



EGAS MONIZ SCHOOL
of HEALTH & SCIENCE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE
EGAS MONIZ

**CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE
REABILITAÇÃO**

Relatório de Estágio

**A REABILITAÇÃO COGNITIVA NA PESSOA COM
DEMÊNCIA:**

INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM
ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

**COGNITIVE REHABILITATION IN PEOPLE WITH
DEMENTIA:**

THE INTERVENTION OF THE NURSE SPECIALIST IN
REHABILITATION NURSING

Célia Maria Piteira Vicente

Almada

2024



EGAS MONIZ SCHOOL
of HEALTH & SCIENCE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE
EGAS MONIZ

**CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE
REABILITAÇÃO**

Relatório de Estágio

**A REABILITAÇÃO COGNITIVA NA PESSOA COM
DEMÊNCIA:**

INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM
ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

**COGNITIVE REHABILITATION IN PEOPLE WITH
DEMENTIA:**

THE INTERVENTION OF THE NURSE SPECIALIST IN
REHABILITATION NURSING

Célia Maria Piteira Vicente

Professor Doutor Júlio Belo Fernandes

Almada

2024

Não contempla as alterações resultantes das provas de discussão
pública

DEDICATÓRIA

Porque prometi que nunca te esquecerei...a ti, Rita, minha Luz, minha razão de Viver!

AGRADECIMENTOS

A todos aqueles que contribuíram, quer pelo incentivo e motivação, quer pela transmissão de saberes e estimulação para me superar e ir mais além:

Ao meu orientador, Professor Doutor Júlio Belo Fernandes, pela exigência, pela inspiração, pela tranquilidade, pela orientação, pelas ferramentas que me mostrou para poder ir mais além, ser mais alguém, olhar o mundo com outros olhos...

Aos meus colegas de turma, pelo apoio, pela partilha, por aqueles momentos únicos...

Aos Enfermeiros Orientadores ao longo dos Estágios, Enfermeira Maria João Morais, Enfermeira Sílvia Pereira, Enfermeira Andreia Duarte, Enfermeira Tânia Franco, Enfermeiro Gonçalo Rosa, Enfermeira Susana Courela, Enfermeira Susana Graúdo, Enfermeira Isabel Silva, Enfermeiro Nelson Pardal...que sortuda fui ao partilhar convosco a vossa arte, o entusiasmo, as dificuldades, mas também a motivação...foi convosco que vi, senti e vivi a arte da Enfermagem de Reabilitação...

A ti Bruno, por cada palavra de incentivo, por cada abraço e sorriso, por me inspirares na sensatez e sensibilidade do teu conhecimento, da tua prática, por seres cérebro e coração...

A ti, Lília Pinto, que acreditaste que seria capaz e deste um contributo GIGANTE para que fosse possível...

Aos meus Pais, Joaquim e Maria, sempre presentes, mesmo na ausência... Ao meu irmão Paulo...A ti, Elisabete, Edgar, Clara e Joana, a minha família de coração...

Rita, por mais palavras que utilize, não conseguirei transmitir o imenso agradecimento pela tua grandeza, superação, paciência, incentivo, mimo e aquele colinho...

A todos o meu OBRIGADA!

DECLARAÇÃO DE INTEGRIDADE

Declaro ter atuado com integridade na elaboração do presente trabalho académico e confirmo não ter recorrido à prática de plágio nem a qualquer forma de utilização indevida ou falsificação de informações em nenhuma das etapas conducentes à sua elaboração. Mais declaro que tenho conhecimento e que respeitei o código de conduta ética da Escola Superior de Saúde Egas Moniz.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AVC - Acidente Vascular Cerebral

AVD - Atividades de Vida Diária

CDE - Código Deontológico do Enfermeiro

DGES - Direção-Geral do Ensino Superior

DGS - Direção-Geral da Saúde

DPOC - Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

ECCI - Equipa de Cuidados Continuados Integrados

EE - Enfermeiro Especialista

EEER - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

ER - Enfermagem de Reabilitação

ESSEM - Escola Superior de Saúde Egas Moniz

ICN - International Council of Nurses

MMSE - Minimental Status Examination

MoCA - Montreal Cognitive Assessment

OE - Ordem dos Enfermeiros

OECD - Organization for Economic Cooperation and Development

REPE - Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

Sr. - Senhor

Sra. - Senhora

UCC – Unidade De Cuidados Continuados

UCCI - Unidade de Cuidados Continuados Integrados

WHO - World Health Organization

RESUMO

Para a obtenção do grau acadêmico de Mestre e atribuição do título profissional de Enfermeiro Especialista é realizado um percurso formativo, onde se inclui a realização de um estágio profissional, e demonstrado o desenvolvimento de competências.

Previamente a esta etapa, é elaborado um projeto de estágio, onde são definidos os objetivos e as atividades a desenvolver, em torno de uma área problemática. Foi selecionada a área da reabilitação cognitiva na pessoa com demência.

O envelhecimento da população, aliado ao aumento exponencial da prevalência de doenças crônicas, é um desafio global atual, que exige uma mudança do paradigma de abordagem destas problemáticas, nomeadamente, a necessidade de cuidados integrados e direcionados para a manutenção da funcionalidade e da inserção da pessoa na sociedade, premissas fundamentais para manter uma vida com dignidade. A reabilitação cognitiva da pessoa com demência é uma abordagem holística que pretende potenciar as capacidades preservadas e lidar com as alterações decorrentes do processo patológico, de forma compensatória, promovendo a independência e autocuidado.

Com a realização deste relatório, pretende-se descrever e analisar a intervenção durante o estágio, em torno desta problemática, em articulação com as competências definidas pela Ordem dos Enfermeiros para a atribuição do título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação e aquelas preconizadas nos descritores de Dublin para o 2º ciclo de ensino para a obtenção do grau acadêmico de Mestre.

O referencial teórico que fundamentou a intervenção foi a Teoria do Autocuidado, de Dorothea Orem, cujo conceito central é o autocuidado e a progressão entre sistemas que garantam a capacitação da pessoa, família e cuidadores na sua concretização.

Palavras-chave: Enfermagem de Reabilitação, Autocuidado; Funcionalidade; Pessoa com Demência; Cuidador.

ABSTRACT

To obtain the academic degree of Master's and the award of the professional title of Specialist Nurse, a training path is carried out, including completing a professional internship, where the development of skills is demonstrated. Before this stage, an internship project is prepared, where objectives and activities to be developed are defined around a problem area.

The area of cognitive rehabilitation in people with dementia was selected. The aging of the population, a pressing global challenge, combined with the exponential increase in the prevalence of chronic disease, is a global challenge that requires a change in the paradigm of approaching these problems, namely, the need for integrated care aimed at maintaining functionality and integration of the person in society, fundamental premises for maintaining life with dignity.

Cognitive rehabilitation of people with dementia is a holistic approach that aims to enhance preserved abilities and deal with changes resulting from the pathological process, in a compensatory way, promoting independence and self-care.

With this report, we intend to describe and analyze the interventions performed during the internship around this problem, in conjunction with the competencies defined by the Order of Nurses for the attribution of the title of Specialist Nurse in Rehabilitation Nursing and those recommended in the descriptors of Dublin for the second cycle of education to obtain the academic degree of Master.

The theoretical framework that founded the intervention was the Self-Care Theory, by Dorothea Orem, whose central concept is self-care and the progression between systems that guarantee the training of the person, family and caregivers in its implementation.

Keywords: Rehabilitation Nursing, Self-Care; Functionality; Person with Dementia; Caregiver.

INDICE

INTRODUÇÃO -----	12
1 - ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL -----	15
1.1 – A DEMÊNCIA-----	15
1.1.1 – Retrato estatístico da demência no mundo e em Portugal -----	15
1.1.2 – Definição de demência-----	16
1.1.3 – Manifestações da demência-----	16
1.1.4 – Impacto da demência na pessoa e cuidadores-----	18
1.1.5 – Abordagem terapêutica -----	19
1.2 – REABILITAÇÃO COGNITIVA NA DEMÊNCIA-----	20
1.3 – INTERVENÇÕES DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NA REABILITAÇÃO COGNITIVA DA PESSOA COM DEMÊNCIA-----	21
1.3.1 – Definição de metas e objetivos personalizados-----	22
1.3.2 – Aconselhamento-----	22
1.3.3 – Estratégias compensatórias e restaurativas-----	22
1.3.4 – Treino de reminiscência-----	23
1.3.5 – Treino de memória e atenção-----	23
1.3.6 – Treino de cálculo-----	23
1.3.7 – Treino em modalidade de dupla tarefa-----	24
1.3.8 – Treino cognitivo baseado em jogos computadorizados-----	24
1.4 – A REABILITAÇÃO COGNITIVA NA DEMÊNCIA À LUZ DO REFERENCIAL TEÓRICO DE DOROTHEA OREM-----	25
1.4.1 – Teoria do autocuidado-----	26
1.4.2 – Teoria do déficit do autocuidado-----	26
1.4.3 – Teoria dos sistemas de enfermagem-----	27

2 – DESCRIÇÃO, ANÁLISE E REFLEXÃO DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS -----	29
2.1 – COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA-----	29
2.1.1 – Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal	30
2.1.2 – Domínio da melhoria contínua da qualidade-----	32
2.1.3 – Domínio da gestão dos cuidados-----	35
2.1.4 – Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais-----	39
2.2 – COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO-----	42
2.2.1 – Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados-----	42
2.2.2 – Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania-----	49
2.2.3 – Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa-----	53
CONCLUSÃO -----	57
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS -----	60
APÊNDICES -----	70
APÊNDICE 1 – PROJETO DE ESTÁGIO	
APÊNDICE 2 – PROTOCOLO DE REVISÃO <i>SCOPING</i>	
APÊNDICE 3 – ESTUDO DE CASO 1	
APÊNDICE 4 – MINIGUIAS DE APOIO A CUIDADORES FORMAIS/INFORMAIS DE PESSOAS COM DEMÊNCIA	
APÊNDICE 5 – ESTUDO DE CASO 2	
APÊNDICE 6 – GUIÃO PARA ALIMENTAR A PESSOA EM SEGURANÇA	

APÊNDICE 7 – GUIÃO DE ENTREVISTA

APÊNDICE 8 – AÇÃO DE FORMAÇÃO: “O Utente com Demência: Estratégias para os Cuidados”

APÊNDICE 9 – POSTERS DECORRENTES DA AÇÃO DE FORMAÇÃO: “O Utente com Demência: Estratégias para os Cuidados”

APÊNDICE 10 – POSTER: “AVALIAÇÃO COGNITIVA: O PERCURSO PASSO A PASSO”

APÊNDICE 11 – SESSÃO DE FORMAÇÃO: “À mesa com a demência: o desafio da alimentação”

APÊNDICE 12 – GUIÃO DE EXERCÍCIOS COGNITIVOS

APÊNDICE 13 – DOCUMENTO DE REGISTO DE AVALIAÇÃO E INTERVENÇÕES DO EEER

APÊNDICE 14 – POSTER APRESENTADO NAS JORNADAS CIENTÍFICAS DA EGAS MONIZ SUBORDINADO AO TEMA: “Intervenções de Reabilitação Cognitiva na Pessoa com Demência – Revisão *Scoping*”

APÊNDICE 15 – POSTER APRESENTADO NAS JORNADAS CIENTÍFICAS DA EGAS MONIZ SUBORDINADO AO TEMA: “Programa de treino domiciliário em modalidade *dual-task* para Pessoas com demência”

APÊNDICE 16 – POSTER APRESENTADO NAS JORNADAS CIENTÍFICAS DA EGAS MONIZ SUBORDINADO AO TEMA: “À mesa com a pessoa com demência: o desafio da alimentação”

APÊNDICE 17 – POSTER REALIZADO NO ÂMBITO DE SESSÃO A CUIDADORES DE PESSOAS COM DEMÊNCIA: “Estratégias promotoras de autonomia nas atividades de vida diária na pessoa com demência”

APÊNDICE 18 – POSTER REALIZADO NO ÂMBITO DE SESSÃO A CUIDADORES DE PESSOAS COM DEMÊNCIA: “Estimulação sensorial da pessoa com demência”

APÊNDICE 19 – TABELA DE APOIO PARA AVALIAÇÃO DOS PARES CRANEANOS

APÊNDICE 20 – MANUAL DE EXERCÍCIOS MOTORES E COGNITIVOS

APÊNDICE 21 – MANUAL DE EXERCÍCIOS MOTORES DE MOBILIZAÇÃO PASSIVA

INTRODUÇÃO

No âmbito do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação (ER), da Escola Superior de Saúde Egas Moniz (ESSEM), inserido na Unidade Curricular de estágio e relatório, foi realizado o presente relatório, intitulado *A Reabilitação Cognitiva na Pessoa com Demência: Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER)*.

No ciclo de estudos do Mestrado em Enfermagem, a unidade curricular de estágio e relatório visa o desenvolvimento de conhecimentos e competências na área de especialidade do ciclo de estudos, como definido pela Ordem dos Enfermeiros ([OE], 2021).

O estágio é considerado como um elemento central na transição de Enfermeiro de Cuidados Gerais para Enfermeiro Especialista (EE), pois, de acordo com a OE (2021, p.2), “permite que as aprendizagens essenciais ocorram no contexto da prestação de cuidados, facilitando o processo de aprendizagem e consolidação de conhecimentos”.

No sentido da apresentação e descrição das atividades desenvolvidas durante o estágio, acompanhado de um processo de análise e interpretação crítica sobre as mesmas, sustentado num pensamento teórico de Enfermagem, o relatório de estágio permite demonstrar a capacidade crítica e reflexiva, a articulação dos saberes teóricos com a prática e a estruturação das atividades que compõem o processo formativo, analisando de forma criteriosa e fundamentada todos os pormenores e elementos do estágio realizado (OE, 2021).

Como componente de avaliação da Unidade Curricular, o objetivo deste relatório é o de descrever e analisar as competências desenvolvidas durante o estágio, face ao planeado no projeto de estágio (Apêndice 1), de acordo com as competências definidas pela OE para a atribuição do título profissional de EEER, em articulação com os descritores de Dublin para o 2º ciclo de Ensino, para a obtenção de grau académico de Mestre.

Para a realização do estágio, foram delineados como objetivos gerais o *Desenvolver competências específicas de intervenção do EEER na reabilitação cognitiva da pessoa com demência* e *Desenvolver competências específicas de intervenção do EEER na área motora, sensorial, cognitiva, cardiorrespiratória, da alimentação, da eliminação e da sexualidade*.

No contexto do desenvolvimento de competências, alicerçadas na aprendizagem clínica e no conhecimento articulado inerente à prática de enfermagem, Benner (2001), baseada no Modelo de Aquisição de Perícia de Dreyfus, identifica 5 níveis de competência na prática clínica de enfermagem, de iniciado a perito, sendo um processo dinâmico e aprofundado com a experiência. Num percurso construído ao longo da vida profissional, aliando o conhecimento, a experiência profissional com o comportamento ético e compromisso pela profissão, numa prática reflexiva das aprendizagens, são adquiridas as suas competências (Benner, 2001).

É este conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que o EE mobiliza na prática clínica, que lhe permitem ponderar as necessidades de saúde do grupo-alvo e atuar em todos os contextos de vida das pessoas, em todos os níveis de prevenção (Regulamento 140/2019).

Baseado neste modelo reflexivo, surge este relatório, desenvolvido na área temática da reabilitação cognitiva na pessoa com demência. A escolha da temática deveu-se ao facto de a reabilitação cognitiva ser considerada como área prioritária de intervenção do EEER, estando as intervenções do foro cognitivo descritas e previstas nas suas competências (OE, 2014a).

Acresce o facto de a demência ser considerada como uma prioridade em matéria de saúde pública, dada a proporcionalidade da sua prevalência com a idade (sendo cerca de 90% dos casos diagnosticados referentes a pessoas com mais de 65 anos de idade) e impacto na qualidade de vida da pessoa, cuidadores e sua família (World Health Organization [WHO], 2017).

Apesar de não afetar exclusivamente a pessoa idosa, o risco de manifestar a doença aumenta consideravelmente com o envelhecimento, representando uma das maiores causas de morbilidade e dependência das pessoas nesta faixa etária, com uma elevada taxa de institucionalização, muitas vezes por exaustão dos seus cuidadores (WHO, 2017).

A nível mundial, estima-se que 55 milhões de pessoas no mundo vivem com demência, surgindo cerca de 10 milhões de casos todos os anos (WHO, 2017). Segundo o relatório da Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) - Health at a Glance 2023, a prevalência da demência em Portugal em 2021 foi de 18,3 por cada 1000 pessoas, prevendo-se o seu aumento para 25,7 por cada 1000 pessoas em 2050 (OECD, 2023).

Pela prevalência já demonstrada e pelo impacto que representa na funcionalidade e na qualidade de vida das pessoas, tem-se registado avanços no desenvolvimento de terapêuticas eficazes para atenuar o compromisso causado, em termos cognitivos e funcionais, onde se incluem os programas de reabilitação específicos para pessoas com demência (WHO, 2023). Estes programas de intervenção têm como objetivo aumentar a funcionalidade, através de estratégias relacionadas com a estimulação e reabilitação motora e cognitiva, promovendo um cuidado de qualidade e salvaguardando a qualidade de vida (Imagínario et al., 2017).

O EEER tem por foco de atenção a manutenção e promoção do bem-estar e da qualidade de vida, a recuperação da funcionalidade, tanto quanto possível, através da promoção do autocuidado, da prevenção de complicações e da maximização das capacidades (OE, 2015).

Neste sentido, pode o EEER ajudar as pessoas ao longo do ciclo de vida, a maximizar o seu potencial funcional e independência, melhorando a função, promovendo a autonomia e máxima satisfação, através da conceção, implementação e monitorização de planos de ER diferenciados, baseados em problemas reais e potenciais da pessoa, proporcionando intervenções terapêuticas que visam melhorar as funções residuais, manter ou recuperar a independência nas atividades de vida e minimizar o impacto das incapacidades instaladas (Regulamento n.º 392/2019).

Envelhecer com saúde, autonomia e maior capacidade funcional constitui um desafio, com maior necessidade de intervenção política e social, e responsabilidade individual e coletiva, com impacto direto no desenvolvimento económico dos países e necessidade de envolvimento da sociedade (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2017).

O autocuidado surge como um dos conceitos centrais da enfermagem, e particularmente da ER, onde o referencial teórico de Dorothea Orem tem um contributo relevante (Ribeiro, 2021). Por esta razão e de forma a concetualizar e operacionalizar a intervenção durante o estágio, recorreu-se à teoria do Défice do Autocuidado. Nesta teoria está bem patente a razão pela qual a pessoa necessita de cuidados de enfermagem, prevendo-se a prestação de cuidados especializados a pessoas com incapacidade, onde é necessária mais do que uma assistência comum para satisfazer as suas necessidades de autocuidado (Wills & McEwen, 2016).

O estágio foi realizado em dois momentos: o primeiro de 15 de Maio a 28 de Julho e o segundo entre 11 de Setembro a 14 de Janeiro, contemplando diferentes contextos, nomeadamente Unidade de Cuidados Continuados Integrados (UCCI), Unidade de Cuidados na Comunidade – Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), Hospital (Serviço de Medicina e Ortopneumologia) e Intervenção Comunitária em Projeto de Intervenção com a Unidade de Cuidados Continuados (UCC).

O relatório encontra-se dividido em diferentes capítulos. Após esta introdução, segue-se o enquadramento concetual, onde são expostos os principais conceitos e dados epidemiológicos, assim como são apresentados os resultados da revisão *scoping*, que contextualiza a intervenção do EEER, bem como o modelo teórico que sustentou as práticas durante o estágio. De seguida, a partir dos objetivos que foram definidos, é realizada a descrição, análise e reflexão acerca das atividades desenvolvidas durante o estágio, no sentido da aquisição das competências comuns e específicas do EEER, de acordo com os Regulamentos 140/2019 e 392/2019, respetivamente. Posteriormente, é realizada a conclusão onde se procede à avaliação global do percurso efetuado e apresentam-se as considerações finais e perspetivas futuras. Por fim, segue-se a lista de referências bibliográficas e os apêndices.

Para a redação do relatório, foram consideradas as regras do Novo Acordo Ortográfico, bem como as normas da American Psychological Association, 7ª edição, e as orientações fornecidas pela Escola Superior de Saúde Egas Moniz, para a organização e formatação do projeto e relatório de estágio dos Mestrados em Enfermagem.

1 - ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL DO TEMA

Para uma melhor compreensão da problemática em estudo, contextualizar os métodos e possibilitar uma intervenção eficaz, foi realizada, para além de uma revisão narrativa da bibliografia, uma revisão *scoping*, com o objetivo de identificar as intervenções que possam ser desenvolvidas pelo EEER, na reabilitação cognitiva da pessoa com demência.

Neste capítulo são apresentados os resultados dessas pesquisas, bem como será abordada a intervenção do EEER na reabilitação cognitiva na demência, à luz do referencial teórico de Dorothea Orem.

1.1 - A DEMÊNCIA

Neste subcapítulo, apresentam-se os resultados obtidos após uma revisão da bibliografia sobre a demência, nomeadamente, o seu retrato estatístico no mundo e em Portugal, definição de demência, manifestações da demência, impacto da demência na pessoa e cuidadores e a abordagem terapêutica.

1.1.1 - Retrato estatístico da demência no mundo e em Portugal

A demência representa um dos maiores desafios associados ao envelhecimento da população. Nos países da OECD em 2021 existiam mais de 21 milhões de pessoas, com demência. Mantendo-se a tendência global de envelhecimento da população, prevê-se que este número irá quase duplicar em 2040, com cerca de 32 milhões de pessoas afetadas, particularmente naqueles países em que a faixa etária igual ou superior a 80 anos tem maior expressão, como o Japão, Itália e Alemanha (OECD, 2023).

Em 2019, a Alzheimer Europe disponibilizou uma atualização sobre as taxas estimadas de prevalência e incidência para esta patologia, referindo que o número de pessoas a viver com demência na União Europeia era 7 853 705, sendo que as mulheres continuam a ser desproporcionalmente afetadas com a doença, contabilizando 6 650 228. O número de pessoas que manifestam a doença na União Europeia quase dobrará até 2050, aumentando para 14 298 671 (Alzheimer Europe, 2019).

Especificamente para Portugal, verifica-se uma ligeira diminuição da população em 2018, prevendo-se a mesma tendência em 2025, acentuando-se, de forma prevista, entre 2025-2050. Ainda com este declínio populacional, o número de pessoas com demência quase que duplica, de 193 516 em 2018 para 346 905 em 2050. Em forma de percentagem, em 2018 representam 1,88% da população geral, e em 2050, 3,82%. Portugal supera, assim, a tendência europeia do número de casos de demência até 2050, sendo considerado o fator chave para este fenómeno o aumento do número de pessoas com mais de 70 anos, e em particular a faixa etária acima dos 85 anos, que mais do que duplica no período 2018-2050 (Alzheimer Europe, 2019).

1.1.2 - Definição de demência

A palavra demência provem do Latim *demens* que significa “privação da mente/inteligência” (Fernandes et al., 2010). Engloba um conjunto heterogêneo de doenças, com sinais e sintomas semelhantes, mas etiologias distintas (Arvanitakis et al., 2022), sendo definida como a presença de compromisso em dois ou mais domínios cognitivos, relativamente ao que é expectável, atendendo à idade da pessoa e nível pré-mórbido de funcionamento cognitivo. Não sendo atribuível ao envelhecimento normal, tem na sua origem uma doença subjacente do sistema nervoso, trauma, infeção, ou outro processo que afete o cérebro, assim como a utilização de substâncias ou medicamentos específicos, deficiência nutricional, exposição a toxinas (não devendo existir intoxicação ou abstinência da substância no momento atual), ou etiologia indeterminada (WHO, 2022).

O compromisso da memória encontra-se presente na maioria das situações, apesar de não se restringir apenas a esta dimensão, podendo ocorrer ainda prejuízo em funções executivas, atenção, linguagem, cognição, julgamento social, velocidade psicomotora, habilidades visuoperceptivas ou visuoespaciais. As alterações neurocomportamentais são muitas vezes o sintoma de apresentação. Todas estas alterações interferem significativamente na independência para o desempenho das atividades de vida diária (AVD) (WHO, 2022).

O declínio na função cerebral provocada pelo dano tecidual, resultando em alterações degenerativas no sistema nervoso de carácter progressivo, conduz ao défice cognitivo em múltiplos domínios, perda de autonomia e de funcionalidade (Kudlicka et al., 2019).

1.1.3 - Manifestações da demência

Os sintomas iniciais da demência manifestam-se de diferentes formas. Muitas vezes são sintomas subtis, que passam despercebidos à família e cuidadores, justificados a maior parte das vezes pela idade da pessoa, o que atrasa o diagnóstico precoce da doença (Alzheimer’s Disease International, 2021).

São definidos três estádios nesta doença: o pré-clínico, o défice cognitivo ligeiro e a demência pela doença de Alzheimer (Alzheimer’s Association, 2019).

Na primeira fase, denominada pré-clínica, já existem alterações a nível de biomarcadores no cérebro, no sangue e no liquor, sem que sintomas, como defeitos mnésicos, se manifestem. As pessoas podem experimentar declínio cognitivo¹ muitas vezes subjetivo. Contudo, nem todas desenvolvem a doença, razão ainda em fonte de investigação (Alzheimer’s Disease International, 2021), apesar de estudos epidemiológicos longitudinais associarem este declínio a um maior risco de progressão para

¹O **Declínio cognitivo subjetivo** é considerada a autoperceção de declínio das capacidades cognitivas, em comparação com um status previamente normal, não relacionado com um evento agudo, com um desempenho normal em testes cognitivos e sem compromisso funcional nas atividades de vida (Jessen et al., 2020).

défice cognitivo² e demência (Snitz et al., 2015; van Harten et al., 2018).

No estágio intermédio, encontram-se biomarcadores que evidenciam a presença da doença e alterações estruturais cerebrais, já com défice cognitivo, podendo este não interferir de forma impactante nas AVD's, de tal forma que as alterações podem apenas ser percebidas pelos membros da família ou pessoas muito próximas (Alzheimer's Disease International, 2021). Este denominado défice cognitivo ligeiro pode estar presente em pessoas que não desenvolvem demência, mas que o apresentam por outras causas (Schilling et al., 2022).

A evolução do défice cognitivo para demência ou doença de Alzheimer pode não acontecer, podendo aliás, o quadro manter-se estável ou até reverter. No entanto, existe uma relação estreita entre estas entidades (Alzheimer's Disease International, 2021).

Numa revisão sistemática efetuada por Ward et al. (2013), onde se estimava a conversão do défice cognitivo ligeiro ou do défice cognitivo ligeiro do foro mnésico, em demência ou doença de Alzheimer, concluiu-se que 32% das pessoas com esta manifestação acabam por ser diagnosticadas com demência, ao fim de 5 anos (Ward et al., 2013).

Apesar de estudos epidemiológicos acerca do défice cognitivo ligeiro serem escassos e apresentarem uma grande variabilidade em relação aos critérios adotados, nomeadamente instrumentos para avaliação e nível educacional da população estudada, estudos longitudinais demonstram o risco aumentado para o desenvolvimento de demência, em até 5 vezes mais, comparativamente com a população geral (Smid et al., 2022).

A demência de Alzheimer, no estágio três, é caracterizada por alterações de memória, de pensamento e conhecimento, que interferem com a capacidade funcional da pessoa de uma forma progressiva. Os sintomas vão progredindo consoante a extensão da área cerebral afetada, sendo o ritmo com que os sintomas avançam diretamente proporcional, mas também variável entre indivíduos (Arvanitakis et al., 2022).

Nos estádios iniciais, a pessoa pode apenas necessitar de supervisão e assistência mínima, no sentido de manter a sua autonomia e funcionalidade de forma segura, podendo trabalhar, conduzir e participar em atividades de caráter social com plena inserção no meio envolvente (WHO, 2017).

