactar com colegas em estágio da EER que trabalhavam em cirurgia cardíaca e que o projecto de estágio era essa temática, pelo que pude conhecer essa realidade através delas e discutir a abordagem habitual nesses contextos. Já a vertente da sexualidade, tenho pena de não ter conseguido trabalhar mais, mas de facto também sei que o estágio tem apenas dezoito semanas e fossem quais fossem os locais de estágio, estamos sempre condicionados pelas características específicas dos serviços, pelas necessidades que os doentes apresentam naquele momento e pela urgência pessoal e académica em desenvolver um grande número de competências, para além da urgência pessoal em dar relevo a um projecto de estágio.

No que diz respeito ao trabalho desenvolvido com o modelo de avaliação e intervenção de ER, este foi construído para ser específico para aquele contexto. Apesar de ter havido a preocupação de ser um instrumento tendencialmente personalizado àquele doente em particular, a verdade é que o modelo acabou por não dar ênfase à existência de um plano de cuidados e ficar um pouco desligado do plano de saúde global e da promoção da integração e participação social do doente. Mais,

² Segundo a tradução de Aristóteles da palavra grega *hexis* refere-se às “características do corpo e da alma adquiridas num processo de aprendizagem” (p.61, Setton M.G.J., 2002). É um conceito que tem vindo a ser utilizado na Sociologia, nomeadamente por Durkheim ao “designar um estado geral dos indivíduos, interior e profundo, que orienta as suas acções de forma durável” (p.61, Setton M.G.J., 2002). Mais recentemente, Bourdieu define *habitus* como “[...] um sistema de disposições duráveis e transponíveis que, integrando todas as experiências passadas, funciona a cada momento como uma matriz de percepções, de apreciações e de acções – e torna possível a realização de tarefas infinitamente diferenciadas [...]” (Bourdieu, p. 65, 1983, citado por Setton M.G.J., p.62, 2002).

não foi contemplada uma área da reabilitação trabalhada no serviço e transversal à maior parte dos doentes: a reabilitação na área da eliminação. Em todo o caso, o processo de construção do modelo permitiu-me desenvolver e interiorizar as competências de avaliação, diagnóstico, planeamento e execução (nas áreas neurológica, motora e cárdio-respiratória), essenciais para a identidade enquanto EEER. Ao longo do tempo consegui incluir no planeamento, não só os objectivos delineados para aquele momento, mas para o futuro e com vista a uma meta realista e personalizada, bem como o devido ajuste face às condições clínicas que se interpunham no programa de reabilitação.

2.2.3 Objectivo 3 - Desenvolver o trabalho de articulação ao nível transdisciplinar e de liderança, mediação e gestão de caso

Ao longo do ensino clínico, fui percebendo que tinha sido bastante ambicioso da minha parte pensar que conseguiria atingir este objectivo adequadamente, numa fase tão precoce da minha aprendizagem. No entanto, ele era crucial para a aquisição de várias competências, pois seria este objectivo aquele que me permitiria destacar enquanto EE (conjuntamente com o primeiro objectivo) e enquanto mestre (conjuntamente com o quarto objectivo). Inicialmente, tive muitas dificuldades pelo sentimento de insegurança de conhecimentos teórico-práticos e pela minha personalidade. Contudo, penso que, sobretudo à medida que ia concretizando o segundo objectivo, fui-me sentindo mais capaz e fui contribuindo para a melhoria dos cuidados e da organização dos mesmos, até nomeadamente no meu local de trabalho e foi essencialmente no segundo estágio que alcancei este objectivo de forma satisfatória.

O Jornal de Aprendizagem *Potenciar a articulação dos cuidados na comunidade atendendo à “dispersão” da intervenção pluridimensional e pluridisciplinar na prestação de cuidados* (apêndice VII) foi elaborado no final do estágio comunitário. Esta reflexão foi decisiva para a concretização deste objectivo permitindo-me compreender de que forma se pode melhorar a transição de cuidados entre equipas intra e interdisciplinares e de que forma se podem centrar os cuidados no doente e família permitindo, assim, a harmonia no cuidar, confortando.

Na realização do caderno de actividades no domicílio, não houve oportunidade de incluir o treino cognitivo, a estimulação sensorial ou outras vertentes da reabilitação, mas penso que foi importante tentar “pôr-me no lugar do doente” e pensar em “actividades reais para doentes reais”. Ou seja, muitos doentes têm poucos

recursos e pouca motivação para o seu processo de reabilitação e se lhes propormos actividades com reduzida complexidade, seguras (em que podem realizar sozinhos, em segurança) e bem explicadas com imagens e linguagem simples, este processo é sentido como menos moroso e têm maior facilidade em aderir à reabilitação. Além de que contribuí activamente para a melhoria dos cuidados prestados com uma forma mais sistemática e organizada de efectuar a preparação da LFS e do processo de alta naquele serviço, enfatizando o papel do EEER na garantia da continuidade do processo de reabilitação, tanto na abrangência do contexto domiciliário, como no envolvimento e responsabilização do doente e família no seu plano de saúde. Assim, indo ao encontro dos PQCEER: satisfação do cliente, promoção de saúde, prevenção de complicações e organização dos cuidados (OE, 2011),

2.2.4 Objectivo 4 - Desenvolver um protocolo de mediação e intervenção do EEER no processo de regresso a casa da pessoa idosa com PNC

Algumas actividades planeadas não foram realizadas: a visita à AFID Diferença, por dificuldade em conjugar o horário laboral, com o horário destinado à UC *Estágio com relatório*, e a participação no Congresso Internacional da APER (através da apresentação de uma comunicação com base no desenvolvimento do tema do meu projecto de formação), em Dezembro de 2018. Isto, deveu-se ao facto de não ter conseguido reunir as condições para o desenvolvimento do tema do meu projecto de formação durante o estágio hospitalar, porque se tornou mais imperioso desenvolver as competências de EE e EEER e consolidá-las, para mais tarde (no estágio comunitário) dedicar-me melhor ao tema do projecto de estágio. Assim sendo, adiei a submissão de uma comunicação para as I Jornadas de Enfermagem da ESSEM - *Sustentabilidade e Inovação*, de forma a ter uma produção consistente e não ser simplesmente a apresentação de uma revisão da literatura, mas a combinação desta com a experiência clínica e de observação de diversas realidades, numa tentativa de “cuidados baseados na evidência”.

Durante o estágio comunitário, aquele em que eu mais trabalhei este objectivo, acompanhei menos doentes do que no estágio hospitalar e, maioritariamente, por motivos de síndrome de imobilidade ou ortopédicos (apesar de algumas excepções), mas tive a possibilidade de acompanhamento de mais doentes com PNC (intervenções que sintetizo com o exemplo de duas doentes, a Sr.^a I.B. e a Sr.^a A.B., no final deste subcapítulo). Neste estágio pude constatar que o processo de saúde e de reabilitação, em particular, dependem muito dos recursos que os doentes têm.

Destes, chamo a atenção para os recursos pessoais (personalidade, estado emocional e cognitivo, fragilidade), recursos familiares e sociais (não só a existência de cuidador ou não, mas da capacidade do cuidador para cuidar e da relação que este tem com o doente; mas também da existência de uma rede de amigos, outros familiares ou de apoios da comunidade, que podem ser benéficos ou até prejudiciais; capacidade económica) e de recursos físicos (estado de conservação e de salubridade da habitação; existência de obstáculos como degraus, tapetes, circulação estreita).

Desta forma, pude prosseguir mais facilmente para a construção e teste (com o trabalho feito com as doentes acima referidas) de um algoritmo de decisão e intervenção no regresso a casa do idoso com PNC (comunicado em poster científico, apêndice VIII), a que se seguiu o protocolo correspondente (apêndice IX).

Consegui perceber, por um lado, a importância de combinar a reabilitação cognitiva com a reabilitação física, em simultâneo, e que isso trazia benefícios em ambas as vertentes, mas também a nível emocional e de satisfação, conforme (Hughes A.J., et al., 2015 e Zuniga K.E., Mackenzie M.J., Kramer A., McAuley E., 2016). Por outro lado, a importância da envolvimento dos cuidadores, como refere Nikmat A.W., Al-Mashoor S.H., Hashim N.A. (2015), e da realidade do meio onde a pessoa vive como menciona Nikmat A.W., Al-Mashoor S.H., Hashim N.A. (2015). Assim, por muito benéfico que sejam e são os tratamentos específicos, se não houver um elo de ligação entre os vários tratamentos que são necessários a um doente, eles perdem alguns dos seus efeitos positivos, como Mockford C., et al. (2016). Penso que é aí que a ER pode fazer a diferença, tanto nos cuidados de saúde, no geral, como nos cuidados de reabilitação: ser o elo de ligação e o promotor de cuidados de saúde e de reabilitação como um todo. No que diz respeito à envolvimento dos cuidadores e do meio é uma realidade que é conhecida mas se, por um lado, na maior parte das vezes não é visto como um aliado no processo, por outro, por vezes também é esquecido um dos pilares da ética que é a autonomia dos doentes (pelo que também se deve ser cauteloso na forma como se toma decisões e na partilha de informação clínica).

De forma a dar relevo à minha intervenção e execução deste objectivo, abordarei agora aspectos da minha intervenção junto de duas doentes, durante o estágio comunitário. A Sr.^a A.B. e a Sr.^a I.B. cumpriam os critérios de idade, com 86 anos e 78 anos, respectivamente, e de PNC (com diagnóstico médico de demência não especificada), com MMSE de 16/22 (para escolaridade de 3 anos) e MoCA 15/25

e MMSE de 5/22 (para escolaridade de 9 anos) e MoCA 8/25, do protocolo (apêndice IX).

A Sr.^a A. B. era natural de Beja, viúva, nunca tinha trabalhado fora de casa, com dois filhos e residia com a filha (principal cuidadora) e o genro. O motivo de acompanhamento relacionava-se com fractura do cólo do fémur direito a 09/08, com encavilhamento a 10/08, sendo que tinha recuperado a marcha com apoio de andarilho e supervisão para distâncias curtas e apenas no domicílio, mas mantinha equilíbrio dinâmico em pé alterado e diminuição da força do MID. Como antecedentes médicos pessoais constavam a HTA (controlada com medicação), demência (de etiologia não especificada) e fractura do rádio e ulna 2014 por queda, presbiopia (usava óculos) e apresentava ausência de peças dentárias (com prótese superior e inferior, bem adaptada). Ao nível cognitivo apresentava *insight*, com diminuição do juízo crítico, com alterações de memória, orientação tempo-espacial e da atenção. Ao nível emocional sem alterações e aceitava e estava motivada para o programa de reabilitação, mas sem apresentar actividades de ocupação, nem expectativas ou prioridades, ao contrário da filha que valorizava a capacidade de poder sair de casa com a doente, em segurança. A casa tinha uma banheira e era um apartamento pequeno, antigo, com pouco espaço de circulação, mas cuidada, num primeiro andar, sem elevador e com um degrau de acesso ao prédio. O prédio estava numa zona residencial e central da localidade, com estação rodoviária perto. A rede de apoio e de amizade consistia nos vizinhos, sobretudo os do apartamento em frente (um casal, da mesma idade da filha, cerca de 55 anos) e não havia intenção ou vontade da filha em ter apoios sociais formais (tinha apenas o acompanhamento pela UCC, médico de família e era seguida por neurologista particular).

Da avaliação salientavam-se o comprometimento da marcha (associado ao desequilíbrio e diminuição de força do MID), a necessidade de ajuda moderada nas AVD de cuidados de higiene e vestir/despír (preparação do material, sequenciação e vigilância de higiene adequada ou de correcção no vestir), a necessidade de estimulação para actividades de ocupação (estas duas últimas necessidades de cuidados de saúde estavam relacionadas com a PNC, neste caso, demência), o risco de queda (associado ao desequilíbrio e diminuição de força do MID, mas também à falta de juízo crítico e à ansiedade da filha relacionada com a recuperação física da doente), a sobrecarga do cuidador e a vigilância de SV.

Assim sendo, a minha intervenção, foi desenvolvida presencialmente, três vezes por semana em sessões de 45 a 60 min e a UCC disponibilizava sempre um contacto de telemóvel, para situações de dúvidas dentro do horário de funcionamento da UCC (2ª a 6ª das 8h30 às 19h e fins-de semana das 9h às 14h). As sessões consistiam numa primeira abordagem em que questionava como a doente estava (à doente e à filha), o que tinha feito de novo, seguido de TOR, exercícios de memória e de cálculo. Actividades estas interpoladas durante a realização de mobilizações activas resistidas, treino de marcha com correcção do alinhamento corporal e com andarilho. Posteriormente, com treino de escadas e, por fim, treino de marcha na rua. No final das sessões aproveitava para relembrar ensinamentos, como aqueles relativos ao risco de queda, ao incentivo e supervisão em actividades básicas e ocupacionais e ajudava a filha a encontrar formas de lidar com as suas próprias necessidades, conjugadas com as da doente.

Relativamente a actividades ocupacionais, incentivei a retomar o *crochet* e a ajuda a cozinhar (que não dependiam do equilíbrio para as realizar e que faziam parte do *habitus* da doente e, portanto, por motivos de ocupação, mas também para manutenção da motricidade fina e das capacidades cognitivas), com supervisão.

Registo algumas intercorrências, em que tive que adaptar o processo de reabilitação e ajudar a doente e a filha a lidar: duas quedas. A primeira, dia 04/12, numa tentativa da filha a levar à rua, caíram as duas a descer as escadas. A vizinha chamou o 112 e foram ambas observadas no SU. A doente ficou com um hematoma extenso no ombro direito e a filha com hematoma e laceração, com necessidade de sutura, na região occipital, sem outras sequelas. A segunda, dia 10/01, em casa, a andar com andarilho e ao querer apanhar alguma coisa do chão desequilibrou-se e bateu com a região coccígea e occipital, enquanto estava a ser acompanhada pela filha que estava a andar à frente da mãe. Segundo a filha, sem alterações visíveis excepto equimose da região occipital. Também segundo a filha, teve visita da médica de família à tarde no mesmo dia, devido a dor mandibular à direita, e referiu a queda à médica que não deu nenhuma indicação. a doente não teve alterações do estado de consciência, da cognição, da TA e FC. Apresentava dor na mobilização activa livre da coxo-femural esquerda, mas sem dor na mobilização passiva ou na marcha. Sem encurtamento do membro, sem rotação externa e sem claudicação.

Na avaliação, após 8 semanas, evidenciou-se uma melhoria em todas as necessidades de cuidados de saúde. No comprometimento da marcha já não apresentava desequilíbrio, nas AVD de cuidados de higiene e vestir/despir

necessitava apenas de ajuda mínima e orientação, continuava a necessitar de estimulação para as actividades de ocupação, mas mais motivada, manteve o risco de queda e a filha já não apresentava sobrecarga do cuidador (ainda que se mantenha em risco). Melhorada das funções neurocognitivas: sem alterações da atenção, só com desorientação no tempo e menos alterações de memória.

No caso da Sr.^a I. B., ela era natural de Lisboa, viúva, nunca tinha trabalhado fora de casa, tinha uma filha e residia no mesmo prédio que a filha. A principal cuidadora de I.B. era uma empregada (com funções de gestão doméstica e cuidar da doente, a tempo inteiro). O motivo de acompanhamento relacionava-se com síndrome de imobilidade. Como antecedentes médicos pessoais constavam a FA, IC, demência (de etiologia não especificada) e apresentava redução do número de peças dentárias. Ao nível cognitivo apresentava redução de *insight* e de juízo crítico, com alterações em todas as funções neurocognitivas, com discurso muito pobre e muito provocado, monossilábico. Ao nível emocional, com humor deprimido, com renitência ao programa de reabilitação, sem apresentar actividades de ocupação, nem expectativas ou prioridades, ao contrário da cuidadora e da filha que valorizavam a melhoria na participação nas AVD. A casa era um apartamento com banheira, de tamanho médio, bem conservada e cuidada, com bom espaço de circulação, no 2º andar com elevador, mas com quatro degraus de acesso ao prédio. O prédio estava numa zona residencial e central da localidade, com estação rodoviária perto. A rede de apoio e de amizade não era inexistente, pelo que os apoios consistiam na UCC, médico de família e a empregada a tempo inteiro/ cuidadora e uma segunda empregada que estava nas folgas ou férias da cuidadora principal.

Da avaliação salientavam-se a comunicação ineficaz, a necessidade de ajuda total em todas as AVD (por défice cognitivo e diminuição da força muscular global); o risco de UPP (por não ter iniciativa em se automobilizar); perda de força e resistência muscular e da integridade das estruturas articulares (limitações articulares e anquiloses); diminuição da capacidade respiratória (por padrão respiratório ineficaz, diminuição da força dos músculos respiratórios e postura inadequada), vigilância de SV (pelos antecedentes médicos) e gestão terapêutica (por perceber que tinha vários medicamentos indutores de inactividade e que a doente não precisava, pelo que encaminhei ao médico de família que fez a revisão terapêutica) .

Assim sendo, a minha intervenção, foi desenvolvida presencialmente, duas vezes por semana em sessões de 45 a 60 min e a UCC disponibilizava sempre um contacto de telemóvel, como foi dito anteriormente. As sessões consistiam numa

primeira abordagem em que questionava como a doente estava, como tinham decorrido os dias e as AVD e as dificuldades sentidas pela cuidadora. Tinha o cuidado de me apresentar todos os dias, de perguntar o nome da doente, de lhe dizer o dia e as horas (ou seja, uma TOR adaptada) e de ir nomeando as partes do corpo que ela mobilizava durante o programa de reabilitação. Actividades estas interpoladas durante a realização de mobilizações passivas e activas simples e conjugadas (o início das mobilizações tinha, na maior parte das vezes, de começar com mobilizações passivas e depois continuava com activas, demonstrando sempre o que era pretendido), *push-ups*, treino de ortostatismo e, no final das duas semanas, treino de marcha com apoio bilateral. No final das sessões aproveitava para relembrar ensinamentos, como aqueles relativos à necessidade de estimular a doente (física e mentalmente), aos posicionamentos adequados, ao risco de UPP.

Registo algumas intercorrências em que tive que adaptar o processo de reabilitação. A primeira, deveu-se a incompatibilidade burocrática no processo de admissão na RNCCI e a segunda, a mudança de empregada / cuidadora principal. A primeira implicou suspensão das sessões durante 3 semanas e a segunda, implicou replicar ensinamentos.

Na avaliação, após 8 semanas, evidenciou-se uma melhoria em todas as necessidades de cuidados de saúde. Na comunicação, o discurso tornou-se menos provocado e com frases curtas, coerente. No vestir/despir e transferências a necessidade de ajuda passou a ser moderada; o risco de UPP diminuiu (esboçava iniciativa em se automobilizar e a cuidadora tinha o cuidado de a mobilizar com maior frequência); movimentos com aumento da amplitude articular e aumento da força em todos os segmentos; melhoria da capacidade respiratória (se pedido à doente já conseguia realizar alguns ciclos respiratórios com padrão diafragmático e melhoria na dissociação dos tempos respiratórios, aumento da força dos músculos respiratórios, evidente por tosse eficaz, postura adequada); SV mantiveram-se estáveis e a terapêutica foi revista com evidência positiva no comportamento da doente .

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Um dos pontos cruciais para a adesão ao processo de reabilitação, e que é evidente na minha prática profissional, é a ausência de dor, a sensação de bem-estar e de conforto. Deste modo, o tema deste relatório pretendeu enfatizar a chamada da enfermagem para o cerne do papel de cuidar, o conforto, que é a “acção de enfermagem mais importante na prestação de cuidados” (Morse em Tomey AM, Alligood MR, p. 487, 2004), através da Teoria (de Médio Alcance) do Conforto, de Katharine Kolcaba. Por um lado, focando nas competências centrais de enfermagem: a prevenção da doença, a promoção dos processos de readaptação, a satisfação das necessidades humanas fundamentais, a máxima independência na realização das actividades da vida, a adaptação funcional aos défices e a múltiplos factores, através de processos de aprendizagem dos indivíduos ou comunidades (OE, p. 11, 2011). Por outro lado, dando relevo aos valores e atitudes primordiais na enfermagem, ou seja, a aquisição de uma postura firme, consistente e sistemática de exercício da profissão com a transposição das competências de investigação, liderança e consultadoria/colaboração, em simultâneo com o desenvolvimento do conhecimento científico da enfermagem, centrado nas “respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde” (OE, p. 2, 2010a). Competências e conhecimento não devem estar centrados na doença, mas permitir a convergência dos modelos teóricos da prática clínica com aqueles a decorrer na prática, como relembra Silva (2007), assumindo uma forma de estar e saberes característicos da profissão, privilegiando o crescimento das áreas de intervenção autónomas, face ao crescimento das áreas de acção interdependente (como descreve Tomey, A., Alligood, M., 2004).

Assim, durante o ensino clínico tive a oportunidade de desenvolver as competências de EE (OE, 2010a) que remetem para a integração de uma atitude exemplar ao nível deontológico e ao nível da promoção de ambientes que respeitem a dignidade humana, a aquisição de conhecimentos actualizados e sólidos e correctamente articulados com a especificidade dos cuidados. Além da procura pela melhoria dos ambientes (seguros e terapêuticos), dos cuidados, do profissionalismo (sentido de responsabilidade, capacidade de raciocínio clínico e espírito crítico), influenciando as equipas multidisciplinares e as organizações; do desenvolvimento da capacidade de antecipação de problemas, de gestão do risco (individual, da equipa de enfermagem), de análise das necessidades dos contextos, das equipas dos cuidados e de ser agente de mudança. Simultaneamente, permitiu o desenvolvimento

de competências ao nível da tomada de decisão, do autoconhecimento pessoal e profissional, do conhecimento aprofundado do doente e família e a construção de relacionamentos terapêuticos numa base de adaptabilidade, flexibilidade, negociação e assertividade.

O “aumento da esperança de vida e o conseqüente envelhecimento da população acabam por traduzir-se num maior número de pessoas com problemas de saúde e dependência” (OE, p.2, 2011). Portanto, “cada vez mais pessoas sobrevivem a lesões potencialmente fatais (...) e as pessoas com doença crónica vivem mais anos” (OE, p.2, 2011), assistindo-se a uma necessidade crescente de cuidados de Reabilitação. A ER incide sobre o todo do doente e tem como finalidade a redução de complicações inerentes à sua situação clínica e a maximização do seu potencial remanescente, pelo que permite a defesa dos direitos e a dignidade humana, a manutenção da autonomia, da qualidade de vida, da socialização, mas também ganhos em saúde e, portanto, a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem. Assim, promove “uma maneira de viver com sentido para [aquele doente] e compatível com a sua situação” (Hesbeen, p. 35, 2003), independentemente da morbilidade ou da causa, fazendo parte de uma equipa de reabilitação, onde se destaca por ser o “especialista do pormenor/das pequenas coisas” (Hesbeen, p. 85, 2003) e sendo o profissional na equipa que melhor responde e gere a complexidade e diversidade de cuidados não dependendo a sua atuação da acessibilidade aos equipamentos ou tecnologias, como refere Hoeman (2000). Os E^oR capacitam e educam a pessoa e família/cuidador durante o processo de transição fornecendo as bases de conhecimento para a concepção e avaliação das opções, num planeamento conjunto das estratégias de resolução de problemas e dos comportamentos a adoptar de modo a chegar aos resultados negociados com a pessoa e família/cuidador.

Desta forma, a ER complementa a enfermagem, a reabilitação e os cuidados de saúde no geral, sendo o elo de ligação e o promotor de cuidados de saúde e de reabilitação como um todo, logo distingue-se como sendo singular, insubstituível, uma mais-valia e crucial para a concretização dos cuidados de saúde, com qualidade e segurança. Não se pretende que se dilua noutras intervenções, mas que aprofunde a capacidade diagnóstica e de intervenção, de gestão e de melhoria dos cuidados, do trabalho em equipa (intra e interdisciplinar e com o doente e família), não se sujeitando a adquirir competências fora do seu campo particular, mas desenvolvendo um olhar e uma sensibilidade clínica, um juízo clínico e até mesmo a criatividade ou a capacidade de inovar, viabilizando um processo de ER de excelência.

Considero que foram alcançadas as metas colocadas na fase de planeamento e expressas no desenho do projecto de formação (apêndice II). Isto, tanto no que respeita ao cumprimento das actividades pensadas para o desenvolvimento das competências, como na formação dos alicerces para o que é esperado para uma especialista, para uma EER e para a obtenção do grau de mestre. As actividades que não foram possíveis operacionalizar foram devidamente justificadas e, em alguns casos, substituídas por outras ou houve outras estratégias compensatórias para que não houvesse lacunas em termos formativos e em termos dos objectivos pessoais. A formação pessoal e profissional não é nunca estanque, porque o conhecimento está em contínua renovação e há, conseqüentemente, uma necessidade de aquisição de conhecimento e de adaptação deste à prática clínica. Desta forma, posso afirmar que a matriz de EE e de EEER foi bem consolidada, ao longo de todo o percurso académico, mas mais concretamente durante o ensino clínico e com a elaboração deste relatório.

Para o desenvolvimento das competências de EE, de EEER e do segundo ciclo de estudos, concorreram a melhoria de competências pessoais, sobretudo ao nível da adaptabilidade, criatividade, flexibilidade, perseverança, trabalho em equipa, gestão de tempo, do *stress* e das emoções, autonomia e inovação, mas também da autoestima, do autoconhecimento, da empatia, da assertividade e da motivação.

Correndo o risco de cair num lugar comum, durante o percurso formativo houve também duas grandes dificuldades. Uma, inerente à gestão do tempo entre as actividades lectivas, o horário de trabalho e a vida pessoal. A segunda, o conjunto da duração e da diversidade dos estágios, com a exigência do ganho de um grande número de competências complexas. A conjugação destas duas dificuldades constituiu um verdadeiro desafio que foi sendo ultrapassado, com maior ou menor eficácia, a partir de uma organização realista do tempo e da obrigação pessoal do cumprimento de metas previamente estipuladas.

Relativamente ao trabalho iniciado durante o estágio, este irá ser, por um lado, continuado, nomeadamente nas áreas menos trabalhadas (como a cárdio-respiratória e a sexualidade), por outro lado, mais solidamente assumido e melhorado, sobretudo no que diz respeito ao grau de especialista e de mestre e, mais concretamente, na intervenção como gestora de cuidados e na promoção contínua de práticas inovadoras e baseadas na evidência. Simultaneamente, perspectivando a melhoria da interligação das várias áreas e componentes da reabilitação. Além disso, pretendo pôr em prática, no meu contexto laboral, o protocolo de mediação e intervenção do EEER

no processo de regresso a casa do idoso com PNC, de forma a facilitar a reabilitação e a resolução de problemas sociais que muitas vezes se interpõem nos doentes com PNC. Assim, tenho como objectivo a melhoria contínua do protocolo, de acordo com a prática clínica e com a actualização da investigação (melhorando a articulação de aspectos como a espiritualidade e outras vertentes da saúde – motoras, cárdio-respiratórias, eliminação e sexualidade), mas também vir a abranger a população adulta não idosa (portanto população com actividade laboral mantida).

Na minha perspetiva e baseando-me, tanto no ensino clínico, mas até sobretudo no meu percurso profissional existem dois grandes desafios para a ER. O primeiro, é a aparente insuficiente importância que o sistema de saúde e que a sociedade dá à mais valia da reabilitação ao nível da qualidade de vida dos doentes e família e ao nível da integração sócio-profissional destes (evidente pela falta de recursos humanos e físicos), o que condiciona a não universalidade de EEER nos serviços de saúde. Já o segundo desafio, mais relacionado com o quotidiano, diz respeito à falta de empenho dos doentes e famílias face ao seu plano de saúde e, consequentemente, ao seu plano de reabilitação. Mais ainda, à falta de motivação dos profissionais na melhoria da qualidade dos cuidados prestados, evidente na lacuna de cuidados com conforto e com respeito pela autonomia e dignidade ou na lacuna da construção de conhecimento, de investigação e no desenvolvimento de novos projectos.