Nos estádios moderados da doença de Alzheimer, em regra o mais prolongado, a pessoa manifesta sintomas de forma mais exacerbada, ou outros novos, a nível dos diferentes domínios, como:

- Cognitivo: perda de memória a curto prazo, sendo o sintoma mais frequente, a perda da capacidade de processar e utilizar a informação (Maryam et al., 2021). A memória a longo prazo é

²O **Défice cognitivo** é considerado uma condição clínica intermédia entre o envelhecimento e a demência, com a presença de queixas de alterações cognitivas, com evidência na história clínica e de compromisso de um ou mais domínios cognitivos, normalmente incluindo a memória, preservando a autonomia nas habilidades funcionais. É de facto a independência nas atividades de vida instrumentais que distingue o envelhecimento e o défice cognitivo ligeiro, da demência, apesar do desempenho significativamente inferior das pessoas com défice cognitivo (Smid et al., 2022).

afetada mais tardiamente, podendo assumir várias expressões. Inclui a evocação intencional de experiências, factos ou eventos já “armazenados”, como história pessoal ou familiar, conhecimento de símbolos, bem como outra informação inconsciente e automatizada. Pode-se perder a orientação espaciotemporal em diversos contextos, até em ambientes que lhe eram até à data, familiares (Arvanitakis et al., 2022).

Cursam ainda alterações a nível semântico, como dificuldade em encontrar as palavras, manifestando-se por afasia, anomia, dificuldade na escrita (disotografias e agrafia), na leitura (alexia) e dificuldade em reconhecer pessoas e objetos (agnosia) (Araújo et al., 2015).

- Psicológico: neste domínio evidencia-se a apatia, a dificuldade na iniciação da ação e os sintomas depressivos. Posteriormente manifestam-se delírios e com o evoluir da doença, a anosognosia, o não reconhecimento das dificuldades nas atividades de vida diárias (Alzheimer’s Association, 2019).

- Comportamental: a alteração da zona cerebral que controla o afeto e emoções pode precipitar a ocorrência de alterações súbitas de humor, de personalidade, inclusive com agressividade para com os próprios cuidadores e/ou terceiros. Estes são dos sintomas considerados mais desgastantes para a família e cuidadores (Marques et al., 2022). Muitas alterações de humor também podem estar relacionadas com quadros depressivos, que devem ser investigados e concomitantemente diagnosticados (Alzheimer’s Disease International, 2021). Pode-se encontrar ainda um comportamento desinibido, ecolalia ou hiperoralidade. Em manifestações por vezes mais tardias, identifica-se a agressividade e alucinações (Arvanitakis et al., 2022).

- Físico: a par das alterações decorrentes do processo de demência, surgem aquelas decorrentes do envelhecimento, que em simultâneo agravam o grau de fragilidade da pessoa e da sua morbilidade (WHO, 2017).

O desempenho físico encontra-se altamente relacionado com as alterações anteriormente mencionadas, em termos cognitivos e comportamentais, bem como com uma ingesta alimentar muitas vezes deficiente, pela recusa ou dificuldade na seleção e preparação dos alimentos, assim como na deglutição (Alzheimer’s Association, 2019). A marcha é comprometida, os movimentos são repetitivos e com posturas típicas de parkinsonismo, a par da alteração na perceção do espaço e défices sensoriais, fatores que podem colocar em causa a segurança da pessoa, aumentando, entre outros, o risco de queda (Arvanitakis et al., 2022). Com o agravamento do grau de dependência, surgem, decorrentes da imobilidade, outras complicações, como úlceras por pressão ou complicações infecciosas, como pneumonias de aspiração, sendo esta a causa mais comum de morte nas pessoas com doença de Alzheimer (Alzheimer’s Association, 2019).

1.1.4- Impacto da demência na pessoa e cuidadores

A demência é considerada como uma das principais causas de incapacidade e dependência em

todo o mundo. O seu impacto não é apenas traduzido em termos financeiros, como também representa um peso substancial em necessidades de recursos para os países, sociedades, famílias e indivíduos (WHO, 2017).

Atualmente, a lacuna entre a prevenção, tratamento e cuidados para a pessoa com demência e a sua efetiva prestação é grande. O estigma social relacionado com a demência é um obstáculo para o seu diagnóstico e para a disponibilidade de cuidados (Maryam et al., 2021).

Os cuidados são fragmentados, os direitos da pessoa são muitas vezes violados, e os seus desejos e vontades não são, na maior parte das vezes, respeitados. A falta de conhecimento sobre a doença leva a que estas pessoas sejam afastadas dos contextos sociais em que estavam inseridas, deixando de ter um papel e contributo ativo na tomada de decisões sobre si próprios e na comunidade (WHO, 2017).

Quando comparados com outros cuidadores informais, os que cuidam de pessoas com demência desempenham esta função durante períodos mais longos, com exposição a exigências mais pesadas do ponto de vista físico e psicológico dadas as características da doença e as suas manifestações (Gonçalves et al., 2020). O *stress* longo e crónico e a vigilância permanente associados aos cuidados da pessoa com demência, afetam severamente o bem-estar psicológico e físico dos cuidadores informais (Maryam et al., 2021). Estes fatores conduzem muitas vezes a quadros depressivos que, aliados à exaustão, precipitam a institucionalização da pessoa, temporária ou permanente (Alzheimer's Disease International, 2021).

Em Portugal foi aprovada, através do Despacho 5988/2018, a Estratégia de Saúde na área das Demências. Nele é realizada uma proposta para um percurso de cuidados, com foco nos profissionais de saúde, no diagnóstico e identificação precoce, diagnóstico integrado, planeamento de cuidados e ação terapêutica, onde a intervenção em termos de sintomas cognitivos, psicopatológicos e comportamentais é considerada, com fim à manutenção da funcionalidade (Despacho nº 5988/2018).

Apesar deste tipo de iniciativas, a demência ainda não é uma prioridade na Europa, encontrando-se Portugal no 28º lugar no ranking de países com políticas de priorização da demência, e 26º lugar na disponibilidade de serviços que asseguram cuidados a pessoas com demência e aos seus cuidadores informais (Alzheimer Europe, 2023).

1.1.5 - Abordagem terapêutica

As pessoas com demência manifestam mais problemas em termos de saúde do que aquelas na mesma faixa etária, resultando num maior número de hospitalizações e complicações (Livingston et al., 2020).

Nas situações reversíveis, o tratamento centra-se na causa da instalação da doença. Na causa irreversível, o objetivo geral da intervenção terapêutica visa reduzir o impacto causado pelas

alterações cognitivas, enquanto se atrasa a progressão do declínio. O controlo dos sintomas descritos é realizado utilizando abordagens farmacológicas e não farmacológicas (Dadalto et al., 2021).

Nenhum dos fármacos parece ter efeito no sentido e abrandar ou parar a destruição do tecido cerebral, recorrente dos mecanismos fisiopatológicos da demência, o que contribui para as características progressivas e fatais da doença (Alzheimer's Association, 2019).

A abordagem não farmacológica, como a estimulação cognitiva, é defendida como a ideal quando os sintomas em termos de gravidade ou especificidade não impõem a prescrição imediata de fármacos, pelo seu contributo na redução e controlo de sintomas comportamentais e psicológicos (Livingston et al., 2020).

A deteção e início precoce de tratamento, bem como o apoio e acompanhamento da pessoa, família e cuidadores, pode ser a chave para a preservação das capacidades funcionais e potenciar a sua qualidade de vida (Alzheimer's Disease International, 2021).

A premissa para qualquer abordagem será a elaboração de um plano de cuidados delineado de forma individualizado e integrado, com objetivos realistas e respeitando as vontades e necessidades da pessoa com demência e da sua família (Dadalto et al., 2021).

1.2 - REABILITAÇÃO COGNITIVA NA DEMÊNCIA

A reabilitação é considerada um serviço de saúde de carácter fundamental para as pessoas, ao respeitar a condição de saúde de cada um ao longo de todas as fases do ciclo de vida, particularmente na agudização, sub agudização da doença e cuidados de longa duração. As intervenções são desenvolvidas com vista à maximização da funcionalidade e redução da experiência de incapacidade, promovendo a independência (WHO, 2019).

As intervenções cognitivas podem, genericamente, ser agrupadas naquelas de carácter restaurativo, que possibilita o desenvolvimento do domínio cognitivo comprometido, através de exercícios cognitivos específicos, e naquelas de carácter compensatório, que promove a utilização de ferramentas e ajudas no sentido de superar os défices (Maggio et al., 2019).

A capacidade de as células cerebrais alterarem a sua estrutura e funções de acordo com interações com o ambiente envolvente, portanto, a neuroplasticidade, é o fundamento da reabilitação cognitiva. Os cérebros adultos, pela sua plasticidade latente, podem reorganizar as redes cerebrais e assim melhorar o seu desempenho funcional, através de uma prática repetida (Wong et al., 2021).

A reabilitação cognitiva é um tipo de intervenção que ocorre no contexto real da pessoa, estimulando as funções cognitivas através de exercícios que reproduzam situações do dia a dia, utilizando estratégias compensatórias de forma a recrutar as funções ainda preservadas (Sá et al., 2019). Tem como foco a identificação de objetivos, com a finalidade de melhorar o desempenho nas

AVD's, através de intervenções individualizadas e delineadas com a pessoa, no seu contexto (Tulliani et al., 2022). Inclui estratégias compensatórias e adaptativas em contextos reais, como técnicas de recuperação de memória, modificação da atividade e ambiente, e aprendizagem sem erros (Clare, 2017).

Ao contrário do objetivo nas terapias restaurativas, a reabilitação cognitiva na demência tem como objetivo a maximização da funcionalidade de cada pessoa. Não se limitando ao treino das funções cognitivas *per se*, as estratégias são delineadas de forma personalizada, de acordo com objetivos individualizados e focado nas capacidades residuais e em estratégias para lidar com as dificuldades sentidas nas AVD's, no sentido a promoção da autonomia e funcionalidade daqueles que vivem com demência, melhorando o seu bem-estar e qualidade de vida (Maki et al., 2018).

Os conceitos de reabilitação, funcionalidade e atividades de vida estão intimamente relacionados com o corpo de conhecimentos do EEER, descrito no seu regulamento das competências específicas, cujas intervenções visam promover o diagnóstico precoce e ações preventivas, de forma a assegurar a manutenção das capacidades funcionais das pessoas, prevenir complicações e evitar incapacidades (Regulamento n.º 392/2019).

Os EEER desempenham, portanto, um importante papel no processo de reabilitação cognitiva, ao integrarem aspetos multidimensionais no plano, pela sua melhor perceção dos fatores pessoais e contextuais que podem influenciar o processo de reabilitação, não se limitando a prestar cuidados à pessoa com demência e família, mas sim a prestar cuidados com a pessoa com demência e família.

1.3 - INTERVENÇÕES DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NA REABILITAÇÃO COGNITIVA DA PESSOA COM DEMÊNCIA

No sentido de identificar as intervenções no contexto da reabilitação cognitiva à pessoa com demência, que podem ser desenvolvidas pelo EEER, realizou-se uma revisão *scoping*, cujo protocolo se encontra em apêndice (Apêndice 2).

A identificação das intervenções de reabilitação para pessoas com demência permite aos profissionais de saúde, nomeadamente ao EEER, manter-se atualizado nesta área de conhecimento e a basear a sua prática na evidência.

A análise dos dados, extraídos de um total de 16 estudos controlados randomizados, desenvolvidos na Europa (6 estudos), China (2 estudos), Japão (2 estudos), Coreia (2 estudos), Estados Unidos (1 estudo), Austrália (1 estudo), México (1 estudo) e Turquia (1 estudo), revelou um conjunto de intervenções de reabilitação cognitiva para pessoas com demência, que foram agrupadas em oito categorias distintas: definição de metas e objetivos personalizados, aconselhamento, estratégias compensatórias e restaurativas, terapia de reminiscência, treino de memória e atenção, treino de

cálculo, treino de dupla tarefa e treino cognitivo baseado em jogos computadorizados.

1.3.1 - Definição de metas e objetivos personalizados

Hindle et al. (2018) introduziram um programa de reabilitação cognitiva orientado para objetivos. O programa foi estruturado para se alinhar com os objetivos de cada participante, promovendo uma abordagem direcionada e personalizada, no sentido de melhorar o desempenho cognitivo.

Clare et al. (2023) assistiram, de forma semelhante, os participantes na definição de metas de reabilitação, utilizando uma abordagem de resolução de problemas. Regan et al. (2017) introduziram uma intervenção personalizada, denominada MAXCOG, que se concentrou em objetivos individualmente significativos. Esta abordagem envolveu a aprendizagem de nomes em eventos sociais, melhorando a adesão à medicação e estimulando a memória para atividades específicas.

Ambas as intervenções foram adaptadas a todos os participantes, ao reconhecer e responder individualmente às suas necessidades e desafios cognitivos.

1.3.2 - Aconselhamento

No contexto de intervenções de aconselhamento, vários estudos utilizaram estratégias distintas para abordar vários aspectos da saúde e do bem-estar.

Shimada et al. (2018) implementaram uma abordagem de aconselhamento na qual os instrutores educavam os participantes sobre envelhecimento, nutrição, cuidados de higiene oral, fragilidade e incontinência urinária. Esta intervenção foi complementada com panfletos informativos sobre os diferentes temas.

Kim (2019) utilizou aconselhamento telefônico, abrangendo uma variedade de itens, incluindo a automonitorização física e psicológica, estratégias para lidar com o *stress*, promoção da saúde, nutrição e dieta, competência social e desafios na comunidade. Esta abordagem abrangente teve como objetivo fornecer uma orientação de caráter holístico à pessoa.

Juárez-Cedillo et al. (2020) utilizaram a estratégia de aconselhamento para promover a interação pessoal, aumentar a autoestima e a segurança pessoal. A abordagem visou aumentar o bem-estar psicológico e emocional, enriquecendo ainda mais o âmbito das intervenções de aconselhamento.

Clare et al. (2023) aplicaram o aconselhamento a fim de orientar os participantes a definir e alcançar até três objetivos de reabilitação, através de uma abordagem de resolução de problemas. Também abordaram desafios emocionais e motivacionais, aplicando estratégias de regulação emocional e ativação comportamental, consoante a necessidade.

1.3.3 - Estratégias compensatórias e restaurativas

Greenaway et al. (2013) introduziram um sistema de suporte de memória composto por um

calendário de duas páginas por dia e um sistema de anotações adaptado de forma a facilmente ser acondicionado num bolso ou carteira. Este sistema foi concebido para oferecer um meio prático de organizar e reter informações diárias, melhorando a memória e a funcionalidade dos participantes.

Por outro lado, Hindle et al. (2018) adotaram uma abordagem mais ampla ao incorporar estratégias a fim de gerir dificuldades cognitivas, situações práticas e sintomas de ansiedade.

1.3.4 - Terapia de reminiscência

Amieva et al. (2016) e Nakamura et al. (2016), realizaram terapia de reminiscência em grupo, a fim de melhorar o envolvimento cognitivo e o bem-estar dos participantes.

Nakamura et al. (2016) incentivou a discussão entre os participantes, centrada em eventos diários ou sazonais da sua juventude, promovendo uma exploração coletiva de experiências passadas. Esta abordagem foi complementada pela integração de recursos visuais, incluindo imagens e itens relevantes, como forma de aprofundar as conexões sensoriais e enriquecer a experiência da terapia de reminiscência.

Da mesma forma, Amieva et al. (2016) adotaram uma abordagem em grupo, mas introduzindo um programa estruturado para terapia de reminiscência. Este programa personalizado centrava-se em diversos temas pessoais, abrangendo dias letivos, aniversários, casamentos, vida profissional e épocas festivas.

1.3.5 - Treino de memória e atenção

Peng et al. (2019) exploraram o treino de memória e atenção utilizando diversas técnicas. A sua estratégia incluiu o treino com prancha de sete peças, para desafiar e melhorar a recuperação da memória. Foram ainda desenvolvidas atividades como exercícios de memória de leitura de imagens e recitação de frases. Além disso, direcionaram o desenvolvimento da atenção por meio de treino de reação de cores e exercícios Schulte Grid.

Kim (2019) introduziu um programa inovador de treino de memória. A abordagem individual foi facilitada por telefone e centrou-se no envolvimento dos participantes em discussões sobre notícias, partilha de rotinas diárias e planeamento para os próximos dias ou semanas.

Além desses estudos, Juárez-Cedillo et al. (2020) contribuíram com um programa de estimulação cognitiva multicomponente, que abrange aspetos cognitivos como o prestar atenção e manter a orientação.

1.3.6 - Treino de cálculo

Peng et al. (2019) aplicaram uma estratégia de treino de cálculo envolvendo duas questões diretas e uma questão simples em cada sessão de intervenção. Da mesma forma, Amieva et al. (2016)

desenvolveram um programa para estimular diversas funções cognitivas e AVD's. A abordagem incluiu treino de cálculo através de tarefas como a contagem de dinheiro, a fim de melhorar a gestão financeira doméstica.

Kim (2019) introduziu um programa distinto de parceria para pessoas com demência que utilizava interações telefônicas. Este programa apresentava itens de cognição personalizados, incluindo verificação de cálculos para dias da semana específicos, contagem de números ao contrário, jogos de listagem de palavras relacionadas e contagem de palavras em pares.

1.3.7 - Treino em modalidade de dupla tarefa

Shimada et al. (2018) utilizaram o treino de dupla tarefa, combinando exercícios aeróbicos, treino de força muscular e do equilíbrio postural com tarefas cognitivas.

Lemke et al. (2019) também incorporou na sua abordagem esta modalidade, com treino motor-cognitivo baseado em jogos computadorizados numa plataforma de equilíbrio interativa.

1.3.8 - Treino cognitivo baseado em jogos computadorizados

Vários estudos exploraram a eficácia do treino cognitivo baseado em jogos computadorizados, na melhoria da função cognitiva, em pessoas com vários graus de compromisso cognitivo. Embora esses estudos compartilhem a abordagem de utilização de jogos computadorizados para estimular habilidades cognitivas, diferem em termos de metodologia, estratégias de intervenção e resultados.

No estudo de Han et al. (2017), foi introduzido um programa de treino de memória usando um tablet iPad. A tarefa dos participantes seria memorizar e recordar imediatamente as palavras exibidas na tela. Esta abordagem autoadministrada demonstrou-se promissora na mitigação do declínio cognitivo em pessoas com compromisso cognitivo leve. Da mesma forma, Law et al. (2019) utilizaram jogos computadorizados, num grupo supervisionado por um terapeuta ocupacional. O treino abrangeu múltiplas funções cognitivas, tendo demonstrado resultados positivos ao longo de oito semanas.

Manenti et al. (2020) adotaram uma abordagem mais imersiva, ao utilizar um sistema de reabilitação de realidade virtual para treinar habilidades como memória, orientação espacial e funções executivas. Em contraste, Torpil et al. (2021) exploraram o uso de jogos de realidade virtual disponíveis comercialmente, destacando os potenciais benefícios de jogos, mesmo aqueles com caráter de entretenimento.

Van Balkom et al. (2022) introduziu um treino cognitivo on-line, de caráter adaptativo, baseado na plataforma "Braingymmer". O foco foi a atenção, velocidade de processamento e funções executivas, ajustando a sua dificuldade de acordo com o desempenho de cada participante. Enquanto isso, Lemke et al. (2019), utilizaram treino de dupla tarefa, através de jogos computadorizados baseados em treino motor e cognitivo, numa plataforma de equilíbrio interativa, juntamente com um programa de

exercícios de aprendizagem motora, com foco em manobras compensatórias de sentar e levantar.

1.4 - A REABILITAÇÃO COGNITIVA NA DEMÊNCIA À LUZ DO REFERENCIAL TEÓRICO DE DOROTHEA OREM

Em termos de reabilitação, a enfermagem, tem vindo a sofrer mudanças paradigmáticas, com a construção de modelos, que proporcionam um olhar holístico dos cuidados de enfermagem, centrado na pessoa, e com vista à melhoria do autocuidado e independência funcional (Gutenbrunner et al., 2021). O recurso a teorias é o fio condutor para uma atuação sistematizada, sustentada no conhecimento formal de enfermagem (Ribeiro et al., 2021), que se traduz em eficiência, e onde se procede à colheita de dados e à sua organização intencional, bem como formulação de diagnósticos, planeamento e implementação das intervenções, e ainda definição de resultados, tendo por base a mesma orientação (Martins et al., 2018).

O autocuidado surge como um dos conceitos centrais da enfermagem, e particularmente da ER, onde o referencial teórico de Dorothea Orem tem um contributo relevante, para a construção do cuidado do EEER (Ribeiro, 2021), como agente impulsionador do desenvolvimento da pessoa para as ações de autocuidado, estimulando a prevenção, o tratamento e a reabilitação (Ribeiro et al., 2021).

No referencial teórico de Dorothea Orem, são integradas três teorias: Teoria do Autocuidado (exibe o porquê e o modo como as pessoas cuidam de si próprias), Teoria do Défice do Autocuidado (explora as razões pelas quais as pessoas necessitam de cuidados de enfermagem) e a Teoria dos Sistemas de Enfermagem (explica o modo como os enfermeiros e/ou as pessoas dão resposta às necessidades de autocuidado) (Wills, 2016).

Estas teorias incluem seis conceitos centrais: autocuidado,³ação de autocuidado,⁴ necessidade terapêutica de autocuidado, défice de autocuidado, serviço de enfermagem e sistema de enfermagem. Para além destes, são ainda considerados alguns conceitos mais periféricos, os fatores condicionantes básicos, como a idade, o sexo, o estado de desenvolvimento, o estado de saúde, a orientação sociocultural e os fatores do sistema de atendimento de saúde (Petronilho, 2012).

Orem entende a pessoa e o ambiente como uma unidade e admite que todos os seres humanos, ao longo da vida, estão dispostos a ocupar-se de si e dos seus familiares dependentes, evidenciando ou tendo potencial para desenvolver a capacidade para aprender a satisfazer as suas necessidades de

³**Autocuidado** é a prática de atividades que favorecem o aperfeiçoamento e amadurecem as pessoas, que a iniciam e desenvolvem dentro de espaços de tempo específicos e cujos objetivos são a preservação da vida, bem como o bem-estar pessoal (Orem, 2001).

⁴**Ação de autocuidado** é definida como a capacidade para a pessoa se envolver e ajustar ao autocuidado, sendo afetada pelos fatores condicionantes básicos (Petronilho, 2012).

autocuidado (Ribeiro, 2021). No entanto, em algum momento as necessidades de autocuidado excedem a capacidade de as realizar. Nesta situação, as pessoas experimentam desvios na saúde, sendo neste enquadramento que o EEER se assume enquanto agente terapêutico (Wills, 2016).

1.4.1 - Teoria do autocuidado

O autocuidado diz respeito à capacidade da pessoa para cuidar de si própria, assumindo a responsabilidade do seu próprio bem-estar (Ribeiro et al., 2021). Dorothea Orem afirma que todas as pessoas têm potencial para o autocuidado, que foi adquirido através das experiências, capacidades e saberes, ao longo da vida (Orem, 2001). A pessoa desempenha, assim, um papel ativo para prevenir a doença e a incapacidade, para restabelecer e manter a saúde. Encontrando-se o autocuidado realizado, é possível manter a integridade estrutural e o funcionamento humano (Martins et al., 2016).

Esta ação pode ser condicionada por fatores como o desenvolvimento, orientação, condição de saúde, adequação e disponibilidade de recursos, entre outros, podendo na sua base estar envolvidos vários domínios, como o físico, psicossocial, cognitivo, emocional e comportamento (Orem, 2001).

O domínio cognitivo remete-nos para o conhecimento do estado de saúde e a capacidade cognitiva para cumprir a ação do autocuidado, ação que, como já foi referido anteriormente, se pode encontrar comprometida, em diversos graus, na demência (Wills, 2016).

Pretende-se através de intervenções no âmbito da reabilitação cognitiva, maximizar esta dimensão de forma a que a pessoa mantenha a capacidade para executar o seu autocuidado, e, portanto, manter a funcionalidade.

1.4.2 - Teoria do défice do autocuidado

A pessoa desempenha um papel ativo para cuidar de si própria, assumindo responsabilidade no seu bem-estar. A realização do autocuidado permite manter a integridade e a sua funcionalidade (Martins et al., 2016). A teoria do défice de autocuidado reconhece que existem necessidades no autocuidado que podem ser superiores à capacidade da pessoa para as satisfazer (Ribeiro, 2021).

São definidas três categorias de requisitos de autocuidado: requisitos universais de autocuidado,⁵ requisitos de autocuidado de desenvolvimento⁶ e requisitos de autocuidado no desvio de saúde⁷ (Martins et al., 2016).

O défice do autocuidado permite compreender o papel da pessoa no seu autocuidado, para além de nortear as intervenções de enfermagem no sentido da sua satisfação. Existindo uma relação entre

⁵**Requisitos universais de autocuidado** estão relacionados com processos de vida e manutenção da integridade da estrutura e funcionamento humano.

⁶**Requisitos de autocuidado de desenvolvimento** estão relacionados com o processo de desenvolvimento humano, condições, situações ou eventos ao longo do ciclo de vida, que podem influenciar negativamente o desenvolvimento pessoal.

⁷**Requisitos de autocuidado no desvio de saúde**, são aqueles exigidos em situação de doença ou lesão (Martins et al., 2016).

a exigência daquilo que se depara e a capacidade da pessoa, o enfermeiro assume-se, quando existe um desequilíbrio entre aqueles fatores, como o agente terapêutico com competência na prescrição, coordenação e integração de cuidados de enfermagem na vida da pessoa e dos seus entes significativos (Orem, 2001).

Depois de identificadas as necessidades no âmbito do autocuidado, a intervenção do EEER pode passar por fazer, orientar, ensinar, prestar apoio físico/psicológico ou garantir um ambiente adequado ao desenvolvimento pessoal (Petronilho, 2012). A sua intervenção especializada tem em vista a capacitação para a sua concretização (Wills, 2016).

Pretende-se, em parceria, estabelecer um plano de cuidados que permita potenciar as habilidades preservadas e otimizar aquelas que progressivamente se podem degradar. Esta intervenção visa a manutenção da funcionalidade e integração da pessoa no meio onde está envolvida, na perspetiva da manutenção do seu papel na família e comunidade, e diminuir o desgaste dos cuidadores (Ribeiro, 2021).

1.4.3 - Teoria dos sistemas de enfermagem

A teoria dos sistemas de enfermagem explica as relações que devem ser construídas e mantidas no sentido de uma prática baseada na capacidade e no défice para o autocuidado da pessoa, subordinada às teorias do autocuidado e do défice do autocuidado (Ribeiro et al., 2016). Nesta teoria é definido como os enfermeiros, as pessoas alvo dos cuidados ou ambos dão resposta às necessidades da pessoa e família (Orem, 2001).

São definidas três classificações de sistemas de enfermagem: o Sistema Totalmente Compensatório,⁸Sistema Parcialmente Compensatório⁹ e o Sistema de Apoio/Educação¹⁰ (Orem, 2001).

Apesar dos enfermeiros de cuidados gerais, no seu exercício profissional, atribuírem especial relevância ao autocuidado, os EEER, na sequência da sua formação avançada, integram de forma fluida e intencional esta área no planeamento dos cuidados, definindo como principais metas a promoção do autocuidado, a reconstrução da autonomia e do bem-estar (Ribeiro, 2021).

O declínio funcional progressivo associado à perda da autonomia, a dificuldade na satisfação dos autocuidados, a alteração ou perda do papel no meio onde a pessoa com demência está inserida, bem como dos seus cuidadores (Marques et al., 2022), seja em situações de hospitalização por doença

⁸No Sistema totalmente compensatório o enfermeiro concretiza o autocuidado da pessoa, compensando a incapacidade na sua execução, apoiando-a e protegendo-a.

⁹No Sistema parcialmente compensatório o enfermeiro compensa as limitações no autocuidado e assiste a pessoa consoante necessário.