Não menos importante é a determinação de que a reabilitação e a ER são igualmente essenciais que outras áreas da saúde ou da enfermagem. Actualmente, com os avanços no conhecimento e com a evolução em alguns aspectos na qualidade de vida das populações, é demasiado redutor um sistema de saúde centrado na adequada disponibilização, prescrição e administração de medicamentos ou na realização de MCDT. A enfermagem não pode persistir num modelo de prestar apenas cuidados básicos e mínimos, a enfermagem não é nem nunca foi apenas isso. Assim, tem que advogar e exigir, para bem dos doentes, cuidados personalizados e cuidados que dêem tudo o que cada doente precise, ou seja, sabendo gerir os recursos e não disponibilizando todos os cuidados a todos os doentes, mas aqueles que são os adequados. A ER tem a obrigação, não só de seguir o que foi já dito, mas de dar o exemplo, com a devida gestão de prioridades e adequação entre a prestação de cuidados gerais, cuidados especializados e cuidados de reabilitação. Um EEER não deixa de ser enfermeiro, mas acresce as competências de especialista e de reabilitação e é aí que faz a diferença na prestação de cuidados.

Do meu percurso formativo destaco, em retrospectiva, o que considero serem pilares transversais no futuro da ER. Primeiro, a primazia pelo trabalho em equipa, quer seja com os diferentes profissionais das áreas da saúde, sociais ou outros, quer seja com o doente e a família ou pessoas significativas e/ou cuidadoras. Segundo, o enfoque no papel activo na investigação e na transferência desse saber para a prática. Terceiro, a efectivação da capacidade de liderança e de mediação dos cuidados de enfermagem e de saúde, nomeadamente e sobretudo em alguns contextos, através da figura de gestor de caso³.

³Gestor de caso é, segundo Hoeman S.P. (2000) e neste contexto, um modelo de prestação de cuidados centrado no doente que se caracteriza pela adequação e coordenação de serviços disponibilizados, com boa relação custo-eficácia e focando-se no episódio de doença ou incapacidade durante o *continuum* de cuidados e, portanto, transversal aos contextos de cuidados. Este modelo destina-se a equipas multidisciplinares e é aplicado de acordo com o processo de enfermagem, ou seja, utilizando uma avaliação inicial, planeamento, implementação e avaliação de resultados. Considera-se um modelo ajustado à filosofia da reabilitação, permitindo integrar os cuidados prestados por diversos profissionais de vários serviços, prevenir a duplicação ou omissão de cuidados, reduzir o tempo de internamento, melhorar a satisfação dos doentes e família e a relação interdisciplinar. O mesmo autor refere, ainda, que este seria o modelo de prestação de cuidados mais adequado na reabilitação, com um enfermeiro de reabilitação como gestor de caso, nomeadamente em doentes com necessidades complexas de cuidados de saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alzheimer's Society (2009). *Counting the cost: Caring for people with dementia on hospital wards*. Reino Unido
- American Psychiatric Association (2013). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais DSM-5*. Porto Alegre: Artmed
- Azeredo, Z. (2017). Transdisciplinarity in caring for the 21st century. *Journal of Aging & Innovation*. 6 (2): 43 - 49
- Barros P., de Almeida Simões J. (2007). Portugal: Health system review. *Health Systems in Transition*. 9(5). 1–140
- Bliemel C., Lechler P., Oberkircher L., Colcuc C., Balzer-Geldsetzer M., Dodel R., ..., Buecking B. (2015). Effect of Preexisting Cognitive Impairment on In Patient Treatment and Discharge Management among Elderly Patients with Hip Fractures. *Dementia & Geriatric Cognitive Disorders*. 40(1/2). 33-43
- Damulevičienė G., Lesauskaitė V., Macijauskienė J., Smigelskas K., Venskutonis D. (2013). Perioperative factors affecting length of hospital stay among elderly patients. *Medicina (Kaunas, Lithuania)*. 49 (6). 247-53
- Decreto-Lei 107/2008 de 25 de Junho. Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior sobre a atribuição do grau de mestre. *Diário da República Série I*, Nº 121 (25-06-2008)
- Dias A., Queirós A. (2010). *Plano Nacional de Saúde 2011-16: Estudo "Integração e Continuidade de Cuidados"*. Lisboa: Alto Comissariado da Saúde
- Dicionário Priberam. Acedido em 20/02/2019. Disponível em <https://dicionario.priberam.org/integrar>
- Direcção-Geral da Saúde (2005). *Carta dos direitos do doente internado*. Acedido em 05/06/2018. Disponível em <https://www.dgs.pt/?ci=201&ur=1&newsletter=46>
- Direcção-Geral da Saúde (2011). *Acidente Vascular Cerebral: Prescrição de Medicina Física e de Reabilitação*. Norma nº 054/2011 de 27/12/2011
- Direcção-Geral da Saúde (2017). *Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde*. Norma nº 001/2017 de 08/02/2017
- Dizon, Mae L.; Reinking, C. (2017). Reducing Readmissions: Nurse-Driven Interventions in the Transition of Care from the Hospital. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*. 14(6). 432-439
- Ermida J.G. (2014). Avaliação Geriátrica Global. In Veríssimo M.T. (Coord). *Geriatrics*

fundamental: saber e praticar. (p.159-178). Lisboa: Lidel

- Fogg C., Meredith P., Bridges J., Gould G. P., Griffiths P. (2017). The relationship between cognitive impairment, mortality and discharge characteristics in a large cohort of older adults with unscheduled admissions to an acute hospital: a retrospective observational study. *Age & Ageing.* 46(5): 794-801
- Furlanetto K., Emond K. (2016). "Will I come home incontinent?" A retrospective file review: Incidence of development of incontinence and correlation with length of stay in acute settings for people with dementia or cognitive impairment aged 65 years and over. *Collegian.* 23 (1): 79-86
- Gonçalves-Bradley D.C., Lannin N.A., Clemson L.M., Cameron I.D., Shepperd S. (2016). Discharge planning from hospital (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews.* Issue 1. Art. No.: CD000313
- Gonçalves-Bradley D.C., Liffie S., Doll H.A., Broad J., Gladman J., Langhorne P., ... Shepperd S. (2017). Early discharge hospital at home (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews.* Issue 6. Art. No.: CD000356.
- Hamers J.P., Bleijlevens M.H., Gulpers M.J., Verbeek H. (2016). Behind Closed Doors: Involuntary Treatment in Care of Persons with Cognitive Impairment at Home in the Netherlands. *Journal of The American Geriatrics Society.* 64 (2). 354-8
- Hesbeen, Walter (2003). *A Reabilitação: criar novos caminhos.* Loures: Lusociência
- Hoeman S.P. (2000). *Enfermagem de Reabilitação: Processo e Aplicação.* (2ª ed). Loures: Lusociência
- Hughes A.J., Hartoonian N., Parmenter B., Haselkorn J.K., Lovera J.F., Bourdette D., Turner A.P. (2015). Cognitive Impairment and Community Integration Outcomes in Individuals Living with Multiple Sclerosis. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation.* 96 (11). 1973-9
- Hvidt L.N., Hvidt K.N., Madsen K., Schmidt T.A. (2014). Comprehension deficits among older patients in a quick diagnostic unit. *Clinical Interventions in Aging.* 9. 705-10
- Johnson A, Sandford J, Tyndall J (2003). Written and verbal information versus verbal information only for patients being discharged from acute hospital settings to home (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews.* Issue 4. Art. No.: CD003716
- Kable A., Chenoweth L., Pond D., Hullick C. (2015). Health professional perspectives on systems failures in transitional care for patients with dementia and their carers: a qualitative descriptive study. *BMC Health Services Research.* 15. 567

- Kolcaba K (2003). *Comfort Theory and Practice: a vision for holistic healthcare and research*. EUA: Springer Publishing Company
- Kowal P, Dowd JE (2001). *Definition of an older person. Proposed working definition of an older person in Africa for the MDS Project*. Geneva: World Health Organization
- Lei nº15/2014 de 21 de Março e Portaria nº87/2015. *Carta dos Direitos e Deveres dos Utentes*. Diário da República
- Lin R.Y., Scanlan B.C., Liao W., Nguyen T.P. (2015). Disproportionate effects of dementia on hospital discharge disposition in common hospitalization categories. *Journal of Hospital Medicine*. 10 (9). 586-91
- Marengoni A., Nobili A., Romano V., Tettamanti M., Pasina L., Djade S., ..., SIMI Investigators. (2013). Adverse clinical events and mortality during hospitalization and 3 months after discharge in cognitively impaired elderly patients. *Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences & Medical Sciences*. 68(4). 419-425
- Mockford C. (2015). A review of family carers' experiences of hospital discharge for people with dementia, and the rationale for involving service users in health research. *Journal of Healthcare Leadership*. 7. 21–28
- Mockford C., Seers K., Murray M., Oyebode J., Clarke R., Staniszewska S., ... Sharma U. (2016). The development of service user-led recommendations for health and social care services on leaving hospital with memory loss or dementia – the SHARED study. *Health Expectations*. 20. 495–507
- Naylor M.D., Hirschman K.B., Hanlon A.L., Bowles K.H., Bradway C., McCauley K.M., Pauly M.V. (2014). Comparison of evidence-based interventions on outcomes of hospitalized, cognitively impaired older adults. *Journal of comparative effectiveness research*. 20143 (3). 245-257
- Nazir A., LaMantia M., Chodosh J., Khan B., Campbell N., Hui, S., Boustani M. (2013). Interaction Between Cognitive Impairment and Discharge Destination and Its Effect on Rehospitalization. *Journal of the American Geriatrics Society*. 61(11). 1958-1963
- Nikmat A.W., Al-Mashoor S.H., Hashim N.A. (2015). Quality of life in people with cognitive impairment: nursing homes versus home care. *International Psychogeriatrics*. 27 (5). 815-24
- OECD (2017). *Health at a glance 2017: OECD Indicators*. Paris: OECD Publishing

- Oliveira, C. R., Mota Pinto, A. (2014). *Biologia e Fisiopatologia do Envelhecimento*. In Veríssimo M.T. (Coord). *Geriatría fundamental: saber e praticar*. (p.17-28). Lisboa: Lidel
- Oliveira J.P.C. (2018). *Documento Orientador*. Estágio com Relatório. ESEL
- Ordem dos Enfermeiros (2010a). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros
- Ordem dos Enfermeiros (2010b). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros
- Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros
- Ordem dos Enfermeiros (2015). *Áreas de investigação prioritárias para a EER*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros
- Ouellet M-C., Sirois M-J., Beaulieu-Bonneau S., Gagné M-E., Morin J., Perry J., ..., Émond M. (2016). Correlates of cognitive functioning in independent elderly patients discharged home from the emergency department after a minor injury. *International Psychogeriatrics*. 28(8). 1313-1322
- Peel N.M., Chan K.W., Hubbard R.E. (2015). Outcomes of cognitively impaired older people in Transition Care. *Australasian Journal on Ageing*. 34 (1). 53-7
- Petronilho F.A.S. (2013) *A alta hospitalar do doente dependente no autocuidado: decisões, destinos, padrões de assistência e de utilização dos recursos – estudo exploratório sobre o impacte nas transições do doente e do familiar cuidador*. Universidade de Lisboa. Doutoramento em Enfermagem. Lisboa
- Pinkney L., Barker P. (1994). Snoezelen: An evaluation of an environment used by people who are elderly and confused. In Hutchinson R., Kewin J., *Sensations and Disability: Sensory Environments for Leisure, Snoezelen, Education and Therapy* (p. 172-183). Chesterfield: Rompa
- Poole M., Bond J., Emmett C., Greener H., Louw S.J., Robinson L., Hughes J.C. (2014). Going home? An ethnographic study of assessment of capacity and best interests in people with dementia being discharged from hospital. *BMC Geriatrics*. 14. 56-66
- Realdon O., Rossetto F., Nalin M., Baroni I., Cabinio M., Fioravanti R., ..., Baglio F. (2017). Technology-enhanced multi-domain at home continuum of care program with respect to usual care for people with cognitive impairment: the

- Ability-Telerehabilitation study protocol for a randomized controlled trial. *BMC psychiatry*. 2016 (1). 425
- Rebelo, M.T. (2012). O regresso do doente a casa: saberes e práticas dos enfermeiros no processo de alta. In Rebelo M. T. et al. *Cuidar em Enfermagem – Saberes da prática*. Coimbra: Formasau
- Samus Q.M., Johnston D., Black B.S., Hess E., Lyman C., Vavilikolanu A., ... Lyketsos C.G. (2014). A multidimensional home-based care coordination intervention for elders with memory disorders: the maximizing independence at home (MIND) pilot randomized trial. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*. 22 (4). 398-414
- Santana I, Duro D (2014). Envelhecimento cerebral e demência. In Veríssimo MT (Coord). *Geriatría fundamental: saber e praticar*. (p.159-178). Lisboa: Lidel
- Setton, M.G.J. (2002). A teoria do *habitus* em Pierre Bourdieu: uma leitura contemporânea. *Revista Brasileira de Educação*. 20: 60-154
- Silva, A. (2007). Enfermagem avançada: um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. *Servir*. 55 (1-2), p. 11-20
- Steiner V; Pierce LL; Salvador D. (2016) Information Needs of Family Caregivers of People with Dementia. *Rehabilitation Nursing: The Official Journal of The Association of Rehabilitation Nurses*. 41 (3). 162-9
- Stineman M.G., Xie D., Kurichi J.E., Kwong P.L., Vogel W.B., Ripley D.C., Bates B.E. (2014). Comprehensive versus consultative rehabilitation services postacute stroke: Outcomes differ. *Journal of Rehabilitation Research and Development*. 51 (7). 1143-54
- Strong S., Glen Ellyn I.L., Bettin A. (2015). An initiative to improve patient discharge satisfaction. *Rehabilitation Nursing: The Official Journal of The Association of Rehabilitation Nurses*. 40 (1). 52-9
- Tomey, A., Alligood, Martha (2004). *Teóricas de enfermagem e a sua obra: Modelos e Teorias de enfermagem* (5ª ed). Loures: Lusociência
- Vecchio N., Fitzgerald J.A., Radford K., Fisher R. (2016). The association between cognitive impairment and community service use patterns in older people living in Australia. *Health & Social Care in The Community*. 24 (3). 321-33
- Verloo H., Goulet C., Morin D., von Gunten A. (2016). Association between frailty and delirium in older adult patients discharged from hospital. *Clinical Interventions in Aging*. 11. 55-63
- Whittamore K.H., Goldberg S.E., Bradshaw L.E., Harwood R.H., Medical Crises in

- Older People Study Group (2014). Factors associated with family caregiver dissatisfaction with acute hospital care of older cognitively impaired relatives. *Journal of the American Geriatrics Society*. 201462 (12). 2252-2260
- Widdall D. (2016). Cognitive care: what is it and why is it important? *Journal of the Australasian Rehabilitation Nurses' Association*. 19(1). 7-12
- Witlox J., Slor C. J., Jansen R. W. M. M., Kalisvaart K. J., van Stijn M. F. M., Houdijk A. P. J., ..., de Jonghe J. F. M. (2013). The neuropsychological sequelae of delirium in elderly patients with hip fracture three months after hospital discharge. *International Psychogeriatrics*. 25(9). 1521-1531
- World Health Organization (2005). *Do current discharge arrangements from inpatient hospital care for the elderly reduce readmission rates, the length of inpatient stay or mortality, or improve health status?*. Geneva: World Health Organization
- World Health Organization (2012). *Dementia: a public health priority*. Geneva: World Health Organization
- Zietlow K., McDonald S., Sloane R., Browndyke J., Lagoo-Deenadayalan S., Heflin M.T. (2018). Preoperative Cognitive Impairment as a Predictor of Postoperative Outcomes in a Collaborative Care Model. *Journal of the American Geriatrics Society*. 66(3). 584-589
- Zuniga K.E., Mackenzie M.J., Kramer A., McAuley E. (2016). Subjective memory impairment and well-being in community-dwelling older adults. *Psychogeriatrics*. 2016 (1). 20-26

APÊNDICES

APÊNDICE I – GUIÃO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

Tema	Questões	Tópicos de Respostas obtidas
Caracterização do local de estágio	Filosofia	
	Critérios de internamento	
	Recursos humanos	
	Dinâmicas	
	Recursos Físicos	
Caracterização dos utentes		
Projectos	Em curso	
	Que gostariam de desenvolver	
Monitorização dos cuidados	Instrumentos de colheita de dados ou de avaliação	
	Como é feito o planeamento, registo, avaliação e continuidade dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação?	
	Colaboração com outras instituições	
	Monitorização de resultados e indicadores dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação	

Estágios da especialidade	Como é gerido o tempo de estágio	
	“Circuito” habitual do aluno	
	Em que moldes o projecto se pode concretizar e adequar ou não ao serviço/instituição?	

**APÊNDICE II – Projecto de Formação *REGRESSO A CASA DO*
IDOSO COM PERTURBAÇÕES NEUROCOGNITIVAS:
*INTERVENÇÕES DE REABILITAÇÃO***

Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização em Enfermagem de
Reabilitação

Opção II - Projecto de Formação

REGRESSO A CASA DO IDOSO COM
PERTURBAÇÕES NEUROCOGNITIVAS

Intervenções de reabilitação

Carla Maria Pereira Gonçalves Ribeiro

Orientador: Vanda Marques Pinto

Lisboa

2018



LISTA DE ACRÓNIMOS

ABVD – Actividades básicas de vida diária

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

AFID Diferença - Associação Nacional de Famílias para a Integração da Pessoa Deficiente

AIVD – Actividades instrumentais de vida diária

APER – Associação Portuguesa de Enfermeiros de Reabilitação

ARSLVT – Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo

AVC – Acidente vascular cerebral

AVD – Actividades de vida diária

DGS – Direcção-Geral da Saúde

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

EER – Especialidade em Enfermagem de Reabilitação

EºR – Enfermeiro de reabilitação

ER – Enfermagem de Reabilitação

ERI – Estruturas residênciais para idosos

FMUC – Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

LFS – Licença de fim-de-semana

LVM – Lesão vertebro-medular

MFR – Medicina Física e Reabilitação

OCDE/OECD – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS/WHO – Organização Mundial de Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

PCC – População, Conceito, Contexto

PNC – Perturbações neurocognitivas

PQCEER – Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

TCE – Traumatismo crânio-encefálico

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UF – União de Freguesias

VIH – Vírus de imunodeficiência humana

ÍNDICE

	Páginas
1. IDENTIFICAÇÃO DO PROJECTO	6
2. SUMÁRIO	7
3. <i>BACKGROUND</i>	8
3.1 Conceitos	8
3.2 Justificação da temática	10
3.3 Pertinência para a melhoria dos cuidados de ER	11
3.4 Teoria do Conforto	12
4. REVISÃO CRÍTICA	13
5. PLANO DE TRABALHO E MÉTODOS	16
5.1 Protocolo de Revisão <i>Scoping</i> (adaptado)	16
5.2 Instituições	17
5.3 Plano de cuidados	18
6. PLANEAMENTO DE ACTIVIDADES	20
6.1 Objectivos e Competências a desenvolver	20
6.2 Actividades	21
6.3 Cronograma	25
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	26
APÊNDICES	
APÊNDICE I – Documento de extracção de informação	
APÊNDICE II – Diagrama PRISMA	
APÊNDICE III – Guião de entrevista semi-estruturada	
ANEXOS	
ANEXO I – Critérios de Beers (2003)	
ANEXO II – Índice de Barthel	
ANEXO III – Índice de Lawton-Brody	
ANEXO IV – Teste de Tinetti	
ANEXO V – Escala PAINAD e numérica	
ANEXO VI - MNA	
ANEXO VII – Escala de Braden	
ANEXO VIII - LCFS	

ANEXO IX - CAM

ANEXO X - MoCA

ANEXO XI - CDR

ANEXO XII - Inventário neuropsiquiátrico de Cummings

ANEXO XIII - Bedside DE Lenguaje

ANEXO XIV - GDS

ANEXO XV - EAE

ANEXO XVI – Modelo de Calgary

ANEXO XVII – Escala de Zarit

ANEXO XVIII - MIF

ANEXO XIX – WHO - 5

ANEXO XX – Questionário PREPARED

1. IDENTIFICAÇÃO DO PROJECTO

Título

Regresso a casa do idoso com perturbações neurocognitivas: intervenções de reabilitação.

Palavras-chave

Preparação do regresso a casa (*patient discharge*); Idoso (*aged*); Perturbações neurocognitivas (*neurocognitive disorders*); Conforto (*comfort*); Reabilitação (*rehabilitation*).

Objectivos

Compreender o impacto do regresso a casa dos idosos com PNC, no seu processo de reabilitação;

Identificar as necessidades dos idosos com PNC em processo de reabilitação, no regresso a casa;

Compreender as intervenções do EEER na preparação do regresso a casa dos idosos com PNC.

Data do início

Março de 2018 até Abril de 2019

Duração

14 meses

Instituições de estágio

Contexto hospitalar: serviço de internamento de Medicina Física e Reabilitação do Hospital Curry Cabral, pertencente ao CHLC.

Contexto comunitário: UCC Abraçar Queluz, pertencente ao ACES Sintra.

2. SUMÁRIO

Este trabalho tem como finalidade delinear o percurso de formação que me proponho desenvolver no âmbito da obtenção da especialidade em enfermagem de reabilitação e acontece em duas vertentes que se completam. Por um lado, a concretização de actividades para atingir os objectivos inerentes ao desenvolvimento das competências de especialista e de especialista em enfermagem de reabilitação (objectivos do estágio descritos posteriormente) e por outro, a concretização de actividades do meu projecto de formação (descritos anteriormente).

A temática deste projecto de formação justifica-se pelo gosto pessoal e profissional na área e pelo interesse para a saúde e para a ER. O regresso a casa, após um internamento hospitalar, de um idoso com PNC (quer estas sejam agudas ou crónicas e independentemente de outras morbilidades ou do motivo de internamento) tem implicações na eficácia da continuidade de cuidados e na reintegração familiar e comunitária. Com este projecto pretendo chamar a atenção para esta problema, que é cada vez mais frequente na sociedade actual, e demonstrar que ainda há um caminho a percorrer na melhoria dos cuidados prestados. De forma a tornar este processo mais tranquilo e seguro é necessário conhecer as necessidades reais dos doentes e família e perceber de que forma os profissionais da equipa multidisciplinar, nomeadamente o E^oR, podem ajudar.

A metodologia utilizada para este trabalho prende-se com a identificação do projecto, do background (com a definição de alguns conceitos-chave, a justificação da temática, a pertinência para a melhoria dos cuidados de enfermagem de reabilitação e a articulação do projecto com a Teoria do Conforto) e da revisão crítica da literatura (através de uma revisão *scoping*). Posteriormente, a descrição do plano de trabalho e métodos em três fases: elaboração do protocolo de revisão *scoping*, segundo The Joanna Briggs Institute (2015) e respectiva revisão, justificação das instituições de estágio e de outras instituições e actividades complementares, e a realização de planos de cuidados, durante o estágio. Finalmente, terminando com o planeamento de actividades (com a definição dos objectivos do estágio e competências a desenvolver e a descrição das actividades, com a complementaridade do cronograma de estágio).

3. BACKGROUND

3.1 Conceitos

O envelhecimento apresenta variabilidade individual e sócio-cultural. Nos países desenvolvidos, segundo Glascock (1980) em Kowal P, Dowd JE (2001), a biologia/cronologia, a mudança no papel social e a alteração de capacidades, concorrem para a definição de velhice, mas a relação entre a perda do papel social e o declínio físico resultantes da passagem para a reforma (normalmente aos 65 anos) é, segundo Gorman (2000) em Kowal P, Dowd JE (2001), o mais determinante.

Nos factores mencionados anteriormente, incluem-se alterações no domínio neurocognitivo que são, segundo Santana I. e Duro D. (2014) em Veríssimo M.T.: velocidade de processamento e execução psicomotora, atenção, memória e aprendizagem (memória prospectiva, visual e de longo prazo, inibição e recuperação consciente da informação), formação de conceitos e abstracção, julgamento visuoperceptivo, e resolução de problemas e desempenho em novas tarefas. Assim, de acordo com a American Psychiatric Association (2013), o domínio neurocognitivo engloba a atenção complexa, a função executiva, a aprendizagem e memória, a linguagem, a capacidade percepto-motora e a cognição social.

Existem, no entanto, alterações neurocognitivas patológicas, as PNC, conforme nomenclatura da American Psychiatric Association (2013): o *delirium* e as síndromes de PNC major ou leve, que são perturbações adquiridas do domínio neurocognitivo. O *delirium* é caracterizado por uma perturbação da atenção, da consciência e de um ou mais domínios neurocognitivos e pode ser, agudo ou persistente, e hiperativo, hipoactivo ou com nível misto de atividade e é consequente à intoxicação ou abstinência de substâncias ou à iatrogenia. As síndromes de PNC definem-se com a presença de declínio cognitivo face ao nível anterior de desempenho em um ou mais domínios neurocognitivos. Os subtipos major ou leve de PNC diferenciam-se pela intensidade do declínio funcional e têm etiologias, como a doença de Alzheimer, a doença vascular, a doença por corpos de Lewy, a doença de Parkinson, a degeneração lobar frontotemporal, a lesão cerebral traumática, a infecção por VIH, a PNC induzida por substância/medicamento, a doença de Huntington, ou outra condição médica.

O tópico central deste projecto, o regresso a casa, diz respeito ao percurso de uma pessoa entre o internamento hospitalar, a alta e a adaptação a casa. Assim, fala-se na existência de uma preparação do regresso a casa quando se promove uma capacitação do doente e da família para os cuidados de saúde após a alta e uma reintegração do doente na família e comunidade, o que revela, segundo Rebelo, M.T. (2012), não só uma preocupação com a saúde, o bem-estar e a segurança do doente e família, mas também uma mobilização de recursos que facilitem este processo.

Para a compreensão do que é a preparação do regresso a casa é essencial clarificar conceitos relacionados. Primeiro, a preparação para a alta que é, de acordo com Gonçalves-Bradley D.C., Lannin N.A., Clemson L.M., Cameron I.D., Shepperd S. (2016), um plano personalizado que garante a saída do doente do hospital no momento certo face às necessidades de cuidados, articulando com outras entidades prestadoras de cuidados, inserido numa abordagem sistémica e multiprofissional (Dizon M. L.; Reinking, C., 2017), desde a admissão até ao pós-alta (Strong S., Glen Ellyn I.L., Bettin A., 2015) e inclui informação verbal e escrita (Johnson A., Sandford J., Tyndall J., 2003). Os critérios de decisão sobre o destino dos doentes dependentes no momento da alta hospitalar em Portugal são a condição de saúde do doente e os recursos familiares e da comunidade, ainal sendo o destino preferencial o domicílio, mas também a referenciação para a RNCCI e as ERI (Petronilho F.A.S., 2013).

Existem outros conceitos relacionados: a transição de cuidados, que se dá na transferência de responsabilidade de cuidados e de informação (DGS, 2017); a integração de cuidados que diz respeito à organização do sistema de saúde para uma melhor eficiência dos recursos face às necessidades dos doentes, em tempo útil e no local mais apropriado (Dias A., Queirós A., 2010); e a coordenação de cuidados, que está focada na gestão dos processos clínicos de forma a minimizar a fragmentação e duplicação de procedimentos (Dias A., Queirós A., 2010). Adicionalmente, existem outros três conceitos (definidos de acordo com Dias A., Queirós A., 2010): os cuidados continuados, providenciados aos doentes, num período longo de tempo; a gestão da doença, pensada para a existência de um plano de saúde que contempla os diferentes estádios da doença crónica; a gestão de caso, que implica a coordenação das respostas do sistema de saúde face à avaliação das necessidades do doente e a responsabilização pela monitorização da prestação de cuidados.

3.2 Justificação da Temática

A prestação de cuidados de saúde, em Portugal, está sujeita ao respeito pelos direitos e deveres dos doentes (Lei nº15/2014, de 21 de Março e Portaria nº87/2015), como a continuidade de cuidados de saúde e cuidados relacionados com as necessidades sócio-económicas, habitacionais e familiares (DGS, 2005), com a articulação entre prestadores e capacitação do doente e família. No contexto actual, um dos indicadores da evolução da qualidade dos cuidados, como demonstra Barros P, de Almeida Simões J. Portugal (2007), é o tempo de hospitalização e as taxas de reinternamento hospitalares, ao mesmo tempo que são frequentes as altas precoces, o que implica cada vez mais e como relembra Johnson A., Sandford J., Tyndall J. (2003) e Gonçalves-Bradley D.C., Iliffe S., Doll H.A., Broad J., Gladman J., Langhorne P., ... Shepperd S. (2017), um período de convalescença em casa. No que diz respeito à população idosa, esta é mais vulnerável a doenças e incapacidades face à população mais jovem e para muitos idosos, segundo a WHO (2005), a admissão hospitalar acarreta um declínio funcional que permanece após a alta.