¹⁰No Sistema de apoio/educação, a pessoa executa todos os seus autocuidados, sendo o enfermeiro que regula o desenvolvimento de atividades para a sua concretização, oferecendo apoio, ensinamentos e orientações (Martins et al., 2016).

aguda, institucionalização ou no domicílio, exige uma abordagem sustentada na manutenção da funcionalidade e bem-estar, promovendo a autonomia e a dignidade em todos os estádios da doença, sendo a teoria de Orem aquela que melhor poderá ajudar a responder a este desígnio (Martins et al., 2016).

2 - DESCRIÇÃO, ANÁLISE E REFLEXÃO DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

Neste capítulo, pretende-se descrever e analisar as atividades realizadas em contexto de estágio, que conduziram ao desenvolvimento de competências comuns do EE, específicas do EEER e aquelas referentes ao grau académico de Mestre.

A competência é definida como uma medida individual de habilidades e conhecimentos, que capacitam a pessoa a desenvolver um determinado trabalho. Nela, está implícita uma ação, observável e mensurável, um conteúdo, como um assunto, um tipo de desempenho ou uma tarefa concreta, e um contexto, com as limitações ou condições do ambiente (International Council of Nurses, [ICN], 2019). Numa perspetiva abrangente, e não se limitando apenas ao conjunto de conhecimentos teóricos que a pessoa detém, pode-se definir como um saber agir responsável e reconhecido, que implica mobilizar, integrar, transferir conhecimentos, recursos e habilidades, que agreguem valor económico à organização e valor social ao indivíduo (Fleury et al., 2001).

O EE é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados especializados de enfermagem. A atribuição deste título pressupõe que estes profissionais partilhem um conjunto de competências comuns, para além daquelas enunciadas nos regulamentos da respetiva especialidade em enfermagem (Regulamento 140/2019).

No quadro de qualificações do espaço europeu no ensino superior, os descritores de Dublin caracterizam os resultados e as aptidões que representam a conclusão de um ciclo. Estes descritores referem-se a cinco dimensões: conhecimento e capacidade de compreensão, aplicação de conhecimentos e da capacidade de compreensão, realização de julgamento/tomada de decisões, comunicação e aptidões para a aprendizagem (Direção-Geral do Ensino Superior [DGES], 2013).

No sentido do desenvolvimento destas competências, foram definidos os seguintes objetivos gerais:

- Desenvolver competências específicas de intervenção do EEER na reabilitação cognitiva da pessoa com demência;

- Desenvolver competências específicas de intervenção do EEER na área motora, sensorial, cognitiva, cardiorrespiratória, da alimentação, da eliminação e da sexualidade.

2.1 - COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

O EE, como profissional com formação especializada e uma vasta experiência de trabalho, desenvolve o seu papel integrado em equipas multidisciplinares, com competências que visam a melhoria contínua de cuidados, o trabalho em equipa e a prática suportada pela evidência, em diferentes domínios, descritos no respetivo regulamento (Regulamento 140/2019).

Para o desenvolvimento das competências nos diferentes domínios, foram delineados objetivos específicos. Seguidamente irão ser descritas e analisadas as atividades realizadas em contexto de estágio que permitiram a concretização destes objetivos e o desenvolvimento das competências comuns do EE.

2.1.1 - Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

Este domínio engloba as competências A1, *Desenvolve uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional* e A2, *Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais*.

No sentido de desenvolver as competências neste domínio, foi delineado o seguinte objetivo específico: *Desenvolver uma prática profissional ética e legal, agindo de acordo com as normas legais, princípios éticos e deontologia profissional, suportada pela evidência científica*.

O EE deve suportar a tomada de decisão em juízo baseado no conhecimento e experiência, construindo estratégias de resolução dos problemas com a pessoa e família, participando na construção da tomada de decisão em equipa, promovendo no seu seio o exercício profissional respeitando a deontologia, suscitando a reflexão sobre os processos de tomada de decisão e avaliando os resultados desse processo (Regulamento 140/2019).

Para a realização das atividades, estiveram presentes os princípios implícitos no Código Deontológico do Enfermeiro (CDE), o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), o Regulamento das Competências Comuns do EE e o Regulamento das Competências Específicas do EEER.

Pilar essencial para a prática dos Enfermeiros, o CDE é onde se enunciam os deveres profissionais, enraizados nos direitos dos cidadãos e das comunidades a quem se dirigem os cuidados e as responsabilidades que a profissão assumiu (OE, 2015).

A prática clínica desenvolvida no estágio assentou num conceito moral, a preocupação com o bem-estar de outros seres humanos, para além da qualidade científica e técnica, pressupostos básicos para a estruturação de qualquer intervenção junto da pessoa alvo de cuidados e dos seus cuidadores informais e família, procurando zelar por estes valores essenciais, na responsabilidade acrescida de futura perita na área de ER.

Na procura da melhor decisão quanto ao cuidado a prestar, é nos seus deveres deontológicos que o enfermeiro encontra uma base para justificar a sua ação (Deodato, 2014).

O respeito pela dignidade humana é um valor autónomo e específico, inerente aos seres humanos, sendo considerado um princípio ético, moral e uma disposição do direito. Para além de representar um princípio estruturante, considerado na Declaração Universal dos Direitos do Homem, e do

ordenamento jurídico, consagrado na Constituição da República, é fundamental para a deontologia da Enfermagem. É o verdadeiro pilar do qual decorrem os outros princípios e tem de estar presente de forma inequívoca, em todas as decisões e intervenções (OE, 2015).

Ao procurar que a pessoa tenha possibilidade de exercer os seus direitos, garantindo-lhe condições para um exercício digno, o agir ético de enfermagem acrescenta a promoção da cidadania como elemento ético da sua ação profissional, através da decisão pelo cuidado que respeita cada direito, parte integrante da condição de cidadão com que a pessoa se apresenta aos cuidados de saúde e de enfermagem (Deodato, 2014).

No sentido da promoção do respeito pela autodeterminação da pessoa, considerando os seus hábitos, valores e crenças, procurou-se realizar uma colheita de dados junto da pessoa e cuidadores que fornecesse os dados relevantes, bem como no processo clínico (respeitando o dever de sigilo e confidencialidade), nomeadamente nas suas preferências e áreas de interesse, permitindo adequar as intervenções de forma a terem significado para a pessoa e família. Na base desta personalização do cuidado esteve o estabelecer de uma parceria com a pessoa e seus cuidadores/família.

O cuidado personalizado, mais do que a individualidade dos cuidados, requer o estabelecimento de uma relação empática e o compromisso na relação enfermeiro-pessoa, assumindo uma tomada de decisão conjunta no processo de cuidados, respondendo às necessidades de forma holística e atendendo às crenças e valores da pessoa, tendo em vista a obtenção de melhores resultados em saúde (Fernandes & Vareta, 2019).

Mesmo nas situações em que a consciência se encontra alterada, como a Senhora (Sra.) D.C. (Apêndice 3), na fase inicial de intervenção, os princípios éticos, os valores e os deveres enquanto profissional não foram alterados perante a sua condição, e as intervenções realizadas visavam, acima de tudo, a preservação da dignidade, numa ação ética e de respeito pela sua individualidade e necessidade de cuidados.

Nas situações em que a pessoa não tinha capacidade de decidir sobre os cuidados que lhe foram prestados, agiu-se tendo por base o respeito pela dignidade humana, na defesa pelo melhor interesse da pessoa, procurando o melhor cuidado (Ribeiro, 2021).

Nestes casos, pautando as intervenções pelo respeito pela dignidade humana, procurou-se transmitir aos cuidadores de pessoas com demência (formais e informais), técnicas para lidar com os comportamentos da pessoa que salvaguardam a sua dignidade e permitem a efetivação de um cuidado de qualidade com vista a garantir a sua segurança e bem-estar. De forma a otimizar as sessões de educação e formação realizadas, foram desenvolvidos miniguias para os cuidadores de pessoas com demência (Apêndice 4).

No caso do Senhor (Sr.) J.G., o planeamento do programa de reabilitação cognitiva foi realizado de forma a que evitasse a frustração, dada a sua discromatopsia, e focado naqueles exercícios que promovessem a autonomia na sua execução. Para envolver a cuidadora informal e potenciar os efeitos

da reabilitação, foi elaborado um guia de exercícios cognitivos, que serve como um roteiro para capacitar tanto a pessoa como o seu cuidador para o programa de reabilitação (Apêndice 5).

É fundamental que o EER reconheça que o tempo disponível para intervenção direta com a pessoa é limitado. A incorporação dos princípios éticos na prática clínica implica a promoção da justiça, equidade e respeito pelos direitos humanos (OE, 2015). Assim, ao capacitar a pessoa e cuidador para a continuidade do treino cognitivo garantiu-se a implementação de cuidados consistentes, otimizando os resultados em saúde.

Também a sugestão de alterações no domicílio a fim de manter a sua mobilidade de forma segura, reduzindo o risco de queda, foi realizada com profundo respeito pelos seus hábitos de vida, realçando a importância da manutenção de um ambiente seguro e promotor da independência e autocuidado.

Ao valorizar o respeito pela autonomia da pessoa favoreceu-se a sua integração e a capacitação para participar ativamente no seu projeto de saúde, em parceria com a equipa, sendo o elemento central na tomada de decisão (Ribeiro, 2021).

Em contexto de UCCI, na prestação de cuidados à pessoa diagnosticada com demência com um quadro de imobilidade e pneumonias de aspiração frequentes, a fim de promover a alimentação por via oral em segurança, evitando uma técnica invasiva como a entubação nasogástrica, que iria contribuir para um decréscimo da sua qualidade de vida, também mediante a decisão em equipa e a cuidadora informal, foi desenvolvido um guia com os cuidados a ter para assegurar a alimentação em segurança (Apêndice 6). Desta forma, foi possível manter esta estratégia, com a ausência de complicações, frequentes até então.

No desenvolvimento de competências neste domínio, foi atingido o definido no descritor de Dublin “Realização de julgamento/tomada de decisões”, ao integrar conhecimentos e lidar com situações complexas, refletindo sobre as respetivas implicações e responsabilidades éticas e sociais (DGES, 2013).

2.1.2 - Domínio da melhoria contínua da qualidade

Este domínio engloba a competência B1 *Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica*, B2 *Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua* e B3 *Garante um ambiente terapêutico e seguro*.

No sentido de desenvolver as competências neste domínio, foi delineado o seguinte objetivo específico: *Desempenhar um papel dinamizador em programas de melhoria contínua da qualidade nos serviços*.

O EE mobiliza conhecimentos e habilidades, no garante da melhoria contínua da qualidade, orientando projetos institucionais, reconhecendo que a melhoria da qualidade envolve a avaliação das

práticas, eventual revisão das mesmas e implementação de programas de melhoria contínua. Numa atuação proativa promove a envolvimento adequada ao bem-estar, gerindo o risco (Regulamento 140/2019).

A escolha do tema da reabilitação cognitiva na pessoa com demência surgiu, para além de um interesse pessoal na temática, após a consulta das áreas de investigação prioritárias para a especialidade de ER, sendo as intervenções autónomas do EEER na função cognitiva consideradas como área prioritária de investigação para o desenvolvimento da disciplina (OE, 2014a).

A investigação é um processo sistemático de criação de conhecimento, mas ao mesmo tempo é um processo criativo, que exige liberdade, persistência e variadas condições (OE, 2014b). A utilização da investigação para conduzir a intervenção e desenvolver pesquisa sobre a sua prática é uma demonstração de enfermagem avançada. Uma prática refletida, crítica e sustentada em conhecimentos e capacidades conduz à evolução da profissão, sendo uma responsabilidade dos enfermeiros o desenvolvimento da profissão, no sentido de mais arte e maior ciência, mais humanismo na aplicação da prática e maior consolidação de conhecimentos no nosso domínio (Fernandes & Vareta, 2019).

No sentido de desenvolver competências ao nível da melhoria da qualidade, foi fundamental aprofundar conhecimentos teóricos, bem como o conhecimento de normas e protocolos dos serviços. Foram elaborados guiões de entrevista adaptados a cada contexto de estágio, aplicados em entrevista com o Enfermeiro Gestor e EEER orientador. Este instrumento permitiu a recolha de conhecimento sobre a metodologia de trabalho do EEER, população alvo, instrumentos de avaliação utilizados, indicadores, instrumentos de registo, projetos de melhoria de qualidade de enfermagem, protocolos institucionais e necessidades sentidas em termos formativos (Apêndice 7).

Para assegurar o desenvolvimento de práticas de cuidados de qualidade, utilizaram-se os aplicativos informáticos para realização de registos de enfermagem, em uso em cada contexto de estágio, bem como se aplicaram escalas de avaliação e monitorização da evolução em função das atividades desenvolvidas, contribuindo para a produção de indicadores de qualidade de enfermagem e de ER.

Os indicadores são fatores ou variáveis quantitativas ou qualitativas, representando um meio fidedigno e simples de tornar um fenómeno mensurável, ilustrando mudanças associadas a uma determinada intervenção, descrevendo e fornecendo indícios sobre esse fenómeno, em determinado espaço e tempo, possibilitando a avaliação da qualidade dos ganhos em saúde e a identificação de oportunidades de melhoria (OE, 2014b).

O documento *Bilhetes de identidade dos indicadores por categoria de enunciados descritivos dos padrões de qualidade dos cuidados de ER* fornece uma base para a efetividade e eficácia dos cuidados através de indicadores de processo e resultado relacionado com as diversas áreas de atuação, desde o internamento a cuidados de saúde primários (OE, 2018a). A sua consulta foi fundamental para a

compreensão destes indicadores e contribuir para a avaliação das práticas clínicas nos locais de estágio.

A produção de indicadores de enfermagem será sempre o fim de linha de um processo que está relacionado com a intencionalidade da ação profissional junto dos cidadãos, onde é evidenciada a sua utilidade social (Petronilho, 2009).

No decurso das entrevistas realizadas e contato com a equipa multidisciplinar, foram identificadas áreas com necessidade de formação. O EE deve identificar as lacunas na atuação da equipa onde se encontra inserido, devendo intervir por forma a minimizá-las. Encontra-se previsto no regulamento de competências destes profissionais as dimensões de educação dos clientes e seus pares, orientação, aconselhamento, liderança, incluindo a responsabilidade de disseminar e levar a cabo investigação relevante e pertinente, que permita avançar e melhorar de forma contínua a prática de enfermagem (Regulamento 140/2019).

Na unidade de internamento da Rede Nacional de Cuidados Nacionais Integrados (RNCCI), perante o elevado número de utentes com demência, e de forma a mobilizar conhecimentos e habilidades, garantindo a melhoria contínua da qualidade, foi realizado uma ação de formação: “O Utente com Demência: Estratégias para os Cuidados”, desenvolvida em duas sessões (Apêndice 8). De forma a complementar a formação, foram elaborados posters que foram distribuídos em locais estratégicos da unidade (Apêndice 9).

Ainda nesta unidade, foi identificada a dificuldade da equipa em avaliar a função cognitiva dos utentes, nomeadamente nos momentos de referenciação aquando da alta. Nesse sentido, foi planeado o projeto: “Avaliação Cognitiva: o percurso passo a passo”, que permite que os profissionais realizem uma avaliação completa da função cognitiva da pessoa. Posteriormente foi realizado um poster alusivo ao tema, o qual foi afixado na sala de trabalho da unidade (Apêndice 10).

No serviço de internamento hospitalar, na Medicina, foi identificada a necessidade de aprofundar conhecimentos sobre a alimentação da pessoa com demência. Neste sentido foi desenvolvido o projeto: “À mesa com a demência: o desafio da alimentação”, que culminou com a realização de uma sessão de formação aos elementos da equipa de enfermagem (Apêndice 11). De referir a avaliação bastante positiva da sessão pela equipa.

Na UCCI foi identificada a ausência de material de apoio para o desenvolvimento de intervenções de estimulação cognitiva, área muitas vezes delegada para segundo plano, apesar de considerada a sua importância, dado o elevado número de utentes e a complexidade de intervenções. Foram discutidas com a EEER orientadora estratégias e técnicas de exercícios em modalidade de dupla tarefa, tal como identificado na revisão *scoping*. Neste sentido foi elaborado um guião de exercícios cognitivos, com material diverso em formato digital e ajustável à pessoa, o qual ficou disponível na unidade para utilização futura (Apêndice 12).

No serviço de Ortopedia, existia a necessidade de criar um instrumento de registo sobre a avaliação

e intervenções do EEER, tendo sido contruído neste contexto, e em coautoria, dois documentos em formato Excel (Apêndice 13). Estes instrumentos permitem extrair indicadores de avaliação das intervenções do EEER.

É essencial selecionar indicadores e desenvolver instrumentos que permitam avaliar os resultados das intervenções realizadas pelos EEER. Essas ferramentas são fundamentais para garantir a eficácia e qualidade dos cuidados prestados (OE, 2016).

De forma a garantir a continuidade de cuidados, foram realizados sob supervisão do EEER orientador, notas de alta da ECCI para a equipa de saúde familiar de utentes com alta desta tipologia de cuidados, bem como referências de pessoas em internamento hospitalar para a RNCCI, de modo a manter o seu plano de reabilitação.

No sentido da garantia de um ambiente terapêutico e seguro, todas as intervenções foram planeadas e executadas de forma a prevenir acidentes. Em contexto domiciliário, identificaram-se várias barreiras e obstáculos, que de forma criativa e respeitando o espaço, a autonomia e crenças da pessoa, foi necessário otimizar e contornar. A escolha de material de apoio, nomeadamente auxiliares de marcha, foi fundamental para a manutenção da segurança e utilitarismo. A promoção de um ambiente terapêutico incentiva a prática profissional e a autonomia da profissão, afetando positivamente a perceção sobre a qualidade dos cuidados bem como a satisfação das pessoas com o cuidado prestado (Gurkova et al., 2021).

A adequação do domicílio é um desafio delicado, onde o respeito pelo outro impera, a par com a sua necessidade de proteção. Neste contexto, o envolvimento da família e cuidadores é um ponto chave para o sucesso das intervenções e adesão nas mesmas, pelo que o EEER deve envolver estes cuidadores na parceria de cuidados de forma a aumentar a eficácia da intervenção (Ribeiro, 2021).

No desenvolvimento de competências neste domínio, foi atingido o definido no descritor de Dublin “conhecimento e capacidade de compreensão” no sentido do desenvolvimento e aplicação de conhecimentos obtidos no 1º ciclo, aplicando em situações originais e em contexto de investigação, de “aplicação de conhecimentos e compreensão”, em contextos alargados e multidisciplinares, e relacionados com a área de estudo, “comunicação”, pela comunicação de conhecimentos e raciocínios e “competências de autoaprendizagem”, ao desenvolver competências de auto aprendizagem, de forma auto-orientada e autónoma (DGES, 2013).

2.1.3 - Domínio da gestão dos cuidados

Este domínio engloba a competência C1 *Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde* e C2 *Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados*.

No sentido de desenvolver as competências neste domínio, foi delineado o seguinte objetivo

específico: *Desenvolver competências na área de gestão de cuidados de enfermagem e articulação na equipa de saúde.*

O EE realiza a gestão dos cuidados, otimizando as respostas de enfermagem e da equipa de saúde, disponibilizando assessoria, colaborando nas decisões da equipa de saúde, supervisionando as tarefas delegadas, no garante da segurança e qualidade. Adaptando a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visa a garantia da qualidade dos cuidados, negociando e utilizando recursos de forma eficiente para promover a qualidade e adaptando o estilo de liderança de forma a obter a melhor resposta do grupo e dos indivíduos (Regulamento 140/2019).

A adequada gestão de recursos e coordenação de cuidados exige um trabalho cooperativo e de efetiva articulação com todos os elementos da equipa, a nível intra e/ou inter instituições (Ribeiro, 2021). Neste sentido, e para a obtenção de ganhos para a pessoa, a articulação deve ocorrer entre todos os elos da equipa que intervém com a pessoa e família, em colaboração. O conceito de colaboração integra as capacidades e competências únicas dos vários profissionais de saúde, que, quando articuladas, contribuem para o objetivo da qualidade em saúde no atendimento à pessoa (Fernandes & Vareta, 2019).

Em contexto domiciliário, na UCCI, nas reuniões semanais da equipa era discutido de forma integrada o plano de cuidados para a pessoa. Neste sentido, realizou-se assessoria à equipa multidisciplinar, em aspetos realizados com alterações da deglutição, reeducação funcional respiratória, adesão terapêutica, reeducação motora, e avaliação cognitiva. Sendo esta a área de estudo (reabilitação cognitiva), existiu uma maior facilidade em assumir e colaborar nas decisões da equipa de forma sustentada.

Em contexto de internamento na RNCCI, assistindo aos momentos de passagem de turno, identificou-se intercorrências e necessidades de intervenção, nomeadamente, a nível das alterações da deglutição e agravamento de quadros comportamentais onde, juntamente com a EEER orientadora, intervimos na avaliação, instrução e treino de técnicas facilitadoras e seguras para a pessoa.

A identificação da necessidade de formação sobre a temática de estratégias facilitadoras para os cuidados à pessoa com demência com a posterior realização da sessão de formação, foi muito gratificante, pelas manifestações de interesse e agrado com a sessão e o despertar de uma sensibilidade para a temática. Este momento de formação fomentou também a reflexão sobre as práticas de cuidados e necessidade de aquisição de conhecimentos dos profissionais, possibilitando o aumento da qualidade do cuidar. Desta forma contribuiu-se para a motivação da equipa para a prática diferenciada. O mesmo aconteceu após a sessão de formação realizada no Serviço de Medicina sobre os desafios da alimentação na pessoa com demência.

No serviço de internamento da Medicina, as intervenções foram discutidas no âmbito da equipa multidisciplinar, envolvendo a equipa médica, de enfermagem, fisioterapia, terapia da fala e terapia ocupacional, na partilha de dados de avaliação, planeamento e execução de técnicas.

A complexidade das problemáticas de saúde aliado a um novo paradigma na prestação de cuidados de saúde exige a cooperação e coordenação eficaz e eficiente entre as equipas prestadoras de cuidados de saúde. A coordenação dos diversos elementos da equipa, com a partilha de informação, a análise dos problemas e a discussão do plano de intervenção permitiu uma abordagem holística e sistematizada que potenciou os ganhos em saúde. As reuniões interdisciplinares proporcionaram a otimização na comunicação, colaboração e coordenação, no sentido da coresponsabilização, aumentando a confiança, o respeito e a clarificação de papéis, facilitando a tomada de decisão e o trabalho em equipa (Muller et al., 2015).

Sendo a área de intervenção a reabilitação cognitiva, participou-se com frequência na discussão da equipa sobre técnicas de intervenção nesta área, com posterior discussão sobre as medidas implementadas e os resultados das tomadas de decisão. Para tal, foi fundamental a integração na equipa multidisciplinar de cada serviço, conhecendo as normas, protocolos e cultura de cuidados numa perspetiva recetiva de partilha e constante aprendizagem.

Por parte da equipa multidisciplinar, foi solicitado apoio em situações de dificuldade na alimentação de pessoas com demência, onde existiu a oportunidade de partilhar e utilizar estratégias facilitadoras do processo e discutir e planear em equipa as metodologias eficazes na satisfação destas AVD.

Em situações de necessidade de avaliação da deglutição, a equipa solicitou apoio neste processo e prescrição da consistência da dieta. Existiu ainda oportunidade de colaborar com a equipa médica, de terapia da fala e fisioterapia no planeamento e execução de intervenções à pessoa com alteração da deglutição. Esta interação foi bastante enriquecedora, possibilitando desenvolver intervenções ajustadas às necessidades das pessoas. Possibilitou também o desenvolvimento de outras atividades tais como a utilização do *standing frame* na pessoa com Guillian-Barré, a utilização de videolaringoscopia em teste de deglutição e processo de encerramento de traqueostomia. No entanto, noutros contextos, esta interação e cooperação nem sempre foi fluida, tendo inclusive sido sentida alguma resistência na colaboração, nomeadamente na limitação de utilização de material para treino motor e ocupacional. Esta dificuldade foi contornada através da comunicação com o EEER orientador, mantendo uma conduta ética, de respeito e manifestando disponibilidade para aprendizagem.

No sentido de participar em protocolos com outras instituições, no serviço de Medicina, colaborou-se no protocolo de desmame de traqueostomia, a nível da seleção, avaliação, intervenção, monitorização e preenchimento da folha de registos das pessoas incluídas neste projeto.

Muitas vezes os horários para intervir com a pessoa coincidiam com a intervenção programada por outros profissionais, sendo necessária a gestão dos cuidados a fim de otimizar o planeamento de forma a que os ganhos desta sinergia suplantassem o eventual cansaço, intolerância e desmotivação.

Com a quantidade de pessoas em processo de desmame ventilatório e de descanulação da traqueostomia, foi necessário o planeamento de cuidados de reeducação funcional respiratória, que

exige muito dispêndio de energia, considerando a fase de desmame, as intercorrências e a estabilidade hemodinâmica, sendo fundamental priorizar intervenções.

A coordenação da equipa foi fundamental, em matéria de intervenções a realizar, gestão temporal, recursos materiais e humanos. Diariamente era realizado este planeamento com o EEER orientador, a equipa de saúde e a pessoa, contribuindo para a qualidade dos cuidados.

Descrito no modelo de desenvolvimento de competências em enfermagem de Benner, o enfermeiro competente tem a capacidade de estruturar um plano de cuidados, prevendo e controlando múltiplas atividades e eventos, relacionados com esse plano. O desenvolvimento da compreensão da situação, deixa de ser uma compilação de factos, tornando-se numa capacidade de análise global da situação, mobilizando, para além dos conhecimentos, a experiência e compreensão intuitiva da situação como suporte à ação (Benner, 2001).

No processo de treino de descanulação de traqueostomia, a coordenação com a equipa médica e terapia da fala era um ponto crucial, nomeadamente na identificação do momento de reavaliação, vigilância de complicações e solicitação de pareceres especializados. Os momentos de oclusão das cânulas de traqueostomia eram planeados, sempre que possível, com a visita de familiares, pela satisfação da pessoa e dos seus entes queridos no momento da emissão de som, facilitando a comunicação.

Frisar os ganhos, a evolução, as conquistas nos momentos de visita em contexto de internamento e durante as visitas domiciliárias em contexto da UCCI, garantia uma satisfação, motivação e confiança, numa esfera positiva e de incentivo no processo de cuidados.

O envolvimento dos familiares no processo de cuidados, tal como a inclusão da própria pessoa, visa a promoção da defesa da sua vida e dignidade. Esta ação revela-se promotora da autonomia da pessoa, da mesma forma que articula o respeito pela autogestão com a construção da decisão partilhada (Deodato, 2014).

No serviço de ortopedia, atendendo ao tempo limitado de internamento, era necessário iniciar um programa de reabilitação o mais precoce possível, nomeadamente no pós-operatório. Neste sentido, foi fundamental a articulação com a equipa médica, nomeadamente com o especialista em medicina física e de reabilitação, de forma a existir um planeamento complementar de cuidados, valorizando-se as competências de cada área profissional. Também foi fundamental a articulação com a equipa de enfermagem e assistentes operacionais, orientando a decisão relativa às tarefas a delegar, nos primeiros levantes, gestão da dor, incentivo ao autocuidado, bem como com a família na avaliação das condições do domicílio e ensinamentos atendendo, para além da individualidade de pessoa, ao tipo de cirurgia realizada e cuidados inerentes.

A envolvimento da família e/ou pessoas significativas neste processo foi em todos os contextos de estágio uma premissa para a adesão e efetividade dos cuidados prestados. A definição de objetivos realistas, individualizados, e ajustados às suas expectativas e necessidades foi uma pedra basilar.

A comunicação é uma peça chave para o cuidado. Seja com a pessoa e a família, ou com a restante equipa multidisciplinar, a capacidade de diálogo implica a existência de um elevado nível de competências, atitudes e valores entre os seus intervenientes, permitindo o respeito, a confiança, a partilha de conhecimentos, a adequação constante dos objetivos previamente traçados no plano terapêutico, a valorização de cada área de intervenção e a responsabilidade coletiva (Ribeiro, 2021).