Pela definição das PNC, compreende-se a existência de diversas condições de saúde que podem estar implicadas (desde situações de instalação aguda ou insidiosa e casos crónicos), pelo que não é possível quantificar as PNC com minúcia. No entanto, sabe-se que o envelhecimento populacional tem permitido um aumento exponencial das doenças não transmissíveis e que, segundo a Assembleia-Geral das Nações Unidas (2011) “a sobrecarga global e a ameaça [destas] constituem um dos maiores desafios do desenvolvimento no século XXI e que as perturbações mentais e neurológicas são uma importante causa de morbilidade” (WHO, 2012, p. V). Na generalidade dos internamentos hospitalares, mais de 30% dos doentes apresenta necessidades de cuidados cognitivos que não são habitualmente reconhecidas pelos profissionais de saúde/instituições (Widdall D., 2016). Dando apenas o exemplo da demência como condição *sine qua non* de PNC, estima-se que afecte 2% a 40% das pessoas com mais de 65 anos (OECD, 2017), ou que afecte 35.6 milhões de pessoas em todo o mundo, número que se prevê triplicar em 2050 (WHO, 2012) e em Portugal tem uma prevalência de 19,9 pessoas por mil habitantes (sendo o quarto país da OCDE com mais pessoas com demência), segundo OECD (2017). Em simultâneo, sabe-se que ¼ das camas hospitalares é ocupada por idosos com demência (Alzheimer’s Society, 2009).

3.3 Pertinência para a melhoria dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação

As necessidades dos idosos com PNC e das suas famílias no processo de regresso a casa, de acordo com Mockford C. (2015), não são bem conhecidas ao nível da comunidade científica, pois existe pouca literatura sobre a experiência da alta hospitalar para os doentes com problemas de memória não diagnosticados ou com demência e cuidadores. Sabe-se que a aplicação dos princípios da ER (promoção da saúde, manutenção das capacidades e dos papéis, prevenção e redução da incapacidade) em todos os contextos de saúde permite otimizar os ganhos em saúde das pessoas em risco ou com défice cognitivo, reduzir o declínio funcional e travar o número de episódios de descompensação (Widdal D., 2016). Segundo Hoeman S.P. (2000), a maioria das pessoas com PNC de uma qualquer etiologia pode demonstrar uma grande amplitude de comportamentos, muitas vezes causadores de problemas nas relações pessoais e sociais e que podem conduzir ao isolamento dos doentes e das suas famílias, dificultando o processo de regresso a casa, mas as técnicas para gerir a situação são muitas vezes semelhantes. Ao mesmo tempo e segundo Hoeman S.P. (2000), o E^oR é determinante na reintegração na comunidade, processo esse que é dificultado na simultaneidade de incapacidades neurocognitivas e físicas.

É evidente a adequação deste projecto na procura dos PQCEER: satisfação do cliente, promoção de saúde, prevenção de complicações, bem-estar e auto-cuidado, readaptação funcional, reeducação funcional, promoção da inclusão social e organização dos cuidados (OE, 2011) e de algumas das áreas consideradas prioritárias na investigação da EER, como a capacitação da pessoa e cuidador informal e as intervenções autónomas do E^oR na função cognitiva (OE, 2015). Na concretização deste projecto de formação pretendo desenvolver as competências de especialista (OE, 2010a) e ao nível das competências do EEER destaco aquelas referentes à concepção, implementação e avaliação de planos e programas especializados tendo em vista a qualidade de vida, a reintegração e a participação na sociedade, através das intervenções específicas do EEER, como sejam as técnicas de reabilitação, a educação dos doentes e família, o planeamento da alta, a continuidade dos cuidados e a reintegração das pessoas na família e na comunidade (OE, 2010b).

3.4 Teoria do Conforto

Os objectivos de um programa de preparação para a alta referidos por Gonçalves-Bradley D.C., et al. (2016), são o bem-estar e a satisfação. Nightingale (1859) lembrava que a observação clínica era justificada “para salvar a vida e aumentar a saúde e o conforto” (Tomey AM, Alligood MR, 2004, p. 481) e Morse referia-se ao “conforto como a acção de enfermagem mais importante na prestação de cuidados” (Tomey AM, Alligood MR, 2004, p. 487).

Assim, este projecto está baseado na concepção de enfermagem da Teoria (de Médio Alcance) do Conforto, de Katharine Kolcaba, que implica o desenvolvimento de uma prática centrada nas necessidades dos doentes, dentro ou fora das instituições e explica a relação directa do conforto com o desempenho da função: o alcance do mesmo é o alicerce para o progresso na reabilitação (Panno, Kolcaba, Holder, 2000 em Kolcaba K., 2003). A Teoria foi estudada em várias populações, nomeadamente em idosos com demência e permitiu a redução da duração da institucionalização, a melhoria da condição funcional e da resposta a terapias, uma cura mais rápida e o aumento da satisfação dos doentes, segundo Tomey A.M., Alligood M.R. (2004).

A Teoria, de acordo com Kolcaba K. (2003), baseia-se na existência de necessidades de cuidados de saúde (físicas, psico-espirituais, sociais e ambientais) e stressores (resultantes de situações de cuidados de saúde provocadoras de tensão), satisfeitos através das medidas de conforto (intervenções de enfermagem) e facilitadas com a existência de integridade institucional. As medidas de conforto são condicionadas pelas variáveis intervenientes (forças de interacção que influenciam a percepção acerca do conforto total), permitem alcançar o conforto (condição experimentada, imediata e holística), mais concretamente, os três tipos de conforto: o alívio (baseado na teoria de Orlando), que diz respeito à satisfação de uma determinada necessidade, a tranquilidade (baseada na teoria de Henderson), que diz respeito à manutenção da homeostase e da promoção do estado de contentamento com a satisfação das necessidades e a transcendência (baseada na teoria de Paterson e Zderad), que diz respeito a ultrapassar as dificuldades, os problemas e o sofrimento que advêm das necessidades de cuidados de saúde e dos stressores. A finalidade última é, então, a integração de comportamentos de procura de saúde (conforme nomenclatura de Schlotfeldt R).

4. REVISÃO CRÍTICA DA LITERATURA

Na elaboração da revisão *scoping* de literatura (segundo protocolo elaborado que consta deste projecto), consegue-se apurar que as investigações nesta área são escassas, sobretudo pouco minuciosas e permitem, essencialmente, despertar os profissionais e as instituições para a problemática, pelo que ainda não parece ser verdadeiramente conhecidas as necessidades dos idosos com PNC e das suas famílias no processo de regresso a casa.

No processo de alta hospitalar e no caso de pessoas com demência, a tomada de decisão sobre a capacidade de regressar a casa enfrenta a complexidade da avaliação, a existência de situações-limite e a importância temporal, segundo Poole M., Bond J., Emmett C., Greener H., Louw S.J., Robinson L., Hughes J.C. (2014). O mesmo autor sugere atitudes de melhoria do processo de alta: apoio e treino dos profissionais, doentes e famílias; cuidados centrados no doente; avaliação adequada incluída na prática diária; e a existência de unidades de reabilitação. Para além disso, neste processo existem barreiras, identificadas por Kable A., Chenoweth L., Pond D., Hullick C. (2015), para os profissionais do contexto hospitalar (gestão difícil dos doentes no contexto agudo, pressão institucional para a saída precoce dos doentes do hospital, desequilíbrio entre a oferta de estruturas de acompanhamento no pós alta e as necessidades; e dificuldade de articulação com as mesmas) e para os do contexto comunitário (inadequada notificação da alta, existência de eventos adversos e declínio funcional e dúvidas dos doentes e familiares sobre as indicações terapêuticas).

A institucionalização dos idosos é maior na demência e na coexistência com determinados grupos de doenças (Lin R.Y., Scanlan B.C., Liao W., Nguyen T.P., 2015) e está associada, segundo Nazir A., LaMantia M., Chodosh J., Khan B., Campbell N., Hui, S., Boustani M. (2013) a um aumento das taxas de reinternamento nos idosos com PNC. O regresso e a permanência em casa, permite uma maior qualidade de vida e socialização, melhor função cognitiva e menos níveis de depressão, face aos idosos institucionalizados (Nikmat A.W., Al-Mashoor S.H., Hashim N.A., 2015).

O planeamento do regresso a casa, começa no início do internamento e prolonga-se até um mínimo de seis semanas após a alta (Mockford C., Seers K., Murray M., Oyebode J., Clarke R., Staniszewska S., ... Sharma U., 2016). O idoso com PNC internado é mais vulnerável em: probabilidade de eventos adversos e

mortalidade e duração do internamento (Marengoni A., Nobili A., Romano V., Tettamanti M., Pasina L., Djade S., ..., Mannucci P.M., 2013 e Fogg C., Meredith P., Bridges J., Gould G. P., Griffiths P., 2017); desenvolvimento de incontinência (Furlanetto K., Emond K., 2016); risco perioperatório (Damulevičienė G., Lesauskaitė V., Macijauskienė J., Smigelskas K., Venskutonis D., 2013 e Zietlow K., McDonald S., Sloane R., Browndyke J., Lagoo-Deenadayalan S., Heflin M.T., 2018); e declínio funcional (Bliemel C., Lechler P., Oberkircher L., Colcuc C., Balzer-Geldsetzer M., Dodel R., ..., Buecking B., 2015). No *delirium* há uma associação com a diminuição das funções neurocognitivas (Witlox J., Slor C. J., Jansen R. W. M.M., Kalisvaart K. J., van Stijn M. F. M., Houdijk A. P. J., ..., de Jonghe J. F. M., 2013) e o aumento da fragilidade, três meses após a alta (Verloo H., Goulet C., Morin D., von Gunten A., 2016). Os idosos com PNC, revela bons resultados, semelhantes aos dos idosos sem PNC em programas de transição de cuidados (Peel N.M., Chan K.W., Hubbard R.E., 2015), mas estes são, muitas vezes, desajustados das necessidades dos doentes e família (Mockford C., et al., 2016 e Chenoweth L., Kable A., Pond D., 2015).

As necessidades dos idosos com PNC no processo de regresso a casa, relacionam-se com uma diminuição da participação nas actividades do foro social e doméstico (Hughes A.J., Hartoonian N., Parmenter B., Haselkorn J.K., Lovera J.F., Bourdette D., Turner A.P., 2015) e da autopercepção dos défices de compreensão e dificuldade em recordar indicações terapêuticas (Hvidt L.N., Hvidt K.N., Madsen K., Schmidt T.A., 2014). Já no que diz respeito às necessidades dos cuidadores, elas são, segundo Steiner V; Pierce LL; Salvador D. (2016), a aprendizagem para lidar com o autocuidado (cuidadores formais) e com as alterações comportamentais (família), mas também relacionam-se com a insatisfação da família na comunicação, no planeamento de alta e na gestão da medicação (Whittamore K.H., Goldberg S.E., Bradshaw L.E., Harwood R.H., 2014) e com a necessidade de estruturas para o “descanso do cuidador” (apoio domiciliário, centros de dia ou internamento temporário), segundo Vecchio N., Fitzgerald J.A., Radford K., Fisher R. (2016) e Nikmat A.W., Al-Mashoor S.H., Hashim N.A. (2015).

Apesar de pouco específicas e, podem-se elencar estratégias de intervenção (sendo que não existem estudos que envolvam intervenções realizadas por enfermeiros de reabilitação). Primeiro, a existência de cuidados especializados

(Whittamore K.H., et al., 2014) e de um coordenador do plano de saúde (Mockford C., et al., 2016), a articulação entre serviços e instituições (Kable A., et al. 2015), a existência de serviços de reabilitação (Stineman M.G., Xie D., Kurichi J.E., Kwong P.L., Vogel W.B., Ripley D.C., Bates B.E., 2014 e Poole M., et al., 2014), com melhoria do apoio domiciliário e social (Mockford C., et al., 2016, Nikmat A.W., Al-Mashoor S.H., Hashim N.A., 2015 e Hamers J.P., Bleijlevens M.H., Gulpers M.J., Verbeek H., 2016), recorrendo a equipas multidisciplinares de geriatria que os coordenem e monitorizem (Samus Q.M., Johnston D., Black B.S., Hess E., Lyman C., Vavilikolanu A., ... Lyketsos C.G., 2014). Segundo, deve ter como base programas de transição de cuidados transversais e sistemáticos (Peel N.M., Chan K.W., Hubbard R.E., 2015 e Naylor M.D., Hirschman K.B., Hanlon A.L., Bowles K.H., Bradway C., McCauley K.M., Pauly M.V., 2014), escritos e acordados mutuamente com os doentes e família (Mockford C., et al., 2016).

Os recursos utilizados devem incluir uma avaliação geriátrica global, incluindo os factores de risco (Damulevičienė G., et al., 2013), a gestão geriátrica perioperatória (Zietlow K., et al., 2018) a avaliação cognitiva, mesmo na urgência (Ouellet M-C., Sirois M-J., Beaulieu-Bonneau S., Gagné M-E., Morin J., Perry J., ..., Émond M., 2016). Posteriormente, adoptar a prevenção e redução de eventos adversos (Marengoni A., et al., 2013), da fragilidade (Verloo H., et al., 2016) e do declínio cognitivo e funcional (Bliemel C., et al., 2015 e Hamers J.P., et al., 2016). Depois, reforçar o apoio ao doente e família (Fogg C., et al., 2017), a reabilitação cognitiva inserida numa reabilitação global, inovando (Hughes A.J., et al., 2015 e Zuniga K.E., Mackenzie M.J., Kramer A., McAuley E., 2016), a reabilitação da eliminação (Furlanetto K., Emond K., 2016), com comunicação simples e objectiva e *follow-up's* (Hvidt L.N., Hvidt K.N., Madsen K., Schmidt T.A., 2014), a gestão e revisão da medicação (Hvidt L.N., et al., 2014), a melhoria da autoeficácia do doente (Hughes A.J., et al., 2015 e Whittamore K.H., et al., 2014), o *empowerment* e ensino do cuidador (Nikmat A.W., Al-Mashoor S.H., Hashim N.A., 2015), nomeadamente prevenindo a contenção desnecessária dos doentes (Hamers J.P., et al., 2016). Concluindo, deve-se promover a integração comunitária e familiar (Hughes A.J., et al., 2015), apostando por exemplo na “telemedicina”, que está a ser estudada por Realdon O., Rossetto F., Nalin M., Baroni I., Cabinio M., Fioravanti R., ..., Baglio F. (2017).

5. PLANO DE TRABALHO E MÉTODOS

5.1 Protocolo de Revisão *Scoping* (adaptado)

As questões de pesquisa são: qual o impacto do regresso a casa no processo de reabilitação dos idosos com PNC; quais as necessidades dos idosos com PNC em processo de reabilitação, no regresso a casa; e quais as intervenções do EEER na preparação do regresso a casa dos idosos com PNC.

Os critérios de inclusão da pesquisa são definidos segundo o acrónimo PCC. A população são idosos: todas as pessoas com idade igual ou superiores a 65 anos, que apresentam um ou mais domínios neurocognitivos alterados e sua família. O conceito é as estratégias de preparação do regresso a casa, desenvolvidas, preferencialmente, por E^oR's. Já o contexto é transversal ao internamento, ambulatório ou cuidados domiciliários. Esta revisão *scoping* considera todos os estudos de investigação primária com desenhos quantitativos ou qualitativos, revisões sistemáticas, incluindo meta-análises e meta-sínteses. No caso de duplicação de dados, estes são analisados e reportados.

A estratégia de pesquisa contempla estudos publicados e não publicados, nacionais ou internacionais (escritos em inglês, castelhano ou português). Assim, é utilizada uma estratégia de pesquisa em três fases. Primeiro, é realizada uma pesquisa na MEDLINE e na CINAHL. Numa segunda fase, procede-se a uma pesquisa transversal a todas as bases de dados utilizando os termos indexados, identificados anteriormente. Por último, são pesquisados artigos de interesse da lista de referência dos estudos encontrados. O período da pesquisa é cerca de 5 anos, de 2013 a Maio de 2018 e as bases de dados incluem: *Cochrane Central Register of Controlled Trials*, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, *MedicLatina*, *RCAAP* e *SciELO – Scientific Electronic Library Online*.

As palavras-chave desta revisão são: preparação do regresso a casa, idoso, perturbações neurocognitivas (mas também levando em conta os termos relacionados). A pesquisa na língua inglesa baseia-se nos MeSH 2017: *patient discharge*, *patient discharge summaries*, *aftercare*, *ambulatory care*, *transitional care*, *community integration* (relacionados com o operador booleano OR); *aged*; *cognition disorders*, *neurocognitive disorders*, *cognitive dysfunction*, *memory disorders*

(relacionados com o operador booleano OR). Já os CINAHL headings são: *patient discharge education, discharge planning, patient discharge summaries, patient discharge, after care, transitional care, health care delivery integrated* (relacionados com o operador booleano OR); *aged; cognition disorders, delirium dementia amnesic cognitive disorders* (relacionados com o operador booleano OR). No final, relacionando os agrupamentos dos termos com o operador booleano AND.

Os artigos identificados pela pesquisa são posteriormente avaliados pela relevância para a revisão, com base na informação providenciada pelo título e pelo resumo e recuperados na sua versão completa (quando disponível). Os dados são extraídos segundo documento elaborado (Apêndice I), feito um resumo (capítulo Revisão Crítica da Literatura) e a amostra de estudos encontrados apresentada num diagrama PRISMA (Apêndice II).

5.2 Instituições

A concretização deste projecto de formação faz-se acompanhar de um estágio, com uma duração de 18 semanas, as primeiras 9 em contexto hospitalar e as outras 9 em contexto comunitário.

O contexto hospitalar irá decorrer no serviço de internamento de MFR do Hospital ..., pertencente a um centro hospitalar em Lisboa, onde foi efectuada uma entrevista semi-estruturada (guião no Apêndice III). O serviço de MFR é composto por ambulatório e por internamento. O internamento tem uma capacidade de 18 camas, com maior incidência nas patologias de AVC, TCE, ortopedia (anca e joelho) e LVM e com uma equipa que engloba 5 EEER's. Os critérios de internamento, normalmente, passam pela referenciação dos hospitais pertencentes ao centro hospitalar e pela motivação para o processo de reabilitação, ausência de úlceras de pressão e, maioritariamente, função neurocognitiva mantida. A duração do internamento é muito variável com o motivo e pode ir de três semanas a três meses. Existe um horário de visitas flexível e a possibilidade de licenças de LFS. A equipa está a desenvolver dois projectos, para implementar brevemente, que são a promoção das AVD no doente com AVC e a preparação de LFS para o regresso a casa bem-sucedido.

O contexto comunitário irá decorrer na UCC ..., pertencente ao ACES Sintra. De acordo com ACES Sintra (2016) e Observatório Local de Saúde (2015), a

prioridade de actuação do ACES Sintra são (por ordem) as doenças cérebro-cardiovasculares, a diabetes mellitus, as perturbações depressivas, as doenças oncológicas e as doenças respiratórias. A UCC abrange a área geográfica da freguesia ..., da UF ... e da UF ..., com uma densidade populacional de cerca de 3500 hab/km² (superior à do Continente, com 112.8 hab/km²).

A ... é, segundo www.irmashospitaleiras.pt/csi, uma instituição que acompanha, sobretudo, doentes do foro psiquiátrico, de deficiência mental e demência e tem vários programas implementados: a hidroterapia e educação física adaptada, o alívio à família/cuidador, a psicoeducação para cuidadores de pessoas com demência, a estimulação sensorial (com Snoezelen) e a reabilitação cognitiva (com o Rehacom/treino cognitivo computadorizado e roboterapia). A AFID Diferença alberga, de acordo com <https://www.afid.pt/>, várias valências e estruturas para pessoas com deficiência e idosos: apoio domiciliário, residências, actividades sócio-culturais e ocupacionais, centro de reabilitação, hidroterapia, medicina chinesa, massagem e spa.

O XVI Curso Pós-Graduado sobre Envelhecimento: Geriatria prática, de acordo com http://www.arslvt.min-saude.pt/frontoffice/pages/3?event_id=515, tem temáticas na área da geriatria, como: a gerontotecnologia, a prevenção, a utilização de terapêuticas complementares e a discussão de novas respostas no Sistema de Saúde face às necessidades específicas dos idosos. No Congresso Internacional de Enfermagem de Reabilitação da APER, *ER, um Património para o Futuro: 40 anos APER* (apresentado no <http://www.aper.pt/geral/listaeventos.aspx?tipo=1>), para além da actualização e aperfeiçoamento de técnicas e de conhecimentos de ER, proponho-me realizar uma comunicação/poster para dar a conhecer a problemática mencionada no projecto.

5.3 Plano de cuidados

Os planos de cuidados elaborados terão em conta os princípios referidos por WHO (2005) para a preparação para a alta da população idosa: avaliação geriátrica, programa de preparação para a alta, acompanhamento após a alta e educação do doente e família/cuidadores. Os três últimos princípios serão trabalhados conforme os resultados da revisão *scoping* e as oportunidades das instituições de estágio.

Já a avaliação geriátrica irá cruzar a avaliação das necessidades de cuidados de saúde (Kolcaba K, 2003) com a Avaliação Geriátrica Global (Ermida J.G., 2014 in Veríssimo M.T.). Esta última, como designada em Ermida J.G. (2014) in Veríssimo M.T. (baseada na *Comprehensive Geriatric Assessment*), é uma avaliação multidisciplinar da saúde física, saúde mental, capacidade funcional e avaliação social pensada, nomeadamente, para pessoas com 65 e mais anos com pluripatologia, polimedicação, doença crónica, diminuição cognitiva ou funcional significativa, falta de apoio social, sobretudo aquando de doença grave ou alterações do modo de vida.

Os recursos utilizados para esta avaliação serão, não só a observação clínica, a monitorização de parâmetros patofisiológicos e os relatos verbais e não-verbais do doente e família, mas também instrumentos (validados para a população portuguesa e que constam nos Anexos). Estes instrumentos são, desde os critérios de Beers (medicamentos potencialmente inapropriados), o índice de Barthel (ABVD), o índice de Lawton e Brody (AIVD), o teste de Tinetti (equilíbrio e marcha), a Pain Assessment in Advanced Dementia ou PAINAD e a escala numérica (dor) e o Mini Nutritional Assessment ou MNA (avaliação nutricional). Mais ainda, o Rancho Los Amigos Levels of Cognitive Functioning Scale ou LCFS (estado de consciência), o Confusion Assessment Method ou CAM (avalia o *delirium*), o Montreal Cognitive Assessment ou MoCA (funções neurocognitivas), o Clinical Dementia Rating ou CDR (avalia a demência), o inventário neuropsiquiátrico de Cummings, o Bedside de Language (avalia a linguagem), a Geriatric Depression Scale ou GDS (avalia a afectividade) e a Escala de Avaliação da Espiritualidade ou EAE. No sentido de avaliar o *habitat* (a casa e o ambiente significativo) e avaliar a família, pode-se recorrer ao modelo de Calgary e à escala de sobrecarga do cuidador de Zarit. De modo a ter uma avaliação mais completa irei complementar com a Medida de Independência Funcional ou MIF, com o Índice de bem-estar da OMS ou WHO-5 e com o questionário PREPARED (avalia a eficácia do planeamento da alta).

6. PLANEAMENTO DE ACTIVIDADES

6.1 Objectivos e Competências a desenvolver *

- **Objectivo 1:** Integrar no contexto de estágio

Competências:

Domínios da responsabilidade profissional, ética e legal e da melhoria contínua da qualidade; e competência: capacita a pessoa com deficiência, limitação da actividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania

Instituição: Hospitalar e Comunitária

Duração: Nas primeiras duas semanas de cada estágio

- **Objectivo 2:** Desenvolver competências de avaliação, tomada de decisão, planeamento e execução da intervenção de especialista e especialista em enfermagem de reabilitação

Competências:

Domínios da responsabilidade profissional, ética e legal, da melhoria contínua da qualidade e das aprendizagens profissionais; e as competências específicas do EEER

Instituição: Hospitalar e Comunitária

Duração: No decorrer de ambos os estágios

- **Objectivo 3:** Desenvolver o trabalho de articulação ao nível transdisciplinar e de liderança, mediação e gestão de caso

Competências:

Domínios das competências comuns dos Enfermeiros Especialistas

Instituição: Hospitalar e Comunitária

Duração: Nas últimas seis semanas de cada estágio

- **Objectivo 4:** Desenvolver um protocolo de mediação e intervenção do EEER no processo de regresso a casa da pessoa idosa com perturbações neurocognitivas

Competências:

Domínios da responsabilidade profissional, ética e legal, da melhoria contínua da qualidade, das aprendizagens profissionais; e competências específicas do EEER

Instituição: Hospitalar e Comunitária, instituição ..., AFID Diferença, FMUC, APER

Duração: Nas últimas sete semanas de cada estágio

* De acordo com OE (2010a) e OE (2010b).