A preparação para a alta foi planeada precocemente e a referência para a tipologia de cuidados adequada era uma preocupação constante. Existiu a oportunidade de participar na referência de pessoas de internamento hospitalar para a ECCI, transmitindo a situação atual, a história clínica, as intercorrências, as intervenções, o plano de reabilitação e a evolução observada. Também a referência para serviços na mesma instituição foi realizada, nomeadamente na agudização da pessoa, com necessidade de transferência para serviços com outra capacidade de resposta de cuidados, nomeadamente Unidade de Cuidados Intensivos.

O envolvimento do serviço social foi essencial para a avaliação das condições sociais, de habitabilidade e recursos na comunidade, numa visão holística para adequar as respostas às necessidades das pessoas, pelo que esta articulação e colaboração permitiu maximizar a intervenção.

Atendendo ao seu mandato social, bem como corpo de conhecimentos e competências, o EEER é o profissional mais capacitado para realizar uma avaliação holística da pessoa e ambiente, mobilizando os meios necessários para responder à complexidade da situação e satisfação das suas necessidades (Ventura-Silva et al., 2021).

No desenvolvimento de competências neste domínio, foi atingido o definido no descritor de Dublin “comunicação”, pela comunicação de conhecimentos e raciocínios de forma clara e “aplicação de conhecimentos e compreensão”, em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, na área de intervenção (DGES, 2013).

2.1.4 - Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

Este domínio engloba a competência D1 *Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade* e D2 *Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica*.

No sentido de desenvolver as competências neste domínio, foi delineado o seguinte objetivo específico: *Desenvolver uma prática profissional ética e legal, agindo de acordo com as normas legais, princípios éticos e deontologia profissional, suportada pela evidência científica*.

O EE, ao demonstrar a capacidade de autoconhecimento, reconhece os seus recursos e limites pessoais e profissionais, gerindo sentimentos e emoções em ordem a uma resposta eficiente, otimizando a congruência entre auto e heteroperceção. Alicerçando os processos de tomada de decisão e as intervenções em conhecimento válido, atual e pertinente, assume-se como facilitador nos processos de aprendizagem, atuando como formador oportuno em contexto de trabalho,

diagnosticando necessidades formativas, favorecendo a aprendizagem, a destreza nas intervenções e o desenvolvimento de habilidades e competências dos enfermeiros (Regulamento 140/2019).

A integração de novas equipas em contextos diferentes de atuação é por si, uma fonte geradora de *stress*, exigindo a adaptação a novas culturas organizacionais e metodologias de trabalho. Conhecer a equipa multidisciplinar, bem como as normas e procedimentos vigentes é fundamental no processo de integração ao local de estágio.

O autoconhecimento permitiu a adoção de uma postura de respeito pelo outro, vontade de aprender e procura proativa de oportunidades de crescimento, numa busca de conhecimento e de respostas para as questões que muitas vezes colocava com o utente/família e no seio da equipa. O investimento na relação com os elementos da equipa e a atenção nas necessidades que eram transmitidas eram alvo de reflexão, procurando representar uma mais valia neste momento formativo, através da atualização e procura constante de conhecimento.

Apesar da importância da reflexão individual, é fundamental a partilha de ideias e o confronto de opiniões potenciadoras da aprendizagem. Este processo reflexivo pressupõe orientação, de forma a aprofundar a análise (Fernandes & Vareta, 2019). A presença do EEER orientador bem como o docente orientador da ESSEM guiou este percurso de autoconhecimento, autoafirmação e identificação de necessidades formativas, sendo elos essenciais para o sucesso alcançado.

A reflexão é um processo mental básico, realizado com um propósito, um resultado, ou ambos, aplicado em situações em que a matéria é incerta ou não está estruturada, não existindo uma solução óbvia (Moon, 1999). Como processo, é um moderador de aprendizagem, pois atribui um novo significado às situações de incerteza ou singularidade que a prática permitiu experienciar. Integrada na prática, apoia os enfermeiros a reconhecer as suas fraquezas e forças, bem como as lacunas entre a teoria e a prática, expandindo o corpo de conhecimentos de enfermagem (Peixoto & Peixoto, 2016).

Deste processo reflexivo são tomadas decisões, inevitavelmente acarretando responsabilidades profissionais para a pessoa e família, e como tal, deve ser orientada pelos valores e princípios do CDE e REPE. O respeito pelos valores e crenças da pessoa, a sua dignidade e autonomia devem prevalecer em qualquer tomada de decisão.

Para a prestação de cuidados de excelência, que respondem às reais necessidades das pessoas, o EE deve basear a sua prática na evidência. Este é um método de resolução de problemas no âmbito da decisão clínica, que incorpora pesquisa da melhor e mais recente evidência, experiência e avaliação clínica e ainda às preferências da pessoa no contexto do cuidar (ICN, 2012).

Durante os estágios, procurou-se desenvolver conhecimentos através de pesquisa em bases de dados, bem como literatura de referência nas diferentes áreas temáticas. No domínio da reabilitação cognitiva na pessoa com demência, foi realizada uma revisão *scoping*, publicada numa revista indexada em bases de dados científicas internacionais com o quartil 1 pela classificação SCImago. Desta forma, para além de aprofundar conhecimentos sobre a temática, contribuiu-se para a construção e

disseminação de conhecimentos na área de ER.

Com o objetivo de incorporar os novos conhecimentos na prática, divulgando, discutindo e identificando lacunas a este nível nos diversos contextos, foram realizadas as ações de formação dirigidas às temáticas: “O utente com demência: Estratégias para os Cuidados” (Apêndice 8) e “À mesa com a demência: o desafio da alimentação” (Apêndice 11).

Este conjunto de sessões de formação permitiu assumir o papel de facilitador da aprendizagem, atuando como formador oportuno e responsável por promover o desenvolvimento da equipa multiprofissional. O processo teve início com o diagnóstico das necessidades formativas, o qual foi construído através de entrevistas com o enfermeiro gestor e EEER orientador, bem como através do contato diário com os profissionais de saúde. Com base nas informações obtidas, foram desenvolvidas sessões e materiais formativos.

Foi ainda realizada a participação nas Jornadas Científicas da Egas Moniz, no dia 29 de novembro de 2023, com os posters, em coautoria: “Intervenções de Reabilitação Cognitiva na Pessoa com Demência – Revisão *Scoping*” (Apêndice 14), “Programa de treino domiciliário em modalidade *dual-task* para Pessoas com demência” (Apêndice 15):” À mesa com a pessoa com demência: o desafio da alimentação” (Apêndice 16).

É fundamental que o EEER suporte a sua prática clínica em evidência científica, colaborando em estudos de investigação, os quais foram referidos anteriormente. Através da realização e disseminação de resultados da revisão *scoping* e também no projeto de investigação sobre o desmame de traqueostomia onde se participou na colaboração para a seleção e avaliação dos participantes, foi realizado um contributo para a construção do corpo de conhecimentos de ER.

No contexto Comunitário, foi possível participar no programa desenvolvido pela UCCI, que consiste em sessões de formação direcionadas a cuidadores formais e informais de pessoas com demência.

Existiu a oportunidade de contribuir para a dinamização de duas sessões de formação, subordinadas aos temas: “As atividades de vida diárias na demência” e “Comportamentos desadequados na demência”. Esta foi uma experiência muito enriquecedora de partilha de conhecimentos, demonstração de técnicas facilitadoras para gestão do dia a dia, onde, em comum com os restantes colegas, foi criado um site para partilha de miniguias e posters elaborados no contexto deste programa. Foram realizados em coautoria os miniguias subordinados aos temas “Alimentação na Demência: qual a receita?” e “Agitação: Estratégias para uma vida com dignidade” (Apêndice 4), bem como com os posters “Estratégias Promotoras da Autonomia nas Atividades de Vida Diária na Pessoa com Demência” (Apêndice 17) e “Estimulação Sensorial da Pessoa com Demência” (Apêndice 18).

No desenvolvimento de competências neste domínio, foi atingido o definido no descritor de Dublin “conhecimento e capacidade de compreensão”, ao procurar desenvolver e aprofundar conhecimentos adquiridos no 1º ciclo, constituindo uma base de desenvolvimento, também em contexto de

investigação, “aplicação de conhecimentos e compreensão”, em contextos alargados e multidisciplinares na área de intervenção, “comunicação” de conhecimentos e raciocínios, e de “competências de autoaprendizagem”, de modo auto-orientado e autónomo (DGES, 2013).

2.2 - COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

O envelhecimento da população não representa um desafio apenas para os países mais desenvolvidos. A prevalência de doença crónica e comorbilidades, a par do envelhecimento da população contribui para o aumento exponencial de pessoas com declínio na sua funcionalidade (Heinemann et al., 2020).

A reabilitação é uma estratégia, a par da promoção da saúde e prevenção da doença, considerada como um pilar ao serviço sobretudo das pessoas idosas e como resposta ao aumento da prevalência das doenças crónicas (Gutenbrunner et al., 2021).

Enquanto especialidade multidisciplinar, a ER compreende um corpo de conhecimentos e procedimentos, que ajudam pessoas em situação de doença aguda, crónica ou com sequelas, a maximizar o seu potencial funcional e independência (Regulamento 392/2019). Com os objetivos gerais de melhorar a função, promover a independência e a máxima satisfação da pessoa, promove a sua autoestima, bem-estar e manutenção do seu papel, inserida na comunidade, com ganhos globais para os sistemas de saúde, sociais e económicos (WHO, 2019).

Como área de intervenção clínica reconhecida, dando resposta a necessidades concretas da população e às novas exigências em cuidados, e contribuindo fortemente para a obtenção de ganhos em saúde, a monitorização destes ganhos e a produção de indicadores de saúde capazes de traduzir o contributo do EEER para a saúde das pessoas, integrados em programas de melhoria contínua da qualidade, constitui uma prioridade (Regulamento 350/2015).

O desenvolvimento de competências como EEER, a par com as competências comuns de EE, nomeadamente o cuidar de pessoas ao longo do ciclo de vida, capacitar a pessoa com deficiência, limitação da atividade ou restrição de participação para a reinserção e exercício da cidadania e maximizar a funcionalidade, envolvem um conjunto de intervenções baseadas nestes padrões de qualidade, onde assenta o processo de tomada de decisão do EE na sua prática clínica (Ribeiro, 2021).

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

Neste domínio, o EEER identifica as necessidades de intervenção especializada no âmbito da ER a pessoas de todas as idades, que se encontram impossibilitadas de executar atividades básicas de forma

independente, pela sua condição de saúde, deficiência, limitação da atividade e restrição de participação, de caráter permanente ou temporário. Através da avaliação da funcionalidade, diagnostica alterações que determinam as limitações da atividade e as incapacidades e concebe planos de intervenção de forma a promover o autocontrolo e autocuidado, implementando as intervenções planeadas e avaliando os resultados dos objetivos de otimizar e/ou reeducar as funções ao nível motor, sensorial, cognitivo, cardíaco, respiratório, da eliminação e da sexualidade (Regulamento 392/2019).

No sentido de desenvolver as competências neste domínio, foi delineado o seguinte objetivo específico *Cuidar de pessoas com necessidades especiais ao longo do ciclo de vida em todos os contextos da prática clínica.*

Ao longo dos diversos contextos de estágio existiu contato com pessoas de diversas faixas etárias, com variadas alterações da funcionalidade, objetivos e contextos pessoais, familiares e sociais próprios, aos quais foi possível prestar cuidados personalizados.

A sustentação da prática nos referenciais teóricos da disciplina de enfermagem é explícita nos instrumentos reguladores do exercício profissional do EEER. O Regulamento 350/2015 clarifica que, na orientação da prática de cuidados de ER os modelos de autocuidado e das transições revelam-se estruturantes e de excelência para a otimização da qualidade do exercício profissional (Regulamento 350/2015).

O diagnóstico das necessidades da pessoa perante o autocuidado é fundamental para pautar a intervenção do EEER num sistema totalmente compensatório, parcialmente compensatório ou de apoio-educação, de acordo com o referencial teórico de Dorothea Orem, estabelecendo como principais metas a promoção do autocuidado, reconstrução da autonomia e bem-estar (Ribeiro, 2021). Esta intervenção vai ao encontro dos objetivos de intervenção do EEER bem como dos enunciados descritivos de qualidade do seu exercício, motivo pelo qual foi selecionada esta teoria para sustentar a intervenção durante o estágio.

O autocuidado, uma atividade executada pelo próprio para tratar das necessidades humanas básicas e realizar as AVD é um fenómeno complexo e multidimensional (ICN, 2015). Associado à autonomia, independência e responsabilidade pessoal, a sua avaliação deve ser personalizada, mas, ao mesmo tempo, sistematizada (Ribeiro, 2021).

A avaliação inicial permitiu identificar as alterações da funcionalidade nos diferentes domínios, e assim priorizar e implementar com a pessoa as intervenções que iam ao encontro das suas necessidades e objetivos. Para a sua realização, foram recolhidos elementos do processo clínico da pessoa, bem como realizada entrevista com a própria e cuidador informal/família.

A necessidade de utilizar instrumentos de avaliação para identificar e registar as alterações evidenciadas é fundamental para compreender os ganhos em saúde provenientes da intervenção do EEER. A seleção criteriosa desses instrumentos é um passo crucial. Nesse sentido, foi consultado o documento *Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos cuidados especializados em*

ER, que agrupa diversos instrumentos essenciais que permitem a documentação dos cuidados especializados e a sua continuidade, bem como o desenvolvimento e replicação de projetos de investigação que se possam assumir como boas práticas (OE, 2016).

A utilização de instrumentos validados para a população portuguesa permite a concretização de avaliações assertivas das respetivas dimensões, fomenta o desenvolvimento e a implementação de estratégias dirigidas e adequadas aos respetivos contextos, promove o incremento da operacionalização da prática baseada na evidência e melhoria organizacional, com ganhos para a pessoa alvo de cuidados e para o EEER, pois assenta a sua tomada de decisão na melhor evidência disponível (Pinto & Mota, 2023).

A utilização destes instrumentos não foi útil apenas na avaliação inicial, mas também ao longo do processo de intervenção, no sentido de comparar os resultados e identificar os ganhos em saúde, servindo de suporte para a tomada de decisão. No ajuste dos planos de reabilitação, a discussão de casos com o EEER orientador e o docente orientador da ESEEM foi fundamental para aprimorar os processos de enfermagem desenvolvidos durante o estágio. Os estudos de caso, que podem ser consultados em Apêndice (Apêndice 3 e 5), ilustram a utilização dos instrumentos ao longo do processo de intervenção. Os registos foram efetuados no sistema informático utilizado em cada contexto clínico, contribuindo para a formação de indicadores de ganhos sensíveis aos cuidados de ER.

No que diz respeito à avaliação da função motora, foram utilizadas: a Escala de Lower, para avaliação da força muscular, a Escala Modificada de Ashworth para avaliação do tônus muscular e a prova índice-nariz e calcanhar-joelho para avaliar a coordenação.

A escala de Lower, desenvolvida por Binkley et al. (1999), é utilizada para avaliação da força muscular nos vários segmentos do corpo, bilateralmente, através da utilização da força e resistência do profissional, sendo uma escala ordinal que varia de 0 a 5, onde o 0 corresponde à ausência de contração muscular e movimento e o 5 ao movimento normal contra a gravidade e resistência (Binkley et al., 1999).

A escala Modificada de Ashworth, de 1964, modificada por Bohannon e Smith, c 1987), avalia a espasticidade, através da movimentação passiva da extremidade, avaliando o momento da amplitude articular em que surge a resistência ao movimento. Sendo uma escala ordinal, varia de 0, onde não existe evidência de aumento do tônus muscular, a 4, onde se observa a parte afetada rígida em flexão ou extensão (Bohannon & Smith, 1987).

No sentido da avaliação da coordenação motora, a nível dos membros superiores, foi utilizada a prova índice-nariz, onde, com os membros superiores em abdução, a pessoa deve tocar a ponta do nariz com o dedo indicador, primeiro de olhos abertos, e depois de olhos fechados, podendo a avaliação estar normal, ou observar-se dismetria e até descoordenação sensitiva (Menoita, 2012).

Na avaliação do equilíbrio corporal, foi utilizada a escala de Tinetti (Performance Oriented Mobility Assessment), desenvolvida por Tinetti em 1986, também conhecida como avaliação da mobilidade

orientada para o desempenho. Este teste avalia o equilíbrio e a marcha, através de um sistema de pontuação ordinal de 0 a 2, variando entre compromisso grave e independência, representando uma valiosa ferramenta para avaliar o risco de queda (Tinetti, 1986).

Em termos de avaliação da tolerância à atividade, foi utilizada a escala de Borg modificada, ou escala de percepção subjetiva de esforço, criada por Gunnar Borg, em 1982, cujo objetivo é o de avaliar em tempo real o grau de esforço percebido, permitindo determinar limites seguros para o treino/atividades. Trata-se de uma escala de 10 pontos, onde a intensidade da sensação de esforço é graduada através de números, associados à descrição sobre a intensidade da mesma, num determinado momento ou tarefa, sendo o 0 a sensação muito muito leve e 10 a sensação muito muito forte (Borg, 1982).

A função cardíaca foi ainda avaliada pelos sinais vitais, cálculo da frequência cardíaca máxima e fórmula de Karvonen. A fórmula de Karvonen, desenvolvida por Karvonen et al. (1957), é uma fórmula matemática que calcula a frequência cardíaca alvo durante o exercício. A meta de frequência cardíaca é uma percentagem da frequência máxima da pessoa. Assim, é possível calcular a intensidade do exercício e a necessidade de oxigénio, adequando-o às necessidades e objetivos do treino (Karvonen et al, 1957).

No que concerne à avaliação da função respiratória, seguindo as orientações emanadas pelo guia orientador de boa prática da OE em reabilitação respiratória, foi realizada a avaliação sintomatológica, com recurso ao exame físico e meios complementares de diagnóstico, pertinentes em cada caso. Neste sentido, foram recolhidos dados sobre a história clínica, sinais e sintomas como a dispneia, tosse, expectoração e toracalgia. Na realização da avaliação da função respiratória, foi realizado exame físico (inspeção, palpação, percussão e auscultação), avaliação de parâmetros vitais, interpretação de resultados analíticos e de imagem e espirometria (OE, 2018b).

Para avaliação do autocuidado foi utilizada a Medida de Independência Funcional (MIF), desenvolvida por Granger et al., em 1986. Este instrumento é sensível à avaliação do autocuidado, possibilitando diagnosticar o grau de capacidade/incapacidade funcional de adultos, através da avaliação do desempenho da pessoa e a necessidade de cuidados exigida para a realização de tarefas da vida diária, possibilitando a monitorização da evolução da pessoa durante o programa de reabilitação. Dos 18 itens avaliados, são identificadas 2 subescalas: motora e cognitiva. A pontuação máxima é de 126 pontos, indicando independência total e a mínima de 18 pontos, indicador de dependência total (Granger et al., 1986).

No que diz respeito à avaliação sensorial, foram aplicadas as escalas Minimal Status Examination (MMSE) e MoCA (Montreal Cognitive Assessment).

O teste MMSE, de Folstein et al. (1975), é um dos testes mais utilizados e estudados para avaliação do funcionamento cognitivo, nomeadamente na avaliação da função cognitiva e rastreio de potenciais quadros demenciais, examinando a orientação espacial e temporal, memória de curto prazo e

evocação, cálculo, coordenação dos movimentos, habilidades de linguagem e visuoespaciais (Folstein et al., 1975).

O MoCA, desenvolvido por Nasreddine et al. (2005), é um instrumento rápido para rastreio de défice cognitivo ligeiro, avaliando diferentes domínios cognitivos: função executiva, capacidade visuoespacial, memória, atenção, concentração e memória de trabalho, linguagem e orientação temporal e espacial (Nasreddine et al., 2005). É um instrumento de rastreio cognitivo mais sensível que o MMSE nos estádios mais ligeiros de declínio, avaliando mais funções cognitivas, com itens de maior complexidade e mais adequado ao rastreio cognitivo de pessoas com maior nível de escolaridade (Freitas et al., 2011).

O declínio cognitivo é uma complicação não motora, comum, na doença de Parkinson, cuja presença está associada a um aumento do risco de mortalidade nestas pessoas. A sua identificação com testes neuropsicológicos é vantajosa quando comparado com a utilização de outros biomarcadores, pela sua sensibilidade, baixo custo e simplicidade de aplicação (Kim et al., 2019). Dada a sua maior sensibilidade na identificação de défice cognitivo em pessoas com doença de Parkinson, comparativamente a escalas como o MMSE, por avaliar uma gama mais ampla de domínios frequentemente afetados na doença de Parkinson, nomeadamente na formação de conceitos, solução de problemas, elaboração de estratégias e capacidade para a mudança de padrões (Zadikoff et al., 2008), foi utilizado na avaliação do Sr. J.G (Apêndice 5).

No caso do Sr. J.G., no sentido de avaliar o impacto da doença de Parkinson na funcionalidade, foi utilizada a Escala Unificada de Avaliação da Doença de Parkinson, Unified Parkinsons Disease Rating Scale (UPDRS), desenvolvida por Fahn et al. (1987). É composta 42 itens, divididos em 4 partes, abordando atividade mental, comportamento e humor, realização de AVD, função motora e complicações da terapêutica medicamentosa (Fahn et al., 1987).

Foi ainda necessário utilizar testes de rastreio de alteração da linguagem, na intervenção com o Sr. J.G., pelo que se recorreu ao teste Bedside de Lenguaje (Sabe et al., 2008), traduzido e validado para a população portuguesa por Cruz et al. (2014). Este teste avalia o discurso espontâneo, a compreensão de frases, a repetição de palavras e frases, a escrita do nome, palavra, número e frase, a leitura através da associação palavra-imagem, a execução de ordem e a finalização de uma frase com recurso a escolha múltipla (Sabe et al., 2008). Para permitir que este instrumento fosse utilizado nos locais de estágio foi elaborado material de apoio para a sua aplicação, o qual ficou disponível na unidade (Apêndice 5).

De forma complementar, foram avaliados os 12 pares de nervos cranianos, mediante exame neurológico, através de um conjunto de técnicas específicas, de forma sistematizada, permitindo a deteção de alterações do foro neurológico (Menoita, 2012). Foi construída uma tabela como instrumento de apoio durante a sua realização (Apêndice 19).

A deglutição foi avaliada com recurso à escala Gugging Swallowing Test (GUSS), desenvolvida por

Trapl et al. (2007), e traduzida e validada para a população portuguesa por Ferreira et al. (2018), que permite avaliar a deglutição, fornecendo indicações sobre a dieta recomendada (Trapl et al., 2007). A utilização desta escala possibilitou ainda evitar complicações, através da avaliação e identificação de casos de alteração da deglutição, sustentando a tomada de decisão e o planeamento de intervenções que diminuíssem ou eliminassem o risco de pneumonia de aspiração.

Foi ainda utilizada a escala de Braden (Bergstrom et al., 1985), a fim de avaliar o risco e prevenir o desenvolvimento de úlcera por pressão (DGS, 2011) e a escala de Morse (Morse, 1989) que avalia o risco de queda (DGS, 2019). A utilização destes instrumentos permitiu avaliar os riscos e, assim, implementar medidas preventivas, num sistema de apoio – educação.

O recurso a diferentes instrumentos permitiu uma avaliação integrada de aspetos que determinam limitações da atividade e incapacidade com impacto negativo na funcionalidade e assim, guiar a tomada de decisão.

A elaboração do plano de intervenção foi realizada numa premissa de compromisso para a consecução do projeto de saúde, num esforço permanente para o envolvimento e motivação da pessoa, aspetos fundamentais na corresponsabilização em todo o processo de reabilitação (Fernandes et al., 2023), com o objetivo de promover o autocontrolo e autocuidado na incapacidade e processos de transição saúde/doença.

Desta forma, foram concebidos planos de reeducação funcional motora, respiratória, sensorial, cognitiva, cardíaca, reeducação da alimentação e de eliminação, no sentido de incentivar, executar, ensinar, instruir e treinar, mobilizando conhecimentos, e procurando ajustar as intervenções ao contexto, expectativas e resultados (Apêndice 3 e 5). Neste processo, foi envolvida a pessoa, a família e a equipa multidisciplinar com o objetivo de potenciar os resultados e alcançar o efeito ótimo da sinergia da cooperação e envolvimento de todos para o resultado do aumento da qualidade de vida da pessoa.

A personalização do cuidado requer uma relação empática e uma tomada de decisão conjunta no processo de cuidados, respondendo às necessidades de forma holística, atendendo às crenças e valores da pessoa. Desta forma obtêm-se bons resultados em saúde, aumentando a qualidade de vida, a reintegração e a participação na sociedade da pessoa com necessidades especiais (Fernandes & Vareta, 2019).

Destacando as intervenções realizadas em contexto de reabilitação cognitiva, a modalidade de dupla tarefa foi muitas vezes a metodologia utilizada, atendendo ser uma abordagem altamente benéfica na prática clínica, de acordo com a evidência encontrada (Lemke et al., 2019; Shimada et al., 2018).

Na intervenção com o Sr. J.G., em treino motor, com o objetivo de melhorar o equilíbrio corporal e prevenir a rigidez articular, foram incorporadas técnicas para melhorar a propriocepção, nomeadamente a localização das diferentes partes do corpo, antes da sua mobilização, numa

orientação céfalo caudal. A realização de mobilizações ativas dos vários segmentos corporais era acompanhada pela nomeação de cores, alimentos ou animais, iniciando-se ou terminando com a introdução de um estímulo previamente definido, como um som ou uma palavra. O treino de equilíbrio realizado com a bola suíça foi complementado, assegurando as condições de segurança, com o treino de coordenação e propriocepção, com o apanhar de uma bola com luva de feltro, atividade muito satisfatória para o Sr. J. G.

Também no início do treino era realizada uma atividade de orientação temporal, com recurso a calendário e relógio. Na dificuldade no desenho dos ponteiros, o Sr. J.G. muitas vezes colocava as horas em formato analógico, dentro do desenho do relógio, estratégia interpretada como compensatória mediante a dificuldade sentida. Foram ensinadas e treinadas estratégias compensatórias, como canetas de cabo mais grosso, cores mais vivas e de maiores dimensões, como facilitador, por exemplo, no processo de escrita.

Era incentivado, em muitos momentos, o relato de acontecimentos do passado com recurso às fotografias dispostas no domicílio e participação da cuidadora informal.

No sentido de melhorar a comunicação, e durante o treino de equilíbrio ou atividades cognitivas, era incentivado o canto de músicas tradicionais do seu agrado. A realização de atividades, como o desenho de contorno, a utilização de bolas coloridas e pinça, o trabalho manual com elásticos, bem como a estimulação palmar com diversas texturas e temperaturas, pretendiam melhorar a motricidade fina, ao mesmo tempo que se estimulavam domínios cognitivos, como a memória, atenção, funções executivas e praxias.

Foram ainda elaborados e fornecidos ao Sr. J.G. jogos para associação e memorização, num manual personalizado de exercícios motores e cognitivos (Apêndice 20).

As técnicas baseadas na reminiscência, técnicas de orientação para a realidade, compensatórias e de validação são ferramentas essenciais desenvolvidas em todos os sistemas onde o EEER atua. Na intervenção com a Sra. D.C. (Apêndice 3), estas estratégias foram cruciais para a sua orientação e participação no plano de cuidados proposto, num sistema totalmente compensatório. Na intervenção inicial, foi realizado treino de equilíbrio e motor, com o objetivo de recuperar a força muscular e o equilíbrio, e progredir para a satisfação do autocuidado transferir-se e andar, com ênfase na orientação alo psíquica e propriocepção, de forma a gerir a agitação e aumentar a adesão ao plano de cuidados. O estímulo para o autocuidado foi constante durante a intervenção. Foram utilizados recursos como bolas com texturas e/ou música do seu agrado (informação obtida juntamente do marido) na realização das atividades, nomeadamente mobilizações passivas e ativas assistidas.

Previamente a qualquer abordagem era realizada uma atividade de orientação nas diferentes vertentes com otimização do ambiente envolvente, nomeadamente a luz ou o ruído como a televisão.

Durante o processo de desmame de traqueostomia, e consoante a sua tolerância, as atividades de repetição, nomeação, canto, e a utilização de mímica facial incorporando a associação ou a repetição,

possibilitaram também a otimização da função da deglutição e limpeza das vias aéreas, com vista ao processo de descanulação e ganhos na capacidade funcional para a realização do autocuidado.

No desenvolvimento de competências neste domínio, foi atingido o definido no descritor de Dublin “comunicação”, pela comunicação de conhecimentos e raciocínios de forma clara e em contextos alargados e multidisciplinares, na área de intervenção, “realização de julgamento/tomada de decisões”, ao integrar conhecimentos e lidar com situações complexas, refletindo sobre as respetivas implicações e responsabilidades éticas e sociais, “conhecimento e capacidade de compreensão” no sentido do desenvolvimento e aplicação de conhecimentos obtidos no 1º ciclo, aplicando em situações originais e em contexto de investigação, de “aplicação de conhecimentos e compreensão”, em contextos alargados e multidisciplinares, e relacionados com a área de estudo, e “competências de autoaprendizagem”, ao desenvolver competências de forma auto-orientada e autónoma (DGES, 2013).

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

Neste domínio o EEER analisa a problemática da deficiência, limitação da atividade e restrição da participação na sociedade atual, desenvolvendo e implementando ações autónomas e/ou pluridisciplinares, tendo em conta o enquadramento social, político e económico, visando uma consciência social inclusiva. Nas suas intervenções, elabora e implementa programas de treino de AVD, visando a adaptação às limitações da mobilidade, através de utilização de produtos de apoio e treinos inerentes à atividade e exercício físico, promovendo ambientes seguros, diminuindo os fatores de risco ambientais relacionados com as alterações da funcionalidade nos diversos níveis (motor, sensorial, cognitivo, cardíaco, respiratório, alimentação, eliminação e sexualidade), identificando barreiras arquitetónicas e orientando para a sua eliminação, com respeito pelas questões ergonómicas. Desta forma, promove a mobilidade, acessibilidade e a participação social (Regulamento 392/2019).

No sentido de desenvolver as competências neste domínio, foi delineado o seguinte objetivo específico *Capacitar a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania.*

Durante os vários momentos de estágio, a intervenção com a pessoa em programas de treino de AVD, visou a promoção de capacidades adaptativas que promovessem a sua autonomia e autocuidado, alcançando um nível de funcionalidade que permitisse a sua reinserção na comunidade.

A nível domiciliário, a avaliação dos fatores de risco ambientais relacionados com alterações da funcionalidade possibilitou delinear intervenções promotoras de um ambiente seguro. Como exemplo descreve-se a intervenção com o Sr. J.G. (Apêndice 5), onde foram realizados ensinamentos de forma a capacitar a pessoa e família para gerir o risco de queda, através da identificação dos fatores de risco ambientais e desenvolver intervenções que possibilitassem eliminar ou diminuir a sua influência. Foi

utilizada a Escala Modificada de Atividade de Parkinson (PAS) (Keus et al., 2007), que permite avaliar a funcionalidade motora da pessoa com doença de Parkinson, com particular sensibilidade mediante alterações patológicas características, como as alterações do equilíbrio, tremor, rigidez axial, bradicinesia e freezing. A escala permite avaliar a capacidade para realizar as transferências da cadeira, a acinesia da marcha, a mobilidade na cama e a mobilidade na cama com uso de cobertor (Nieuwboer et al., 2000).

A utilização desta escala em simultâneo com a observação direta e a colheita de dados com a cuidadora possibilitou a identificação das dificuldades na mobilidade do Sr. J.G, nomeadamente a presença de obstáculos em percursos como a ida à casa de banho, vestuário que compromete a satisfação da atividade de vida eliminação sem acidentes, o calçado pouco apropriado que aumenta o risco de queda, bem como o mobiliário pouco apropriado (cadeiras sem apoio de braços) e auxiliar de marcha com regulação inapropriada. Nesta situação foram utilizadas pistas visuais como incentivo para a marcha, sendo a utilização de uma bola de papel a que obtinha melhores resultados. Foi objetivo de toda a intervenção a manutenção de um ambiente seguro, promotor do autocuidado e da manutenção da funcionalidade e bem-estar. No caso do Sr. J.G., atuou-se sobre o ambiente envolvente, tornando-o mais seguro e acessível, de forma a potenciar a recuperação e adaptação da pessoa.

Na intervenção com uma pessoa com Acidente Vascular Cerebral (AVC), com hemiparesia direita de predomínio braquial, foram realizadas orientações para a remoção de móveis e tapetes no corredor de acesso à casa de banho, que impossibilitavam a marcha com tripé em segurança e alterações arquitetónicas na casa de banho, de forma a promover o autocuidado de forma independente.

No caso de um utente com amputação de membro inferior foi realizado o ensino e treino de transferência com tábua da cama para a cadeira de rodas e orientação para a eliminação de barreiras arquitetónicas na casa de banho, com a aquisição de barras de apoio, cadeira de banho e alteração da estrutura da base de duche. Com o plano de treino motor, ensino e treino de técnicas compensatórias, observaram-se ganhos no equilíbrio corporal e da força muscular a nível dos membros superiores e membro inferior esquerdo, que possibilitaram a autonomia na transferência e ganhos na funcionalidade.

A prescrição, ensino e treino de produtos de apoio, como auxiliares de marcha, foi realizada de forma a promover a mobilidade em diversos contextos de estágio. Ao assegurar que cada pessoa utiliza os produtos de apoio de forma adequada, o EEER capacita-a para a realização de diferentes atividades, promovendo o autocuidado (Fernandes et al., 2022).

Procedeu-se à prescrição de produtos de apoio, tais como cadeiras de banho e barras de apoio, cama articulada, tábua de transferência e cadeira de rodas. Efetuou-se ainda uma pesquisa dos recursos na comunidade, perante a necessidade de aquisição de uma cama articulada para uma pessoa em estado de imobilidade.

Em contexto de internamento na RNCCI numa pessoa com AVC e hemiparesia à esquerda, foi

realizado o ensino e treino de marcha com recurso a canadiana e treino de subir e descer escadas, com vista à adaptação às condições no domicílio e treino das AVD's com recurso a produtos de apoio.

Na pessoa com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC), com miopatia após internamento prolongado em unidade de cuidados intensivos, existiu a necessidade de realizar ensino e treino de marcha com andarilho e recurso a estratégias conservadoras de energia, com vista a preparar o regresso ao domicílio. Desta forma, foi possível realizar a transição de um sistema totalmente compensatório, para um sistema de apoio-educação, com ganhos na funcionalidade, promovendo a mobilidade, a acessibilidade e a participação social.

Em contexto da equipa, utentes e familiares/cuidadores, atendeu-se a aspetos relacionados com a ergonomia, através do ensino, de forma a evitar danos aos profissionais e utentes, na prática de cuidados, com especial foco nas atividades de mobilização e posicionamento da pessoa. Neste sentido, a prescrição de produtos de apoio foi essencial para otimizar os recursos existentes, permitindo operacionalizar os princípios de mecânica corporal, capacitando os cuidadores formais e informais. Os EEER, pelo seu corpo de competências, devem incorporar princípios ergonómicos na prática, e em contexto da equipa multidisciplinar onde se insere, prevenindo as lesões musculoesqueléticas e promovendo uma prática segura, otimizando o ambiente, dispositivos e técnicas. No ambiente comunitário os cuidadores informais estão propensos a maior morbidade, pois a falta de preparação e resistência física, o receio de não conseguir realizar a tarefa de forma correta e a própria negligência com a saúde, desencadeiam sobrecarga física e mental, comprometendo a qualidade do cuidado e a integração da pessoa na comunidade (Matos & Araújo, 2021).

Dado os custos do internamento hospitalar e a escassez de recursos de saúde perante uma população progressivamente mais envelhecida e com maior prevalência de doenças crónicas, é cada vez mais premente a manutenção das pessoas no seu domicílio, o maior tempo possível e de forma independente, com ganhos na autoestima e bem-estar (Ribeiro, 2021).

A capacitação da pessoa e cuidador reveste-se de enorme importância neste enquadramento, pois pretende-se a manutenção de um ambiente terapêutico e promotor da autonomia e independência, possibilitando a reinserção na comunidade onde está inserida (DGS, 2017).

O estabelecimento de uma relação interpessoal de confiança, com ensino sobre a patologia, regime terapêutico, estratégias facilitadoras de cuidar e encaminhamento para recursos na comunidade foi muitas vezes a prioridade no plano de cuidados. É esta transmissão de conhecimentos e capacidades, a sua instrução e treino, que capacitam a pessoa e cuidador para responder aos desafios na saúde (Martins & Santos, 2020).

Em contexto de internamento, o planeamento da alta era realizado de forma antecipada, com o envolvimento da equipa multidisciplinar, nomeadamente enfermeiros de cuidados gerais, médicos, assistente social, fisioterapeuta e outros profissionais com pertinência no processo, sendo realizada uma colheita de dados precoce para avaliar a rede de apoio e identificar a necessidade de

referenciação para outras estruturas, nomeadamente a RNCCI.

Em contexto domiciliário, foram prestados cuidados a uma utente diagnosticada com demência, com quadro de dependência nas AVD's e história de vários episódios de pneumonia de aspiração. A cuidadora informal mantinha com a equipa uma postura bastante renitente e por vezes agressiva, demonstrado também insegurança nos cuidados prestados. De forma a capacitar esta cuidadora e assumir uma prática de cuidados no domicílio segura e promotora do bem-estar da pessoa, foi desenvolvido um plano de intervenção com foco no ensino e treino de posturas compensatórias, alteração da consistência de dieta, posicionamento durante e após a alimentação e cuidados a ter em caso de engasgamento. Juntamente com a cuidadora, procedeu-se à realização de um guião sobre os passos para a alimentação em segurança (Apêndice 6). Foi ainda desenvolvido um guião com exercícios de mobilização passiva, e realizada a instrução e treino destas atividades, atendendo à ergonomia, de forma a prevenir lesões musculoesqueléticas da cuidadora (Apêndice 21). Durante esta intervenção, progressivamente, foi-se observando uma alteração na postura da cuidadora perante a equipa de enfermagem, resultado da efetivação de uma relação terapêutica de parceria que possibilitou a sua capacitação e a promoção de um ambiente seguro.

A participação ativa no processo de reabilitação e a procura de informação sobre a situação de saúde são indicadores de emancipação dos cuidadores/família (Neiseh et al., 2020).

Na pessoa com demência, sendo uma doença progressiva e com um esperado declínio progressivo em termos de autonomia e funcionalidade, existe a necessidade de capacitar os cuidadores para lidar com estas alterações e ao mesmo tempo, prevenir situações de sobrecarga objetiva e subjetiva, de forma a aumentar a sua qualidade de vida. Neste sentido, existiu a oportunidade de intervir através do desenvolvimento de sessões de formação a cuidadores, nomeadamente a ação "O utente com demência: Estratégias para os Cuidados" (Apêndice 8), desenvolvida na unidade da RNCCI e "À mesa com a demência: o desafio da alimentação" (Apêndice 11), desenvolvida no serviço de Medicina, dirigidas a cuidadores formais de pessoas com demência, bem como a participação na dinamização de ações de formação na comunidade, destinados a cuidadores formais e informais, com os temas "As atividades de vida diárias na demência" e "Comportamentos desadequados na demência", com a coparticipação na realização dos miniguias subordinados aos temas "Alimentação na Demência: qual a receita?" e "Agitação: Estratégias para uma vida com dignidade" (Apêndice 4). Foram ainda desenvolvidos os posters "Estratégias Promotoras da Autonomia nas Atividades de Vida Diária na Pessoa com Demência" (Apêndice 17) e "Estimulação Sensorial da Pessoa com Demência" (Apêndice 18), os quais foram disponibilizados aos formandos e afixados nas unidades.

Com este contributo, promoveu-se a capacitação dos cuidadores formais e informais para cuidar das pessoas com esta patologia, muitas vezes estigmatizadas pelos seus comportamentos lidos como impróprios e socialmente inaceitáveis (WHO, 2017), contribuindo para a sua inserção na sociedade.

No desenvolvimento de competências neste domínio, foi atingido o definido no descritor de Dublin

“comunicação”, pela comunicação de conhecimentos e raciocínios de forma clara e em contextos alargados e multidisciplinares, na área de intervenção, “realização de julgamento/tomada de decisões”, ao integrar conhecimentos e lidar com situações complexas, refletindo sobre as respetivas implicações e responsabilidades éticas e sociais, “conhecimento e capacidade de compreensão” no sentido do desenvolvimento e aplicação de conhecimentos obtidos no 1º ciclo, aplicando em situações originais e em contexto de investigação, de “aplicação de conhecimentos e compreensão”, em contextos alargados e multidisciplinares, e relacionados com a área de estudo, e “competências de autoaprendizagem”, ao desenvolver competências, de forma auto-orientada e autónoma (DGES, 2013).

2.2.3 - Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa

Neste domínio, o EEER interage com a pessoa, desenvolvendo atividades que permitam maximizar as suas capacidades funcionais, conduzindo a um melhor desempenho motor, cardíaco e respiratório, potenciando o rendimento e desenvolvimento pessoal, através da conceção de sessões de treino com vista à promoção da saúde e prevenção de lesões (Regulamento 392/2019).

No sentido de desenvolver as competências neste domínio, foi delineado como objetivo específico *Maximizar a funcionalidade da pessoa*.

A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde considera a funcionalidade da pessoa num determinado domínio como a interação ou relação complexa entre a condição de saúde e o contexto, como o ambiente ou fatores pessoais, numa visão e abordagem biopsicossocial (Organização Mundial da Saúde, 2004).

Quer a independência¹¹ como a funcionalidade¹² são a base para a avaliação das necessidades no âmbito do conteúdo funcional do EEER e, portanto, também, para a sua intervenção diferenciada (Ribeiro, 2021).

No decurso dos vários momentos de estágio, foram desenvolvidas intervenções com o objetivo de maximizar a funcionalidade, conduzindo a um melhor desempenho nas funções cardíaca, motora e respiratória.

O treino funcional motor representa ganhos na propriocepção, força, resistência, flexibilidade, coordenação motora e condicionamento cardiovascular. Contribui para a maximização da funcionalidade, prevenção de quedas e as suas complicações, bem como promove a independência e a qualidade de vida (Pereira et al., 2017).

¹¹**Independência** é definida como a condição de saúde em que a pessoa tem capacidade por si só de desempenhar as AVD e o autocuidado (Ribeiro, 2021).

¹²**Funcionalidade** é definida como a capacidade da pessoa, em cada momento, para realizar tarefas de subsistência, relacionar-se com o meio envolvente e participar socialmente (Decreto lei n.º 101/2006).

No plano de cuidados com a pessoa com AVC, a realização de treino motor e da marcha com auxiliar de marcha, com intervenção no meio envolvente, tornando-o mais seguro e favorecendo ganhos na independência e funcionalidade, possibilitou o evitar do confinamento no domicílio, pois a pessoa residia num prédio sem elevador, maximizando a sua funcionalidade.

Na intervenção com a pessoa com doença de Parkinson, para maximizar a funcionalidade incorporou-se no programa de reabilitação, o treino motor e de equilíbrio, em modalidade de dupla tarefa com treino cognitivo. Esta intervenção, associada à transmissão de conhecimentos de forma a aumentar a literacia em saúde, trouxe ganhos na atenção, no desempenho de tarefas e na segurança do ambiente envolvente, bem como no conhecimento sobre a doença e estratégias compensatórias no sentido de promover a independência e maximizar a funcionalidade.

O treino de transferência entre a cama e a cadeira, após treino motor e de equilíbrio, na pessoa com amputação do membro inferior trouxe ganhos na sua autonomia e funcionalidade, permitindo que a pessoa retornasse a sair de casa no seu veículo adaptado.

Na intervenção com a Sra. D.C. (Apêndice 3), a realização de treino cognitivo, nomeadamente orientação, proprioceção e gestão do ambiente contribuíram para diminuir a agitação e participar no plano de cuidados, nomeadamente no treino motor e de equilíbrio, e contribuíram para a progressão de um sistema totalmente compensatório para parcialmente compensatório, ao realizar levantar e treino de marcha.

Durante o treino motor aeróbio e anaeróbio, foram considerados os princípios fisiológicos, nomeadamente com o cálculo da frequência cardíaca máxima e da frequência cardíaca alvo, através da aplicação da fórmula de Karvonen.

Foi incorporado neste treino dispositivos como o cicloergómetro, faixas de resistência, bolas, bola suíça, halteres, pinos, *bosu* e rolos, bem como outro material que cumprisse os princípios de segurança e da sua função nos exercícios propostos, como luvas de feltro, argolas, plasticinas, papel e elásticos. A utilização de tecnologia, como descrita na literatura (Saraiva et al., 2023; Teodoro et al., 2024; Vicente et al., 2024), abre novos horizontes em potencialidade e resultados, no entanto, não se encontra disponível nos diversos contextos de estágio.

A reabilitação funcional respiratória assume um papel fundamental no incremento de funcionalidade das pessoas com patologia do foro respiratório, doença muitas vezes de carácter crónico e com um aumento progressivo da sua prevalência em termos mundiais (Fonseca et al., 2018). De forma a intervir com esta população, foram aplicadas diversas intervenções, tais como técnicas de descanso e relaxamento, de conservação de energia, treino e tolerância ao esforço, gestão de regime terapêutico, controlo de sintomas e estratégias de prevenção de complicações, essenciais para que a pessoa gerisse as suas atividades e reduzisse o impacto das limitações funcionais no dia a dia (OE, 2018b).

Também foi realizado ensino, instrução e treino das posições de descanso e relaxamento, bem

como consciencialização e controlo da respiração, técnicas de correção postural, exercícios de mobilização osteoarticular, treino dos músculos envolvidos na respiração e técnicas de limpeza da via aérea para a pessoa com DPOC. No planeamento de cuidados a esta população, foram incorporadas estratégias para aumentar a adesão terapêutica e regime medicamentoso, com o intuito de diminuir a recorrência de necessidade de cuidados hospitalares em contexto de agudização da doença.

O ensino sobre técnicas de conservação de energia e treino de posições de descanso e relaxamento foi realizado durante o treino de marcha com andarilho à pessoa com DPOC, com quadro de miopatia, na sua preparação para regresso ao domicílio, nomeadamente na consciencialização sobre a respiração, reconhecimento da necessidade de conservar a energia e assim, maximizar a sua funcionalidade.

Na intervenção com a Sra. D.C (Apêndice 3), a realização de reabilitação funcional respiratória contribuiu para a progressão no desmame ventilatório e no processo de desmame de traqueostomia. A consciencialização e controlo da respiração durante o processo de oclusão da traqueostomia foi treinado com recurso, numa metodologia de dupla tarefa, a técnicas de reminiscência, ao estimular o discurso espontâneo a recordar um momento passado, cantar ou nomear.

Face a uma população envelhecida, com elevada prevalência de doença crónica como a demência, a maximização da funcionalidade, através do potenciar das funções cognitivas residuais, utilização de estratégias compensatórias e capacitação do cuidador, são também intervenções prioritárias para o EEER.

O treino em contexto de reabilitação motora foi realizado em diversas situações em modalidade de dupla tarefa, face ao comprovado efeito sinérgico da combinação entre o treino motor e cognitivo, atendendo também à otimização do tempo e recursos disponíveis para a intervenção, principalmente em contexto domiciliário.

A par com o treino das atividades de vida, as intervenções realizadas aumentaram o conhecimento da pessoa, através de estratégias educativas ajustadas, com o envolvimento do cuidador/família. Em contexto domiciliário, a distribuição de guias de exercícios adequados e adaptados a cada pessoa (Apêndice 6, 20 e 21), garantiram a manutenção do programa e maximizaram a eficácia do plano instituído, responsabilizando a pessoa na sua prossecução, como agente de autocuidado. Estas estratégias permitiram o desenvolvimento de habilidades psicomotoras, aumentaram a destreza necessária à participação no autocuidado e à maximização da funcionalidade (Ribeiro, 2021).

A monitorização dos resultados obtidos foi realizada ao longo do processo de cuidados, através da aplicação das escalas aplicadas inicialmente e descritas na análise da competência *Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados* e do alcançar dos objetivos definidos com a pessoa aquando do delinear do plano de cuidados.

Os conhecimentos adquiridos durante a componente teórica letiva, a par da investigação e pesquisa de artigos científicos e literatura relevante, bem como os momentos de discussão e de

reflexão com o EEER orientador, docente da ESEEM e equipa multidisciplinar, foram fundamentais para sustentar a prática e a tomada de decisão, com foco na maximização da funcionalidade da pessoa alvo de cuidados.

No desenvolvimento de competências neste domínio, foi atingido o definido no descritor de Dublin “comunicação”, pela comunicação de conhecimentos e raciocínios de forma clara e em contextos alargados e multidisciplinares, na área de intervenção, “realização de julgamento/tomada de decisões”, ao integrar conhecimentos e lidar com situações complexas, refletindo sobre as respetivas implicações e responsabilidades éticas e sociais, “conhecimento e capacidade de compreensão” no sentido do desenvolvimento e aplicação de conhecimentos obtidos no 1º ciclo, aplicando em situações originais e em contexto de investigação, de “aplicação de conhecimentos e compreensão”, em contextos alargados e multidisciplinares, e relacionados com a área de estudo, e “competências de autoaprendizagem”, ao desenvolver competências, de forma auto-orientada e autónoma (DGES, 2013).

CONCLUSÃO

No término deste relatório, que reflete o percurso efetuado com vista ao desenvolvimento de competências comuns do EE, específicas do EEER e aquelas conducentes ao título de Mestre, com base no projeto de estágio, que perspetivava a intervenção do EEER na reabilitação cognitiva da pessoa com demência, pode-se considerar que foram atingidos os objetivos propostos, pois foram descritas e analisadas as atividades realizadas durante o estágio, sustentando a sua relevância na evidência científica, com uma componente crítica, reflexiva e baseada nos princípios éticos e deontológicos da profissão.

Numa perspetiva de análise deste percurso, recorrendo ao modelo de análise SWOT, nos seus pontos fortes destaca-se a prévia realização do projeto de estágio, com a definição de objetivos e atividades propostas no sentido de os atingir, a revisão bibliográfica que foi efetuada, que permitiu fundamentar as intervenções com a pessoa, bem como a realização da revisão *scoping*, onde foram mapeadas e descritas as intervenções de reabilitação cognitiva na pessoa com demência, sustentando a prática durante o estágio. Sendo o autocuidado um dos conceitos centrais de enfermagem, particularmente de ER, a utilização do modelo teórico de enfermagem de Dorothea Orem, a Teoria do Autocuidado, permitiu uma abordagem sistematizada na intervenção com a pessoa no sentido do cuidar, capacitar e maximizar a funcionalidade, em todos os contextos da prática de cuidados. A identificação de alterações decorrentes do processo de envelhecimento e de doença, através da utilização de escalas e instrumentos de avaliação, conduziram ao planeamento de programas de reeducação funcional motora, sensorial, cognitiva, cardiorrespiratória, da alimentação e da eliminação, de acordo com as necessidades identificadas e objetivos da pessoa e cuidador. Como demonstrado, as intervenções, discutidas, analisadas e reavaliadas com o EEER orientador, equipa multidisciplinar e docente orientador da ESEEM, contribuíram para minimizar e eliminar fatores que comprometiam o autocuidado e promoveram a inserção da pessoa no meio envolvente e exercício da cidadania, prevenindo complicações, potenciando as suas capacidades e assim, promovendo ganhos em saúde e na qualidade de vida da pessoa e cuidador.

Foram consideradas como oportunidades os contextos diversificados de estágio, que possibilitaram o contato com a pessoa com problemáticas diversas, desafiante pela necessidade da procura de respostas adequadas e satisfatórias para as suas necessidades em termos de autocuidado. O contato com profissionais de diversas áreas foi uma oportunidade para aprendizagem, nomeadamente na gestão e articulação dos cuidados, bem como na aprendizagem em termos teóricos e práticos, aspetos fundamentais no desenvolvimento de competências enquanto EEER. Nestes contextos, a identificação de necessidades em termos formativos, pela equipa, possibilitou a realização de sessões de formação, nomeadamente na área de estudo, e promoveu a disseminação de

informação, através da produção de material, como posters, miniguias e site para consulta de informação por cuidadores formais e informais. A realização do artigo de revisão *scoping* no domínio da reabilitação cognitiva da pessoa com demência e a publicação em revista indexada em bases de dados internacionais, contribuiu para a divulgação de conhecimento e para o crescimento do corpo de conhecimentos de ER.

A identificação da estudante pela equipa multidisciplinar como perita na área foi manifestada através da solicitação de colaboração para a tomada de decisão ou definição de estratégias no planeamento dos cuidados, nomeadamente à pessoa com demência. O registo das intervenções realizadas em bases de dados próprias, foi considerada uma oportunidade de contributo para a criação de indicadores de ganhos sensíveis aos cuidados de ER.

Como fraqueza, foi considerado o tempo limitado de intervenção com a pessoa, condicionado pelos prazos de intervenção, os recursos humanos limitados, nomeadamente de EEER e a necessidade e complexidade crescente das problemáticas, associadas aos fenómenos já descritos de envelhecimento da população e prevalência de doença crónica, com cuidadores informais com níveis elevados de sobrecarga e com escassos meios de apoio na comunidade. A realização de planos de treino em modalidade de dupla tarefa foi a estratégia utilizada para a intervenção, permitindo a otimização do tempo e recursos disponíveis, com o máximo envolvimento da pessoa e cuidador informal. Não apenas na gestão do tempo e, portanto, limitativo no contato com a pessoa, também os escassos recursos materiais foram considerados uma fraqueza, mas ao mesmo tempo, uma oportunidade, para a investigação e desenvolvimento de habilidades no sentido de desenvolver estratégias alternativas e ao mesmo tempo, cientificamente sustentadas, que dessem resposta às necessidades das pessoas.

Como ameaça, considerou-se a escassez de estudos publicados por EEER na área da reabilitação cognitiva da pessoa com demência, com intervenções específicas e produção de indicadores sensíveis à ER, o que também pode ser considerada uma oportunidade, ao nortear o desenvolvimento das competências atrás descritas, nesta área de intervenção, contribuindo para, não apenas nos locais de estágio e nos contextos onde se entrevistou, mas também, a nível da comunidade científica, para a divulgação de conhecimento.