6.2 Actividades

Objectivo 1

Actividades	Recursos	Metodologia	Avaliação	Resultados
Identificação dos recursos humanos, físicos e materiais existentes no serviço e nas estruturas que lhe dão apoio	Humanos: Equipa de enfermagem, nomeadamente enfermeiro chefe, enfermeiro orientador e equipa multiprofissional	Visita ao serviço e às estruturas que lhe dão apoio Entrevista com o enfermeiro chefe e o enfermeiro orientador	Elaboração de um relatório sobre as informações adquiridas, ao longo das primeiras duas semanas de cada estágio	Ter conhecimento dos recursos humanos, físicos e materiais existentes no serviço e das estruturas que lhe dão apoio
Conhecimento das rotinas, normas e protocolos utilizados e projectos desenvolvidos ou a desenvolver	Materiais: Normas, protocolos, projectos, documento de registo de informação clínica, sites das autarquias	Reuniões informais com o enfermeiro orientador		Ter conhecimento das rotinas, normas, protocolos utilizados e projectos desenvolvidos ou a desenvolver
Conhecimento da equipa de enfermagem e multiprofissional		Consulta de documentos do serviço		Ter conhecimento da equipa de enfermagem e multiprofissional
Conhecimento da articulação do serviço com outros serviços e com as estruturas da comunidade		Consulta de sites das Autarquias da área geográfica dos serviços		Ter conhecimento da articulação do serviço com outros serviços e com as estruturas da comunidade
Esclarecimento de dúvidas referentes ao funcionamento do serviço com o EEER orientador	Físicos: Serviço			Ter esclarecido as dúvidas referentes ao funcionamento do serviço com os EEER orientador

Objectivo 2

Actividades	Recursos	Metodologia	Avaliação	Resultados
<p>Aprofundamento de conhecimentos de [enfermagem de] reabilitação</p> <p>Conhecimento do trabalho desenvolvido pelos EEER e a sua articulação com a equipa multiprofissional</p> <p>Assumpção, progressiva, da função de EEER</p> <p>Esclarecimento de dúvidas sobre a intervenção do EEER</p> <p>Avaliação das necessidades de cuidados de saúde</p> <p>Concepção, implementação, prescrição e avaliação de planos de cuidados de ER à pessoa com alterações sensoriais, motoras, neurológicas e cárdio-respiratórias</p>	<p>Humanos: Doentes, famílias, equipa multiprofissional, enfermeiro orientador</p> <p>Materiais: Processos clínicos, instrumentos de colheita de dados e de avaliação (ver Plano de trabalho e Métodos), materiais/produtos disponíveis no serviço, bibliotecas da ESEL e bases de dados (ver Protocolo de revisão <i>scoping</i>)</p> <p>Físicos: Serviço, Instituições da comunidade</p>	<p>Pesquisa bibliográfica</p> <p>Observação da prática dos EEER</p> <p>Reuniões informais com o enfermeiro orientador</p> <p>Observação, questionamento e aplicação de instrumentos de colheita de dados, adaptados às situações</p> <p>Elaboração de planos de cuidados segundo a Teoria do Conforto</p> <p>Elaboração de registos das intervenções de ER e da avaliação dos resultados</p>	<p>Elaboração de reflexões críticas sobre o desenvolvimento das competências enquanto especialista e especialista em enfermagem de reabilitação (uma reflexão intercalar e uma reflexão final, por cada estágio)</p>	<p>Ter aprofundado conhecimentos de [enfermagem de] reabilitação</p> <p>Ter conhecimento do trabalho desenvolvido pelos EEER e a sua articulação com a equipa multiprofissional</p> <p>Ter assumido, progressivamente, a função de EEER</p> <p>Ter esclarecido dúvidas sobre a intervenção do EEER</p> <p>Ter avaliado as necessidades de cuidados de saúde</p> <p>Ter concebido, implementado, prescrito e avaliado planos de cuidados de ER à pessoa com alterações sensoriais, motoras, neurológicas e cárdio-respiratórias</p>

Objectivo 3

Actividades	Recursos	Metodologia	Avaliação	Resultados
<p>Conhecimento de modos de articulação entre os EEER, a equipa intradisciplinar, a equipa multiprofissional, o doente/família e a comunidade</p> <p>Assumpção, progressiva, da função de EEER</p> <p>Esclarecimento de dúvidas sobre a intervenção do EEER</p> <p>Trabalho com a equipa multiprofissional na promoção da reeducação e readaptação da pessoa, assumindo atitudes de orientador e consultor na área da ER</p> <p>Discussão do plano de intervenção de ER com o doente e família</p>	<p>Humanos: Doente, família, cuidadores, equipa multiprofissional, enfermeiro orientador</p> <p>Materiais: Processos clínicos</p> <p>Físicos: Serviço, Instituições da comunidade</p>	<p>Observação da prática dos EEER</p> <p>Reuniões informais com o enfermeiro orientador</p> <p>Participação nas passagens de turno e nas reuniões de equipa (intra e multidisciplinar)</p> <p>Realização de conferências familiares (com doente e família)</p> <p>Elaboração de registos das intervenções de ER</p>	<p>Elaboração de reflexões críticas sobre o desenvolvimento do trabalho de articulação ao nível transdisciplinar e de liderança, mediação e gestão de caso (uma reflexão intercalar e uma reflexão final, por cada estágio)</p>	<p>Ter conhecimento dos modos de articulação entre os EEER, a equipa intradisciplinar e a equipa multiprofissional, o doente/família e a comunidade</p> <p>Ter assumido progressivamente a função de EEER</p> <p>Ter esclarecido dúvidas sobre a intervenção do EEER</p> <p>Ter trabalhado com a equipa multiprofissional na promoção da reeducação e readaptação da pessoa, assumindo atitudes de orientador e consultor na área da ER</p> <p>Ter discutido o plano de intervenção de ER com o doente e família</p>

Objectivo 4

Actividades	Recursos	Metodologia	Avaliação	Resultados
<p>Elaboração do projecto de formação</p> <p>Análise da intervenção do EEER no planeamento/ acompanhamento do regresso a casa do idoso com PNC e família</p> <p>Conhecimento da articulação dos serviços com outros serviços e com as estruturas da comunidade</p> <p>Aprofundamento de conhecimentos na área da reabilitação cognitiva</p> <p>Avaliação das necessidades de cuidados de saúde e concepção, implementação, prescrição e avaliação de planos de cuidados de ER ao idoso com PNC e articulação com as estruturas da comunidade, com vista ao sucesso do seu regresso a casa</p> <p>Conhecimento de estratégias de acompanhamento de idosos com PNC em outros contextos</p> <p>Conhecimento de novas repostas de saúde na área da geriatria</p> <p>Promoção do conhecimento da problemática do regresso a casa do idoso com PNC e das estratégias do EEER</p>	<p>Doentes, família, cuidadores, equipa multiprofissional , enfermeiro orientador e professora orientador</p> <p>Materiais: Processos clínicos, bases de dados (ver Protocolo de revisão <i>scoping</i>), instrumentos de colheita de dados e de avaliação (ver Plano de trabalho e métodos)</p> <p>Físicos: Serviço, estruturas da Comunidade, AFID, instituição..., FMUC, APER</p>	<p>Pesquisa bibliográfica</p> <p>Elaboração de um protocolo e revisão <i>scoping</i></p> <p>Observação da prática dos EEER</p> <p>Reuniões informais com o enfermeiro orientador</p> <p>Participação nas passagens de turno e nas reuniões de equipa (intra e multidisciplinar)</p> <p>Realização de conferências familiares (com doente e família)</p> <p>Elaboração de registos das intervenções de ER</p> <p>Efectuar uma visita à AFID e à CSI</p> <p>Participação no XVI Curso Pós-Graduado sobre Envelhecimento (09/2018)</p> <p>Comunicação no Congresso Internacional da APER (12/2018)</p>	<p>Elaboração do Relatório de estágio</p>	<p>Ter elaborado o projecto de formação</p> <p>Ter identificado a intervenção do EEER no planeamento/ acompanhamento do regresso a casa do idoso com PNC e família</p> <p>Ter conhecimento da articulação do serviço com outros serviços e com as estruturas da comunidade</p> <p>Ter aprofundado conhecimentos na área da reabilitação cognitiva</p> <p>Ter avaliado as necessidades de cuidados de saúde e concebido, implementado, prescrito e avaliado planos de cuidados de ER ao idoso com PNC e articulado com as estruturas da comunidade, com vista ao sucesso do seu regresso a casa</p> <p>Ter efectuado a visita à AFID Diferença e à CSI</p> <p>Ter participado no XVI Curso Pós-Graduado sobre Envelhecimento – Geriatria Prática</p> <p>Ter realizado uma comunicação no Congresso Internacional de ER da APER</p>

6.3 Cronograma de Estágio

		2018												2019							
Meses		Setembro/ Outubro				Outubro/ Novembro				Novembro/ Dezembro				Janeiro		Janeiro/ Fevereiro					
Semanas		24	1	8	15	22	29	5	12	19	26	3	10	17	24	31	7	14	21	28	4
ACTIVIDADES dos OBJETIVOS	1																				
	2																				
	3																				
	4																				
	5																				
	6																				
	7																				
	8																				
	9																				
	10																				
	11																				
	12																				
	13																				
Locais	Hospitalar	[Barra verde]																			
	UCC	[Barra verde]												[Barra cinza]				[Barra cinza]			

Legenda:

- 1 – Atividades relacionadas com o Objectivo 1
- 2 – Atividades relacionadas com o Objectivo 2
- 3 – Atividades relacionadas com o Objectivo 3
- 4 – Atividades relacionadas com o Objectivo 4
- 5 – Visita à CSI
- 6 – Visita à AFID

- 7 – XVI Curso Pós-Graduado sobre Envelhecimento
- 8 – Congresso Internacional da APER
- 9 – Relatório relacionado com o Objectivo 1
- 10 – Reflexão crítica relacionada com o Objectivo 2
- 11 – Reflexão crítica relacionada com o Objectivo 3
- 12 – Elaboração do Relatório de Estágio (relacionado com o Objectivo 4)
- 13 – Entrega do Relatório de Estágio – Abril

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS (norma APA)

- Alzheimer's Society (2009). *Counting the cost: Caring for people with dementia on hospital wards*. Reino Unido
- Agrupamento de Centros de Saúde Sintra (2016). *Manual de Acolhimento ao Utente do ACES Sintra*. Massamá: Agrupamento de Centros de Saúde Sintra. Acedido em 05/07/2018. Disponível em https://www.sns.gov.pt/wpcontent/uploads/2017/03/ACES_SINTRA_ManualAcolhimento.pdf
- American Psychiatric Association (2013). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais DSM-5*. Porto Alegre: Artmed
- Barros P, de Almeida Simões J. (2007). Portugal: Health system review. *Health Systems in Transition*. 9(5). 1–140
- Bliemel C., Lechler P., Oberkircher L., Colcuc C., Balzer-Geldsetzer M., Dodel R., ..., Buecking B. (2015). Effect of Preexisting Cognitive Impairment on In Patient Treatment and Discharge Management among Elderly Patients with Hip Fractures. *Dementia & Geriatric Cognitive Disorders*. 40(1/2). 33-43
- Chenoweth L., Kable A., Pond D. (2015). Research in hospital discharge procedures addresses gaps in care continuity in the community, but leaves gaping holes for people with dementia: a review of the literature. *Australasian Journal on Ageing*. 34 (1). 9-14
- Damulevičienė G., Lesauskaitė V., Macijauskienė J., Smigelskas K., Venskutonis D. (2013). Perioperative factors affecting length of hospital stay among elderly patients. *Medicina (Kaunas, Lithuania)*. 49 (6). 247-53
- Dias A., Queirós A. (2010). *Plano Nacional de Saúde 2011-16: Estudo "Integração e Continuidade de Cuidados"*. Lisboa: Alto Comissariado da Saúde
- Direcção-Geral de Saúde (2005). *Carta dos direitos do doente internado*. Acedido em 05/06/2018. Disponível em <https://www.dgs.pt/?ci=201&ur=1&newsletter=46>
- Direcção-Geral da Saúde (2017). *Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde*. Norma nº 001/2017 de 08/02/2017
- Dizon, Mae L.; Reinking, Cheryl (2017). Reducing Readmissions: Nurse-Driven Interventions in the Transition of Care from the Hospital. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*. 14(6). 432-439

- Ermida JG (2014). Avaliação Geriátrica Global. In Veríssimo MT (Coord). *Geriatrics fundamental: saber e praticar*. (p.159-178). Lisboa: Lidel
- Fogg C., Meredith P., Bridges J., Gould G. P., Griffiths P. (2017). The relationship between cognitive impairment, mortality and discharge characteristics in a large cohort of older adults with unscheduled admissions to an acute hospital: a retrospective observational study. *Age & Ageing*. 46(5): 794-801
- Furlanetto K., Emond K. (2016). "Will I come home incontinent?" A retrospective file review: Incidence of development of incontinence and correlation with length of stay in acute settings for people with dementia or cognitive impairment aged 65 years and over. *Collegian*. 23 (1): 79-86
- Gonçalves-Bradley D.C., Lannin N.A., Clemson L.M., Cameron I.D., Shepperd S. (2016). Discharge planning from hospital (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Issue 1. Art. No.: CD000313
- Gonçalves-Bradley D.C., Iliffe S., Doll H.A., Broad J., Gladman J., Langhorne P., ... Shepperd S. (2017). Early discharge hospital at home (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Issue 6. Art. No.: CD000356.
- Hamers J.P., Bleijlevens M.H., Gulpers M.J., Verbeek H. (2016). Behind Closed Doors: Involuntary Treatment in Care of Persons with Cognitive Impairment at Home in the Netherlands. *Journal Of The American Geriatrics Society*. 64 (2). 354-8
- Hoeman S.P. (2000). *Enfermagem de Reabilitação: Processo e Aplicação*. (2ª ed). Loures: Lusociência
- Hughes A.J., Hartoonian N., Parmenter B., Haselkorn J.K., Lovera J.F., Bourdette D., Turner A.P. (2015). Cognitive Impairment and Community Integration Outcomes in Individuals Living with Multiple Sclerosis. *Archives of Physical Medicine And Rehabilitation*. 96 (11). 1973-9
- Hvidt L.N., Hvidt K.N., Madsen K., Schmidt T.A. (2014). Comprehension deficits among older patients in a quick diagnostic unit. *Clinical Interventions in Aging*. 9. 705-10
- Johnson A, Sandford J, Tyndall J (2003). Written and verbal information versus verbal information only for patients being discharged from acute hospital settings to home (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Issue 4. Art. No.: CD003716
- Kable A., Chenoweth L., Pond D., Hullick C. (2015). Health professional perspectives on systems failures in transitional care for patients with dementia and their

- carers: a qualitative descriptive study. *BMC Health Services Research*. 15. 567-577
- Kolcaba K (2003). *Comfort Theory and Practice: a vision for holistic healthcare and research*. EUA: Springer Publishing Company
- Kowal P, Dowd JE (2001). *Definition of an older person. Proposed working definition of an older person in Africa for the MDS Project*. Geneva: World Health Organization
- Lei nº15/2014 de 21 de Março e Portaria nº87/2015. *Carta dos Direitos e Deveres dos Utentes*. Diário da República
- Lin R.Y., Scanlan B.C., Liao W., Nguyen T.P. (2015). Disproportionate effects of dementia on hospital discharge disposition in common hospitalization categories. *Journal of Hospital Medicine*. 10 (9). 586-91
- Marengoni A., Nobili A., Romano V., Tettamanti M., Pasina L., Djade S., ..., SIMI Investigators. (2013). Adverse clinical events and mortality during hospitalization and 3 months after discharge in cognitively impaired elderly patients. *Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences & Medical Sciences*. 68(4). 419-425
- Mockford C. (2015). A review of family carers' experiences of hospital discharge for people with dementia, and the rationale for involving service users in health research. *Journal of Healthcare Leadership*. 7. 21–28
- Mockford C., Seers K., Murray M., Oyebode J., Clarke R., Staniszewska S., ... Sharma U. (2016). The development of service user-led recommendations for health and social care services on leaving hospital with memory loss or dementia – the SHARED study. *Health Expectations*. 20. 495–507
- Naylor M.D., Hirschman K.B., Hanlon A.L., Bowles K.H., Bradway C., McCauley K.M., Pauly M.V. (2014). Comparison of evidence-based interventions on outcomes of hospitalized, cognitively impaired older adults. *Journal of comparative effectiveness research*. 20143 (3). 245-257
- Nazir A., LaMantia M., Chodosh J., Khan B., Campbell N., Hui, S., Boustani M. (2013). Interaction Between Cognitive Impairment and Discharge Destination and Its Effect on Rehospitalization. *Journal of the American Geriatrics Society*. 61(11). 1958-1963
- Nikmat A.W., Al-Mashoor S.H., Hashim N.A. (2015). Quality of life in people with

- cognitive impairment: nursing homes versus home care. *International Psychogeriatrics*. 27 (5). 815-24
- Observatório Local de Saúde (2015). *Plano Local de Saúde de Sintra 2014 – 2017*. Sintra: Agrupamento de Centros de Saúde de Sintra, Câmara Municipal de Sintra. Acedido em 05/07/2018. Disponível em http://www.cm-sintra.pt/attachments/article/3241/Plano_Local_Sa%C3%BAde_2015_2017.pdf
- OECD (2017). *Health at a glance 2017: OECD Indicators*. Paris: OECD Publishing
- Ordem dos Enfermeiros (2010a). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros
- Ordem dos Enfermeiros (2010b). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros
- Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros
- Ordem dos Enfermeiros (2015). *Áreas de investigação prioritárias para a EER*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros
- Ouellet M-C., Sirois M-J., Beaulieu-Bonneau S., Gagné M-E., Morin J., Perry J., ..., Émond M. (2016). Correlates of cognitive functioning in independent elderly patients discharged home from the emergency department after a minor injury. *International Psychogeriatrics*. 28(8). 1313-1322
- Peel N.M., Chan K.W., Hubbard R.E. (2015). Outcomes of cognitively impaired older people in Transition Care. *Australasian Journal On Ageing*. 34 (1). 53-7
- Petronilho F.A.S. (2013) *A alta hospitalar do doente dependente no autocuidado: decisões, destinos, padrões de assistência e de utilização dos recursos – estudo exploratório sobre o impacte nas transições do doente e do familiar cuidador*. Universidade de Lisboa. Doutoramento em Enfermagem. Lisboa
- Poole M., Bond J., Emmett C., Greener H., Louw S.J., Robinson L., Hughes J.C. (2014). Going home? An ethnographic study of assessment of capacity and best interests in people with dementia being discharged from hospital. *BMC Geriatrics*. 14. 56-66
- Realdon O., Rossetto F., Nalin M., Baroni I., Cabinio M., Fioravanti R., ..., Baglio F. (2017). Technology-enhanced multi-domain at home continuum of care program with respect to usual care for people with cognitive impairment: the

- Ability-Telerehabilitation study protocol for a randomized controlled trial. *BMC psychiatry*. 2016 (1). 425
- Rebelo, M.T. (2012). O regresso do doente a casa: saberes e práticas dos enfermeiros no processo de alta. In Rebelo M. T. et al. *Cuidar em Enfermagem – Saberes da prática*. Coimbra: Formasau
- Samus Q.M., Johnston D., Black B.S., Hess E., Lyman C., Vavilikolanu A., ... Lyketsos C.G. (2014). A multidimensional home-based care coordination intervention for elders with memory disorders: the maximizing independence at home (MIND) pilot randomized trial. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*. 22 (4). 398-414
- Santana I, Duro D (2014). Envelhecimento cerebral e demência. In Veríssimo MT (Coord). *Geriatría fundamental: saber e praticar*. (p.159-178). Lisboa: Lidel
- Steiner V; Pierce LL; Salvador D. (2016) Information Needs of Family Caregivers of People with Dementia. *Rehabilitation Nursing: The Official Journal of The Association of Rehabilitation Nurses*. 41 (3). 162-9
- Stineman M.G., Xie D., Kurichi J.E., Kwong P.L., Vogel W.B., Ripley D.C., Bates B.E. (2014). Comprehensive versus consultative rehabilitation services postacute stroke: Outcomes differ. *Journal of Rehabilitation Research And Development*. 51 (7). 1143-54
- Strong S., Glen Ellyn I.L., Bettin A. (2015). An initiative to improve patient discharge satisfaction. *Rehabilitation Nursing: The Official Journal of The Association of Rehabilitation Nurses*. 40 (1). 52-9
- Tate, R.T. (2010). *A compendium of tests, scales, and questionnaires – The practitioner's guide to measuring outcomes after acquires brain impairment*. New York: Psychology Press
- The Joanna Briggs Institute (2015). *The Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual 2015 - Methodology for JBI Scoping Reviews*. Australia: The Joanna Briggs Institute
- Tomey, A., Alligood, Martha (2004). *Teóricas de enfermagem e a sua obra: Modelos e Teorias de enfermagem* (5ª ed). Loures: Lusociência
- Vecchio N., Fitzgerald J.A., Radford K., Fisher R. (2016). The association between cognitive impairment and community service use patterns in older people living in Australia. *Health & Social Care in The Community*. 24 (3). 321-33
- Verloo H., Goulet C., Morin D., von Gunten A. (2016). Association between frailty and

delirium in older adult patients discharged from hospital. *Clinical Interventions In Aging*. 11. 55-63

Whittamore K.H., Goldberg S.E., Bradshaw L.E., Harwood R.H., Medical Crises in Older People Study Group (2014). Factors associated with family caregiver dissatisfaction with acute hospital care of older cognitively impaired relatives. *Journal of the american geriatrics society*. 201462 (12). 2252-2260

Widdall D. (2016). Cognitive care: what is it and why is it important? *Journal of the Australasian Rehabilitation Nurses' Association*. 19(1). 7-12

Witlox J., Slor C. J., Jansen R. W. M. M., Kalisvaart K. J., van Stijn M. F. M., Houdijk A. P. J., ..., de Jonghe J. F. M. (2013). The neuropsychological sequelae of delirium in elderly patients with hip fracture three months after hospital discharge. *International Psychogeriatrics*. 25(9). 1521-1531

World Health Organization (2005). *Do current discharge arrangements from inpatient hospital care for the elderly reduce readmission rates, the length of inpatient stay or mortality, or improve health status?*. Geneva: World Health Organization

World Health Organization (2012). *Dementia: a public health priority*. Geneva: World Health Organization

Zietlow K., McDonald S., Sloane R., Browndyke J., Lagoo-Deenadayalan S., Heflin M.T. (2018). Preoperative Cognitive Impairment as a Predictor of Postoperative Outcomes in a Collaborative Care Model. *Journal of the American Geriatrics Society*. 66(3). 584-589

Zuniga K.E., Mackenzie M.J., Kramer A., McAuley E. (2016). Subjective memory impairment and well-being in community-dwelling older adults. *Psychogeriatrics*. 2016 (1). 20-26

<https://www.afid.pt/> Acedido em 05/07/2018

<http://www.aper.pt/geral/listaeventos.aspx?tipo=1> Acedido em 05/07/2018

http://www.arslvt.min-saude.pt/frontoffice/pages/3?event_id=515 Acedido em 05/07/2018

www.irmashospitaleiras.pt/csi Acedido em 05/07/2018

**APÊNDICE III – Estudo de Caso *ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO*
*GLOBAL À PESSOA COM LVM***

9º Curso de Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização em Enfermagem de
Reabilitação

Estágio com Relatório

ESTUDO DE CASO:
Enfermagem de Reabilitação Global
à Pessoa com LVM

Serviço de Reabilitação

Carla Maria Pereira Gonçalves Ribeiro

Orientador: Vanda Marques Pinto

Enfermeiro Orientador: C. D.

Lisboa

Novembro 2018



SIGLAS E ABREVIATURAS

AB – antibioterapia

ASIA - American Spinal Injury Association

E. coli – *Escherichia coli*

EEER – enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação

LCR – Líquido céfalo-raquidiano

LVM – lesão vertebro-medular

MIF – Medida de independência Funcional

MMSE – Mini Mental State Examination

MSD – membro superior direito

MSE – membro superior esquerdo

MID – membro inferior direito

MIE – membro inferior esquerdo

PTJ – prótese total do joelho

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

ÍNDICE

Siglas e Abreviaturas.....	2
Índice.....	3
1. Colheita de Dados – dia 10/10/2018.....	4
1.1. Dados Pessoais	4
1.2. História de Doença Atual.....	4
1.3. Antecedentes de Saúde	6
2. Exame Físico e Avaliação Funcional (10/10/18, às 8h).....	6
2.1. Observação.....	6
2.2. Sinais vitais	7
2.3. Avaliação da função respiratória (doente sentada, antes da refeição).....	7
2.4. Avaliação neurológica	8
2.5. Avaliação sensório-motora	9
2.6. Avaliação do grau de dependência	12
2.7. Síntese dos principais problemas.....	13
2.8. Impacto nas necessidades de cuidados de saúde (Teoria do Conforto de Kolcaba).....	14
3. Plano de Cuidados de Enfermagem de Reabilitação.....	16
4. Referências Bibliográficas	21
Apêndice I – Escalas Utilizadas	22

1. COLHEITA DE DADOS – DIA 10/10/2018

1.1. Dados Pessoais

Nome: M.F.O. Sexo: Feminino	Data Nascimento: 07/12/1939	Idade: 78 anos
Estado civil: viúva	Naturalidade: Brejos do Assa (Palmela)	Profissão: reformada (agricultura)
Escolaridade: 4ª classe	Residência: Brejos do Assa (Palmela)	
Agregado familiar: sozinha		
Condições habitacionais: Vivenda, sem degraus, no wc com poliban ligeiramente superior ao chão.		
Suporte familiar: Vive próximo da filha/genro/neto e era a doente que, antes, era o suporte da família.		

1.2. História de Doença Atual

Diagnóstico médico

Meningioma intra-raquidiano de D9.

Cirurgia – dia 10/08

Ressecção de meningioma intra-raquidiano, com hemilaminectomia e costotransversectomia D8 direita, e hemilaminectomia D9 direita.

Internada no serviço de neurocirurgia no dia 30/07, por referenciação pelo médico de família. Com história de cerca de dois anos de evolução: em 2016, após a colocação da última PTJ, com agravamento progressivo na marcha, desequilíbrio e fraqueza muscular necessitando de apoio de canadiana desde esta altura, sem recuperação dos sintomas. Desde há cerca de 1 ano, em 2017, com agravamento do cansaço e diminuição da força de ambos os membros inferiores com características de claudicação, desequilíbrio, ardor e parestesias, urgência urinária (com uso de fralda por incontinência) e alterações da sensibilidade da região plantar de ambos os pés. Desde Abril de 2018 estas queixas agravaram consideravelmente com marcha e equilíbrio piorados, com necessidade de duas canadianas e com incontinência urinária constante.

À observação, durante a admissão a 30/07/2018, apresenta score 15 (na escala de coma de Glasgow), colaborante. Marcha com canadiana e agarrada a cama e paredes num perímetro limitado. No corredor do serviço: marcha com canadiana e ajuda de 3ª pessoa. Apresenta equilíbrio sentada e em pé, com

paraparésia, mobilizando todos os segmentos de ambos os membros contra gravidade flexão/extensão, (FMG 3) proximal das coxofemorais e extensão com ligeira resistência (FMG 3+), flexão joelhos (FMG 3), flexão plantar das tibiotársicas e pés contra gravidade.

Existe um registo de TAC e RM de coluna de 01/08: presença de lesão expansiva, intradural e extramedular (...) ao nível de D9, (...) com calcificações intralesionais, (...) determinando compressão franca e desvio lateral esquerdo da medula dorsal (...). Admite-se hipersinal, RM do parênquima medular dorsal, a nível de D9, sugerindo a presença de edema medular compressivo versus foco de mielomalacia. Os aspectos RM anteriormente descritos são fortemente sugestivos de meningioma.

No dia 10/08 submetida a hemilaminectomia D9 esquerda com remoção total de lesão com preservação de raiz de D9, sem intercorrências. Após a cirurgia com score 15 (na escala de coma de Glasgow), colaborante. Com controlo da cabeça e pescoço, sem controlo do tronco, sem equilíbrio sentada. Também paraplegia flácida, com prova dedo-nariz dismetria discreta ambos os membros superiores. Apresenta hipostesia à picada ao nível de D9, mais acentuada no hemicorpo direito que no hemicorpo esquerdo e sensibilidade postural mantida.

Apresentou tumefação dorsal paravertebral bilateral compatível com fistula de LCR do espaço retrovertebral ao nível operado e subcutânea que veio a melhorar progressivamente de forma conservadora. Sem fistulização para o exterior e, com cicatriz operatória encerrada. Apirética e normotensa. Há referência a infecção urinária por E. coli ESBL, sem precisão de datas ou do tratamento, sabe-se apenas que cumpriu AB.

A 13/9, iniciou quadro de parestesias intensas das mãos seguida de ausência. A 14/9 nova ausência e crise tónica dos membros superiores. Medicada com Levetiracetam durante 15 dias.

Foi referenciada ao serviço de reabilitação para melhoria da independência (sendo que é referido pela neurocirurgia que não tem potencial para recuperar a marcha). Na admissão no serviço de reabilitação, com o seguinte esquema de medicação:

Medicamento / Hora	7h	9h	12h	19h	21h	Obs.
Omeprazol 20 mg	1					PO, comprimido
Levotiroxina 0.025 mg	1					PO, comprimido
Bisacodilo 10 mg	1					Rectal, Dias alternados
Paracetamol 1g	1		1		1	PO, comprimido
Enoxaparina 40 mg	1		1			SC
Diazepam 5 mg						SOS (PO, comprimido)
Metamizol magnésico 575mg						SOS (PO, comprimido)

1.3. Antecedentes de Saúde

Antecedentes Clínicos: colonização por *Escherichia coli* ESBL (desde o internamento na neurocirurgia), HTA, PTJ bilateral (esquerda em 2014 e direita em 2016) e safanectomia (há cerca de 8 anos) por insuficiência venosa dos MI, anemia crónica (na admissão HB: 10 g/dl), síndrome de ansiedade, hipoacusia.

Hábitos Aditivos: sem consumo de álcool, tabaco ou drogas.

Alergias: desconhece alergias alimentares e/ou medicamentosas.

Terapêutica Habitual (antes do internamento na neurocirurgia): Medicada com Trazadona, valsartan, trifusal (suspendeu a 29/07), bromazepam, ginkgobiloba

Co-Morbilidades: nenhuma até à situação de saúde descrita anteriormente.

Hábitos de Vigilância de Saúde – Disponibilidade de Recursos: pertence a UCSP e está na lista de doentes sem médico de família atribuído, tem o apoio do neto (de 24 anos) e do genro (que ajudam a gerir a saúde da doente) e da filha (que tem maior dificuldade em lidar com as implicações desta situação).

2. EXAME FÍSICO E AVALIAÇÃO FUNCIONAL (10/10/18, às 8h)

2.1. Observação

Vígil, com humor ansioso e fobia à queda. Pele e mucosas ligeiramente descoradas, mas hidratadas. Pele íntegra (com cicatriz operatória dorsal e de ambos os joelhos, que não parecem interferir na avaliação), sem edemas visíveis. Abdómen mole, depressível e indolor à palpação. Utiliza prótese dentária superior e inferior, ambas bem adaptadas. Está algaliada (segundo os registos e segundo a doente, ela não estava algaliada à admissão do internamento de neurocirurgia e, pelo que se

compreende do afirmado pela doente, havia de ter sido algaliada para a realização da cirurgia).