Atendendo ao envelhecimento demográfico e à prevalência de doenças de carácter progressivo e incurável, que representa um desafio em termos globais, em contexto social, económico e de saúde, a intervenção precoce no sentido da manutenção da funcionalidade e autocuidado, no meio envolvente, com cuidadores capacitados e promotores da autonomia, pode garantir a manutenção da qualidade de vida da pessoa e diminuir o impacto desta nova realidade a nível dos serviços de saúde. O aprofundar de conhecimentos na área da reabilitação cognitiva na pessoa com demência, foi gratificante e altamente motivador, pelas aprendizagens, conhecimentos e resultados alcançados. As competências desenvolvidas permitiram o crescimento pessoal e profissional, na satisfação da pessoa,

promoção da saúde, prevenção de bem-estar e autocuidado, readaptação funcional, reeducação funcional, promoção da inclusão social e organização dos cuidados de enfermagem, como definido pelo Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em ER.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alzheimer Europe. (2019). *Dementia in Europe Yearbook 2019: Estimating the prevalence of dementia in Europe*. Luxembourg: Alzheimer Europe. https://www.alzheimereurope.org/sites/default/files/alzheimer_europe_dementia_in_europe_yearbook_2019.pdf.
- Alzheimer Europe. (2023). *European Dementia Monitor 2023 - Comparing and benchmarking national dementia strategies and policies*. Luxembourg: Alzheimer Europe. https://www.alzheimer-europe.org/sites/default/files/202312/307767_ALZHEIMER%20EUROPE%20_European%20Dementia%20Monitor_2023_V7.pdf.
- Alzheimer's Disease International. (2021). *World Alzheimer Report 2021: Journey to a diagnosis of dementia*. Londres: Alzheimer's Disease International. <https://www.alzint.org/resource/world-alzheimerreport-2021/>.
- Alzheimer's Association. (2019). Alzheimer's Disease Facts and figures. *Alzheimers Dement*, 15(3), 321-387. <https://doi.org/10.1016/j.jalz.2019.01.010>.
- Amieva, H., Robert, P. H., Grandoulier, A. S., Meillon, C., De Rotrou, J., Andrieu, S., Berr, C., Desgranges, B., Dubois, B., Girtanner, C., Joël, M. E., Lavallart, B., Nourhashemi, F., Pasquier, F., Rainfray, M., Touchon, J., Chêne, G., & Dartigues, J. F. (2016). Group and individual cognitive therapies in Alzheimer's disease: the ETNA3 randomized trial. *International psychogeriatrics*, 28(5), 707–717. <https://doi.org/10.1017/S1041610215001830>.
- Araújo, A. M. G. D. d., Lima, D. O., Nascimento, I. d. P., Almeida, A. A. F. d., & Rosa, M. R. D. d. (2015). Linguagem em idosos com doença de Alzheimer: uma revisão sistemática. *Revista CEFAC*, 17(5), 1657–1663. <https://doi.org/10.1590/1982-021620151754215>.
- Arvanitakis, Z., Shah, R. C., & Bennett, D. A. (2019). Diagnosis and Management of Dementia: Review. *JAMA*, 322(16), 1589-1599. <https://doi:10.1001/jama.2019.4782>.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito*. Quarteto.
- Bergstrom, N., Braden, B. J., Laguzza, A., & Holman, V. (1987). The Braden Scale for Predicting Pressure Sore Risk. *Nursing research*, 36(4), 205–210.
- Binkley, J. M., Stratford, P. W., Lott, S. A., & Riddle, D. L. (1999). The Lower Extremity Functional Scale (LEFS): Scale Development, Measurement Properties, and Clinical Application. *Physical Therapy*, 79(4), 371-383. <https://doi.org/10.1093/ptj/79.4.371>.
- Bohannon, R. W., & Smith, M. B. (1987). Interrater Reliability of a Modified Ashworth Scale of Muscle Spasticity. *Physical Therapy*, 67(2), 206–207. <https://doi.org/10.1093/ptj/67.2.206>.
- Borg, G. A. (1982). Psychophysical bases of perceived exertion. *Medicine and science in sports and exercise*, 14(5), 377–381.
- Clare, L., Kudlicka, A., Collins, R., Evans, S., Pool, J., Henderson, C., Knapp, M., Litherland, R., Oyebode, J., & Woods, R. (2023). Implementing a home-based personalised cognitive rehabilitation intervention for people with mild-to-moderate dementia: GREAT into Practice. *BMC geriatrics*, 23(1), 93. <https://doi.org/10.1186/s12877-022-03705-0>.

- Clare, L. (2017). Rehabilitation for people living with dementia: A practical framework of positive support. *PLOS Medicine*, 14(3), e1002245. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002245>.
- Cruz, A.L., Santos, M.E., Reis, A. & Faísca, L. (2014). Validação Portuguesa de um teste breve para rastreio da afasia (Bedside de Lenguaje). *Sinapse* 14(1), 9-17.
- Dadalto, L., Arantes, A. M. B., & Baruffi, P. D. (2021). Diretivas antecipadas de vontade em pacientes com doença de Alzheimer. *Revista Bioética*, 29(3), 466-474. <https://doi.org/10.1590/1983-80422021293482>.
- Decreto lei n.º 101/2006. Diário da República I – Série A, n.º 109. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/101-2006-353934>.
- Deodato, S. (2014). *Decisão ética em enfermagem: do problema aos fundamentos para agir*. Edições Almedina.
- Despacho nº 5988/2018. Estratégia da Saúde na área das Demências. (2018). Diário da República n.º 116/2018, 2ª série. Ministério da Saúde. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/5988-2018-115533450>.
- Direção-Geral da Saúde. (2011). *Escala de Braden: versão adulto e pediátrica (Braden Q)*. Direção-Geral da Saúde. Disponível em: https://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude/ficheiros-anexos/orientacao_ulceraspdf-pdf.aspx.
- Direção-Geral da Saúde. (2017). *Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2017-2025*. Direção-Geral da Saúde. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/wpcontent/uploads/2017/07/ENEAS.pdf>.
- Direção-Geral da Saúde. (2019). *Prevenção e intervenção na queda do adulto em cuidados hospitalares*. Direção-Geral da Saúde. Disponível em: <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/12/prevencao-e-intervencao-na-queda-do-adulto-em-cuidados-hospitalares.pdf>.
- Direção-Geral do Ensino Superior. (2013). *Relatório de Referenciação do Quadro Nacional de Qualificações ao Quadro Europeu de Qualificações*. Ministério da Educação e Ciência. Disponível em: https://www.dges.gov.pt/sites/default/files/relatorio_referenciacao_qnq_qeq.pdf.
- Fahn, S., & Elton, R. L. (1987). UPDRS Program Members. Unified Parkinson's disease rating scale. In: Fahn S., Marsden, C. D., Goldstein, M., Calne, D. B, editors, *Recent developments in Parkinson's disease* (153-163, 293-304). Macmillan Healthcare Information.
- Fernandes, J. B., & Vareta, D. A. (2019). *Enfermagem Avançada*. Papa-Letras.
- Fernandes, J.B., Ferreira, N., Domingos, J., Ferreira, R., Amador, C., Pardal, N., Castro, C., Simões, A., Fernandes, S., Bernardes, C., Vareta, D. A., Peças, D., Ladislau, D., Sousa, N., Duarte, A., & Godinho, C. (2023). Health Professional's Motivational Strategies to Enhance Adherence in the Rehabilitation of People with the Rehabilitation of People with Lower Limb Fractures: Scoping Review. *International journal of environmental research and public health*, 20(22), 7050. <https://doi.org/10.3390/ijerph20227050>.
- Fernandes, H. d. C. L., Pavarini, S. C. I., Barham, E. J., Mendiondo, M. S. Z. d., & Luchesi, B. M. (2010). Envelhecimento e demência: o que sabem os Agentes Comunitários de Saúde? *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 44(3), 782–788. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342010000300033>.

- Fernandes, J. A. B. A., Fernandes, S. I. B. A., Almeida, A. L. d. S., Almeida, J. M. G. D., & Peças, D. M. T. B. (2022). Factores asociados con la falta de adherencia a ayudas técnicas para la marcha en ancianos con alto riesgo de caídas. *Cultura de los Cuidados*, (62). <https://doi.org/10.14198/cuid.2022.62.14>.
- Fleury, M. T. L., & Fleury, A. (2001). Construindo o conceito de competência. *Revista de Administração Contemporânea*, 5(spe), 183–196. <https://doi.org/10.1590/S1415-65552001000500010>.
- Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of psychiatric research*, 12(3), 189–198. [https://doi.org/10.1016/0022-3956\(75\)90026-6](https://doi.org/10.1016/0022-3956(75)90026-6).
- Fonseca, C., Correia, J., Redol, F., & Fernandes, C. (2018). Os Indicadores sensíveis dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação, ao nível do autocuidado, nas pessoas com alterações do foro respiratório, revisão sistemática da literatura, *Journal of Aging & Innovation*, 7(1), 48 – 57. <https://dspace.uevora.pt/rdpc/bitstream/10174/24317/1/6-foro-respirat%C3%B3rio.pdf>.
- Freitas, S., Simões, M. R., Alves, L., & Santana, I. (2011). Montreal Cognitive Assessment (MoCA): Normative study for the portuguese population. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 33(9), 989–996. <https://doi.org/10.1080/13803395.2011.589374>.
- Gonçalves, F. C. A., & Lima, I. C. S. (2020). Alzheimer's and the challenges of nursing care for the elderly and their family caregiver. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, 1274–1282. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcf.v12.7971>.
- Granger, C. V., Hamilton, B. B., Keith, R. A., Zielezny, M., & Sherwin, F. S. (1986). Avanços na avaliação funcional para reabilitação médica. *Tópicos em Reabilitação Geriátrica* 1(3), 59-74.
- Greenaway, M. C., Duncan, N. L., & Smith, G. E. (2013). The memory support system for mild cognitive impairment: randomized trial of a cognitive rehabilitation intervention. *International journal of geriatric psychiatry*, 28(4), 402–409. <https://doi.org/10.1002/gps.3838>.
- Gurkova, E., Miksova, Z., Labudíková, M., & Chocholková, D. (2021). Nurse's work environment, job satisfaction, and intention to leave - a cross-sectional study in czech hospitals. *Central European Journal of Nursing and Midwifery*, 12(4), 495-504. <http://doi.org/10.15452/CEJNM.2021.12.0019>.
- Gutenbrunner, C., Stievano, A., Nugraha, B., Stewart, D., & Catton, H. (2021). Nursing – a core element of rehabilitation. *International Nursing Review*, 69(1), 13-19. <https://doi.org/10.1111/inr.12661>.
- Han, J. W., Son, K. L., Byun, H. J., Ko, J. W., Kim, K., Hong, J. W., Kim, T. H., & Kim, K. W. (2017). Efficacy of the Ubiquitous Spaced Retrieval-based Memory Advancement and Rehabilitation Training (USMART) program among patients with mild cognitive impairment: a randomized controlled crossover trial. *Alzheimer's research & therapy*, 9(1). <https://doi.org/10.1186/s13195-017-0264-8>.
- Heinemann, A. W., Feuerstein, M., Frontera, W. R., Gard, S. A., Kaminsky, L. A., Negrini, S., Richards, L. G., & Vallée, C. (2020). Rehabilitation Is a Global Health Priority. *BMC Health Services Research*, 20(1), 1-3. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-4962-8>.
- Hindle, J. V., Watermeyer, T. J., Roberts, J., Brand, A., Hoare, Z., Martyr, A., & Clare, L. (2018). Goal-orientated cognitive rehabilitation for dementias associated with Parkinson's disease-A pilot randomised controlled trial. *International journal of geriatric psychiatry*, 33(5), 718–728. <https://doi.org/10.1002/gps.4845>.

- Imaginário, C., Machado, P., Rocha, M., Antunes, C., & Martins, T. (2017). Atividades de vida diária como preditores do estado cognitivo em idosos institucionalizados. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (18), 37-43. <https://doi.org/10.19131/rpesm.0190>.
- International Council of Nurses. (2012). *Closing the gap: from evidence to action*. Geneva: International Council of Nurses. <https://www.nursingworld.org/4aff6a/globalassets/practiceandpolicy/innovation--evidence/ind-kit-2012-for-nnas.pdf>.
- International Council of Nurses. (2019). *Core competencies in disaster nursing: Version 2.0*. Geneva: International Council of Nurses. https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/ICN_DisasterComp-Report_WEB.pdf.
- Jessen, F., Amariglio, R. E., Buckley, R. F., Flier, W. M., Han, Y. & Molinuevo, J. L., (2020). The characterisation of subjective cognitive decline. *Lancet Neurology* 19(3), 271-278. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(19\)30368-0](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(19)30368-0).
- Juárez-Cedillo, T., Gutiérrez-Gutiérrez, L., Sánchez-Hurtado, L. A., Martínez-Rodríguez, N., & Juárez-Cedillo, E. (2020). Randomized Controlled Trial of Multi-Component Cognitive Stimulation Therapy (SADEM) in Community-Dwelling Demented Adults. *Journal of Alzheimer's disease*, 78(3), 1033–1045. <https://doi.org/10.3233/JAD-200574>.
- Karvonen, M. J., Kentala, E., & Mustala, O. (1957). The effects of training on heart rate; a longitudinal study. *Annales medicinae experimentalis et biologiae Fenniae*, 35(3), 307–315.
- Keus, S. H., Bloem, B. R., van Hilten, J. J., Ashburn, A., & Munneke, M. (2007). Effectiveness of physiotherapy in Parkinson's disease: the feasibility of a randomised controlled trial. *Parkinsonism & related disorders*, 13(2), 115–121. <https://doi.org/10.1016/j.parkreldis.2006.07.007>
- Kim, H. (2019). The Effects of Dementia Partner Programs using Telephone on Cognitive and Neuropsychiatric Symptoms in Elderly Persons with Mild Cognitive Impairment: A Randomized Controlled Trial. *International Journal of Innovative Technology and Exploring Engineering*, 8(3C), 126-131. <https://www.ijitee.org/wp-content/uploads/papers/v8i3c/C10350183C19.pdf>.
- Kim, H. M., Nazor, C., Zabetian, C. P., Quinn, J. F., Chung, K. A., Hiller, A. L., Hu, S. C., Leverenz, J. B., Montine, T. J., Edwards, K. L., & Cholerton, B. (2019). Prediction of cognitive progression in Parkinson's disease using three cognitive screening measures. *Clinical Parkinsonism & Related Disorders*, 1, 91–97. <https://doi.org/10.1016/j.prdoa.2019.08.006>.
- Kudlicka, A., Martyr, A., Bahar-Fuchs, A., Woods, B., & Clare, L. (2019). Cognitive rehabilitation for people with mild to moderate dementia. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2019(8), CD013388. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD013388>.
- Law, L. L. F., Mok, V. C. T., & Yau, M. M. K. (2019). Effects of functional tasks exercise on cognitive functions of older adults with mild cognitive impairment: a randomized controlled pilot trial. *Alzheimer's research & therapy*, 11(1), 98. <https://doi.org/10.1186/s13195-019-0548-2>.
- Lemke, N. C., Werner, C., Wiloth, S., Oster, P., Bauer, J. M., & Hauer, K. (2019). Transferability and Sustainability of Motor-Cognitive Dual-Task Training in Patients with Dementia: A Randomized Controlled Trial. *Gerontology*, 65(1), 68–83. <https://doi.org/10.1159/000490852>.
- Livingston, G., Huntley, H., Sommerlad, A., Ames, D., Ballard, C., Banerjee, S., Brayne, C., Burns, A., Mansfield, J., Cooper, C., Costafreda, S., Dias, A., Fox, N., Gitlin, L., Howard, R., Kales, H., Kivimäki, M., Larson, E., Ogunniyi, A., Orgeta, V., Ritchie, K., Rockwood, K., Sampson, E., Quincy S.,

- Schneider, L., Selbæk, G., Teri, L. & Mukadam, N. (2020). Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of the Lancet Commission. *The Lancets Commissions*, 396, 413–446. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30367-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30367-6).
- Maggio, M. G., Maresca, G., De Luca, R., Stagnitti, M. C., Porcari, B., Ferrera, M. C., Galletti, F., Casella, C., Manuli, A., & Calabrò, R. S. (2019). The Growing Use of Virtual Reality in Cognitive Rehabilitation: Fact, Fake or Vision? A Scoping Review. *Journal of the National Medical Association*, 111(4), 457–463. <https://doi.org/10.1016/j.jnma.2019.01.003>.
- Maki, Y., Sakurai, T., Okochi, J., Yamaguchi, H., & Toba, K. (2018). Rehabilitation to live better with dementia. *Geriatrics & gerontology international*, 18(11), 1529–1536. <https://doi.org/10.1111/ggi.13517>.
- Manenti, R., Gobbi, E., Baglio, F., Macis, A., Ferrari, C., Pagnoni, I., Rossetto, F., Di Tella, S., Alemanno, F., Cimino, V., Binetti, G., Iannaccone, S., Bramanti, P., Cappa, S. F., & Cotelli, M. (2020). Effectiveness of an Innovative Cognitive Treatment and Telerehabilitation on Subjects with Mild Cognitive Impairment: A Multicenter, Randomized, Active-Controlled Study. *Frontiers in aging neuroscience*, 12. <https://doi.org/10.3389/fnagi.2020.585988>.
- Marques, Y. S., Casarin, F., Huppés, B., Maziero, B. R., Gehlen, M. H., & Ilha, S. (2022). Doença de alzheimer na pessoa idosa/família: potencialidades, fragilidades e estratégias. *Cogitare Enfermagem*, 27. <https://doi.org/10.5380/ce.v27i0.80169>.
- Martins, M., Ribeiro, O., & Silva, J. (2018). Orientações concetuais dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação em hospitais portugueses. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 1(2), 42-48. <https://doi.org/10.33194/rper.2018.v1.n2.02.4409>.
- Martins, R., & Santos, C. (2020). Capacitação do cuidador informal: o papel dos enfermeiros no processo de gestão da doença. *Gestão E Desenvolvimento*, (28), 117-137. <https://doi.org/10.34632/gestaoedesenvolvimento.2020.9468>.
- Martins, T., Araújo, M., Peixoto, M., & Machado, P. (2016). *A pessoa dependente & o familiar cuidador*. Lusodidacta.
- Maryam, R. S., Sahar, J., Hastono, S. P., & Harimurti, K. (2021). Common symptoms of Alzheimer's dementia that are easily recognizable by families. *Dementia & Neuropsychologia*, 15(2), 186–191. <https://doi.org/10.1590/1980-57642021dn15-020005>.
- Matos, M. J., & Araújo, C. (2021). Prevenção de lesões musculoesqueléticas nos cuidadores informais de doentes dependentes no domicílio: Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 4(1), 56-63. <https://doi.org/10.33194/rper.2021.v4.n1.157>.
- Menoita, E., Sousa, L., Alvo, I., & Marques-Vieira, C. (2012). *Reabilitar a Pessoa Idosa com AVC: Contributos para um Envelhecer Resiliente*. Lusodidacta.
- Moon, J. A. (1999). *Reflection in Learning & Professional Development: Theory & Practice*. Kogan Page Ltd.
- Morse, J. M, Morse, R. M & Tylko, S. J (1989). Desenvolvimento de uma escala para identificar o paciente propenso a quedas. *Jornal Canadense sobre Envelhecimento*, 8(4), 366–377. <https://doi.org/10.1017/S0714980800008576>.
- Muller, C., Becker, S., Plewnia, A., Rundel, M., Zimmerman, L., & Korner, M. (2015). Expectations and requests regarding team training interventions to promote interdisciplinary collaboration in

medical rehabilitation – A qualitative study. *BMC Medical Education*, (15)135. 1-14. <https://doi.org/10.1186%2Fs12909-015-0413-3>.

Nakamura, K., Kasai, M., Nakai, M., Nakatsuka, M., & Meguro, K. (2016). The Group Reminiscence Approach Can Increase Self-Awareness of Memory Deficits and Evoke a Life Review in People with Mild Cognitive Impairment: The Kurihara Project Data. *Journal of the American Medical Directors Association*, 17(6), 501–507. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2015.11.009>.

Nasreddine, Z. S., Phillips, N. A., Bédirian, V., Charbonneau, S., Whitehead, V., Collin, I., Cummings, J. L., & Chertkow, H. (2005). The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53(4), 695–699. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2005.53221.x>.

Neiseh, F., Dalvandi, A., Tabrizi, K. N., Shahboulaghi, F. M., Fallahi-Khoshknab, M., & Shemshadi, H. (2020). Barriers and Facilitators to Emancipation Process in Persons with Physical Disability- A Grounded Theory. *Journal of Evolution of Medical and Dental Sciences*, 9(16), 1379–1385. <https://doi.org/10.14260/jemds/2020/300>.

Nieuwboer, A., De Weerd, W., Dom, R., Bogaerts, K., & Nuyens, G. (2000). Development of an activity scale for individuals with advanced Parkinson disease: reliability and "on-off" variability. *Physical therapy*, 80(11), 1087–1096. <https://doi.org/10.1093/ptj/80.11.1087>.

OECD (2023). *Health at a Glance 2023: OECD Indicators*. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/7a7afb35-en>.

Ordem dos Enfermeiros. (2014a). *Áreas Investigação Prioritárias Para a Especialidade de Enfermagem de Reabilitação*. Ordem dos Enfermeiros. http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/2015/MCEER_Assembleia/Areas_Investigacao_Prioritarias_para_EER.pdf.

Ordem dos Enfermeiros. (2014b). *Documento das áreas de investigação para a especialidade de enfermagem de reabilitação*. Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/30264/ponto-3_documento-linhas-de-investiga%C3%A7%C3%A3o-do-eer.pdf.

Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Código Deontológico do Enfermeiro*. Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8889/codigodeontologicoenfermeiro_edicao2005.pdf.

Ordem dos Enfermeiros. (2016). *Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação*. Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2017/InstRecolhaDadosDocumentacaoCuidEnfReabilitacao_Final_2017.pdf.

Ordem dos Enfermeiros. (2018a). *Bilhetes de identidade dos indicadores que integram o core de indicadores por categoria de enunciados descritivos dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem de reabilitação*. Ordem dos Enfermeiros. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5443/enfermagemreabilitacao.pdf>.

Ordem dos Enfermeiros. (2018b). *Guia Orientador de boa prática-reabilitação respiratória*. *Cadernos OE* 1(10). https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5441/gobp_reabilita%C3%A7%C3%A3o-respirat%C3%B3ria_mceer_final-para-divulga%C3%A7%C3%A3o-site.pdf.

Ordem dos Enfermeiros. (2021). *Recomendações para o estágio da componente clínica dos ciclos de estudos dos Mestrados em Enfermagem conducentes à atribuição do título profissional de*

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

Orem, D. E. (2001). *Nursing Concepts of Practice*. Mosby.

Organização Mundial da Saúde. Direção-Geral da Saúde. (2004). *Catálogo CIFE (Classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde)*. Disponível em: <https://catalogo.inr.pt/documents/11257/0/CIF+2004>.

Peixoto, N., & Peixoto, T. (2016). Reflective practice among nursing students in clinical teaching. *Revista de Enfermagem Referência, IV Série* (11), 121–132. <http://dx.doi.org/10.12707/RIV16030>.

Peng, Z., Jiang, H., Wang, X., Huang, K., Zuo, Y., Wu, X., Abdullah, A. S., & Yang, L. (2019). The Efficacy of Cognitive Training for Elderly Chinese Individuals with Mild Cognitive Impairment. *BioMed Research International, 2019*, 1–10. <https://doi.org/10.1155/2019/4347281>.

Pereira, L. M., Gomes, J. C., Bezerra, I. L., De Oliveira, L. S., & Santos, M. C. (2017). Impactos do treinamento funcional no equilíbrio e funcionalidade de idosos não institucionalizados. *Revista Brasileira de Ciência e Movimento, 25*(1), 79. <https://doi.org/10.31501/rbcm.v25i1.6322>.

Petronilho, F. A. S. (2009). Produção de indicadores de qualidade: A enfermagem que queremos evidenciar. *Sinais Vitais, (82)*. 35-43. Disponível em: <https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/63461/1/Produ%C3%A7%C3%A3o%20de%20Indicadores%20da%20Qualidade%20a%20enfermagem%20que%20queremos%20evidenciar.pdf>.

Petronilho, F. A.S. (2012). *Autocuidado: conceito central da enfermagem*. Formasau.

Pinto, A. C., & Mota, L. A. (2023). Evidence-based practice instruments for nurses validated for Portugal: scoping review protocol. *RevSALUS - Revista Científica da Rede Académica das Ciências da Saúde da Lusofonia, 5*(1). <https://doi.org/10.51126/revsalus.v5i1.487>.

Regan, B., Wells, Y., Farrow, M., O'Halloran, P., & Workman, B. (2017). MAXCOG-Maximizing Cognition: A Randomized Controlled Trial of the Efficacy of Goal-Oriented Cognitive Rehabilitation for People with Mild Cognitive Impairment and Early Alzheimer Disease. *The American journal of geriatric psychiatry, 25*(3), 258–269. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2016.11.008>.

Regulamento n.º 350/2015. Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação. (2015). Diário da República n.º 119, 2ª Série. Ordem dos Enfermeiros. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/350-2015-67552234>.

Regulamento n.º 140/2019. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. (2019). Diário da República, n.º 26, 2ª série. Ordem dos Enfermeiros. http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf.

Regulamento n.º 392/2019. Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação (2019). Diário da República n.º 85/2019, Série II. Ordem dos Enfermeiros. http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasReabilitacao_aprovadoAG20Nov2010.pdf.

- Ribeiro, M. P., Oliveira, F. D. B., Rodrigues, M. F. R., Alves, M. A. S., Silva, C. F., Prazeres, V. M. P., Ribeiro, O. M. P. L., & Jesus, M. M. G. R. B. (2021). Enfermagem de Reabilitação: a prática sustentada no referencial teórico de Dorothea Orem. *Revista Investigação em Enfermagem*, (Nov 2021), 47-56. https://www.researchgate.net/publication/357458612_Enfermagem_de_reabilitacao_a_pratica_a_sustentada_no_referencial_teorico_de_Dorothea_Orem.
- Ribeiro, O. (2021). *Enfermagem de Reabilitação: Conceções e Práticas*. Lidel.
- Ribeiro, O. M. P. L., Trindade, L. D. L., Silva, J. M. A. V., & Faria, A. D. C. A. (2021). Prática profissional no contexto hospitalar: visão de enfermeiros sobre contribuições das concepções de Dorothea Orem. *Revista de Enfermagem da UFSM*, 11, Artigo e28. <https://doi.org/10.5902/2179769254723>.
- Sá, C., Silva, D., Bigongiari, A. & Lima, A. (2019). Eficácia da reabilitação cognitiva na melhoria e manutenção das atividades de vida diária em pacientes com doença de Alzheimer uma revisão sistemática da literatura. *Jornal Brasileiro Psiquiatria*. 68(3), 153-160. <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000241>.
- Sabe, L., Courtis, M., Saavedra, M., Prodan, V., Luján-Calcagno, M., & Melián, S. (2008). Desarrollo y validación de una batería corta de evaluación de la afasia: " bedside de lenguaje". Utilización en un centro de rehabilitación. *Revista de Neurologia* (46)8, 454-460. <https://doi.org/10.33588/rn.4608.2007509>.
- Saraiva, J., Rosa, G., Fernandes, S., & Fernandes, J. B. (2023). Current Trends in Balance Rehabilitation for Stroke Survivors: A Scoping Review of Experimental Studies. *International journal of environmental research and public health*, 20(19), 6829. <https://doi.org/10.3390/ijerph20196829>
- Schilling, L. P., Balthazar, M. L. F., Radanovic, M., Forlenza, O. V., Silagi, M. L., Smid, J., Barbosa, B. J. A. P., Frota, N. A. F., Souza, L. C. d., Vale, F. A. C., Caramelli, P., Bertolucci, P. H. F., Chaves, M. L. F., Brucki, S. M. D., Damasceno, B. P., & Nitrini, R. (2022). Diagnóstico da doença de Alzheimer: recomendações do Departamento Científico de Neurologia Cognitiva e do Envelhecimento da Academia Brasileira de Neurologia. *Dementia & Neuropsychologia*, 16(3 suppl 1), 25–39. <https://doi.org/10.1590/1980-5764-DN-2022-S102PT>.
- Shimada, H., Makizako, H., Doi, T., Park, H., Tsutsumimoto, K., Verghese, J., & Suzuki, T. (2018). Effects of Combined Physical and Cognitive Exercises on Cognition and Mobility in Patients with Mild Cognitive Impairment: A Randomized Clinical Trial. *Journal of the American Medical Directors Association*, 19(7), 584–591. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2017.09.019>
- Smid, J., Studart-Neto, A., César-Freitas, K. G., Dourado, M. C. N., Kochhann, R., Barbosa, B. J. A. P., Schilling, L. P., Balthazar, M. L. F., Frota, N. A. F., Souza, L. C. d., Caramelli, P., Bertolucci, P. H. F., Chaves, M. L. F., Brucki, S. M. D., Nitrini, R., Resende, E. d. P. F., & Vale, F. A. C. (2022). Declínio cognitivo subjetivo, comprometimento cognitivo leve e demência - diagnóstico sindrômico: recomendações do Departamento Científico de Neurologia Cognitiva e do Envelhecimento da Academia Brasileira de Neurologia. *Dementia & Neuropsychologia*, 16(3 suppl 1), 1–24. <https://doi.org/10.1590/1980-5764-DN-2022-S101PT>.
- Snitz, B. E., Lopez, O. L., McDade, E., Becker, J. T., Cohen, A. D., Price, J. C., Mathis, C. A., & Klunk, W. E. (2015). Amyloid- β Imaging in Older Adults Presenting to a Memory Clinic with Subjective Cognitive Decline: A Pilot Study. *Journal of Alzheimer's Disease*, 48(s1), S151–S159. <https://doi.org/10.3233/JAD-150113>.

- Teodoro, J., Fernandes, S., Castro, C., & Fernandes, J. B. (2024). Current Trends in Gait Rehabilitation for Stroke Survivors: A Scoping Review of Randomized Controlled Trials. *Journal of clinical medicine*, 13(5), 1358. <https://doi.org/10.3390/jcm13051358>.
- Tinetti M. E. (1986). Performance-oriented assessment of mobility problems in elderly patients. *Journal of the American Geriatrics Society*, 34(2), 119–126. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.1986.tb05480.x>
- Torpil, B., Şahin, S., Pekçetin, S., & Uyanık, M. (2021). The Effectiveness of a Virtual Reality Based Intervention on Cognitive Functions in Older Adults with Mild Cognitive Impairment: A Single-Blind, Randomized Controlled Trial. *Games for health journal*, 10(2), 109–114. <https://doi.org/10.1089/g4h.2020.0086>.
- Trapl, M., Enderle, P., Nowotny, M., Teuschl, Y., Matz, K., Dachenhausen, A., & Brainin, M. (2007). Dysphagia Bedside Screening for Acute-Stroke Patients. *Stroke*, 38(11), 2948–2952. <https://doi.org/10.1161/strokeaha.107.483933>.
- Tulliani, N., Bissett, M., Fahey, P., Bye, R., & Liu, K. P. Y. (2022). Efficacy of cognitive remediation on activities of daily living in individuals with mild cognitive impairment or early-stage dementia: a systematic review and meta-analysis. *Systematic Reviews*, 11(1). <https://doi.org/10.1186/s13643-022-02032-0>.
- van Balkom, T. D., Berendse, H. W., van der Werf, Y. D., Twisk, J. W. R., Peeters, C. F. W., Hoogendoorn, A. W., Hagen, R. H., Berk, T., van den Heuvel, O. A., & Vriend, C. (2022). Effect of eight-week online cognitive training in Parkinson's disease: A double-blind, randomized, controlled trial. *Parkinsonism & related disorders*, 96, 80–87. <https://doi.org/10.1016/j.parkreldis.2022.02.018>.
- van Harten, A. C., Mielke, M. M., Swenson-Dravis, D. M., Hagen, C. E., Edwards, K. K., Roberts, R. O., Geda, Y. E., Knopman, D. S., & Petersen, R. C. (2018). Subjective cognitive decline and risk of MCI: The Mayo Clinic Study of Aging. *Neurology*, 91(4), e300–e312. <https://doi.org/10.1212/WNL.0000000000005863>.
- Ventura-Silva, J. M. A., Martins, M. M. F. P. S., Trindade, L. L., Ribeiro, O. M. P. L., Ribeiro, M. I. B., & Cardoso, M. F. P. T. (2021). O processo de trabalho dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação numa ótica marxista. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 4(2), 72–80. <https://doi.org/10.33194/rper.2021.73>.
- Vicente, C., Fernandes, S., Romão, A., & Fernandes, J. B. (2024). Current trends in psychotherapies and psychosocial interventions for people with dementia: a scoping review of randomized controlled trials. *Frontiers in psychiatry*, 15, 1286475. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2024.1286475>
- Ward, A., Tardiff, S., Dye, C., & Arrighi, H. M. (2013). Rate of Conversion from Prodromal Alzheimer's Disease to Alzheimer's Dementia: A Systematic Review of the Literature. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders Extra*, 3(1), 320–332. <https://doi.org/10.1159/000354370>.
- Wills, E. & McEwen, M. (2016). *Bases Teóricas de Enfermagem*. Artmed.
- Wong, T. K. S., Yunhua, Y., Jinghan, C., Lee, C. K. M., Ying, Z., Liping, J., Qiubi, T., & Chung, J. W. Y. (2021). Development of an integrative learning program for community dwelling old people with dementia. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 29. <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.4794.3486>.

- World Health Organization. (2017). *Global Action Plan on the public health response to dementia 2017-2025*. World Health Organization. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/259615/9789241513487eng.pdf?sequence=1>.
- World Health Organization. (2019). *Rehabilitation in Health Systems: Guide for Action*. World Health Organization. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/325607/9789241515986eng.pdf?sequence=1>.
- World Health Organization. (2022). *ICD-11: International classification of diseases (11 th revision)*. <https://icd.who.int/en>.
- World of Health Organization. (2023). *Intersectoral global action plan on epilepsy and other neurological disorders 2022–2031*. World Health Organization. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/371495/9789240076624eng.pdf?sequence=1>.
- Zadikoff, C., Fox, S. H., Tang-Wai, D. F., Thomsen, T., de Bie, R. M., Wadia, P., Miyasaki, J., Duff-Canning, S., Lang, A. E., & Marras, C. (2008). A comparison of the mini mental state exam to the Montreal cognitive assessment in identifying cognitive deficits in Parkinson's disease. *Movement disorders*, 23(2), 297–299. <https://doi.org/10.1002/mds.21837>.

Objetivo Específico Desenvolver uma prática profissional ética e legal, agindo de acordo com as normas legais, princípios éticos e deontologia profissional, suportada pela evidência científica.

Unidades de Competências: A1, A2, D1, D2

Atividades/Estratégias	Indicadores de Avaliação
<ul style="list-style-type: none">✓ Integrar a equipa multidisciplinar do serviço;✓ Conhecer as normas, protocolos e a cultura de cuidados do contexto de estágio;✓ Participação na prestação de cuidados de Enfermagem de Reabilitação;✓ Participação nas tomadas de decisão da equipa;✓ Envolver a pessoa/família no seu plano de cuidados e tomadas de decisão;✓ Promover o respeito pela autodeterminação da pessoa, considerando os seus hábitos, valores e crenças;✓ Realizar colheita de dados junto da pessoa e cuidadores, bem como consulta do processo clínico, de forma a identificar as necessidades de intervenção;✓ Pesquisa de artigos em bases de dados científicas, de forma a suportar a prática clínica e melhor responder às necessidades da pessoa, aprofundando conhecimentos nas diversas áreas de intervenção;✓ Integração dos novos conhecimentos na prática;✓ Identificação de oportunidades de investigação;✓ Tomada de decisão de acordo com o Código Deontológico do Enfermeiro;✓ Reconhecimento de práticas de risco e medidas preventivas;✓ Reunião com o Enfermeiro Orientador e Docente responsável a fim de analisar o percurso e práticas desenvolvidas.	<ul style="list-style-type: none">✓ Participou nas atividades do serviço, conhecendo a sua dinâmica, normas, protocolos em cada contexto de estágio;✓ Participou na prestação de cuidados de Enfermagem de Reabilitação, enquanto futura Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação;✓ Participou nas tomadas de decisão da equipa no que diz respeito ao planeamento de cuidados;✓ Envolveu a pessoa/família no plano de cuidados, no planeamento e nas tomadas de decisão, respeitando os seus hábitos, valores e crenças;✓ Realizou a colheita dos dados relevantes para a situação clínica, de forma a suportar a intervenção especializada, com o utente e cuidador, consulta do processo clínico e meios complementares de diagnóstico;✓ Pesquisou artigos nas diferentes bases de dados científicos, no sentido de suportar a intervenção;✓ Aplicou os conhecimentos decorrentes da evidencia científica na prática de cuidados;✓ Identificou lacunas no conhecimento e necessidades em termos de investigação;✓ Evidenciou uma prática de enfermagem assente no Código Deontológico de Enfermagem;✓ Ter reconhecido práticas de risco e ter adotado medidas preventivas na prática de cuidados;✓ Reuniu com o professor e enfermeiro orientador de forma a refletir e definir o percurso formativo, bem como melhorar as práticas desenvolvidas.

Critérios de Avaliação	Reflete sobre a execução de atividades, implementação de estratégias e seu contributo para alcançar os objetivos propostos; Descreve em que medida as estratégias e atividades planeadas e realizadas contribuíram para o desenvolvimento de competências no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal e no desenvolvimento das aprendizagens profissionais.
Recursos	Humanos: Professor Orientador da ESSEM; EEER orientador no local de estágio; Equipa Multidisciplinar; Utente/família/cuidador; Materiais: Normas e Protocolos do Serviço; Processos clínicos dos utentes; Bibliografia científica da área; Legislação; Código Deontológico; Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista; Regulamento das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação; Físicos: Hospital, Serviço de Medicina, Serviço de Ortopedia, UCCI Seixal, Unidade da RNCCI LATI; Temporais: Cronograma

Objetivo Específico: Desempenhar um papel dinamizador em programas de melhoria continua da qualidade nos serviços.	
Unidades de Competências: B1, B2, B3	
Atividades/Estratégias	Indicadores de Avaliação
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Realizar entrevista com o Enfermeiro Chefe e EEER orientador nos locais de estágio; ✓ Consultar normas e protocolos dos serviços, bem como conhecer projetos desenvolvidos nos serviços e indicadores de qualidade; ✓ Promover a incorporação de conhecimentos na área da qualidade na prestação de cuidados; ✓ Definir indicadores e instrumentos adequados para avaliação das práticas clínicas; ✓ Participar nos projetos de melhoria continua da qualidade implementados e desenvolvidos nos serviços; ✓ Colaborar na definição de recursos adequados para a prestação de cuidados seguros; ✓ Reconhecer e refletir sobre práticas de risco clínico e ocupacional, bem como medidas preventivas. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Realizou entrevista com o Enfermeiro Chefe e EEER orientador nos locais de estágio; ✓ Consultou normas e protocolos nos serviços; ✓ Conheceu os indicadores de qualidade relevantes na prática de cuidados especializados do EEER; ✓ Conheceu os projetos a decorrer nos serviços; ✓ Aplicou os conhecimentos adquiridos ao longo do processo de aprendizagem na prestação de cuidados; ✓ Definiu e aplicou os instrumentos de avaliação e registo adequados; ✓ Colaborou no planeamento e avaliação de projetos de melhoria continua da qualidade implementados e desenvolvidos nos serviços; ✓ Colaborou na definição de recursos adequados para a prestação de cuidados seguros; ✓ Reconheceu e refletiu sobre práticas de risco clínico e ocupacional, bem como medidas de forma a minimizar e evita-las.
Crítérios de Avaliação	Reflete sobre a execução de atividades, implementação de estratégias e seu contributo para alcançar os objetivos propostos; Descreve em que medida as estratégias e atividades planeadas e realizadas contribuíram para o desenvolvimento de competências no domínio da melhoria contínua da qualidade.
Recursos	Humanos: Professor Orientador da ESSEM; EEER orientador no local de estágio; Equipa Multidisciplinar; Utente/família/cuidador;

<p>Materiais: Normas e Protocolos do Serviço; Processos clínicos dos Utentes; Bibliografia científica da área; Legislação; Código Deontológico; Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista; Regulamento das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação;</p> <p>Físicos: Hospital, Serviço de Medicina, Serviço de Ortopedia, UCCI Seixal, Unidade da RNCCI LATI;</p> <p>Temporais: Cronograma</p>
--

Objetivo Específico: Desenvolver competências na área de gestão de cuidados de enfermagem e articulação na equipa de saúde.	
Unidades de Competências: C1, C2	
	Atividades/Estratégias
	Indicadores de Avaliação
	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Colaborar nas decisões da equipa multidisciplinar; ✓ Referenciar o utente para outros profissionais de saúde avaliando as suas necessidades ✓ Disponibilizar acessoria à equipa multidisciplinar; ✓ Orientar a decisão relativa às tarefas a delegar; ✓ Supervisionar os cuidados delegados, garantindo segurança e qualidade; ✓ Gerir os cuidados em função dos recursos e necessidades do utente/família; ✓ Envolver e motivar a equipa na prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação;
	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Colaborou nas decisões da equipa multidisciplinar ✓ Avaliou as necessidades e referenciou o utente para outros profissionais de saúde envolvendo a equipa multidisciplinar; ✓ Demonstrou capacidades na acessoria, delegação supervisão de outros profissionais; ✓ Garantiu a segurança e qualidade dos cuidados delegados otimizando as respostas da equipa; ✓ Geriu os cuidados em função dos recursos e necessidades do utente/família; ✓ Demonstrou estratégias para envolvimento e motivação da equipa para os cuidados prestados;
Critérios de Avaliação	Reflete sobre a execução de atividades, implementação de estratégias e seu contributo para alcançar os objetivos propostos; Descreve em que medida as estratégias e atividades planeadas e realizadas contribuíram para o desenvolvimento de competências no domínio da gestão de cuidados.
Recursos	Humanos: Professor Orientador da ESSEM; EEER orientador no local de estágio; Equipa Multidisciplinar; Utente/família/cuidador; Materiais: Normas e Protocolos do Serviço; Processos clínicos dos Utentes; Bibliografia científica da área; Legislação; Código Deontológico; Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista; Regulamento das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação; Físicos: Hospital, Serviço de Medicina, Serviço de Ortopedia, UCCI Seixal, Unidade da RNCCI LATI; Temporais: Cronograma

Objetivo Específico: Cuidar de pessoas com necessidades especiais ao longo do ciclo de vida em todos os contextos da prática clínica.

Unidades de Competências: J1

Atividades/Estratégias	Indicadores de Avaliação
<ul style="list-style-type: none">✓ Avaliar a capacidade funcional da pessoa;✓ Realizar avaliação da função cognitiva utilizando o MMSE e MoCA;✓ Identificar as necessidades de intervenção, a fim de otimizar e manter a função;✓ Planejar intervenções específicas de Enfermagem de Reabilitação, promovendo a funcionalidade;✓ Discutir com o Enfermeiro Orientador as prioridades de intervenção e as intervenções planeadas;✓ Envolver a pessoa/família no plano de cuidados, nomeadamente nas estratégias a implementar e resultados esperados;✓ Envolver a equipa multidisciplinar no plano de intervenção otimizando as intervenções planeadas;✓ Implementar programas de reeducação funcional;✓ Ensinar, instruir e treinar intervenções de reeducação funcional motora sensorial, cognitiva, cardiorrespiratória, da alimentação, da eliminação, da sexualidade;✓ Ensinar, demonstrar e treinar técnicas no âmbito dos programas definidos com vista ao autocuidado e da continuidade de cuidados nos diferentes contextos;✓ Selecionar, ensinar, instruir, treinar a utilização de produtos de apoio;✓ Avaliar os resultados dos planos e programas de reabilitação implementados recorrendo a instrumentos/escalas de avaliação;✓ Elaborar registos de enfermagem que descrevam a intervenção do EEER;✓ Articular com outros profissionais e instituições de saúde a fim de otimizar as intervenções planeadas e a continuidade de cuidados.	<ul style="list-style-type: none">✓ Avaliou a capacidade funcional da pessoa, utilizando instrumentos/escalas de avaliação;✓ Avaliou a função cognitiva recorrendo a instrumentos como o MMSE e MoCA;✓ Identificou as necessidades de intervenção, consoante a avaliação da pessoa e com o objetivo de preservar e otimizar a função;✓ Planeou intervenções específicas de Enfermagem de Reabilitação com o objetivo de promover a funcionalidade;✓ Discutiu com o Enfermeiro Orientador as prioridades de intervenção, bem como as intervenções planeadas;✓ Envolveu a pessoa e cuidador no plano de cuidados, definindo objetivos, estratégias e reforçando os resultados, gerindo expectativas e ganhos;✓ Envolveu a equipa multidisciplinar no plano de intervenção, reformulando estratégias no sentido de otimizar as intervenções planeadas;✓ Implementou programas de reeducação funcional;✓ Ensinou, instruiu e treinou intervenções de reeducação funcional motora, sensorial, cognitiva, cardiorrespiratória, da alimentação, da eliminação, da sexualidade;✓ Ensinou, demonstrou e treinou técnicas no âmbito dos programas definidos, estimulando o autocuidado e a continuidade dos cuidados nos diferentes contextos;✓ Selecionou, ensinou, instruiu e treinou a utilização de produtos de apoio;✓ Recorreu a instrumentos/escalas de avaliação a fim de avaliar resultados dos planos e programas de reabilitação implementados

	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Elaborou registos de enfermagem que descrevem as intervenções do EEER; ✓ Articulou com outros profissionais de saúde e instituições de saúde com o objetivo de otimizar as intervenções planeadas e a continuidade de cuidados.
Critérios de Avaliação	Reflete sobre a execução de atividades, implementação de estratégias e seu contributo para alcançar os objetivos propostos; Descreve em que medida as estratégias e atividades planeadas e realizadas contribuíram para o desenvolvimento de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, ao diagnosticar, planejar, implementar e avaliar planos de intervenção de Enfermagem de Reabilitação.
Recursos	Humanos: Professor Orientador da ESSEM; EEER orientador no local de estágio; Equipa Multidisciplinar; Utente/família/cuidador; Materiais: Normas e Protocolos do Serviço; Processos clínicos dos Utentes; Bibliografia científica da área; Legislação; Código Deontológico; Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista; Regulamento das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação; Escalas e instrumentos de medida; Físicos: Hospital, Serviço de Medicina, Serviço de Ortopedia, UCCI Seixal, Unidade da RNCCI LATI; Temporais: Cronograma

Objetivo Específico: Capacitar a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania;	
Unidades de Competências: J2	
Atividades/Estratégias	Indicadores de Avaliação
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Avaliar alterações que determinam limitações da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania; ✓ Avaliar alterações a nível das funções cognitivas, utilizando o MMSE e o MoCA; ✓ Diagnosticar alterações que determinam limitações da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania; ✓ Discutir com o Enfermeiro Orientador as prioridades de intervenção e as intervenções planeadas; ✓ Implementar programas de reabilitação; ✓ Envolver a pessoa/família na elaboração do plano de intervenção; ✓ Ensinar a pessoa e cuidador técnicas e tecnologias específicas para o autocuidado nomeadamente ao nível cognitivo; ✓ Realizar treino específico de AVD's, nomeadamente utilizando ajudas técnicas e compensatórias, maximizando a qualidade de vida; ✓ Promover ambientes seguros com diminuição de fatores de risco ambientais, relacionados com a alteração da funcionalidade a nível motor, cognitivo, sensorial, cardíaco, respiratório, alimentação, eliminação e da sexualidade; ✓ Gerir e instruir sobre as circunstâncias ambientais que potenciam a ocorrência de eventos adversos associados a alteração da funcionalidade a nível motor, cognitivo, sensorial, cardíaco, respiratório, alimentação, eliminação e da sexualidade; ✓ Articular com outros profissionais e instituições de saúde a fim de otimizar as intervenções planeadas e a continuidade de cuidados. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Avaliou alterações que determinam limitações da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania; ✓ Avaliou a função cognitiva recorrendo a instrumentos como o MMSE e MoCA ✓ Diagnosticou alterações que determinam limitações da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania; ✓ Discutiu com o Enfermeiro Orientador as prioridades de intervenção, bem como as intervenções planeadas; ✓ Implementou programas de reabilitação; ✓ Envolveu a pessoa e cuidador no plano de cuidados, definindo objetivos, estratégias e reforçando os resultados, gerindo expectativas e ganhos; ✓ Ensinou e instruiu à pessoa e cuidador técnicas e tecnologias específicas para o autocuidado nomeadamente a nível cognitivo integrando as no plano de reabilitação; ✓ Realizou treino específico de AVD's utilizando ajudas técnicas e compensatórias, com a finalidade de maximizar a qualidade de vida; ✓ Promoveu ambientes seguros, identificando e diminuindo fatores de risco ambientais, relacionados com a alteração da funcionalidade a nível motor, cognitivo, sensorial, cardíaco, respiratório, alimentação, eliminação e da sexualidade; ✓ Geriu e instruiu sobre as circunstâncias ambientais que potenciam a ocorrência de eventos adversos associados a alteração da funcionalidade a nível motor, cognitivo, sensorial, cardíaco, respiratório, alimentação, eliminação e da sexualidade;

<ul style="list-style-type: none"> ✓ Avaliar os resultados dos planos e programas de reabilitação implementados recorrendo a instrumentos/escalas de avaliação; ✓ Elaborar registos de enfermagem que descrevam a intervenção do EEER; 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Recorreu a instrumentos/ escalas de avaliação a fim de avaliar resultados dos planos e programas de reabilitação implementados ✓ Elaborou registos de enfermagem que descrevem as intervenções do EEER; ✓ Articulou com outros profissionais de saúde e instituições de saúde com o objetivo de otimizar as intervenções planeadas e a continuidade de cuidados.
Crítérios de Avaliação	<p>Reflete sobre a execução de atividades, implementação de estratégias e seu contributo para alcançar os objetivos propostos; Descreve em que medida as estratégias e atividades planeadas e realizadas contribuíram para o desenvolvimento de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, nomeadamente na capacitação da pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania.</p>
Recursos	<p>Humanos: Professor Orientador da ESSEM; EEER orientador no local de estágio; Equipa Multidisciplinar; Utente/família/cuidador; Materiais: Normas e Protocolos do Serviço; Processos clínicos dos Utentes; Bibliografia científica da área; Legislação; Código Deontológico; Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista; Regulamento das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação; Escalas e instrumentos de medida; Físicos: Hospital, Serviço de Medicina, Serviço de Ortopedia, UCCI Seixal, Unidade da RNCCI LATI; Temporais: Cronograma</p>

Objetivo Específico: Maximizar a funcionalidade da pessoa.	
Unidades de Competências: J3	
	Atividades/Estratégias
	Indicadores de Avaliação
	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Avaliar a capacidade funcional da pessoa; ✓ Realizar avaliação da função cognitiva utilizando o MMSE e MoCA; ✓ Identificar as necessidades de intervenção, a fim de otimizar e manter a função; ✓ Planejar intervenções específicas de Enfermagem de Reabilitação, promovendo a funcionalidade; ✓ Discutir com o Enfermeiro Orientador as prioridades de intervenção e as intervenções planeadas; ✓ Envolver a pessoa/família no plano de cuidados, nomeadamente nas estratégias a implementar e resultados esperados; ✓ Implementar programas de reabilitação; ✓ Avaliar os resultados dos planos e programas de reabilitação implementados recorrendo a instrumentos/escalas de avaliação; ✓ Elaborar registos de enfermagem que descrevam a intervenção do EEER;
	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Avaliou a capacidade funcional da pessoa, utilizando instrumentos/escalas de avaliação; ✓ Avaliou a função cognitiva recorrendo a instrumentos como o MMSE e MoCA; ✓ Identificou as necessidades de intervenção, consoante a avaliação da pessoa e com o objetivo de preservar e otimizar a função; ✓ Planeou intervenções específicas de Enfermagem de Reabilitação com o objetivo de promover a funcionalidade; ✓ Discutiu com o Enfermeiro Orientador as prioridades de intervenção, bem como as intervenções planeadas; ✓ Envolveu a pessoa e cuidador no plano de cuidados, definindo objetivos, estratégias e reforçando os resultados, gerindo expectativas e ganhos; ✓ Implementou programas de reabilitação; ✓ Recorreu a instrumentos/escalas de avaliação a fim de avaliar resultados dos planos e programas de reabilitação implementados; ✓ Elaborou registos de enfermagem que descrevem as intervenções do EEER.
Critérios de Avaliação	Reflete sobre a execução de atividades, implementação de estratégias e seu contributo para alcançar os objetivos propostos; Descreve em que medida as estratégias e atividades planeadas e realizadas contribuíram para o desenvolvimento de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, na maximização da funcionalidade da pessoa, desenvolvendo as suas capacidade.
Recursos	Humanos: Professor Orientador da ESSEM; EEER orientador no local de estágio; Equipa Multidisciplinar; Utente/família/cuidador;

	<p>Materiais: Normas e Protocolos do Serviço; Processos clínicos dos Utentes; Bibliografia científica da área; Legislação; Código Deontológico; Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista; Regulamento das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação; Escalas e instrumentos de medida;</p> <p>Físicos: Hospital, Serviço de Medicina, Serviço de Ortopedia, UCCI Seixal, Unidade da RNCCI LATI;</p> <p>Temporais: Cronograma</p>
--	--

PROTOCOLO DE REVISÃO SCOPING

Objetivo: Descrever e mapear as intervenções de reabilitação, que possam ser desenvolvidas pelo EEER, na reabilitação cognitiva da pessoa com demência.

Questão de investigação: Quais são as intervenções de reabilitação cognitiva para pessoas com demência?

População: Pessoas com demência.

Conceito: Intervenções ou técnicas.

Contexto: Reabilitação cognitiva.

Metodologia de pesquisa:

Base de dados EBSCOhost (CINAHL Complete, MEDLINE Complete, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive, Cochrane Central Register of Controlled Trials, Cochrane Database of Systematic Reviews, Cochrane Methodology Register, Library, Information Science & Technology Abstracts, MedicLatina, Cochrane Clinical Answers) e Google Acadêmico.

Descritores: Demência; A Reabilitação cognitiva; Intervenções

Critérios de Inclusão e Exclusão:

Foram definidos como critérios de inclusão:

- Estudos randomizados controlados;
- Publicados em Inglês, Português e Espanhol;
- Qualquer intervenção de treino cognitivo, desde que vise melhorar ou prevenir a disfunção cognitiva em pessoas com demência;
- Texto completo;
- Apresenta resultados do estudo;
- Publicados entre 2013-2023.

Como critérios de exclusão:

- Intervenções de treino cognitivo a pessoas com outras patologias, que não demência.



Escola Superior de Saúde Egas Moniz
1º Mestrado em Enfermagem de Reabilitação
2º Ano – 1º Semestre

Estudo de caso - Serviço de Medicina

Discente:

Célia Maria Piteira Vicente nº 117489

Docente:

Professor Doutor Júlio Belo Fernandes

Monte da Caparica

1 de Dezembro de 2023

Índice

INTRODUÇÃO.....	1
DESCRIÇÃO CLÍNICA	3
DADOS DE IDENTIFICAÇÃO	3
ANTECEDENTES ANTERIORES.....	3
HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL	4
AVALIAÇÃO NA UNIDADE MÉDICA DIFERENCIADA.....	5
AVALIAÇÃO DOS FOCOS DE ATENÇÃO.....	7
AUTOCUIDADOS.....	7
EQUÍLIBRIO CORPORAL	7
COGNIÇÃO E MEMÓRIA	8
LIMPEZA DAS VIAS AÉREAS.....	9
INTOLERÂNCIA À ATIVIDADE.....	9
MOVIMENTO MUSCULAR.....	10
POSICIONAR -SE.....	10
QUEDA.....	10
ÚLCERA POR PRESSÃO (RISCO).....	10
RISCO DE ASPIRAÇÃO	11
PLANO DE CUIDADOS	12
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	37
APÊNDICES.....	38
APÊNDICE I- AVALIAÇÃO DOS PARES DOS NERVOS CRANIANOS	
APÊNDICE II – ESCALA DE MIF	
APÊNDICE III – ESCALA DE TINETTI	
APÊNDICE IV – ESCALA DE NEECHAM	
APÊNDICE V – TESTE MINIMENTAL STATE EXAMINATION	
APÊNDICE VI – RX TORAX PERPECTIVA EVOLUTIVA	
APÊNDICE VII – ESCALA DE BORG MODIFICADA	

APÊNDICE VIII – ESCALA DE LOWER

APÊNDICE IX – ESCALA DE MORSE

APÊNDICE X – ESCALA DE BRADEN

APÊNDICE XI – ESCALA DE GUSS

APÊNDICE XII – EXERCÍCIOS EM DUAL TASK

APÊNDICE XIII – PROTOCOLO DE DESMAME VENTILATÓRIO

APÊNDICE XIV – PROTOCOLO DE DESMAME DE TRAQUEOSTOMIA

1 - INTRODUÇÃO

No âmbito da unidade curricular de Estágio, desenvolvido no Serviço de Medicina 1 do Hospital Garcia de Orta, Almada, realizado no 2º ano Letivo, foi proposta a realização de um Estudo de Caso.