Tem uma altura de 1,68 m e peso de 73 Kg, que corresponde a um IMC de 25,9, que é indicativo de um ligeiro excesso de peso.

2.2. Sinais vitais

A D. M.S. apresenta-se hemodinamicamente estável. Com a seguinte avaliação dos parâmetros vitais: TA=116/78mmHg; FC=76bpm; T° (timpânica)= 36°C; SpO2=98% em ar ambiente; FR=16cpm. Dor com score 5/10 (na escala numérica), no joelho esquerdo, com agravamento à mobilização e com alívio em repouso. Não há registo de meios complementares de diagnóstico.

2.3. Avaliação da função respiratória (doente sentada, antes da refeição)

Inspeção	Sem cianose periférica. Tórax simétrico, sem deformidades visíveis. <u>Estática</u> : tórax normolíneo. <u>Dinâmica</u> : ritmo normal, padrão predominantemente torácico, respiração profunda e simétrica.	
Palpação	Traqueia na linha média. Expansibilidade sem alterações ao nível superior e inferior. Frémite tóraco-vocal normal.	
Percussão	Som claro pulmonar.	
Auscultação	Murmúrio vesicular mantido.	
Tosse	Reflexo da tosse muito pouco eficaz	
Características das secreções	Sem secreções.	
Exames complementares de diagnóstico	Não realizados	
Medical Research Council – 0 (Sem problemas de falta de ar excepto em caso de exercício intenso)		

2.4. Avaliação neurológica

Estado Mental MMSE = 20/22 (para os anos de escolaridade)		
Consciência		Vígil ao longo do internamento.
Orientação		Orientação na pessoa e situação, parcialmente no espaço e desorientação no tempo.
Atenção		Alterada – hipoprosexia.
Memória	Recente/de Fixação	Ligeira alteração
	Remota/ de Evocação: Declarativa e Não Declarativa	Mantida.
Linguagem	Fonação e ressonância - <i>aaah</i>	Sem alteração.
	Função dos lábios – <i>pa pa pa</i>	Sem alteração.
	Função da língua – <i>ta ta ta</i>	Sem alteração.
	Função da laringe posterior – <i>ca ca ca</i>	Sem alteração.
	Fluência verbal	Mantida.
	Compreende ordens simples/complexas	Sim. Compreende ordens simples e complexas.
	Nomeia	Sim. Nomeia 5 objetos.
	Repete	Sim. Repete a frase “ <i>brilhante brigada de artilheiros</i> ”.
	Parafasia	Não apresenta.
	Lexia	Mantida
	Grafia	Alterada
Capacidades práticas	Calculia	Alterada
	Capacidade de planeamento e decisão; Gestos intransitivos; Gestos transitivos; Anosognosia; Prosopognosia; Apraxia	Sem alterações.

Pares Cranianos	
Par Craniano	Avaliação
I – Olfativo	Sem alteração olfactiva (avaliação com olhos fechados e com café e canela)
II - Óptico	Sem alteração da acuidade visual ou do campo visual.
III – Oculomotor comum	Pupilas de tamanho normal, isocóricas, sem diplopia. Sem ptose palpebral. Sem alteração nos movimentos conjugados.
IV – Patético	Movimentos conjugados sem alterações.
V – Trigémio	Sensibilidade tátil, térmico-álgica mantida nos três ramos. Reflexo córneo-palpebral intacto. Movimentos da mastigação e abertura mandibular mantida.
VI – Oculomotor externo	Movimentos conjugados sem alterações.
VII – Facial	Sem apagamento do sulco nasogeniano, desvio da comissura labial ou lagoftalmo. Sem alteração do paladar nos 2/3 anteriores da língua.
VIII – Estado-Acústico	Com alteração dos equilíbrios estático e dinâmico sentada (não assume posição ortostática). Sem alteração nos testes de Rinne e de Weber.
IX - Glossofaríngeo	Sem alteração do paladar no 1/3 posterior da língua.
X – Vago	Reflexo de vômito mantido, sem desvio da úvula e sem alteração da voz.
XI - Espinhal	Realiza rotação da cabeça e elevação dos ombros, contra resistência.
XII – Grande Hipoglosso	Sem desvio ou atrofia da língua e sem acumulação de saliva na fossa piriforme.

2.5. Avaliação sensório-motora

Avaliação da Sensibilidade								
Data:			10/10/2018		21/10/2018		28/10/2018	
Hemicorpo			Dto	Esq	Dto	Esq	Dto	Esq
Membro Superior	Superficial	Tátil	N	N	N	N	N	N
		Térmico-álgica	N	N	N	N	N	N
	Profunda	Pressão	N	N	N	N	N	N
		Postural	N	N	N	N	N	N
Membro Inferior	Superficial	Tátil	D -	D +	D -	D +	D -	D +
		Térmico-álgica	D -	D +	D -	D +	D -	D +
	Profunda	Pressão	D -	D +	D	D	D	D
		Postural	N	N	N	N	N	N

Avaliação:
Apresenta hipoestesia tátil, hipoalgesia, barestesia, palestesia e batiestesia diminuídas abaixo do nível de D9, com agravamento no lado direito.

Legenda: **D -** – Diminuída, **D-** – Diminuição mais evidente, **D+** – Diminuição menos evidente, **N** – normal

Avaliação da Força Muscular e Tónus Muscular										
Segmento Movimento	Cabeça e pescoço	Membro Superior Esquerdo					Membro Inferior Esquerdo			
		Escapulo- umeral	Cotovelo	Antebraço	Punho	Dedos	Coxo- femoral	Joelho	Tibiotársica	Dedos
Flexão	4/5 0	4/5 0	4/5 0			4/5 0	4/5 0	0/5 0	0/5 0	0/5 0
Extensão	4/5 0	4/5 0	4/5 0			4/5 0	4/5 0	0/5 0	0/5 0	0/5 0
Flexão lateral esquerda	4/5 0									
Flexão lateral direita	4/5 0									
Rotação externa / esq.	4/5 0	4/5 0					0/5 0			
Rotação interna / dta.	4/5 0	4/5 0					0/5 0			
Adução		4/5 0				4/5 0	0/5 0			0/5 0
Abdução		4/5 0				4/5 0	0/5 0			0/5 0
Supinação				4/5 0						
Pronação				4/5 0						
Dorsiflexão									0/5 0	
Flexão plantar									0/5 0	
Desvio cubital					4/5 0					
Desvio radial					4/5 0					
Circundação		4/5 0			4/5 0	4/5 0				
Oponência do polegar						4/5 0				
Inversão									0/5 0	
Eversão									0/5 0	

Avaliação da Força Muscular e Tónus Muscular										
Segmento Movimento	Cabeça e pescoço	Membro Superior Direito					Membro Inferior Direito			
		Escapulo-umeral	Cotovelo	Antebraço	Punho	Dedos	Coxo-femoral	Joelho	Tibiotársica	Dedos
Flexão	4/5 0	4/5 0	4/5 0			4/5 0	4/5 0	0/5 0	0/5 0	0/5 0
Extensão	4/5 0	4/5 0	4/5 0			4/5 0	4/5 0	0/5 0	0/5 0	0/5 0
Flexão lateral esquerda	4/5 0									
Flexão lateral direita	4/5 0									
Rotação externa / esq.	4/5 0	4/5 0					0/5 0			
Rotação interna / dta.	4/5 0	4/5 0					0/5 0			
Adução		4/5 0				4/5 0	0/5 0			0/5 0
Abdução		4/5 0				4/5 0	0/5 0			0/5 0
Supinação				4/5 0						
Pronação				4/5 0						
Dorsiflexão									0/5 0	
Flexão plantar									0/5 0	
Desvio cubital					4/5 0					
Desvio radial					4/5 0					
Circundação		4/5 0			4/5 0	4/5 0				
Oponência do polegar						4/5 0				
Inversão									0/5 0	
Eversão									0/5 0	

Legenda: Força – canto superior esquerdo – escala de Medical Research Council; Tónus – canto inferior direito - Escala Modificada de Ashworth

Escala de MRC:

5/5 – força normal contra a resistência total
 4/5 – força muscular reduzida, mas há contracção muscular contra a resistência
 3/5 – a articulação pode ser movimentada apenas contra a gravidade e sem resistência
 2/5 – há força muscular e movimentação articular, somente se a resistência da gravidade é removida
 1/5 – apenas um esboço de movimento é visto ou sentido ou fasciculações são observadas no músculo
 0/5 – nenhum movimento é observado

Escala de Ashworth modificada:

0 – sem aumento do tónus muscular
 1 – leve aumento do tónus muscular manifestado por uma tensão momentânea ou resistência mínima, no final da amplitude do movimento articular, quando a região é movida em flexão ou extensão
 1+ - leve aumento do tónus muscular, manifestado por uma tensão abrupta, seguida de resistência mínima em menos de metade da amplitude do movimento restante
 2 – aumento mais marcante do tónus muscular, durante a maior parte da amplitude do movimento articular, mas a região é movida facilmente
 3 – considerável aumento do tónus muscular, o movimento passivo é difícil
 4 – parte afetada rígida em flexão ou extensão

Apresenta força de grau 4/5 em toda a ½ superior do corpo e grau 0/5 em toda a ½ inferior do corpo, bilateralmente. Tem tónus mantido e normal em toda a ½ superior do corpo e hipotonia em toda a ½ inferior do corpo, bilateralmente.

Movimentos Involuntários: Tremores do tipo mioclonias dos MS (com agravamento na mobilização activa).

Reflexos: Arreflexia nos MI e anal.

Avaliação da Coordenação Motora: Na realização da prova dedo-nariz e da prova da indicação de Barany, com alteração do lado esquerdo. Sem movimento articular ativo na ½ inferior do corpo, pelo que não se realizou a prova calcanhar-joelho.

Avaliação das Âmpplitudes Articulares: Âmpplitudes articulares normais na ½ superior do corpo e sem movimento articular ativo na ½ inferior do corpo, pelo que não se avaliou as âmpplitudes articulares.

Avaliação do Equilíbrio – Escala de Berg modificada: Apresenta alteração dos equilíbrios estático e dinâmico sentada e não assume posição ortostática, pelo que não é possível fazer a avaliação da escala de Berg.

Categorias funcionais da marcha (escala): Não realiza marcha e não existe essa expectativa, levando em conta o relatado no procedimento cirúrgico, a avaliação da ASIA e é consensual entre a equipa multidisciplinar.

2.6. Avaliação do grau de dependência

O grau de dependência e de potencial para melhoria foi avaliado com o auxílio de três instrumentos utilizados no serviço: índice de Barthel, MIF e a Classificação Internacional para Traumatismos Vértebro-Medulares ASIA.

Na alimentação necessita de ajuda na preparação dos alimentos e não consegue levar o copo à boca, não apresentando disfagia. Nos cuidados de higiene pessoal, necessita de ajuda na preparação do material e de ajuda mínima. Nos cuidados de higiene globais, necessita de ajuda total. No vestir e despir necessita de ajuda total. Incapaz de utilizar a sanita por incapacidade de realizar a transferência e

por incontinência. Apresenta drenagem vesical e com incontinência intestinal, com cerca de 5 dejetões/dia (sem características de diarreia), utiliza fralda (mas não consegue realizar a troca da fralda). Necessita de ajuda máxima para alternar da posição de deitada para sentada e de ajuda total nas transferências do leito para a cadeira, incapaz de utilizar tábua de transferência. Incapaz de se mobilizar na cadeira de rodas.

Índice de Barthel			
	10/10/18	21/10/18	28/10/18
Alimentação	5	10	10
Transferências	0	0	5
Higiene pessoal	0	5	5
Utilização do WC	0	0	0
Banho	0	0	0
Mobilidade	0	0	5
Subir e descer escadas	0	0	0
Vestir	0	0	5
Controlo intestinal	0	0	0
Controlo urinário	0	0	0
TOTAL	5 (Dependência total)	15 (Dependência total)	30 (Dependência grave)

Na admissão, apresenta score 46/126 na MIF. Na data de 21/10/18 apresenta score de 55 na MIF e na data de 28/10/18 um score de 61 na MIF, com evolução em todos os parâmetros, excepto no controlo dos esfíncteres.

Na avaliação Classificação Internacional para Traumatismos Vértebro-Medulares ASIA deu como resultado uma lesão incompleta de nível B, pelo que há função sensitiva, porém não há função motora preservada abaixo do nível neurológico estendendo-se aos segmentos sacros S4-S5.

2.7. Síntese dos principais problemas

Apresenta: respiração com padrão predominantemente torácico e reflexo de tosse pouco eficaz, orientação parcial no espaço e desorientação no tempo, hipoprosexia e alteração da memória recente /de fixação e humor ansioso, com fobia à queda, dor no joelho esquerdo. Apresenta hipoestesia tátil, hipoalgesia, barestesia, palestesia e batiestesia diminuídas abaixo do nível de D9, com agravamento no lado direito. Tem diminuição da força da 1/2 superior do corpo e ausência de força e hipotonia na 1/2 inferior do corpo e tremores do tipo mioclonias dos MS (com

agravamento na mobilização activa). Evidência de arreflexia nos MI e anal, ligeira descoordenação motora, alteração dos equilíbrios estático e dinâmico sentada. Funcionalmente muito dependente com Barthel 5 e MIF 46.

O plano de alta passaria primeiro, por melhorar a função cognitiva e promover a tranquilidade e segurança, para que fosse capaz de colaborar mais e melhor no plano de reabilitação. Em segundo, promover o fortalecimento muscular da ½ superior do corpo e a re aquisição do reflexo de controlo postural, para que conseguisse readquirir a independência em cadeira-de-rodas. Em simultâneo, actuar no alívio da dor e readquirir a capacidade de tossir eficazmente. Também otimizar a relação entre saúde-doença com a relação pessoal-familiar.

2.8. Impacto nas necessidades de cuidados de saúde (Teoria do Conforto de Kolcaba)

	Tipos de Conforto	Alívio	Tranquilidade	Transcendência
Necessidades de Cuidados de Saúde				
Físicas		<ul style="list-style-type: none"> - Risco de acumulação de secreções – Relacionado com padrão respiratório predominantemente torácico e tosse pouco eficaz - Dor no joelho esquerdo – Relacionado com incorrecta mobilização do MIE durante uma transferência – Manifestada verbalmente e por defesa à dor - Risco de danos corporais. Relacionado com compromisso da sensibilidade, exteroceptiva, barestesia, palestesia e batiestesia 	<ul style="list-style-type: none"> - Incontinência de esfíncteres 	<ul style="list-style-type: none"> - Compromisso da mobilidade - Relacionado com paraplégia flácida, diminuição da força dos MS (grau 4/5), desequilíbrio estático e dinâmico - Compromisso da motricidade fina, relacionado com descoordenação motora e tremores dos MS tipo mioclonias
Psico-Espirituais		<ul style="list-style-type: none"> - Neurocognição alterada: orientação espaço-temporal, memória de curto prazo, 		<ul style="list-style-type: none"> - Fobia à queda – Relacionada com desequilíbrio estático e dinâmico e humor ansioso

		capacidade de manter a atenção, cálculo mental – Relacionado com MMSE 20/22		
Sociais			- Expectativas da doente e família desajustadas, face ao estado de saúde da doente	- Alteração dos papéis familiares
Ambientais				

3. PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

O seguinte plano de cuidados foi elaborado de acordo com a Teoria do Conforto.

Diagnóstico - Necessidades de Cuidados de Saúde	Plano	Intervenções	Avaliação
FÍSICAS			
Risco de acumulação de secreções – Relacionado com padrão respiratório predominantemente torácico e tosse pouco eficaz	<p>Meta Melhorar a capacidade respiratória e tornar a tosse eficaz</p> <p>Objectivos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Promover um padrão respiratório predominantemente diafragmático - Fortalecer os músculos respiratórios - Optimizar a postura - Promover a limpeza das vias aéreas - Promover a aprendizagem de conhecimentos sobre prevenção de complicações, pela doente e família 	<ul style="list-style-type: none"> - Ensino e encorajamento da doente a utilizar o padrão respiratório predominantemente diafragmático - Ensino e treino de dissociação dos tempos respiratórios - Exercícios de reeducação diafragmática global - Exercícios de fortalecimento dos membros superiores e tronco - Manter um bom alinhamento da coluna, ombros e cintura pélvica - Sentada: Básula anterior da bacia, tronco erecto, adução das escápulas e posição neutral do pescoço - Treino postural com espelho - Cadeira e equipamento adequados para sentar - Tosse dirigida e <i>huff</i> - Inclusão da doente e família e explicação 	<ul style="list-style-type: none"> - Dia 10/10/2018 <p>Realizadas intervenções propostas. Com sucesso na utilização do padrão respiratório diafragmático e na dissociação dos tempos respiratórios, sem conseguir realizar tosse eficaz.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dia 21/10/2018 <p>Realizadas intervenções propostas, com alguma evolução na capacidade de realizar os exercícios.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dia 28/10/2018 <p>Consegue manter um bom alinhamento corporal. Consegue realizar os exercícios propostos, com menos necessidade de orientação. Apresenta melhoria na capacidade respiratória, com tosse mais eficaz, mas insuficiente. Já consegue realizar <i>huff</i>, mas pouco eficaz.</p>

		de potenciais complicações respiratórias, sua prevenção, primeiros sinais e medidas a tomar; técnicas de limpeza das vias aéreas e exercícios respiratórios	
Compromisso da mobilidade - Relacionado com paraplegia flácida, diminuição da força dos MS (grau 4/5), desequilíbrio estático e dinâmico	Meta: Ser independente em cadeira-de-rodas Objectivos: - Adquirir equilíbrio estático e dinâmico sentada - Adquirir força grau 5/5 em todos os segmentos dos MS - Mobilizar-se, de forma independente, na cadeira-de-rodas	- Fortalecimento dos músculos do tronco e MS - Mobilizações activas resistidas dos MS - Actividades terapêuticas. No leito: virar e sentar. Sentada na cadeira: <i>push-up</i> , vestir/despir e exercícios de equilíbrio - Treino de equilíbrio em cadeira-de-rodas (primeiro com mesa de trabalho e progressivamente ficar sem a mesa) - Treino de transferências (primeiro com ajuda total e progressivamente com tábua) - Estimulação, ensino e treino nas AVD	- Dia 10/10/2018 Realizadas intervenções propostas. Necessita de ajuda total nas transferências. Incapaz de utilizar a tábua de transferência. - Dia 21/10/2018 Realizadas intervenções propostas. Necessita de ajuda máxima nas transferências, já com o auxílio da tábua de transferência. - Dia 28/10/2018 Realizadas intervenções propostas. Consegue utilizar a tábua de transferência com ajuda mínima. Apresenta força 5/5 nos MS, sem compromisso do equilíbrio estático e dinâmico. Consegue mobilizar-se, de forma independente, em piso plano em cadeira-de-rodas. Independente nos cuidados de higiene (em cadeira sanitária), no vestir/despir e na alimentação.
Compromisso da motricidade fina, relacionado com descoordenação motora e tremores dos MS tipo mioclonias	Meta: Ser independente nos cuidados de higiene, no vestir/despir e na alimentação	- Explicação de rotinas e procedimentos previamente aos mesmos - Promoção de ambiente facilitador de aprendizagem - Estimulação, ensino e treino nas AVD	- Dia 10/10/2018 Realizadas intervenções propostas. - Dia 21/10/2018 Realizadas intervenções propostas. Melhorada dos tremores, mantém descoordenação motora. - Dia 28/10/2018 Realizadas intervenções propostas. Apresenta coordenação motora e discretos tremores, pelo que já só apresenta uma discreta alteração da motricidade fina. Independente nos cuidados de higiene (em cadeira sanitária), no vestir/despir e

			na alimentação.
Dor no joelho esquerdo – Relacionado com incorrecta mobilização do MIE durante uma transferência – Manifestada verbalmente e por defesa à dor	Meta: Sem dor	- Gestão da terapêutica farmacológica e aconselhamento terapêutico - Mobilizações passivas dos MI - Estimulação sensorial abaixo do nível de lesão	- Dia 10/10/2018 Realizadas intervenções propostas. - Dia 21/10/2018 Realizadas intervenções propostas. Dor grau 3/5 - Dia 28/10/2018 Realizadas intervenções propostas. Sem dor.
Risco de danos corporais. Relacionado com compromisso da sensibilidade, exteroceptiva, barestesia, palestesia e batiestesia	Meta: Não apresentar danos corporais Objectivo: - Integrar a nova linguagem corporal	- Ensino sobre prevenção de lesões cutâneas - Estimulação sensorial - Alívio de zonas de pressão	- Dia 10/10/2018 Realizadas intervenções propostas. - Dia 21/10/2018 Realizadas intervenções propostas. Sem danos corporais. - Dia 28/10/2018 Realizadas intervenções propostas. Sem danos corporais.
Incontinência de esfíncteres	Meta: - Regularização do trânsito intestinal - Avaliação da possibilidade e necessidade de desalgaliar	- Adequação da alimentação e ingesta hídrica ao padrão intestinal da doente - Treino intestinal, com recurso a laxante, para o horário mais apropriado à doente - Avaliação, <i>a posteriori</i> , da capacidade de desalgaliação (neste momento, a doente não parece ser capaz de realizar algaliações intermitentes, devido às alterações cognitivas, ansiedade, tremores dos MS, desequilíbrio)	- Dia 10/10/2018 Realizadas intervenções propostas. - Dia 21/10/2018 Realizadas intervenções propostas. Ainda mantém padrão intestinal irregular (com 4 a 5 dejectões, em menor quantidade/dia). - Dia 28/10/2018 Realizadas intervenções propostas. Ainda mantém padrão intestinal irregular (com 2 a 3 dejectões, em menor quantidade/dia). Relativamente à possibilidade de desalgaliação, para treino de algaliação intermitente, apesar da doente já apresentar capacidade física e mental para a sua execução, dado a colonização por bactéria multirresistente e esta não ser uma necessidade sentida pela doente, considerou-se, pela equipa,

			que esta intervenção não iria ser trabalhada com a doente.
PSICO-ESPIRITUAIS			
Neurocognição alterada: orientação espaço-temporal, memória de curto prazo, capacidade de manter a atenção, cálculo mental – Relacionado com MMSE 20/22	Meta: Melhoria na neurocognição, com MMSE acima do score 22	- Terapia de Orientação para a Realidade - Exercícios de memória - Exercícios de cálculo - Promoção de ambiente facilitador de aprendizagem	- Dia 10/10/2018 Realizadas intervenções propostas. - Dia 21/10/2018 Realizadas intervenções propostas. Melhorada da memória e orientação. - Dia 28/10/2018 Realizadas intervenções propostas. Com MMSE 23/22.
Fobia à queda – Relacionada com desequilíbrio estático e dinâmico e humor ansioso	Meta: Adquirir auto-eficácia Objectivos: - Melhorar o equilíbrio estático e dinâmico sentada - Adquirir humor eutímico	- Promoção de segurança - Explicação de rotinas e procedimentos previamente aos mesmos - Actividades terapêuticas. No leito: virar e sentar. Sentada na cadeira: <i>push-up</i> , vestir/despir e exercícios de equilíbrio - Treino de equilíbrio em cadeira de rodas (primeiro com mesa de trabalho e progressivamente ficar sem a mesa) - Treino de transferências (primeiro com ajuda total e progressivamente com tábua)	- Dia 10/10/2018 Realizadas intervenções propostas. - Dia 21/10/2018 Realizadas intervenções propostas. Melhorada do humor, mas mantém fobia à queda. - Dia 28/10/2018 Realizadas intervenções propostas. Humor ligeiramente ansioso, sem fobia à queda, com auto-eficácia.
SOCIAIS			
Expectativas da doente e família desajustadas, face ao estado de saúde da doente	Meta: Apresentar expectativas ajustadas Objectivos: - Promover a explicação sobre o estado de saúde	- Esclarecimento sobre o que esperar da nova situação de saúde e ajudar a ultrapassar obstáculos - Envolvimento da doente e família nas tomadas de decisão face à situação de saúde actual	- Dia 10/10/2018 Realizadas intervenções propostas. - Dia 21/10/2018 Realizadas intervenções propostas. - Dia 28/10/2018 Realizadas intervenções propostas. Com expectativas ajustadas, mas com dificuldade em aceitar a nova condição de

			saúde.
Alteração dos papéis familiares	Meta: Ajuste adequado dos papéis familiares	- Motivação da doente e a família sobre a capacidade de atingir resultados positivos	- Dia 10/10/2018 Realizadas intervenções propostas. - Dia 21/10/2018 Realizadas intervenções propostas. - Dia 28/10/2018 Realizadas intervenções propostas. Com necessidade de envolver mais a família.
AMBIENTAIS aparentemente sem impacto			

4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Direcção-Geral da Saúde (2011). *Acidente Vascular Cerebral: Prescrição de Medicina Física e de Reabilitação*. Norma nº 054/2011 de 27/12/2011

Hoeman S.P. (2000). *Enfermagem de Reabilitação: Processo e Aplicação*. (2ª ed). Loures: Lusociência

Tomey, A., Alligood, Martha (2004). *Teóricas de enfermagem e a sua obra: Modelos e Teorias de enfermagem* (5ª ed). Loures: Lusociência

Patient Name _____

Examiner Name _____ Date/Time of Exam _____



INTERNATIONAL STANDARDS FOR NEUROLOGICAL CLASSIFICATION OF SPINAL CORD INJURY



MOTOR
KEY MUSCLES
(scoring on reverse side)

	R	L
C5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
T1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

UPPER LIMB TOTAL (MAXIMUM) + =
(25) (25) (50)

Comments:

	R	L
L2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(VAC) Voluntary anal contraction (Yes/No)

LOWER LIMB TOTAL (MAXIMUM) + =
(25) (25) (50)

	LIGHT TOUCH		PIN PRICK	
	R	L	R	L
C2				
C3				
C4				
C5				
C6				
C7				
C8				
T1				
T2				
T3				
T4				
T5				
T6				
T7				
T8				
T9				
T10				
T11				
T12				
L1				
L2				
L3				
L4				
L5				
S1				
S2				
S3				
S4-5				

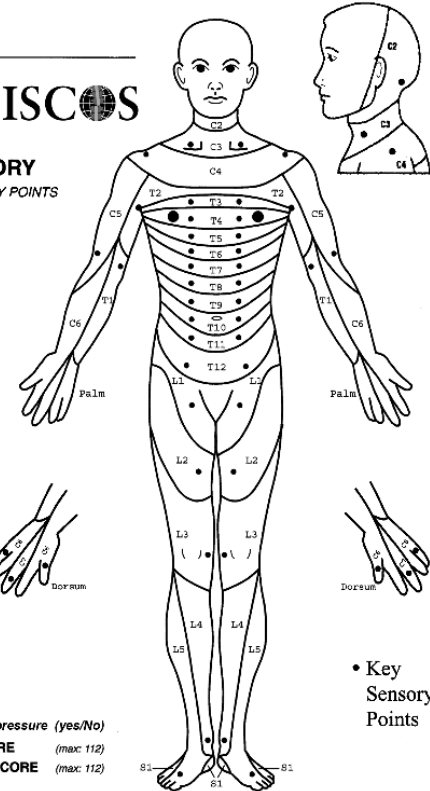
SENSORY
KEY SENSORY POINTS

0 = absent
1 = altered
2 = normal
NT = not testable

(DAP) Deep anal pressure (yes/No)

PIN PRICK SCORE (max: 112)

LIGHT TOUCH SCORE (max: 112)



• Key Sensory Points

NEUROLOGICAL LEVEL <small>The most caudal segment with normal function</small>	SENSORY	R <input type="checkbox"/>	L <input type="checkbox"/>	SINGLE NEUROLOGICAL LEVEL <input type="checkbox"/>	COMPLETE OR INCOMPLETE? <input type="checkbox"/> <small>Incomplete = Any sensory or motor function in S4-S5</small>	ZONE OF PARTIAL PRESERVATION <input type="checkbox"/> <small>(In complete injuries only) Most caudal level with any innervation</small>	SENSORY	R <input type="checkbox"/>	L <input type="checkbox"/>
	MOTOR	R <input type="checkbox"/>	L <input type="checkbox"/>				MOTOR	R <input type="checkbox"/>	L <input type="checkbox"/>

ASIA IMPAIRMENT SCALE (AIS)

This form may be copied freely but should not be altered without permission from the American Spinal Injury Association.

REV 04/11

**APÊNDICE IV – INSTRUMENTO DE REGISTO PADRONIZADO DE
AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM DE
REABILITAÇÃO**



REGISTO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Data de admissão _____ Processo nº _____ Profissão _____

Resumo de internamento/Diagnóstico clínico _____

Antecedentes Pessoais e Limitações _____

Informação sócio-familiar _____

Condições habitacionais _____

1. AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

ESTADO MENTAL		
MMSE = _____		
Consciência	Vigil, Sonolento, Estuporoso	
Orientação	(P, E, T)	
Atenção	Hipoprosexia	
Memória	Recente/de Fixação	
	Remota/de Evocação:	Declarativa
		Não declarativa
Linguagem	Fonação e ressonância - <i>aaah</i>	
	Função dos lábios - <i>pa pa pa</i>	
	Função da língua - <i>ta ta ta</i>	
	Função da laringe posterior - <i>ca ca ca</i>	
	Fluência verbal (N=120 palavras)	
	Compreensão (ordens simples/complexas)	
	Nomeia (5 objetos)	
	Repete	
	Parafasia	
	Lexia	
Grafia		
Calculia		

REGISTO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

PARES CRANIANOS						
		Data Avaliação		____/____/____		
Par craniano	Avaliação		Dta	Esq	Dta	Esq
I – Olfativo	Parosmia					
	Anosmia					
	Hiposmia					
	Normal					
II – Óptico	Acutude visual	Amaurose				
		Ambliopia				
		Normal				
	Campo Visual	Escotomas				
		Hemianopsia homónima/bitemporal/nasal				
		Quadrantanopsia				
III – Oculomotor comum	Pupilas	Tamanho (miose=1-2mm; normal=3-5mm; midríase=6-9mm)				
		Isocória				
		Anisocória				
		Diplopia				
	Ptose palpebral					
	Movimentos conjugados	↖ ↗ ↘ ↙ ↠ ↡ ↢ ↣				
	Nistagmo					
IV – Patético	Movimentos conjugados	↘ ↙				
V – Trigêmeo	R1-oftálmico, R2-maxilar, R3-mandibular					
	Sensibilidade termo-álgica					
	Sensibilidade táctil					
	Reflexo córneo-palpebral					
	Movimentos de mastigação e abertura mandíbula					
VI – Oculomotor externo	Movimentos conjugados	↔				
VII – Facial	Parésia facial central					
	Parésia facial periférica					
	Digeusia (2/3 anteriores língua)					
	Ageusia (2/3 anteriores língua)					
	Sem alteração do paladar					
	Glândulas submaxilares, sublinguais e lacrimais					
VIII – Estato-Acústico	Equilíbrio	Sentado	Estático			
			Dinâmico			
	Posição de pé	Estático (Teste Romberg)				
		Dinâmico				
Audição	Teste de Rinne					
	Teste de Weber					
IX – Glossofaríngeo	Digeusia (1/3 posterior da língua)					
	Ageusia (1/3 posterior da língua)					
	Sem alteração do paladar					
X – Vago	Reflexo do vômito					
	Desvio da úvula					
	Hipofonia					
	Disfonia					
	Sem alteração da voz					
XI - Espinhal	Rotação da cabeça contra resistência					
	Elevação dos ombros contra resistência					
XII – Grande Hipoglosso	Desvio da língua					
	Atrofia da língua					
	Acumulação de saliva fossa piriforme					
	Sem alterações					
Rúbrica do EEER						
Observações:						

Legenda: S – Sim, N – Não, NA – Não avaliado, D – Diminuída, A – Aumentada, M – mantida

REGISTO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

2. AVALIAÇÃO SENSÓRIO-MOTORA

	Segmento	Movimento	SENSIBILIDADE				TÓNUS (escala de Ashworth modificada)	FORÇA MUSC. (MRC)	AMPLITUDE ARTICULAR	
			Exteroceptiva		Proprioceptiva					
			Táctil	Termo-álgica	Pressão	Postural				
		Data:								Normal
M S D	Escapulo-umeral	Flexão								0-180°
		Extensão								0-50°
		Adução								0-30/45°
		Abdução								0-180°
	Cotovelo	Flexão								0-160°
		Extensão								160-0°
	Punho	Flexão								0-90°
		Extensão								0-70°
M S E	Escapulo-umeral	Flexão								0-180°
		Extensão								0-50°
		Adução								0-30/45°
		Abdução								0-180°
	Cotovelo	Flexão								0-160°
		Extensão								160-0°
	Punho	Flexão								0-90°
		Extensão								0-70°

	Segmento	Movimento	SENSIBILIDADE				TÓNUS (escala de Ashworth modificada)	FORÇA MUSC. (MRC)	AMPLITUDE ARTICULAR	
			Exteroceptiva		Proprioceptiva					
			Táctil	Termo-álgica	Pressão	Postural				
		Data:								Normal
M I D	Coxo-femoral	Flexão								0-100° / 125°
		Extensão								0-10°
		Adução								0-15°
		Abdução								0-45°
	Joelho	Flexão								0-140°
		Extensão								140-0°
	Tibio-tarsica	Dosiflexão								0-20° / 30°
		Extensão								0-45° / 50°
M I E	Coxo-femoral	Flexão								0-100° / 125°
		Extensão								0-10°
		Adução								0-15°
		Abdução								0-45°
	Joelho	Flexão								0-140°
		Extensão								140-0°
	Tibio-tarsica	Flexão								0-20° / 30°
		Extensão								0-45° / 50°

Legenda: SA – Sem alterações, D – Diminuída, A – Ausente, NA – Não Avaliada

<p>Escala de MRC:</p> <p>0 – Sem contração muscular palpável ou visível</p> <p>1 – Contração palpável ou visível mas sem movimento do membro</p> <p>2 – Movimento sem vencer a gravidade ao longo da quase totalidade amplitude articular</p> <p>3 – Movimento que vence a gravidade ao longo da quase totalidade da amplitude articular, mas não vence resistência</p> <p>4 – Movimento contra resistência moderada ao longo da totalidade da amplitude articular, que vence a gravidade</p> <p>5 – Força normal</p>	<p>Escala de Ashworth modificada:</p> <p>0 – Sem aumento do tónus muscular</p> <p>1 – Leve aumento do tónus muscular manifestado por uma tensão momentânea ou resistência mínima, no final da amplitude do movimento articular, quando a região é movida em flexão ou extensão</p> <p>1+ - Leve aumento do tónus muscular, manifestado por uma tensão abrupta, seguida de resistência mínima em menos de metade da amplitude do movimento restante</p> <p>2 – Aumento mais marcante do tónus muscular, durante a maior parte da amplitude do movimento articular, mas a região é movida facilmente</p> <p>3 – Considerável aumento do tónus muscular, o movimento passivo é difícil</p> <p>4 – Parte afetada rígida em flexão ou extensão</p>
--	--

REGISTO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

3. AVALIAÇÃO FUNCIONAL

Índice de Barthel

ITENS	DATA				
Intestino					
Controlo perfeito	10				
Problemas ocasionais	5				
Problemas habituais	0				
Bexiga					
Controlo perfeito	10				
Problemas ocasionais	5				
Problemas habituais	0				
Higiene Pessoal					
Barba/dentes/cabelo/face	5				
Dependente	0				
Uso da sanita					
Independente	10				
Ajuda parcial	5				
Totalmente dependente	0				
Alimentação					
Independente	10				
Com ajuda (para cortar)	5				
Impossível	0				
Transferência Leito-CR					
Independente	15				
Ajuda minor/verbal	10				
Ajuda maior	5				
Dependente	0				
Mobilidade					
Independente	15				
Com ajuda	10				
Independente em CR	5				
Impossível	0				
Vestir					
Independente	10				
Ajuda moderada	5				
Impossível	0				
Escadas					
Independente	10				
Ajuda/supervisão	5				
Impossível	0				
Banho					
Independente	5				
dependente	0				
TOTAL					
Rúbrica do EEER					

Classificação:

100 – totalmente independente; 99-76 – dependência leve; 75-51 – dependência moderada; 50-26 – dependência severa; ≤25 – dependência total

REGISTO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Medida de Independência Funcional (MIF)

NÍVEIS	7 Independência completa (em segurança, em tempo normal) 6 Independência modificada (ajuda técnica)	SEM AJUDA							
	<u>Dependência modificada</u> 5 Supervisão 4 Ajuda mínima (indivíduo ≥ 75%) 3 Ajuda moderada (indivíduo ≥ 50%) <u>Dependência completa</u> 2 Ajuda máxima (indivíduo ≥ 25%) 1 Ajuda total (indivíduo ≥ 0%)	AJUDA							
Data:									
AUTOCUIDADOS									
A. Alimentação									
B. Higiene pessoal									
C. Banho (lavar corpo)									
D. Vestir metade superior									
E. Vestir metade inferior									
F. Utilização da sanita									
CONTROLO DOS ESFÍNCTERES									
G. Bexiga									
H. Intestino									
MOBILIDADE									
Transferências:									
I. Leito, cadeira, CR									
J. Sanita									
K. Banheira, duche									
LOCOMOÇÃO									
L. <u>Marcha/CR</u>	<u>M</u>								
	<u>CR</u>								
M. Escadas									
COMUNICAÇÃO									
N. Compreensão	A								
	V								
O. Expressão	V								
	NV								
COGNIÇÃO SOCIAL									
P. Interação social									
Q. Resolução dos problemas									
R. Memória									
TOTAL	M= C= T=								
Rúbrica do EEER									

REGISTO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

5. AVALIAÇÃO RESPIRATÓRIA

Avaliação objetiva	Data:				
	SpO2				
	Inspeção	Sinais de dificuldade respiratória, profundidade, frequência, simetria, padrão respiratório, deformidades			
	Percussão		Maciez <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Timpanismo <input type="checkbox"/>	Maciez <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Timpanismo <input type="checkbox"/>	Maciez <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Timpanismo <input type="checkbox"/>
	Auscultação	Estridor Roncos Sibilos Fervores crepitantes Fervores subcrepitantes Atrito pleural Murmúrio vesicular (mantido, diminuído, ausente) Observações:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Tosse				
	Características das secreções				
	MCDT's		RX		
			GA		
	Dispneia	De esforço Paroxística Noturna Ortopneia Platipneia Trepopneia			
	<p>Medical Research Council:</p> <p>Data: ___/___/___ Score: _____</p> <p>Data: ___/___/___ Score: _____</p> <p>Data: ___/___/___ Score: _____</p>		<p>Medical Research Council:</p> <p>0 - Sem problemas de falta de ar exceto em caso de exercício intenso. "Só sinto falta de ar em caso de exercício físico intenso".</p> <p>1 - Falta de fôlego em caso de pressa ou ao percorrer um piso ligeiramente inclinado. "Fico com falta de ar ao apressar-me ou ao percorrer um piso ligeiramente inclinado".</p> <p>2 - Andar mais devagar que as restantes pessoas devido a falta de fôlego, ou necessidade de parar para respirar quando ando no meu passo normal. "Eu ando mais devagar que as restantes pessoas devido à falta de ar, ou tenho de parar para respirar quando ando no meu passo normal".</p> <p>3 - Paragens para respirar de 100 em 100 metros ou após andar alguns minutos seguidos. "Eu paro para respirar depois de andar 100 metros ou passado alguns minutos".</p> <p>4 - Demasiado cansado ou sem fôlego para sair de casa, vestir ou despir. "Estou sem fôlego para sair de casa".</p>		

REGISTO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO:

Este é um documento padrão cujo objetivo é adaptar-se às necessidades do serviço e de cada doente. Assim, o processo deverá ser elaborado consoante a necessidade, sendo que os capítulos correspondem a grupos de intervenção. Os grupos de avaliação e intervenção presentes neste documento são:

1. Avaliação neurológica
2. Avaliação sensório-motora
3. Avaliação funcional
4. Reeducação funcional motora (RFM)
5. Avaliação respiratória
6. Reeducação funcional respiratória (RFR)

Imaginando que um dos doentes internados não necessita de cuidados do foro respiratório, o processo de enfermagem de reabilitação apenas irá até ao capítulo 4.

1. Avaliação neurológica:

Inclui a avaliação do estado mental e avaliação dos pares cranianos. Deverá ser realizada a avaliação do MMSE, na entrada, e registar o valor. Nos pares cranianos, evidenciar a alteração (marcador, cor vermelha, etc.).

2. Avaliação sensório-motora

Encontra-se dividida na avaliação dos membros superiores e membros inferiores. Deverá registar-se a avaliação da sensibilidade, tónus (escala modificada de *Ashworth*), força muscular (escala MRC) e amplitude articular, incluindo a data da avaliação. Caso se efetuem mais avaliações, deverá juntar-se uma nova folha do capítulo 2. O verso da folha inclui a avaliação da coordenação motora, a existência de movimentos involuntários, a avaliação da marcha e equilíbrio/transferências.

3. Avaliação funcional

Proceder ao preenchimento do *índice de Barthel* e da Medida de Independência Funcional (MIF).

4. RFM

Corresponde ao registo das atividades realizadas no âmbito da reeducação funcional motora, quer as mobilizações articulares, plano inclinado e atividades terapêuticas. No final surge um espaço que possibilita a escrita de texto livre

5. Avaliação respiratória

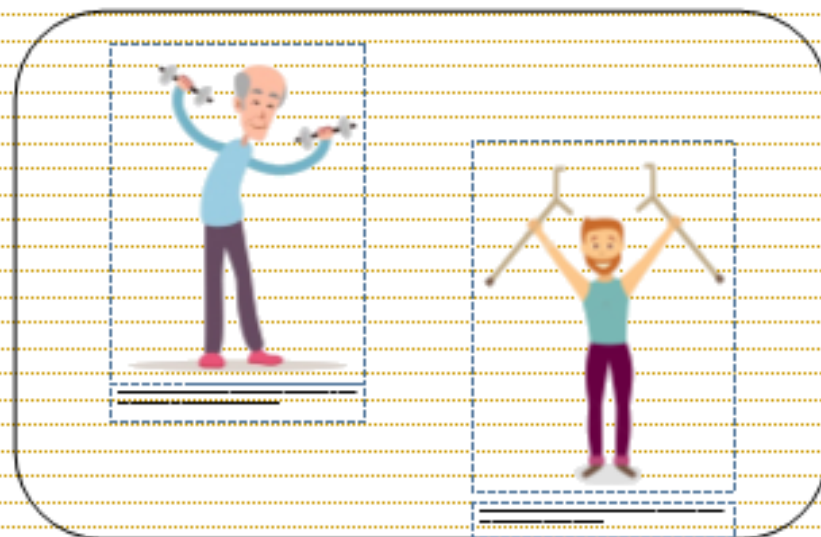
Inclui a avaliação objetiva da respiração, onde se deverá preencher, caso se verifique dispneia, a escala da *Medical Research Council*.

6. RFR

Corresponde ao registo das atividades realizadas no âmbito da reeducação funcional respiratória, incluindo o uso de dispositivos auxiliares.

**APÊNDICE V – Caderno de Actividades *REABILITAÇÃO NO
DOMICÍLIO: ATIVIDADES PARA REALIZAR EM CASA***

REABILITAÇÃO NO DOMICÍLIO:



Atividades para realizar em casa

Área Medicina Física e Reabilitação - Internamento
Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação

3. Flexão/extensão do cotovelo

⇒ Com um pacote de arroz na mão (1Kg) alternar o movimento de estender e flexir o cotovelo (esticar e encolher o braço)



4. Flexão/extensão do ombro

⇒ Com um pacote de arroz na mão (1Kg), alternadamente, elevar o braço para a frente e para trás, no máximo de movimento que conseguir realizar



5. Abdução/adução do ombro

⇒ Com um pacote de arroz na mão (1Kg) abrir e fechar os braços lateralmente



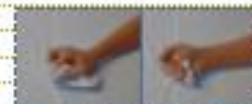
6. Push-up

⇒ Sentada com os braços apoiados na cadeira
⇒ Elevar o corpo do assento da cadeira com a ajuda dos braços



7. Motricidade Fina

⇒ Amachucar papel



⇒ Colocar um elástico à volta dos dedos da mão
⇒ Abrir e fechar os dedos da mão, contraindo a força do elástico

⇒ Pegar em clips com ambas as mãos e ir entrelaçando um a um, até formar um coração de clips



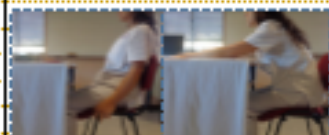
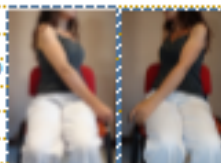
⇒ Utilize massinhas ou botões e, pegando num de cada vez, desloque-as de uma mesa para um saquinho



TRONCO

8. Rotação lateral do tronco

⇒ Sentado, com os pés assentes no chão, rodar o tronco para um lado e para o outro



9. Flexão anterior do tronco

⇒ Sentado, com os pés assentes no chão e uma mesa à frente, inclinar o tronco para a frente e para trás

10. Inclinação lateral do tronco

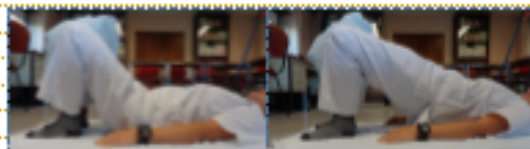
⇒ Sentado, com os pés assentes no chão, apoiar os braços na cadeira e inclinar o tronco para um lado e para o outro, alternadamente



MEMBROS INFERIORES

11. Ponte (deitado na cama)

⇒ Deitado na cama, de barriga para cima, braços ao longo do corpo e com os joelhos fletidos, colocar uma almofada entre as pernas e subir a bacia, fazendo uma pausa até descer.



12. Oscições Pélvicas

⇒ Deitado na cama, de barriga para cima, braços ao longo do corpo e com os joelhos fletidos, colocar uma almofada entre as pernas e inclinar as pernas contra a cama, para um lado e para o outro



13. Rolamentos

⇒ Deitado na cama, de barriga para cima, com um dos joelhos fletidos, rodar o corpo para o lado do joelho estendido. Repetir o procedimento para o lado contrário.



14. Adução/abdução da anca

⇒ Sentado numa cadeira, com os pés assentes no chão e braços apoiados na cadeira, afastar uma das pernas para o lado, voltar à posição inicial e repetir para o lado contrário.

15. Flexão da anca e joelho

⇒ Sentado numa cadeira, com os pés assentes no chão e braços apoiados na cadeira, levar a perna ao peito, ajudando com as mãos, se necessário. Regressar à posição inicial e alternar a perna



16. Flexão da anca e joelho

A) Repetir o exercício anterior mas elevando cada uma das pernas de cada vez, esticadas



OU



B) No caso de uma perna com menos força, realizar este exercício elevando a perna com menos força em cima da outra

17. Fazer o 4 (sentado)

⇒ Sentado numa cadeira, com os pés paralelos e assentes no chão, dobrar uma perna para cima da outra de forma a que o seu tornozelo apoie no joelho contrário, fazendo o "4"



18. Pés

⇒ Pode realizar estes exercícios sentado ou deitado

⇒ Cruze a perna: "Sobre e desça", alternadamente, o pé que não está assente no chão. Se necessário, utilize a ajuda de uma toalha para dobrar o pé para cima.

⇒ Finalmente, desenhe um círculo imaginário com o seu pé



19. Flexão/extensão da anca (com joelho em flexão ou extensão)



⇒ Em pé, com os pés alinhados, levante a perna para a frente (esticada) e regresso à posição inicial. Repita, elevando a perna para trás (com o joelho esticado).

⇒ Repita os passos anteriores com o joelho dobrado

⇒ Utilize uma cadeira para se apoiar



20. Adução/abdução da anca

⇒ Em pé, com os pés paralelos, abrir a perna para o lado. Repita com a outra perna.

21. Flexão/extensão do pé

⇒ Em pé, com os pés alinhados, com uma cadeira à frente para se segurar, coloque-se "em bicos de pés" e aguarde uns segundos.

⇒ Regresse depois à posição inicial e repita o exercício



**APÊNDICE VI – Sessão de Formação *NOVAS ABORDAGENS EM
ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO***

Novas abordagens em Enfermagem de Reabilitação

Instrumento de Registo Padronizado de
Avaliação e Intervenção de Enfermagem de
Reabilitação

Enf.^a Carla Ribeiro
Enf.^a Patrícia Castanheira
Enf.^o (Enf.^o Orientador)
Prof. Miguel Serra (Prof. Orientador)
Prof. Vanda M Pinto (Prof.^a Orientadora)

Lisboa, 23 de Novembro de 2018

Instrumento de registo padronizado de avaliação e intervenção de Enfermagem de Reabilitação

1. INFORMAÇÃO SOBRE O DOENTE

2. AVALIAÇÃO

- Neurológica
- Sensório-motora
- Coordenação motora
- Movimentos involuntários
- Marcha
- Equilíbrio/transferências
- Funcional
- Respiratória

3. REEDUCAÇÃO FUNCIONAL

- Motora
- Respiratória

REGISTO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Data de admissão _____ Processo nº _____ Profissão _____
 Resumo de internamento/Diagnóstico clínico _____
 Antecedentes Pessoais e Limitações _____
 Informação sócio-familiar _____
 Condições habitacionais _____

1. INFORMAÇÃO SOBRE O DOENTE

2. AVALIAÇÃO

- Neurológica

1. AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

ESTADO MENTAL	
MMSE =	
Consciência	Vigil, Sonolento, Estuporoso
Orientação	(P, E, T)
Atenção	Atenção
Memória	Recente/de Fixação
	Remota/de Evocação: Declarativa Não declarativa
Linguagem	Fonação e ressonância - gggg
	Função dos lábios - gg gg
	Função da língua - gg gg
	Função da laringe posterior - gg gg
	Fluência verbal (N=120 palavras)
	Compreensão (ordens simples/complexas)
	Nomeia (5 objetos)
	Repete
	Parafasia
	Lexia
Grafia	
Calcula	

PARES CRANIANOS					
Par craniano	Avaliação	Data Avaliação			
		Dta	Esq	Dta	Esq
I - Olfativo	Parosmia Anosmia Hiposmia Normal				
II - Óptico	Acuidade visual Ambliopia Normal				
	Campo Visual Escotomas Hemianopsia homónima/bitemporal/nasal Quadrantanopsia Normal				
III - Oculomotor comum	Pupilas Tamanho (miose=1-2mm, normal=3-5mm, midríase=6-9mm) Isocória Anisocória Diplopia				
	Prose palpebral Movimentos conjugados				
IV - Patético	Movimentos conjugados				
V - Trígêmeo	Sensibilidade termo-dáctil Sensibilidade táctil Reflexo córneo-palpebral Movimentos de mastigação e abertura mandibular				
	VI - Oculomotor externo	Movimentos conjugados			
VII - Facial	Parésia facial central Parésia facial periférica Dipeusia (2/3 anteriores/lingua) Ageusia (2/3 anteriores/lingua) Sem alteração do paladar Glândulas submaxilares, sublinguais e lacrimais				
	VIII - Estado-Acústico	Equilíbrio Sentado Estático Posição de pé Estático (Teste Romberg) Dinâmico Audição Teste de Rinne Teste de Weber			
IX - Glossofaríngeo		Dipeusia (1/3 posterior de língua) Ageusia (1/3 posterior de língua) Sem alteração do paladar Reflexo do vômito Desvio da úvula			
	X - Vago	Hipofonia Díspnea Sem alteração da voz Rotação da cabeça contra resistência Elevação dos ombros contra resistência Desvio da língua Atrofia da língua Acumulação de saliva fossa piriforme Sem alterações			
XI - Espinhal					
	XII - Grande Hipoglosso				
Rúbrica do EEER					
Observações:					

2. AVALIAÇÃO

- Neurológica

Legenda: S – Sim, N – Não, NA – Não avaliado, D – Diminuída, A – Aumentada, M – mantido

2. AVALIAÇÃO

- Sensório-motora

2. AVALIAÇÃO SENSÓRIO-MOTORA											
Segmento	Movimento	SENSIBILIDADE				TÓNUS (escala de Ashworth modificada)	FORÇA MUSC. (MRC)	AMPLITUDE ARTICULAR	Data:		
		Exteroceptiva		Proprioceptiva							
		Táctil	Térmica- áptica	Pressão	Postural					Normal	
M S D	Escapulo- umeral	Flexão								0-180°	
		Extensão								0-50°	
		Adução								0-30/45°	
	Cotovelo	Abdução									0-180°
		Flexão									0-160°
		Extensão									160-0°
Punho	Flexão									0-90°	
	Extensão									0-70°	
M S E	Escapulo- umeral	Flexão								0-180°	
		Extensão								0-50°	
		Adução									
	Cotovelo	Abdução									
		Flexão									
		Extensão									
Punho	Flexão										
	Extensão										

Legenda: SA - Sem alterações, D - Diminuída, A - Ausente, NA - Não Avaliada

Escala de MRC:
 0 - Sem contração muscular palpável ou visível
 1 - Contração palpável ou visível mas sem movimento do membro
 2 - Movimento sem vencer a gravidade ao longo de quase totalidade amplitude articular
 3 - Movimento que vence a gravidade ao longo de quase totalidade da amplitude articular, mas não vence resistência
 4 - Movimento contra resistência moderada ao longo de totalidade da amplitude articular, que vence a gravidade
 5 - Força normal

Escala de Ashworth modificada:
 0 - Sem aumento do tônus muscular
 1 - Leve aumento do tônus muscular manifestado por uma tensão momentânea ou resistência mínima, no final da amplitude do movimento articular, quando a região é movida em flexão ou extensão
 1+ - Leve aumento do tônus muscular, manifestado por uma tensão abrupta, seguida de resistência mínima em menos de metade da amplitude do movimento restante
 2 - Aumento mais marcante do tônus muscular, durante a maior parte da amplitude do movimento articular, mas a região é movida facilmente
 3 - Considerável aumento do tônus muscular, o movimento passivo é difícil
 4 - Parte afetada rígida em flexão ou extensão

Segmento	Movimento	
Data:		
M I D	Coxo-femoral	Flexão
		Extensão
		Adução
		Abdução
	Joelho	Flexão
		Extensão
M I E	Tibio-tarsica	Dorsiflexão
		Extensão
	Coxo-femoral	Flexão
		Extensão
		Adução
	Joelho	Flexão
Extensão		
Tibio-tarsica	Flexão	
	Extensão	

COORDENAÇÃO MOTORA				MOVIMENTOS INVOLUNTÁRIOS	
Data: ___/___/___				Data: ___/___/___	
Avaliação	Dismetria	Normal	Descoord- sensitiva	Tipo	Localização
Prova dedo-nariz				Tremor intencional	
Prova calcanhar-joelho				Coreia	
				Contrações fasciculares	
				Mioclônias	

2. AVALIAÇÃO

- Coordenação motora

2. AVALIAÇÃO

- Movimentos involuntários

2. AVALIAÇÃO

- Marcha

MARCHA			
Data: ___/___/___			
Tipo	Características	Nível independência	
Parética com <u>steppage</u>	Velocidade (rápida, lenta, normal)	Autônomo com meio auxiliar de marcha (que meio)	
Parética <u>espástica</u>		Autônomo com CR (que CR)	
Hemiplérgica	Comprimento (passo e passada)	Autônomo	
Atáxica			
Miopática	Largura	Meio auxiliar com ajuda	
Parkinsonica			
De pequenos passos	Altura	CR com ajuda	
Outra		Outro	

2. AVALIAÇÃO

- Equilíbrio/transferências

EQUILÍBRIO / TRANSFERÊNCIAS								
Data	Estático sentado	Estático em pé	Dinâmico sentado	Dinâmico em pé	Realiza rotação dos MI e anca	Apoia os pés	Levanta-se da cama	Levanta-se da cadeira

3. AVALIAÇÃO FUNCIONAL

- Índice de Barthel
- MIF

4. REEDUCAÇÃO FUNCIONAL

- Motora

4. REEDUCAÇÃO FUNCIONAL MOTORA - RFM													
MOBILIZAÇÕES ARTICULARES													
Data:													
Segmentos		Dto.	Esa.	Dto.	Esa.	Dto.	Esa.	Dto.	Esa.	Dto.	Esa.	Dto.	Esa.
Cabeça e pescoço													
Membro Superior	Escapulo-umeral												
	Cotovelo												
	Antebraço												
	Punho												
	Dedos												
Membro Inferior	Coxo-femoral												
	Joelho												
	Tíbio-társica												
	Dedos												
Rubrica do EEER:													

PLANO INCLINADO					
Data	Duração	Inclinação	Sinais Vitais		

Legenda: P – Passiva, A – Ativa, AA – Ativa Assistida, AR – Ativa Resistida, NE – Não Executado

ATIVIDADES TERAPÊUTICAS				
Data:				
Estimulação cognitiva				
Treino de linguagem				
Estimulação sensorial				
Posicionamento padrão <u>anti-espástico</u>				
Rolamentos				
Ponte				
<u>Automobilizações</u>				
Carga no cotovelo				
Facilitação cruzada				
Oscilação pélvica				
Treino de Equilíbrio (estático/dinâmico e sentado/em pé)				
Plano inclinado				
Transferência				
Correção postural (espelho)				

Treino de <u>C.Higiene</u> , Vestir/Despir				
Treino de alimentação				
Treino de controle de esfíncteres				
Treino de marcha				
Agachamentos				
Treino de motricidade fina				
Treino de exercícios faciais				
Exercícios terapêuticos com bola suíça				
Exercícios terapêuticos com halteres				
Ensinos (especificar)				
Exercícios para casa (especificar)				
Rubrica do EEER				

Data	Observações

4. REEDUCAÇÃO FUNCIONAL

- Motora

5. AVALIAÇÃO RESPIRATÓRIA				
Data:				
SpO2				
Inspeção	Sinais de dificuldade respiratória, profundidade, frequência, simetria, padrão respiratório, deformidades			
Percussão	Maciez <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/>		Maciez <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> Timpanismo <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Timpanismo <input type="checkbox"/>	
Auscultação	Estridor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Roncos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sibilos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Fervores crepitantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Fervores <u>subcrepitantes</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Atrito pleural	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Murmúrio vesicular (marcado, diminuído, ausente)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Observações:				
Tosse				
Características das secreções				
Avaliação objetiva	MCQT ^A		RX	
			GA	
Dispneia	De esforço	Paroxística		
	Noturna	Ortopneia		
	<u>Platipneia</u>	<u>Tussão</u>		
Medical Research Council:				
Data: ___/___/___ Score: ___				
Data: ___/___/___ Score: ___				
<p>Medical Research Council:</p> <p>0 - Sem problemas de falta de ar exceto em caso de exercício intenso. "Só sinto falta de ar em caso de exercício físico intenso".</p> <p>1 - Falta de fôlego em caso de pressa ou ao percorrer um piso ligeiramente inclinado. "Fico com falta de ar ao apressar-me ou ao percorrer um piso ligeiramente inclinado".</p> <p>2 - Andar mais devagar que as restantes pessoas devido a falta de fôlego, ou</p>				

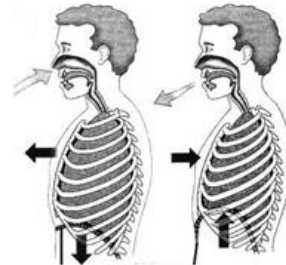
5. AVALIAÇÃO

- Respiratória

Atividades Propostas

ii. Controle da respiração

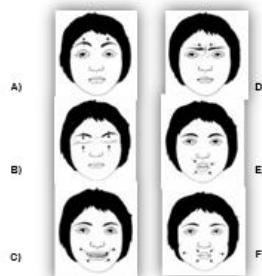
- > Inspirar pelo nariz como se estivesse a cheirar uma flor
- > Expirar pela boca como se apagasse uma vela
- > Pegar numa toalha/vassoura à largura dos ombros e elevar os braços, inspirando.
Descer os braços, expirando



BOCA E FACE

1. Exercícios dos Músculos faciais

- A) Levantar as sobrancelhas
- B) Fechar os olhos com força
- C) Sorrir
- D) franzir as sobrancelhas
- E) Assobiar
- F) Encher as bochechas com ar



Atividades Propostas

Membros Superiores



2. Automobilizações

- ⇒ Entrelaçar os dedos (ter em atenção para que o polegar da mão mais afetada esteja entre o polegar e indicador da mão menos afetada)
- ⇒ Levantar os braços acima da cabeça
- ⇒ Com os braços à altura da cabeça, levar as mãos ao ombro esquerdo e ao ombro direito
- ⇒ Fletir os pulsos para ambos os lados
- ⇒ Numa mesa, rodar as mãos de um lado para o outro



Atividades Propostas

Membros Superiores

3. Flexão/extensão do cotovelo

- ⇒ Com um pacote de arroz na mão (1Kg) alternar o movimento de estender e fletir o cotovelo (esticar e encolher o braço)



4. Flexão/extensão do ombro

- ⇒ Com um pacote de arroz na mão (1Kg), alternadamente, elevar o braço para a frente e descê-lo



5. Abdução/adução do ombro

- ⇒ Com um pacote de arroz na mão (1Kg) abrir e fechar os braços lateralmente



Atividades Propostas

Membros Superiores

6. Push-up

- ⇒ Sentado com os braços apoiados na cadeira
- ⇒ Elevar o corpo do assento da cadeira com a ajuda dos braços



7. Motricidade Fina

- ⇒ Amachucar papel



- ⇒ Colocar um elástico à volta dos dedos da mão
- ⇒ Abrir e fechar os dedos da mão, contraindo a força do elástico

- ⇒ Pegar em clips com ambas as mãos e ir entrelaçando um a um, até formar um cordão de clips



- ⇒ Utilize massinhas ou botões e, pegando num de cada vez, desloque-as de uma mesa para um saco/frasco



Atividades Propostas

Tronco


TRONCO	
8. Rotação lateral do tronco	
⇒ Sentado, com os pés assentes no chão, rodar o tronco para um lado e para o outro	
	9. Flexão anterior do tronco
	⇒ Sentado, com os pés assentes no chão e uma mesa à frente, inclinar o tronco para a frente e para trás
10. Inclinação lateral do tronco	
⇒ Sentado, com os pés assentes no chão, apoiar os braços na cadeira e inclinar o tronco para um lado e para o outro, alternadamente	

Atividades Propostas

Membros Inferiores

11. Ponte (deitado na cama)

⇒ Deitado na cama, de barriga para cima, braços ao longo do corpo e com os joelhos fletidos, colocar uma almofada entre as pernas e subir a bacia, fazendo uma pausa até descer.



12. Oscilações Pêlvicas

⇒ Deitado na cama, de barriga para cima, braços ao longo do corpo e com os joelhos fletidos, colocar uma almofada entre as pernas e inclinar as pernas contra a cama, para um lado e para o outro



13. Rolamentos

⇒ Deitado na cama, de barriga para cima, com um dos joelhos fletidos, rodar o corpo para o lado do joelho estendido. Repetir o procedimento para o lado contrário.



14. Adução/abdução da anca

⇒ Sentado numa cadeira, com os pés assentes no chão e braços apoiados na cadeira, afastar uma das pernas para o lado, voltar à posição inicial e repetir para o lado contrário



15. Flexão da anca e joelho

⇒ Sentado numa cadeira, com os pés assentes no chão e braços apoiados na cadeira, levar a perna ao peito, ajudando com as mãos, se necessário. Regressar à posição inicial e alternar a perna



Atividades Propostas

Membros Inferiores

16. Flexão da anca e joelho

A) Repetir o exercício anterior mas elevando cada uma das pernas de cada vez, esticadas



Ou

B) No caso de uma perna com menos força, realizar este exercício elevando a perna com menos força em cima da outra



17. Fazer o 4 (sentado)

⇒ Sentado numa cadeira, com os pés paralelos e assentes no chão, dobrar uma perna para cima da outra de forma a que o seu tornozelo apoie no joelho contrário, fazendo o "4"



18. Pés

⇒ Pode realizar estes exercícios sentado ou deitado

⇒ Cruze a perna. Suba e desça, alternadamente, o pé que não está assente no chão. Se necessário, utilize a ajuda de uma toalha para dobrar o pé para cima.

⇒ Finalmente, desenhe um círculo imaginário com o seu pé



Atividades Propostas

Membros Inferiores

19. Flexão/extensão da anca (com joelho em flexão ou extensão)



⇒ Em pé, com os pés alinhados, levante a perna para a frente (esticada) e regresso à posição inicial. Repita, elevando a perna para trás (com o joelho esticado)



⇒ Repita os passos anteriores com o joelho dobrado

⇒ Utilize uma cadeira para se apoiar



20. Adução/abdução da anca



⇒ Em pé, com os pés paralelos, abra a perna para o lado. Repita com a outra perna.



21. Flexão/extensão do pé

⇒ Em pé, com os pés alinhados, com uma cadeira à frente para se segurar, coloque -se "em blocos de pés" e aguarde uns segundos.

⇒ Regresse depois à posição inicial e repita o exercício



Novas abordagens em Enfermagem de Reabilitação

OBRIGADA!!

Instituto de Saúde e Ambiente Padronizado de
Prática de Enfermagem de

Enf.ª Carla Ribeiro
Enf.ª Patrícia Castanheira
Enf.ª (Enf.º Orientador)
Prof. Miguel Serra (Prof. Orientador)
Prof. Vanda M Pinto (Prof.ª Orientadora)

Lisboa, 23 de Novembro de 2018

**APÊNDICE VII – Jornal de Aprendizagem *POTENCIAR A
ARTICULAÇÃO DOS CUIDADOS NA COMUNIDADE
ATENDENDO À (DISPERSÃO) INTERVENÇÃO
PLURIDIMENSIONAL E PLURIDISCIPLINAR***

Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização de Enfermagem de
Reabilitação
Estágio com Relatório

JORNAL DE APRENDIZAGEM

**Potenciar a articulação dos cuidados na comunidade
atendendo à (dispersão) intervenção pluridimensional
e pluridisciplinar**

Carla Maria Pereira Gonçalves Ribeiro

Orientador: Vanda Marques Pinto

Lisboa

2019



Introdução

A presente reflexão não diz respeito a um acontecimento em concreto, mas a um conjunto de situações com que fui deparando ao longo do meu caminho profissional e de ensino clínico do curso de mestrado. Este conjunto de situações permitiram-me identificar a dificuldade de articulação entre os prestadores de cuidados, instituições e a participação do próprio doente e da família. Foi assim que ganhou expressão, na vertente comunitária do ensino clínico, o questionamento sobre como potenciar a articulação dos cuidados na comunidade atendendo à “dispersão” da intervenção pluridimensional e pluridisciplinar na prestação de cuidados.

Descrição

A questão colocada refere-se a exemplos, como: vários médicos (especialistas) a cuidarem de um doente; existência de enfermeiro de família em simultâneo com cuidados prestados no domicílio por enfermeiro dos cuidados continuados, muitas vezes com a existência de serviço de apoio domiciliário; ou a coexistência de cuidados prestados no hospital e na comunidade (seja pelos cuidados de saúde primários, seja por clínicas, por exemplo, no caso da fisioterapia). Isto são meros exemplos de situações que representam a “dispersão” de cuidados, por vezes duplicação, divergência ou até mesmo compartimentação de cuidados que pode conduzir à pouca credibilidade dos cuidados ou dos prestadores de cuidados e à necessidade de validação das prescrições ou aconselhamentos, por parte dos doentes e família.

Análise

Este tópico pode ser abordado sob a perspectiva macroscópica ou microscópica. A primeira, diz respeito, por um lado, à organização do sistema de saúde, do sistema social e às relações entre si e, por outro, à centralização ou descentralização dos cuidados de saúde e sociais. De uma maneira geral, penso que se em Portugal tivéssemos uma coligação dos dois sistemas, ou mesmo um único sistema, bicéfalo, ambos conseguiriam melhores resultados (maiores ganhos em saúde, maior satisfação e maior qualidade), maior universalidade, respostas mais rápidas, menos custos e uma comunicação mais eficaz (com menos burocracia e maior proximidade com os utilizadores, os doentes). A segunda, aquela que me conduziu para esta reflexão e que, portanto, é alvo do meu questionamento aqui, já que é mais intrínseco a uma enfermeira com funções de prestação de cuidados,

remete para a gestão da necessidade de cuidados *versus* prestação de cuidados *in loco*.

Crítica

Durante a elaboração do meu projecto de formação e do ensino clínico, foi-se destacando o facto de que muitas vezes os doentes e família vêem a multiplicação de prestadores de cuidados pouco empática e confusa. Esta questão prende-se com a existência tendencialmente mais universal de cuidados mais diferenciados e mais especializados, o que tem uma pertinência inquestionável. Contudo, parece-me que é difícil articular a coexistência da dita diferenciação com a noção da essência dos cuidados, da premissa do conforto transversal ao sistema de saúde e social, e com a noção da pessoa como um “todo”.

Ao mesmo tempo, ao longo da minha vida profissional deparei-me com inúmeras situações em que não é garantida a continuidade de cuidados: informação insuficiente, dúbia ou pouco esclarecedora, tanto entre instituições, como entre profissionais e doentes/famílias. Instituiu-se as notas de alta, mas muitas vezes, seja pelas plataformas de registo clínico, seja pelo pouco reconhecimento da importância da necessidade de continuidade de cuidados, acabam por não serem suficientes. Por outro lado, os cuidados de saúde dependem, não só dos profissionais de saúde, mas muito de outros profissionais como administrativos, auxiliares, pessoal da limpeza, entre muitos outros, a quem não é adequadamente previsto o seu papel na garantia da correcta execução dos cuidados e, portanto, da importância da sua formação para estarem a lidar com pessoas (vulneráveis, doentes ou incapacitadas).

Outro aspecto diz respeito à disponibilização dos cuidados de saúde, que se prende com burocracia complexa e morosa, acessibilidade aquém das necessidades (arquitectónica, meios de transporte e de comunicação) e à adequação da quantidade e qualidade dos recursos (humanos, físicos e material). Como exemplo: se se considera que um doente tem critérios para cuidados de saúde no domicílio (em vez de no ambulatório), teria que haver condições para que nunca houvesse necessidade de sair de casa, por exemplo para marcação de consultas e sempre direito a transporte.

Síntese e estratégias para o futuro

Enquanto futura enfermeira especialista, penso que um dos pilares de diferenciação é a capacidade de mediar, com justiça, uma equipa multiprofissional, no

sentido de dar o melhor aos doentes e famílias/cuidadores. Dar o melhor, parece-me que não passa por todos os profissionais darem o seu contributo *in loco*, numa visão em que todos avaliam e intervêm directamente com o doente. Mas sim, existir um profissional que avalie e que intervenha, articulando com os demais para a elaboração de um plano de saúde, que funcionariam como consultores na sua área de intervenção ou de intervenientes, se se justificasse. Quanto aos planos de saúde não se devia ter a pretensão de “dar tudo a todos”, mas ter a capacidade de dar o que aquele doente precisa e dá-lo com qualidade, numa visão em que “menos é mais”.

Assim e a meu ver, devíamos todos contribuir para práticas institucionais “amigas do utilizador”: universais, acessíveis (em termos burocráticos e físicos) e com prestação de cuidados que promovam a dignidade, o *empowerment* e o conforto. A optimização da articulação entre instituições, associações, serviços, profissionais (de saúde e sociais) não só é crucial, como é urgente, para que não haja multiplicação de cuidados de saúde ou lacunas, mas sim garantia, continuidade de cuidados e cuidados personalizados.

A implementação da figura de gestor ou mediador de caso, ou seja, a existência de um elo de ligação entre a equipa multidisciplinar (como mencionado anteriormente) seria fundamental. De todos os profissionais que podem existir nos serviços de saúde, aquele que tem uma visão mais global da pessoa e da saúde/doença, penso que são os enfermeiros. O enfermeiro com melhor capacidade de gestão de cuidados é o enfermeiro especialista e destes, em termos de transversalidade de contextos ou de idade dos doentes, é o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, pelo que que penso que seria o profissional que, genericamente, melhor podia realizar esta função (tem competência, perfil e uma visão integral das necessidades de saúde e de participação social dos doentes).

Considerações finais

Esta reflexão permitiu-me compreender de que forma se pode melhorar a transição de cuidados entre equipas intra e interdisciplinares, de que forma se podem centrar os cuidados no doente e família permitindo, assim, a harmonia no cuidar, confortando. Por conseguinte, ajudou-me no desenvolvimento do objectivo 3 (desenvolver o trabalho de articulação ao nível transdisciplinar e de liderança) do meu projecto. Para além disso, teve um contributo decisivo na elaboração do algoritmo de intervenção no processo de regresso a casa do idoso com PNC, nomeadamente compreendendo a existência de pilares e requisitos da sua aplicação, portanto na

concretização do objectivo 4 (desenvolver um protocolo de mediação e intervenção do EEER no processo de regresso a casa da pessoa idosa com PNC) do meu projecto de estágio.

Assim sendo, e ao nível das competências comuns de enfermeiro especialista, desenvolvi os domínios: responsabilidade profissional, ética e legal (sobretudo na promoção de práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais), melhoria contínua da qualidade (nomeadamente no desempenho de papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica), gestão dos cuidados (nomeadamente na adaptação da liderança e gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a optimização da qualidade dos cuidados) e desenvolvimento das aprendizagens profissionais (ao nível da competência do desenvolvimento do auto-conhecimento e a assertividade).

Ao nível das competências específicas do EEER desenvolvi as três previstas pela OE, sobretudo: cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados e a capacitação da pessoa com deficiência, limitação da actividade e ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania.

Referências Bibliográficas

Ordem dos Enfermeiros (2010a). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros

Ordem dos Enfermeiros (2010b). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros

**APÊNDICE VIII – Poster Científico *REGRESSO A CASA DO IDOSO
COM PERTURBAÇÕES NEUROCOGNITIVAS: ALGORITMO DE
INTERVENÇÃO***

CONTEXTO

- “A sobrecarga global e a ameaça das doenças não transmissíveis constituem um dos maiores desafios do desenvolvimento no século XXI e as perturbações mentais e neurológicas são uma importante causa de morbilidade”¹.
- Mais de 30% dos doentes internados apresentam necessidades de cuidados cognitivos não reconhecidas pelas instituições e pelos profissionais.²
- O regresso e a permanência em casa, permite uma maior qualidade de vida e socialização, melhor função cognitiva e menos níveis de depressão.³
- A aplicação dos princípios da Enfermagem de Reabilitação permite otimizar os ganhos em saúde das pessoas com défice cognitivo ou em risco, reduzir o declínio funcional e travar o número de episódios de descompensação.⁴

Palavras-chave: Preparação do regresso a casa (*patient discharge*); Idoso (*aged*); Perturbações neurocognitivas (*neurocognitive disorders*); Reabilitação (*rehabilitation*)

OBJETIVO: Elaborar um protocolo de mediação e intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação no processo de regresso a casa do idoso com Perturbações Neurocognitivas.

METODOLOGIA

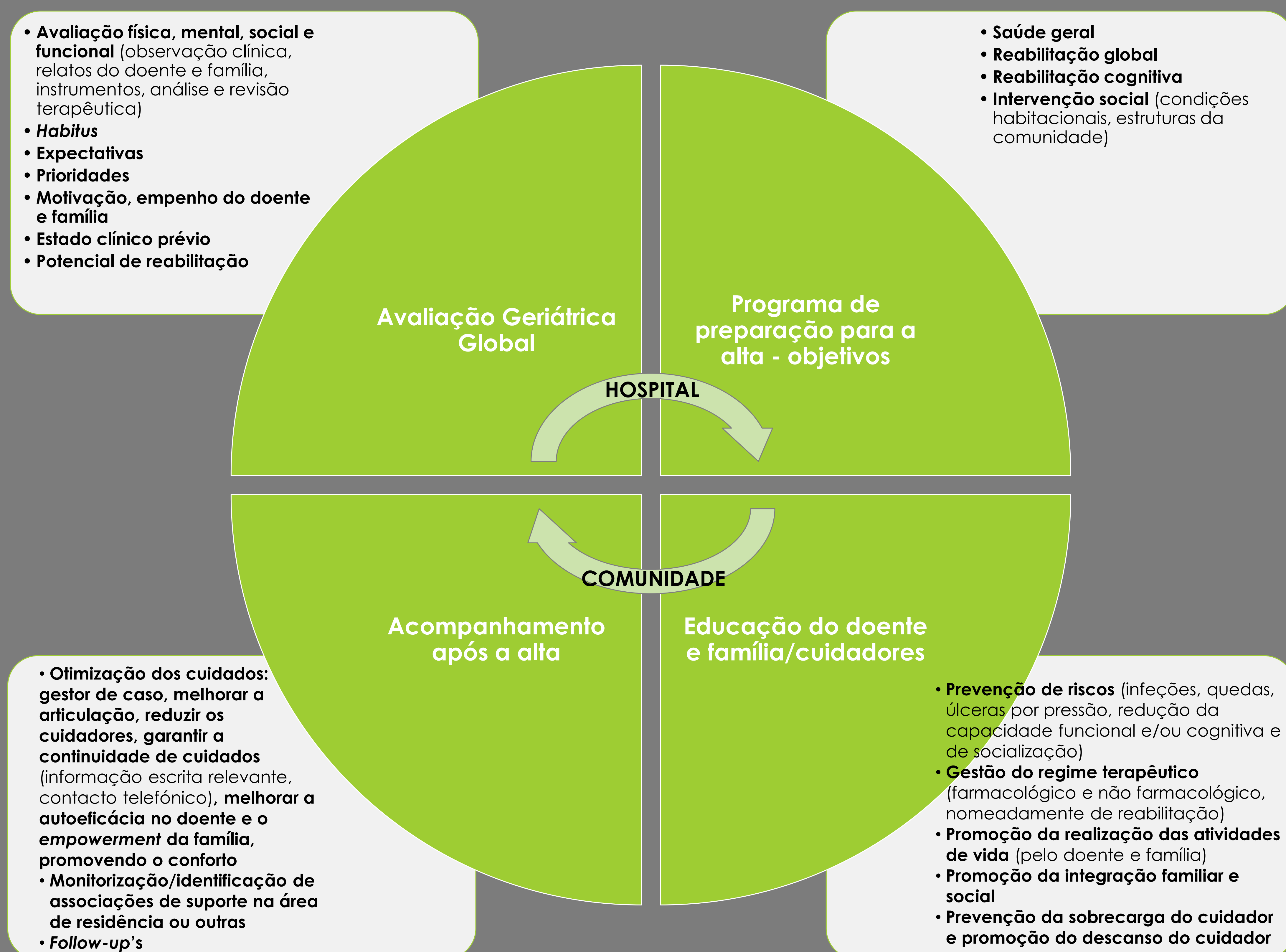
- Revisão *Scoping*
- Observação de programas de reabilitação cognitiva (com treino cognitivo computadorizado - programa *Cogweb*) e de estimulação sensorial (com *Snoezlen* e roboterapia)
- Prática clínica nos ensinos clínicos em contexto hospitalar e comunitário

RESULTADOS

Algoritmo (considerar contexto, adaptar à condição de saúde e envolvente clínica)

- Admissão de pessoa com mais de 65 anos

Primeiras 24-42h: realizar **MMSE⁵** ou **MoCA⁶** (identificação de perturbações neurocognitivas)



CONCLUSÕES

- Implementação de práticas institucionais “amigas do utilizador”
- Formação e motivação dos profissionais
- Criação da figura de gestor ou mediador de caso (Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação)
- Existência universal e acessível aos cuidados de reabilitação e de reabilitação cognitiva
- Otimização da articulação entre instituições, associações, serviços, profissionais (de saúde e sociais)
- Promoção da motivação e empenho do doente e família

Referências Bibliográficas

- World Health Organization (2012). *Dementia: a public health priority*. Geneva: World Health Organization
- Widdall D. (2016). Cognitive care: what is it and why is it important? *Journal of the Australasian Rehabilitation Nurses' Association*, 19(1), 7-12
- Nikmat A.W., Al-Mashoor S.H., Hashim N.A. (2015). Quality of life in people with cognitive impairment: nursing homes versus home care. *International Psychogeriatrics*, 27 (5), 815-24
- World Health Organization (2005). Do current discharge arrangements from inpatient hospital care for the elderly reduce readmission rates, the length of inpatient stay or mortality, or improve health status?. Geneva: World Health Organization and why is it important? *Journal of the Australasian Rehabilitation Nurses' Association*, 19(1), 7-12
- Guerreiro, M. [et al.] (1994). Adaptação à População Portuguesa da Tradução do “Mini Mental State Examination” (MMSE). *Revista Portuguesa de Neurologia*, 1 (9).
- Freitas S., Simões MR, Santana I, Martins O, Nasreddine Z. (2013). *Montreal Cognitive Assessment (MoCA): Versão 3*. Coimbra: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra

**APÊNDICE IX – PROTOCOLO DE MEDIAÇÃO E INTERVENÇÃO DO
EEER NO PROCESSO DE REGRESSO A CASA DA PESSOA IDOSA
COM PNC**

Protocolo de mediação e intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) no processo de regresso a casa da pessoa idosa com perturbações neuro-cognitivas (PNC)

I. CONTEXTO

No contexto actual, um dos indicadores da evolução da qualidade dos cuidados, como demonstra Barros P, de Almeida Simões J. Portugal (2007), é o tempo de hospitalização e as taxas de reinternamento hospitalares, o que tem levado a altas precoces e, conseqüentemente, como relembra Johnson A., Sandford J., Tyndall J. (2003) e Gonçalves-Bradley D.C., Iliffe S., Doll H.A., Broad J., Gladman J., Langhorne P., ... Shepperd S. (2017), a um período de convalescença em casa. No que diz respeito à população idosa, esta é mais vulnerável a doenças e incapacidades face à população mais jovem e para muitos idosos, segundo a WHO (2005), a admissão hospitalar culmina num declínio funcional que permanece após a alta. Para além disso, sabe-se que mais de 30% dos doentes internados apresentam necessidades de cuidados cognitivos não reconhecidas pelas instituições e pelos profissionais (Widdall D., 2016) e que o regresso e a permanência em casa, permite uma maior qualidade de vida e socialização, melhor função cognitiva e menos níveis de depressão (Nikmat A.W., Al-Mashoor S.H., Hashim N.A., 2015).

Em simultâneo, o envelhecimento populacional tem permitido um aumento exponencial das doenças não transmissíveis e que, segundo a Assembleia-Geral das Nações Unidas (2011) “a sobrecarga global e a ameaça das doenças não transmissíveis constituem um dos maiores desafios do desenvolvimento no século XXI e as perturbações mentais e neurológicas são uma importante causa de morbilidade” (WHO, p. V, 2012). Destas perturbações mentais e neurológicas incluem-se as PNC, com causa muito diversa e que podem ser de instalação aguda ou insidiosa ou decorrente de patologias crónicas, pelo que não é possível quantificá-las com minúcia.

A aplicação dos princípios da Enfermagem de Reabilitação permite otimizar os ganhos em saúde das pessoas com défice cognitivo ou em risco, reduzir o declínio funcional e travar o número de episódios de descompensação (Widdall D., 2016).

Objetivo: Elaborar um protocolo de mediação e intervenção do EEER no processo de regresso a casa do idoso com PNC.

Metodologia: Elaboração de revisão *scoping*, observação de programas de reabilitação cognitiva (com treino cognitivo computadorizado - programa *Cogweb*) e de estimulação sensorial (com *Snoezlen* e roboterapia) e prática clínica nos ensinamentos clínicos em contexto hospitalar e comunitário.

Palavras-chave: Preparação do regresso a casa (*patient discharge*); Idoso (aged); Perturbações neurocognitivas (*neurocognitive disorders*); Reabilitação (*rehabilitation*)

II. CONCEITOS

O envelhecimento apresenta variabilidade individual e sócio-cultural. Nos países desenvolvidos, segundo Glascock (1980) citado em Kowal P, Dowd JE (2001), a relação entre a perda do papel social e o declínio físico resultantes da passagem para a reforma (normalmente aos 65 anos) é, segundo Gorman (2000) citado em Kowal P, Dowd JE (2001), o mais determinante. Nas mudanças que ocorrem no processo de envelhecimento, incluem-se as do domínio neurocognitivo que, de acordo com a American Psychiatric Association (2013) são: a atenção complexa, a função executiva, a aprendizagem e memória, a linguagem, a capacidade percepto-motora e a cognição social. Existem, no entanto, alterações neurocognitivas patológicas, as PNC, conforme nomenclatura da American Psychiatric Association (2013): o *delirium* e as síndromes de PNC major ou leve (de acordo com a intensidade do declínio funcional), que são perturbações adquiridas do domínio neurocognitivo. O *delirium* é caracterizado por uma perturbação da atenção, da consciência e de um ou mais domínios neurocognitivos e pode ser, agudo ou persistente e é consequente à intoxicação ou abstinência de substâncias ou à iatrogenia. As síndromes de PNC definem-se com a presença de declínio cognitivo face ao nível anterior de desempenho em um ou mais domínios neurocognitivos e têm diversas etiologias, como a doença de Alzheimer, a doença vascular, a doença por corpos de Lewy, a doença de Parkinson, a degeneração lobar frontotemporal, a lesão cerebral traumática, a infecção por VIH, a PNC induzida por substância/medicamento, a doença de Huntington, ou outra condição médica.

O regresso a casa, diz respeito ao percurso de uma pessoa entre o internamento hospitalar, a alta e a adaptação a casa. Assim, fala-se na existência de uma preparação do regresso a casa quando há, segundo Rebelo, M.T. (2012), não só uma preocupação com a saúde, o bem-estar e a segurança do doente e família, mas também uma mobilização de recursos que facilitem este processo.

III. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

O contexto é transversal ao internamento, ambulatório ou cuidados domiciliários. Admitem-se todas as pessoas com idade igual ou superior a 65 anos, que apresentem diagnóstico médico de PNC ou que apresentam um ou mais domínios neurocognitivos alterados e sua família/cuidadores. Na aplicação do protocolo tem que ser sempre considerado o contexto (hospital ou comunidade), a adaptação individual e familiar à condição de saúde e à envolvente clínica.

Assim, na admissão de pessoa com mais de 65 anos, durante as primeiras 24-42h, como prioriza Mockford C., Seers K., Murray M., Oyebode J., Clarke R., Staniszewska S., ... Sharma U. (2016), identifica-se a presença de PNC com o MMSE de *score* inferior ou igual a 15 (analfabetos), inferior ou igual a 22 (se escolaridade até 11 anos) ou inferior ou igual a 27 (se escolaridade com mais de 11 anos) e/ou com o MoCA (depois de somar todos os resultados, adicionar um ponto no indivíduo com escolaridade igual ou inferior a 12 anos) de *score* inferior ou igual a 25.

IV. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Não se prevêm contra-indicações, mesmo em pessoas com menos de 65 anos ou pessoas institucionalizadas, mas sim uma necessidade de adaptação deste protocolo.

V. CASOS ESPECIAIS

Ponderar a necessidade ou a mais-valia da aplicação do protocolo em pessoas com menos de 65 anos e em pessoas institucionalizadas.

Ponderar o custo-benefício (não só económico e de saúde, mas pessoal e familiar) da aplicação do protocolo em idosos com PNC major em estágio avançado.

VI. REQUISITOS

Para a implementação do algoritmo descrito é necessário o estabelecimento de requisitos institucionais, multiprofissionais e da díade doente e família/cuidador, como sejam: a implementação de práticas institucionais “amigas do utilizador”, a formação e motivação dos profissionais, conforme relembra Poole M., Bond J., Emmett C., Greener H., Louw S.J., Robinson L., Hughes J.C. (2014), a criação da figura de gestor ou mediador de caso (Mockford C., et al., 2016), como poderia ser o EEER, a existência universal e acessível aos cuidados de reabilitação e de reabilitação cognitiva (Stineman M.G., Xie D., Kurichi J.E., Kwong P.L., Vogel W.B., Ripley D.C.,

Bates B.E., 2014 e Poole M., et al., 2014), a optimização da articulação entre instituições, associações, serviços, profissionais (de saúde e sociais), baseado em Kable A., Chenoweth L., Pond D., Hullick C. (2015) e a promoção da motivação e empenho do doente e família.

VII. MODO DE ACTUAÇÃO

Os planos de cuidados elaborados terão em conta os princípios referidos por WHO (2005) para a preparação para a alta da população idosa.

Primeiro, dever-se-á efectuar uma Avaliação Geriátrica Global, ou seja, uma avaliação que contemple a avaliação física, mental, social e funcional (através de observação clínica, relatos do doente e família, instrumentos, análise e revisão terapêutica), segundo recomendação dada por Damulevičienė G., Lesauskaitė V., Macijauskienė J., Smigelskas K., Venskutonis D. (2013) e por Ermida J.G. (2014). Segundo, deve-se proceder à identificação do *habitus*, expectativas, prioridades, motivação e empenho do doente e família, estado clínico e funcional prévio e potencial de reabilitação.

Quanto à avaliação física, esta deve ressaltar a avaliação e valorização dos sinais vitais e suas características, avaliação da pele, da respiração, do tónus, força muscular, amplitude articular, sensibilidade, coordenação motora, equilíbrio, marcha, motricidade fina e complementar com meios complementares de diagnóstico e terapêutica. Na avaliação mental, deve-se integrar a avaliação emocional, cognitiva, espiritual e psiquiátrica (nos casos que se aplique) e na avaliação social, incluir a avaliação familiar e das condições habitacionais e do meio envolvente, da rede social ou comunitária de apoio, mas também uma avaliação económica. Já na avaliação funcional é importante perceber, não só o grau funcional e a que nível, mas também se isso depende da capacidade física, cognitiva, anímica ou económica, ou da falta de competência dos cuidadores.

Na identificação do *habitus* fazem parte a identificação das pessoas significativas, de acontecimentos de vida marcantes, de objectos significativos da profissão, das rotinas e *hobbies* e compreender o local de residência. Além da identificação de preferências de livros e músicas, de odores familiares, das preferências alimentares.

Segundo, prossegue a realização do programa de preparação para a alta, que deve incluir o motivo de admissão e a identificação de todas as necessidades de cuidados de saúde e respectivas intervenções, ou seja, a concretização dos objectivos

ao nível da saúde geral, da reabilitação global, da reabilitação cognitiva (ou seja, uma reabilitação cognitiva inserida numa reabilitação global, de preferência de forma inovadora, conforme proposto por Hughes A.J., Hartonian N., Parmenter B., Haselkorn J.K., Lovera J.F., Bourdette D., Turner A.P., 2015 e Zuniga K.E., Mackenzie M.J., Kramer A., McAuley E., 2016) e da intervenção social (condições habitacionais, estruturas da comunidade).

Terceiro, dar continuidade ao acompanhamento após a alta, com a optimização dos cuidados, através da existência de gestor de caso; da melhoria da articulação entre profissionais, equipas e instituições; da redução do número de cuidadores; da garantia da continuidade de cuidados (com transmissão de informação escrita relevante, em que conste planos de saúde escritos e acordados mutuamente com os doentes e família, como menciona Mockford C., et al., 2016, e com disponibilidade de contacto telefónico para acompanhamento e esclarecimento de dúvidas) e programas de transição de cuidados transversais e sistemáticos (como proposto por Peel N.M., Chan K.W., Hubbard R.E., 2015 e Naylor M.D., Hirschman K.B., Hanlon A.L., Bowles K.H., Bradway C., McCauley K.M., Pauly M.V., 2014). Mais ainda, promovendo a melhoria da autoeficácia no doente (Hughes A.J., et al., 2015 e Whittamore K.H., Goldberg S.E., Bradshaw L.E., Harwood R.H., Medical Crises in Older People Study Group, 2014) e o *empowerment* da família (Nikmat A.W., Al-Mashoor S.H., Hashim N.A., 2015), promovendo o conforto (Fogg C., Meredith P., Bridges J., Gould G. P., Griffiths P., 2017). Simultaneamente, monitorizar e identificar as associações de suporte na área de residência ou outras; garantir *follow-up's* (Hvidt L.N., Hvidt K.N., Madsen K., Schmidt T.A., 2014), presenciais e telefónicos e ponderar o uso de “telemedicina” (Realdon O., Rossetto F., Nalin M., Baroni I., Cabinio M., Fioravanti R., ..., Baglio F., 2017). Este acompanhamento deve ser feito entre seis semanas após a alta (Mockford C., et al., 2016) até três meses após a alta (Verloo H., Goulet C., Morin D., von Gunten A., 2016).

Por último, é crucial a educação do doente e família/cuidadores para a prevenção de riscos, como sejam as infeções, quedas, úlceras por pressão, redução da capacidade funcional e/ou cognitiva e de socialização (Marengoni A., Nobili A., Romano V., Tettamanti M., Pasina L., Djade S., ..., SIMI Investigators, 2013; Verloo H., et al., 2016; Bliemel C., Lechler P., Oberkircher L., Colcuc C., Balzer-Geldsetzer M., Dodel R., ..., Buecking B., 2015; e Hamers J.P., Bleijlevens M.H., Gulpers M.J., Verbeek H., 2016); e a gestão do regime terapêutico (farmacológico e não farmacológico, nomeadamente de reabilitação), pelo doente (Hvidt L.N., et al.,

2014) e pela família (Whittamore K.H., et al., 2014). Igualmente, a promoção da realização das atividades de vida, promoção da integração familiar e social (Hughes A.J., et al., 2015), e prevenção da sobrecarga do cuidador e promoção do descanso do cuidador (Vecchio N., Fitzgerald J.A., Radford K., Fisher R., 2016 e Nikmat A.W., et al., 2015).

VIII. MONITORIZAÇÃO

Implementação do protocolo na admissão, conforme critérios de inclusão. Posteriormente, proceder ao registo de intercorrências médicas ou reinternamentos e dos resultados da aplicação do protocolo, mensalmente, na alta ou transferência e seis semanas após a alta, ao nível da satisfação do doente e família e da aquisição de conhecimentos, através do questionário PREPARED, MMSE ou MoCA, MIF. Os resultados do protocolo são analisados segundo a contabilização do número de doentes que preenchem os critérios a que não foi aplicado o protocolo e motivo e o número de doentes que preenchem os critérios a que foi aplicado o protocolo

IX. RESUMO DO MODO DE ACTUAÇÃO

1. Admissão – processo de selecção

Pessoas com idade igual ou superior a 65 anos, que apresentem diagnóstico médico de PNC ou que apresentam um ou mais domínios neurocognitivos alterados e a sua família/cuidadores.

Durante as primeiras 24-42h identifica-se a PNC:

- MMSE de *score* inferior ou igual a 15 (analfabetos), inferior ou igual a 22 (se escolaridade até 11 anos) ou inferior ou igual a 27 (se escolaridade com mais de 11 anos);
- MoCA (depois de somar todos os resultados, adicionar um ponto no indivíduo com escolaridade igual ou inferior a 12 anos) de *score* inferior ou igual a 25.

2. Avaliação Inicial – Avaliação Geriátrica Global

Método:

- observação clínica,
- relatos do doente e família,
- instrumentos,
- análise e revisão terapêutica

Identificar:

- *habitus*,
- expectativas,
- prioridades,
- motivação e empenho do doente e família,
- estado clínico e funcional prévio e potencial de reabilitação.

Componentes da avaliação:

- Física,
- Mental,
- Social,
- Funcional

3. Plano de cuidados – Programa de preparação para a alta

- Motivo de admissão
- Identificação de todas as necessidades de cuidados de saúde
- Objectivos ao nível da saúde geral, da reabilitação global, da reabilitação cognitiva
- Intervenções na área da saúde e social

4. Acompanhamento após a alta

Optimização dos cuidados:

- Gestor de caso
- Melhoria da articulação entre profissionais, equipas e instituições
- Redução do número de cuidadores
- Garantir a continuidade de cuidados
- Melhoria da autoeficácia no doente e o *empowerment* da família
- Promoção do conforto
- Monitorização e identificação de associações de suporte na área de residência ou outras
- Garantia de *follow-up's* presenciais e telefónicos.

5. Educação do doente e família/cuidadores

- Prevenção de riscos (infeções, quedas, úlceras por pressão, redução da capacidade funcional e/ou cognitiva e de socialização)

- Gestão do regime terapêutico (farmacológico e não farmacológico, nomeadamente de reabilitação)
- Promoção da realização das atividades de vida (pelo doente e família)
- Promoção da integração familiar e social
- Prevenção da sobrecarga do cuidador e promoção do descanso do cuidador

6. Avaliação dos resultados

- Número de casos omisso da aplicação do processo de selecção na admissão
- Número de doentes que preenchem os critérios a que não foi aplicado o protocolo e motivo
- Número de doentes que preenchem os critérios a que foi aplicado o protocolo
- Registo mensal, na alta/transferência e seis semanas após a alta, dos resultados da aplicação do protocolo.
- Instrumentos de avaliação dos resultados: questionário PREPARED, MMSE ou MoCA, MIF e intercorrências médicas ou reinternamentos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychiatric Association (2013). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais DSM-5*. Porto Alegre: Artmed
- Barros P, de Almeida Simões J. (2007). Portugal: Health system review. *Health Systems in Transition*. 9(5). 1–140
- Bliemel C., Lechler P., Oberkircher L., Colcuc C., Balzer-Geldsetzer M., Dodel R., ..., Buecking B. (2015). Effect of Preexisting Cognitive Impairment on In Patient Treatment and Discharge Management among Elderly Patients with Hip Fractures. *Dementia & Geriatric Cognitive Disorders*. 40(1/2). 33-43
- Damulevičienė G., Lesauskaitė V., Macijauskienė J., Smigelskas K., Venskutonis D. (2013). Perioperative factors affecting length of hospital stay among Elderly patients. *Medicina (Kaunas, Lithuania)*. 49 (6). 247-53
- Ermida JG (2014). Avaliação Geriátrica Global. In Veríssimo MT (Coord). *Geriatría fundamental: saber e praticar*. (p.159-178). Lisboa: Lidel
- Ferreira P.L., Mendes A.P., Fernandes I.R., Ferreira R.R. (2011). Tradução e validação para a língua portuguesa do questionário de planeamento da alta (PREPARED). *Revista de Enfermagem Referência*. III (5). 121-133
- Fogg C., Meredith P., Bridges J., Gould G. P., Griffiths P. (2017). The relationship between cognitive impairment, mortality and discharge characteristics in a large cohort of older adults with unscheduled admissions to an acute hospital: a retrospective observational study. *Age & Ageing*. 46(5): 794-801
- Freitas S., Simões MR, Santana I, Martins O, Nasreddine Z (2013). *Montreal Cognitive Assessment (MoCA): Versão 3*. Coimbra: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra
- Gonçalves-Bradley D.C., Iltis S., Doll H.A., Broad J., Gladman J., Langhorne P., ... Shepperd S. (2017). Early discharge hospital at home (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Issue 6. Art. No.: CD000356.
- Guerreiro, M. [et al.] (1994). Adaptação à População Portuguesa da Tradução do “Mini Mental State Examination” (MMSE). *Revista Portuguesa de Neurologia*. 1(9).
- Hamers J.P., Bleijlevens M.H., Gulpers M.J., Verbeek H. (2016). Behind Closed Doors: Involuntary Treatment in Care of Persons with Cognitive Impairment at Home in the Netherlands. *Journal Of The American Geriatrics Society*. 64 (2). 354-8
- Hughes A.J., Hartoonian N., Parmenter B., Haselkorn J.K., Lovera J.F., Bourdette

- D., Turner A.P. (2015). Cognitive Impairment and Community Integration Outcomes in Individuals Living with Multiple Sclerosis. *Archives of Physical Medicine And Rehabilitation*. 96 (11). 1973-9
- Hvidt L.N., Hvidt K.N., Madsen K., Schmidt T.A. (2014). Comprehension deficits among older patients in a quick diagnostic unit. *Clinical Interventions in Aging*. 9. 705-10
- Johnson A, Sandford J, Tyndall J (2003). Written and verbal information versus verbal information only for patients being discharged from acute hospital settings to home (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Issue 4. Art. No.: CD003716
- Kable A., Chenoweth L., Pond D., Hullick C. (2015). Health professional perspectives on systems failures in transitional care for patients with dementia and their carers: a qualitative descriptive study. *BMC Health Services Research*. 15. 567 577
- Kowal P, Dowd JE (2001). *Definition of an older person. Proposed working definition of an older person in Africa for the MDS Project*. Geneva: World Health Organization
- Marengoni A., Nobili A., Romano V., Tettamanti M., Pasina L., Djade S., ..., SIMI Investigators. (2013). Adverse clinical events and mortality during hospitalization and 3 months after discharge in cognitively impaired elderly patients. *Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences & Medical Sciences*. 68(4). 419-425
- Mockford C., Seers K., Murray M., Oyebode J., Clarke R., Staniszewska S., ... Sharma U. (2016). The development of service user-led recommendations for health and social care services on leaving hospital with memory loss or dementia – the SHARED study. *Health Expectations*. 20. 495–507
- Naylor M.D., Hirschman K.B., Hanlon A.L., Bowles K.H., Bradway C., McCauley K.M., Pauly M.V. (2014). Comparison of evidence-based interventions on outcomes of hospitalized, cognitively impaired older adults. *Journal of comparative effectiveness research*. 20143 (3). 245-257
- Nikmat A.W., Al-Mashoor S.H., Hashim N.A. (2015). Quality of life in people with cognitive impairment: nursing homes versus home care. *International Psychogeriatrics*. 27 (5). 815-24
- Peel N.M., Chan K.W., Hubbard R.E. (2015). Outcomes of cognitively impaired older people in Transition Care. *Australasian Journal On Ageing*. 34 (1).

- Poole M., Bond J., Emmett C., Greener H., Louw S.J., Robinson L., Hughes J.C. (2014). Going home? An ethnographic study of assessment of capacity and best interests in people with dementia being discharged from hospital. *BMC Geriatrics*. 14. 56-66
- Realdon O., Rossetto F., Nalin M., Baroni I., Cabinio M., Fioravanti R., ..., Baglio F. (2017). Technology-enhanced multi-domain at home continuum of care program with respect to usual care for people with cognitive impairment: the Ability-Telerehabilitation study protocol for a randomized controlled trial. *BMC psychiatry*. 2016 (1). 425
- Rebelo, M.T. (2012). O regresso do doente a casa: saberes e práticas dos enfermeiros no processo de alta. In Rebelo M. T. et al. *Cuidar em Enfermagem – Saberes da prática*. Coimbra: Formasau
- Stineman M.G., Xie D., Kurichi J.E., Kwong P.L., Vogel W.B., Ripley D.C., Bates B.E. (2014). Comprehensive versus consultative rehabilitation services postacute stroke: Outcomes differ. *Journal of Rehabilitation Research And Development*. 51 (7). 1143-54
- Vecchio N., Fitzgerald J.A., Radford K., Fisher R. (2016). The association between cognitive impairment and community service use patterns in older people living in Australia. *Health & Social Care in The Community*. 24 (3). 321-33
- Verloo H., Goulet C., Morin D., von Gunten A. (2016). Association between frailty and delirium in older adult patients discharged from hospital. *Clinical Interventions In Aging*. 11. 55-63
- Widdall D. (2016). Cognitive care: what is it and why is it important? *Journal of the Australasian Rehabilitation Nurses' Association*. 19(1). 7-12
- World Health Organization (2005). Do current discharge arrangements from inpatient hospital care for the elderly reduce readmission rates, the length of inpatient stay or mortality, or improve health status?. Geneva: World Health Organization and why is it important? *Journal of the Australasian Rehabilitation Nurses' Association*. 19(1). 7-12
- World Health Organization (2012). *Dementia: a public health priority*. Geneva: World Health Organization
- Whittamore K.H., Goldberg S.E., Bradshaw L.E., Harwood R.H., Medical Crises In Older People Study Group (2014). Factors associated with family caregiver dissatisfaction with acute hospital care of older cognitively

impaired relatives. *Journal of the american geriatrics society*. 2014;62 (12).
2252-2260

Zuniga K.E., Mackenzie M.J., Kramer A., McAuley E. (2016). Subjective memory impairment and well-being in community-dwelling older adults. *Psychogeriatrics*. 2016 (1). 20-26

ANEXO I – MMSE

1. Orientação (1 ponto por cada resposta correcta)

Em que ano estamos? _____
Em que mês estamos? _____
Em que dia do mês estamos? _____
Em que dia da semana estamos? _____
Em que estação do ano estamos? _____

Nota: _____

Em que país estamos? _____
Em que distrito vive? _____
Em que terra vive? _____
Em que casa estamos? _____
Em que andar estamos? _____

Nota: _____

2. Retenção (contar 1 ponto por cada palavra correctamente repetida)

"Vou dizer três palavras; queria que as repetisse, mas só depois de eu as dizer todas; procure ficar a sabê-las de cor".

Pêra _____
Gato _____
Bola _____

Nota: _____

3. Atenção e Cálculo (1 ponto por cada resposta correcta. Se der uma errada mas depois continuar a subtrair bem, consideram-se as seguintes como correctas. Parar ao fim de 5 respostas)

"Agora peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3 e depois ao número encontrado volta a tirar 3 e repete assim até eu lhe dizer para parar".

27_ 24_ 21_ 18_ 15_

Nota: _____

4. Evocação (1 ponto por cada resposta correcta.)

"Veja se consegue dizer as três palavras que pedi há pouco para decorar".

Pêra _____
Gato _____
Bola _____

Nota: _____

5. Linguagem (1 ponto por cada resposta correcta)

a. "Como se chama isto? Mostrar os objectos:

Relógio _____
Lápis _____

Nota: _____

b. "Repita a frase que eu vou dizer: O RATO ROEU A ROLHA"

Nota: _____

c. "Quando eu lhe der esta folha de papel, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e ponha sobre a mesa"; dar a folha segurando com as duas mãos.

Pega com a mão direita _____

Dobra ao meio _____

Coloca onde deve _____

Nota: _____

d. "Leia o que está neste cartão e faça o que lá diz". Mostrar um cartão com a frase bem legível, "FECHE OS OLHOS"; sendo analfabeto lê-se a frase.

Fechou os olhos _____

Nota: _____

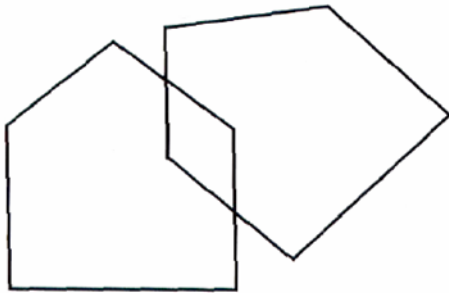
e. "Escreva uma frase inteira aqui". Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação.

Frase:

Nota: _____

6. Habilidade Construtiva (1 ponto pela cópia correcta.)

Deve copiar um desenho. Dois pentágonos parcialmente sobrepostos; cada um deve ficar com 5 lados, dois dos quais intersectados. Não valorizar tremor ou rotação.



Cópia:

Nota: _____

TOTAL(Máximo 30 pontos): _____

Considera-se com defeito cognitivo:

- analfabetos ≤ 15 pontos
- 1 a 11 anos de escolaridade ≤ 22
- com escolaridade superior a 11 anos ≤ 27

ANEXO II – MoCA

MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT (MOCA)
 VERSÃO PORTUGUESA 7.3 – VERSÃO ALTERNATIVA

Nome: _____ Idade: _____
 Género: _____ Data de Nascimento: _____
 Escolaridade: _____ Data de Avaliação: _____

VISUO-ESPACIAL / EXECUTIVA		Copiar o cilindro		Desenhar um Relógio (nove e dez) (3 pontos)			Pontos ____/5	
				[] [] [] Contorno Números Ponteiros				
NOMEAÇÃO								
							____/3	
MEMÓRIA	Leia a lista de palavras. O sujeito deve repeti-las. Realize dois ensaios. Solicite a evocação da lista 5 minutos mais tarde.	Barro	Ovo	Calças	Sofá	Roxo	Sem Pontuação	
	1º ensaio							
	2º ensaio							
ATENÇÃO	Leia a sequência de números. (1 número/segundo)	O sujeito deve repetir a sequência, []		5 4 1 8 7			____/2	
		O sujeito deve repetir a sequência na ordem inversa. []		1 7 4				
	Leia a série de letras (1 letra/segundo). O sujeito deve bater com a mão cada vez que for dita a letra A. Não se atribuem pontos se ≥ 2 erros	[] FBACMNAAJKLBAFAKDEAAAJAMOFAB						____/1
	Subtrair de 7 em 7 começando em 80.	[] 73	[] 88	[] 68	[] 62	[] 45	____/3	
LINGUAGEM	Repetir: Ela soube que o advogado dele meteu um processo após o acidente.	[]	As meninas a quem deram muitos doces ficaram com dor de barriga.			[]	____/2	
	Flúência verbal: Dizer o maior número possível de palavras que comecem pela letra "N" (1 minuto).	[]	_____ (N ≥ 11 palavras)			[]	____/1	
ABSTRAÇÃO	Semelhança p.ex. entre banana e laranja = frutos	[]	olho - ouvido		[]	trompete - piano		____/2
EVOCÇÃO DIFERIDA	Deve recordar as palavras SEM PISTAS	Barro	Ovo	Calças	Sofá	Roxo	Pontuação apenas para evocação SEM PISTAS	
		[]	[]	[]	[]	[]		
Opicional	Pista de categoria							
	Pista de escolha múltipla							
ORIENTAÇÃO		[] Dia do mês	[] Mês	[] Ano	[] Dia da semana	[] Lugar	[] Localidade	____/6
Adapted by: Z. Nasreddine MD, N. Phillips PhD, H. Chertkow MD © Z.Nasreddine MD www.mocatest.org Examinador: _____						TOTAL	____/30	

ANEXO III – Questionário PREPARED

QUADRO 1 – Domínios de processo

Domínio	Pergunta
Informação sobre estruturas de apoio	Informação sobre como conseguir fazer avd Informação sobre existência de serviços comunitários Alguém arranhou serviços comunitários Informação sobre equipamento Alguém arranhou equipamento
Informação sobre medicação	Informação sobre medicação a levar para casa Informação sobre efeitos secundários da medicação Instruções por escrito sobre os medicamentos ⁽¹⁾ Informação sobre como conseguir prestar cuidados ⁽²⁾
Preparação para a reintegração	Informação para preparar o dia-a-dia em casa Preocupado com a execução das atividades diárias ⁽¹⁾ Preocupação com os cuidados a prestar ao doente ⁽²⁾
Controlo sobre as circunstâncias	Confiança para executar as tarefas diárias em casa Atraso no dia da alta do hospital

⁽¹⁾ Só na versão *PREPARED* doente

⁽²⁾ Só na versão *PREPARED* cuidador

Ferreira P.L., Mendes A.P., Fernandes I.R., Ferreira R.R. (2011). Tradução e validação para a língua portuguesa do questionário de planeamento da alta (PREPARED). *Revista de Enfermagem Referência*. III (5). 121-133

ANEXO IV – MIF

APELIDO _____	NOME _____			
_____	IDADE _____	SEXO _____	P.U.nº	<input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/>
DIAGNÓSTICO _____				

INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL

NIVEIS	7 Independência completa(em segurança, em tempo normal) 6 Independência modificada(dispositivo)	SEM AJUDA
	Dependência modificada 5 Supervisão 4 Ajuda mínima (indivíduo >=75%) 3 Ajuda moderada (indivíduo >=50%) Dependência completa 2 Ajuda máxima (indivíduo >=25%) 1 Ajuda total (indivíduo <25%)	AJUDA

	SEMANAS OU MESES	ANTES	1M	4M	12M		
	DATA						
AUTO-CUIDADOS							
A. Alimentação		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. Higiene pessoal		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. Banho		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D. Vestir metade superior		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E. Vestir metade inferior		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F. Utilização da sanita		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CONTROLO DOS ESFÍNCTERES							
G. Bexiga		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H. Intestino		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MOBILIDADE							
TRANSFERÊNCIAS							
I. Leito, Cadeira, Cadeira de Rodas		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J. Sanita		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
K. Banheira, Duche		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LOCOMOÇÃO							
L. Marcha/Cadeira de Rodas		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M. Escadas		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
COMUNICAÇÃO							
N. Compreensão		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O. Expressão		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CONSCIÊNCIA DO MUNDO EXTERIOR							
P. Interação social		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q. Resolução dos problemas		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
R. Memória		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TOTAL		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

NOTA: Não deixe nenhum item em branco, se não testável marque 1

Direcção-Geral da Saúde (2011). Acidente Vascular Cerebral: Prescrição de Medicina Física e de Reabilitação. Norma nº 054/2011 de 27/12/2011