A sua elaboração, muito além do caráter formal inerente ao processo de avaliação, tem como finalidade o desenvolvimento de competências com Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação, na conceção, implementação e monitorização de planos de Enfermagem diferenciados, baseados nos problemas reais e potenciais das pessoas (Regulamento n.º 392/2019).

A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação visa prevenir complicações e evitar incapacidades, proporcionando intervenções terapêuticas a fim de melhorar as funções residuais, manter ou recuperar a independência nas atividades de vida e minimizar o impacto das incapacidades instaladas (Regulamento n.º 392/2019).

O processo de Enfermagem, sendo uma metodologia científica, promove um desempenho sistemático e intencional na conceção e prestação de cuidados pelo Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, na sua tomada de decisão e avaliação dos resultados das intervenções, contribuindo para a individualização, humanização e qualificação dos cuidados prestados às pessoas, famílias e comunidades (Andrade et al., 2018).

A sustentação da prática em referenciais teóricos é explícita nos instrumentos que regulam o exercício profissional dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação. Estes são fundamentais no processo de facilitação para a identificação, descrição ou predição do modo como a pessoa, família ou comunidade respondem aos problemas de saúde ou processos de vida, e simultaneamente, quais os processos que requerem a intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (Ribeiro, 2021).

Neste sentido, para este estudo de caso e na elaboração do plano de cuidados, o referencial teórico subjacente é o de Dorothea Orem, modelo que, de acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2011), revela-se estruturante e de excelência para a otimização da qualidade do exercício profissional (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

Neste estudo de caso, e para a elaboração do respetivo plano de cuidados, defini como objetivo geral:

- Desenvolver competências na conceção, implementação, avaliação e reformulação de programas de treino motor, cardiorrespiratório e cognitivo na pessoa em internamento hospitalar.

Como objetivos específicos defini:

- Desenvolver conhecimentos e habilidades nos instrumentos de avaliação específicos para a Enfermagem de Reabilitação;

- Conhecer e desenvolver intervenções que sustentem a implementação de programas de treino de atividades de vida diárias;

- Conhecer e desenvolver estratégias na promoção das capacidades adaptativas com vista ao autocontrolo e autocuidado na pessoa internada em regime hospitalar;

- Estabelecer prioridades e estratégias na melhoria da qualidade, na prática de cuidados especializados de Enfermagem.

O estudo de caso aqui apresentado encontra-se estruturado, após a Introdução, da seguinte forma: Descrição Clínica, com a apresentação dos dados recolhidos, seguindo-se a Avaliação de Focos de Atenção e o respetivo Plano de Cuidados.

2 - DESCRIÇÃO CLÍNICA

2.1 DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Nome: D. C.

Idade: 81 anos.

Naturalidade: Moita, distrito de Setúbal

Estado Civil: Casada

Habilitações Literárias: 1º Ciclo do Ensino Básico

Profissão: Manobradora em caminhos de ferro

Agregado Familiar: Reside com o esposo, principal cuidador, de 80 anos, independente nas Atividades de Vida Diárias e Atividades Instrumentais de Vida Diárias. Sem filhos, têm apoio de sobrinho.

Habitação: Moradia própria de 2 andares, 6 assoalhadas.

2.2 - ANTECEDENTES ANTERIORES

Antecedentes Pessoais: Hipertensão arterial, Fibrilhação auricular, Depressão, Osteoporose, Gastrite, insuficiência venosa membros inferiores, macro adenoma da hipófise sem défices hormonais.

Atividades de vida Diárias e Instrumentais de Vida Diárias: Independente. Como principal ocupação de tempos livres salienta se a jardinagem.

Hábitos/Comportamentos Aditivos: Nega consumo tabágico ou álcool.

Terapêutica Habitual: Eprosartan/HCTZ 600/12,5 mg 1x dia, Amiodarona 200 mg 1x dia, Bromocriptina 1,25 mg 1x dia, edoxabano 30 mg 1x dia, Escitalopram 10 mg 1x dia,

Bromazepam 0,75 mg 1x dia, Daflon 1g 1x dia, Risedronato sódio 35 mg 1x semana, esomeprazol 20 mg 1x dia, picossulfato de sódio 5mg SOS.

2.3 - HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL

Utente recorre a Serviço de Atendimento Permanente de Hospital Particular em 17/07/2023 por dor abdominal moderada, a nível do epigastro, com 24 horas de evolução, com 2 episódios de vômito e dor torácica intermitente. Neste serviço, é realizado o diagnóstico de hérnia inguino-crural esquerda estrangulada e proposta cirurgia emergente. É intervencionada no próprio dia, sendo realizada hernioplastia inguinal com colocação de prótese, sendo, contudo, objetivada em laparoscopia exploradora, ansa intestinal necrosada e perfurada, com peritonite fecal e colecistite aguda (não abordada). Neste sentido foi ainda realizada enterectomia segmentar com anastomose mecânica. Transferida para a unidade de cuidados intensivos daquela unidade hospitalar.

Durante este internamento, foi diagnosticado:

- Choque séptico de ponto de partida de peritonite entérica por ansa intestinal necrosada, com uma revisitação cirúrgica sem intercorrências, mas com peritonite terciária com coleções intraperitoneais, com punção ecoguiada a 25/08, com vários ciclos de antibioterapia;
- Ascite loculada;
- Derrame pleural bilateral, com atelectasia passiva dos lobos inferiores, com necessidade de drenagem torácica e realização de broncofibroscopia;
- Insuficiência respiratória em contexto de pneumonite de aspiração, com necessidade de suporte mecânico invasivo e traqueostomia a 9/08/2023;
- Miopatia de cuidados intensivos;
- Hepatotxicidade de origem farmacológica;

- Lesão renal aguda em contexto séptico com necessidade de terapêutica de substituição renal contínua, até 04/08, com recuperação da função renal;
- Anasarca;
- Fibrilhação auricular permanente com estratégia de controlo de frequência com b-bloqueante e anticoagulação com enoxiparina;
- Cardiopatia hipertensiva.

Transferida para o Hospital Garcia de Orta, Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente, a 2/09/2023, por exaustão económica. Nesta unidade, observou-se uma evolução favorável, mantendo-se traqueostomizada com necessidade de Ventilação Mecânica em fase de desmame ventilatório (Fase 2), resolução do derrame pleural com retirada dos drenos torácicos e sem recorrência de derrame, sob alimentação entérica contínua, algaliada com débito urinário mantido, e portanto sem necessidade de suporte de órgão, sendo transferida para a Unidade Médica Diferenciada do Serviço de Medicina 1 a 07/09/2023, para continuidade de cuidados, desmame ventilatório e Reabilitação, após, no total, 60 dias de internamento.

2.4 – AVALIAÇÃO NA UNIDADE MÉDICA DIFERENCIADA

Sinais vitais à avaliação: PA: 109/46 mmHg FC: 111 (traçado cardíaco em ritmo de Fibrilhação auricular), sob monitorização contínua, Temperatura: 36,7°C, Oximetria periférica: 95%; Glicémia capilar: 200 mg/dl.

Dados Antropométricos: Peso: 65Kg; Altura: 162 cm.

Avaliação de pares cranianos: Foi realizada a avaliação dos pares craneanos, com o objetivo de detetar possíveis alterações do foro neurológico, a 13/09/2023 (Apêndice I).

Os dados recolhidos foram obtidos através da consulta do processo clínico, observação e avaliação do utente, com recursos a escalas de avaliação, bem como entrevista ao cuidador.

Foi consultado o documento “Instrumentos de colheita de dados para a documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação”, de 2016, e selecionados os instrumentos de recolha de dados que me permitiriam uma melhor caracterização da condição de saúde da Sra D., bem como outras escalas, devidamente validadas para a população portuguesa, indicadas para a identificação das alterações de autocuidado e conseqüentemente, para o planeamento de intervenções ao nível dos três sistemas de enfermagem, de acordo com a teórica Dorothea Orem.

3 - AVALIAÇÃO DOS FOCOS DE ATENÇÃO

A avaliação dos diferentes focos de atenção e respectiva elaboração dos diagnósticos de enfermagem foi realizada de acordo com a CIPE beta 2, de 2011, bem como o instrumento emitido pela Assembleia do Colégio da Especialidade e Enfermagem de Reabilitação, de 2014, que permite a caracterização da condição de saúde da pessoa com maior clareza do ponto de vista da reposta humana às transições decorrentes da dependência para a autonomia e/ou do processo terapêutico ou de desenvolvimento ao longo do ciclo de vida (Ordem dos Enfermeiros, 2014).

É descrita de seguida a avaliação de determinados focos de atenção.

3.1 – AUTOCUIDADOS

Para a avaliação dos autocuidados, foi utilizada a escala de MIF (Medida de Independência Funcional), que permite diagnosticar o grau de capacidade/incapacidade funcional de adultos, através da avaliação do desempenho da pessoa e a necessidade de cuidados exigida para a realização de tarefas de vida diária.

Ao aplicar esta escala, em 13/09/2023, foi obtida uma pontuação de 18, portanto, uma Dependência Total (Apêndice II).

3.2 – EQUILÍBRIO CORPORAL

Para a avaliação do Equilíbrio Corporal foi aplicada a escala de Equilíbrio de Tinetti, em 13/09/2023, com um total de 0 em equilíbrio estático e dinâmico sentado, o que revela um equilíbrio reduzido e comprometido (Apêndice III), que interfere com as atividades de Transferir -se, Andar e Andar com Auxiliar de Marcha.

3.3 – COGNIÇÃO E MEMÓRIA

A utente apresentava períodos de confusão com agitação, de predomínio noturno, com bastante sonolência diurna. Foi utilizada a escala NEECHAM (*Neelon and Champagne Confusion Scale*) dia 21/09. Esta é uma escala observacional, com 9 itens, dividindo-se em três subescalas: processamento, comportamento e controlo fisiológico. A pontuação varia entre 0 e 30, sendo aquela inferior a 25 preditora de confusão aguda (Neves et al., 2011). Foi obtida uma pontuação de 17, o que traduz uma confusão moderada a severa (Apêndice IV). Apresenta um Glasgow de 13, na escala de comas de Glasgow, por resposta verbal inadequada.

Após ter sido realizado ajuste terapêutico e verificando se melhoria do quadro confusional, foi aplicado o teste Mini Mental State Examination, dia 2 de Outubro de 2023. Este teste foi elaborado por Folstein et al. em 1975, e é um dos testes mais empregues e estudados no mundo para avaliação do funcionamento cognitivo, nomeadamente na avaliação da função cognitiva e rastreio de potenciais quadros demenciais, examinando a orientação espacial e temporal, memória de curto prazo e evocação, cálculo, coordenação dos movimentos, habilidades de linguagem e visuo espaciais (Rodriguez et al., 2021).

Foi obtida uma pontuação de 21 pontos, indicador da presença de defeito cognitivo (Apêndice V).

A utente encontrava-se orientada em termos autopsíquicos, mas na esfera alopsíquica, desorientada no tempo e muitas vezes no espaço. Mantendo a vigília, apresentava alteração na concentração, desinteressando-se com tarefas mais demoradas ou complexas. Mantém memória sensorial e imediata, bem como recente a curto prazo, mas com alterações na memória recente de longo prazo. Memória remota mantida, relembrando acontecimentos do passado, informação validada com o marido. Mantém capacidades práxicas, com compreensão, nomeação e repetição mantidas. A linguagem encontrava-se afetada pelo fato de se encontrar traqueostomizada, mas pela mímica facial e posteriormente pela emissão de voz, no processo de desmame de

traqueostomia, através da cânula com fenestra ocluída, verificou se a conservação da linguagem formal e informal. Não foi testada a escrita pela recusa da utente na execução da tarefa, justificada por não gostar de escrever e a falta dos óculos.

3.4 – LIMPEZA DE VIAS AÉREAS

Utente traqueostomizada desde dia 09/09/2023, com cânula número 6, com cuff, em fase 3 de desmame ventilatório, processo dificultado pela presença e secreções em abundante quantidade, com dificuldade na sua mobilização pelos acessos ineficazes de tosse (com os parâmetros de IPAP de 20, EPAP de 8, frequência de 12, FiO₂ de 30%). Avaliação em *peak flow meter* de 20l/min. Com períodos de polipneia, respiração superficial, com utilização de musculatura acessória, tiragem supraclavicular e abdominal.

Aspiradas secreções espessas amareladas, em rolhões, com múltiplos episódios de obstrução da cânula interna, manifestados por dispneia, sudorese, agitação e dessaturação, e posterior necessidade de reconexão a ventilador e terapêutica dirigida, por exaustão respiratória.

Auscultação pulmonar, com murmúrio vesicular rude, com ruídos adventícios, nomeadamente roncos sobretudo nos lobos superiores e médios, predominantemente à direita, e diminuição do murmúrio nas bases. Rx de torax realizado a dia 09/09, AP (antero-posterior), rodado para a esquerda, bem inspirado, mal penetrado, campos pulmonares com múltiplas opacidades heterogéneas, multilobares, de predomínio direito. Estruturas ósseas mantidas. Apagamento do seio costofrénico esquerdo, bem como do contorno da hemicúpula esquerda. Elevação da hemicúpula direita. Observa-se cânula de traqueostomia e camara de ar no estomago (Apêndice VI).

3.5 – INTOLERÂNCIA À ATIVIDADE

Utente apresenta cansaço para esforços, com avaliação na escala de Borg modificada de 7/8 em 10, aplicada a 13 de Setembro de 2023 (Apêndice VII).

3.6 – MOVIMENTO MUSCULAR

Para a avaliação da força muscular, foi utilizada a escala de Lower, onde é avaliada a força muscular, através da palpação musculo tendinosa durante o movimento, verificação da amplitude do movimento e capacidade de oposição à força da gravidade e à resistência manual, numa escala de 0 a 5. O teste foi realizado no dia 13 de Setembro de 2023, verificando se alteração da força muscular a nível da articulação escapulo umeral direita, segundo informação do marido, pré existente. Nos membros inferiores, observou se uma alteração da força muscular de predomínio distal, associado a uma evidência de perda de massa muscular nos membros inferiores, consoante tabela em anexo (Apêndice VIII).

3.7 – POSICIONAR-SE

A utente adota posicionamento de conforto no leito, necessitando de equipamento que a auxiliem no processo, como segurar se nas grades da cama ou a suporte.

3.8 -QUEDA

Na escala de Morse, aplicada em 13 de Setembro de 2023, a pontuação obtida foi de 50/125 (Apêndice IX), representando um baixo risco de queda.

3.9 – ÚLCERA POR PRESSÃO (RISCO)

Foi aplicada a escala de Braden para avaliação do risco de úlcera por pressão, a 13 de Setembro de 2023, com pontuação final de 15 pontos/23 (Apêndice X).

3.10 – RISCO DE ASPIRAÇÃO

A utente encontra-se entubada nasogastricamente, sob alimentação entérica que tolera sem estase. De acordo com a avaliação de ORL apresenta algum grau de estase salivar, associada a acessos de tosse ainda pouco eficazes, bem como movimentos da língua débeis, revelando uma motricidade em termos dos músculos da face comprometido, o que compromete a função de deglutição e assim, o sucesso da eventual descanulação. Foi utilizada a escala de GUSS (Gugging Swallowing Screen) para avaliação desta função (Apêndice XI).

4 - PLANO DE CUIDADOS

Com base no regulamento das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, este, com base em problemas reais e potenciais, concebe, implementa e monitoriza planos de cuidados de enfermagem de reabilitação diferenciados, tendo em vista a maximização do potencial das pessoas (Regulamento n.º 392/2019).

É fundamental uma abordagem sistemática e intencional, concretizada com recurso a metodologia científica, para dar resposta aos problemas e necessidades de cuidados das pessoas (Ribeiro, 2021).

O processo de Enfermagem utiliza, pois, uma metodologia científica, acrescentando mais qualidade ao cuidado, ao mesmo tempo que confere valor e visibilidade aos cuidados prestados pelo Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, uma vez que, mediante a situações complexas que este se depara, a identificação de problemas e necessidades só é realizada na posse de dados que efetivamente as sustentam e diferenciam (Ribeiro, 2021).

Atendendo à especificidade do exercício profissional dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação, os dados colhidos e os diagnósticos formulados referem-se essencialmente aos domínios de funcionalidade motora, sensorial e cognitiva, cardíaca, respiratória, alimentação, eliminação e sexualidade, bem como respostas humanas às transições vivenciadas e fatores que facilitam ou dificultam os processos de transição/adaptação (Regulamento n.º 392/2019).

Em função dos diagnósticos identificados, e com base nos objetivos definidos, os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação planeiam e implementam as intervenções, potenciando ao máximo envolvimento, a participação da pessoa e cuidador, com o objetivo da capacitação, da autonomia no autocuidado e foco na qualidade de vida.

Após a implementação das intervenções, são avaliados os resultados obtidos, nomeadamente em relação à função, reeducação funcional, capacitação e autonomia, sendo esta atividade que permite a reformulação do planeamento e a avaliação das alterações e ganhos obtidos.

Para a elaboração deste plano de cuidados, foi utilizada a CIPE beta 2 de 2011, para a formulação dos diagnósticos ajustando a conceção à luz da teórica de Enfermagem Dorothea Orem.

DATA DE ÍNICIO	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	RESULTADOS ESPERADOS	MÉTODOS DE AJUDA	TIPO DE SISTEMA E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	AValiação
13/09/2023	Equilíbrio corporal comprometido, relacionado com a imobilidade, manifestado por ausência de equilíbrio estático e dinâmico sentado e em pé, com pontuação de 0 na Escala de Tinetti.	- Equilíbrio corporal melhorado ao longo do programa de reabilitação;	- Manter ambiente; - Agir/Fazer; - Guiar/Orientar; - Ensinar; - Apoio físico e psicológico.	Sistema Totalmente, Parcialmente Compensatório e de Apoio/Educação - Monitorizar o equilíbrio corporal estático/dinâmico, sentado/pé, através do índice de Tinetti, prova dedo nariz e calcanhar/joelho. - Estimular a identificação de objetos na palma da mão, com a mão fechada, realizando estimulação sensorial e lateralidade (<i>dual-task</i>). - Solicitar que encerre as pálpebras e identifique de onde vem o som (bater palmas ou nome de animais ou frutas, modalidade <i>dual task</i>); - Incentivar a rotação e inclinação da cabeça e a direção do olhar consoante os estímulos (modalidade <i>dual task</i>); - Executar técnicas de treino de equilíbrio; - Executar exercícios de lateralização no leito, com carga no cotovelo e mão; - Executar exercícios de rotação controlada da bacia; - Executar exercícios de inclinação do tronco; - Executar técnica de sentar na cama; - Ensinar técnica para sentar na cama;	13/09 – Realizada avaliação do equilíbrio aplicando a escala de Tinetti, verificando se ausência de equilíbrio sentado estático e dinâmico, sendo realizada a transferência para cadeirão de forma assistida. Apresenta dismetria na prova dedo-nariz. Não realizou a prova calcanhar joelho por ausência de colaboração. Por agitação e confusão, com atenção dificilmente captável, não realiza exercícios propostos. Incentivada a rotação da cabeça e direção do olhar no sentido do movimento pretendido, na prestação de cuidados; 18/09 – Atenção mais captável; Força muscular alterada a nível os Mís de predomínio distal, com Lower de 3/5 a nível da articulação tibiotársica e dedos dos pés, bem como 4/5 nos joelhos. Realizada prova calcanhar joelho com dismetria; Incentivados e realizados exercícios na cama de rotação controlada da bacia e elevação. Realizado levante e

- Estimular a manter o equilíbrio corporal sentado, através da correção postural;
- Instruir para o apoio podal;
- Incentivar a rotação da cabeça na posição sentada;
- Incentivar o levante alternado das pernas na posição sentado;
- Executar técnica de balanço do tronco em posição sentado, em segurança, com utilização de andarilho como apoio;
- Incentivar o balanço do tronco para a frente/trás/direita/esquerda na posição sentada;
- Incentivar agarrar objeto mais afastado do corpo e tocar na mão do enfermeiro, em segurança;
- Executar levante, com correção postural;
- Executar levante com auxiliar de marcha (andarilho);
- Executar treino de marcha com apoio de 2 pessoas e auxiliar de marcha;
- Instruir sobre andar com auxiliar de marcha;
- Treinar andar com auxiliar de marcha;
- Executar transferência para cadeirão e para a cama;
- Instruir sobre a transferência;
- Treinar a transferência;
- Incentivar a transferência;
- Fornecer espelho e incentivar a correção postural com a sua utilização;

efetuados exercícios de inclinação e balanço do tronco na posição sentado, bem como instruído o apoio podal e alternância do mesmo, na posição sentado. Transferência assistida, com constante correção da postura do tronco. Realizados exercícios na mesa de trabalho.

25/09 – Lateraliza-se na cama com rotação da cabeça e direção do olhar para o lado pretendido. Roda a cabeça ao ouvir palmas ou à voz. Apresenta equilíbrio estático sentado. Realiza apoio podal no levante, não inicia marcha. Corrige a postura do tronco de forma autônoma, mas ainda com necessidade de incentivo;

29/09 – Sem dismetria na prova calcanhar joelho. Força muscular a nível dos MI'S melhorada, com grau 4/5 nos segmentos dedos dos pés, tibiotársica e joelho. Realiza levante da cama com ajuda mínima. Equilíbrio dinâmico sentado presente. Executa inclinação do tronco para levante da cama. Apoio podal presente e inicia marcha, mas não eficaz e com desequilíbrio do tronco.

5/10 – Realizado levante com apoio com andarilho. Inicia marcha, equilíbrio dinâmico

- Incentivar para atividades de autocuidado, como pentear se, utilizando espelho e com alusão a lateralidade;
- Executar correção postural;
- Ensinar sobre correção postural;
- Instruir sobre correção postural
- Incentivar a correção postural;
- Ensinar exercícios para treino de equilíbrio estático e dinâmico, sentado;
- Instruir sobre exercícios de equilíbrio estático e dinâmico, sentado;
- Treinar exercícios de equilíbrio estático dinâmico, sentado;
- Incentivar a realizar exercícios para treino de equilíbrio estático e dinâmico sentado;
- Avaliar força muscular através da mobilização ativa dos segmentos;
- Avaliar capacidade para executar técnicas de equilíbrio corporal;

presente, mas necessidade de incentivo e correção postural no início da marcha e durante a mesma. Deu passos da cama ao cadeirão.

10/10 – Realiza levante da cama com ajuda mínima. Penteia se sentada na cama, sem apoio. Atenta ao ambiente envolvente. Faz levante com apoio no andarilho e de 2 pessoas, com inclinação do tronco. Ainda presente báscula da bacia, mas com correção mediante orientação. Realiza marcha com andarilho, da cama até à porta do quarto, com Borg de 7/8. Executa correção da postura sentada. Mobiliza os MI's e forma ativa. Realiza ciclo ergómetro corrigindo a postura.

Treinos e ensinamentos não prosseguem por falecimento da utente

DATA DE INÍCIO	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	RESULTADOS ESPERADOS	MÉTODOS DE AJUDA	TIPO DE SISTEMA E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	AValiação
13/09	Défice no autocuidado transferir se e andar, relacionado com compromisso do equilíbrio corporal e alteração do tônus muscular, manifestado por movimento muscular diminuído, com grau de força muscular comprometido (na escala de Lower,) a nível dos MÍ's, de predomínio distal.	<ul style="list-style-type: none"> - Recuperação da força muscular a nível dos MÍ's. - Melhoria do autocuidado transferir-se, com ganhos na independência na sua execução; - Melhoria no autocuidado andar, com realização de treino de marcha com auxiliar de marcha. 	<ul style="list-style-type: none"> . Manter ambiente; - Agir/Fazer; - Guiar/Orientar; - Ensinar; - Apoio físico e psicológico 	<p><u>Sistema Totalmente Compensatório, Parcialmente Compensatório, e de Apoio/Educação</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Avaliar escala de Barthel; - Avaliar movimento muscular com recurso a escala de Lower; - Executar técnicas de exercícios musculo articulares ativo-assistidos e ativos, no leito e na posição sentado; - Executar técnicas de exercícios musculo articulares combinado com treino cognitivo (<i>dual-task</i>); - Incentivar execução de exercícios musculares e articulares ativos, deitado, sentado e em posição ortostática (auto mobilizações); - Instruir sobre exercícios musculo articulares ativos; - Treinar exercício muscular e articular ativos; - Executar exercícios de fortalecimento muscular; - Executar treino em ciclo ergómetro, com intensidade, duração e resistência ajustada; - Incentivar treino em ciclo ergómetro; - Executar exercícios de motricidade fina, em modalidade <i>dual task</i> (recurso a tampas, pinça e bolas coloridas); - Executar técnicas de treino de equilíbrio; 	<p>13/09 – Avaliado índice na escala de MIF, com pontuação de 18, portanto, dependência total. Não colaborante nos autocuidados, com períodos de agitação e desorientação que dificultam a sua satisfação; Forma muscular mantida a nível dos membros superiores, com Lower 5/5 em todos os segmentos, à exceção da articulação escapulo umeral a direita, pré existente. Realizados exercícios musculares ativos assistidos a nível dos membros inferiores. Incentivada a mobilização ativa dos membros superiores, sobretudo nos cuidados;</p> <p>18/09 – Colocação de suporte com tripé de auxílio para transferências, com solicitação de sua utilização para realizar flexão do tronco Incentivados e realizados exercícios de rotação controlada da bacia, ponte com assistência e com prensão de esponja entre os joelhos</p> <p>29/09 – Avaliação da FM a nível dos membros inferiores com melhoria do índice de Lower, de predomínio no segmento distais,</p>

- Assistir a pessoa a transferir -se;
- Analisar com a pessoa a capacidade para transferir se;
- Ensinar técnica de adaptação para transferir se para o cadeirão e deste para a cama;
- Instruir técnica de adaptação para transferir -se, para o cadeirão e para a cama;
- Treinar técnica de adaptação para transferir se para o cadeirão e para a cama;
- Incentivar a transferir-se;
- Avaliar a capacidade da pessoa para transferir se com auxiliar;
- Ensinar sobre os dispositivos de apoio para transferir se;
- Instruir o uso do andarilho para transferir se;
- Treinar o uso do andarilho para transferir-se;
- Avaliar a capacidade para andar;
- Assistir a andar;
- Executar técnica de correção postural;
- Avaliar a capacidade para andar com auxiliar de marcha (andarilho);
- Ensinar técnica de adaptação para andar e andar com auxiliar de marcha;
- Instruir técnica de adaptação para andar e andar com auxiliar de marcha;
- Treinar técnica de adaptação para andar e andar com auxiliar de marcha;

que se encontrava diminuída, com grau 4/5 os dedos dos pés e tibiotársica. Realizado ciclo ergómetro em modalidade passiva, com duração de 15 minutos, Borg de 4/5.

5/10 – Realiza levante da cama com apoio no andarilho, marcha e transferência com andarilho e apoio de 2 pessoas. Fase oscilante diminuída, passos curtos e base de apoio diminuída. Realizado treino com ciclo ergómetro em modalidade passiva, 30 minutos, Borg modificado 4/5. Com atenção captável, realiza exercícios de motricidade fina em modalidade *dual task* (Apêndice XI).

10/10 – Efetua levante da cama com apoio no cotovelo e antebraço, com ajuda mínima. Realizado treino de marcha com andarilho da cama à porta do quarto, com Borg 7/8. Treino em ciclorgómetro com modalidade ativa, sem resistência, de 15 minutos, Borg 4/5.

Avaliadas condições do domicílio com o marido, descrevendo a presença de 3 de graus para entrar na habitação. Tem um quarto no piso inferior da casa, com casa de banho, que pretende adaptar para a Sra D.

- Avaliar condições do domicílio,
juntamente com o cuidador, para andar
com auxiliar de marcha;

Treino e ensinos não progrediram
por falecimento da utente.

DATA DE ÍNICIO	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	RESULTADOS ESPERADOS	MÉTODOS DE AJUDA	TIPO DE SISTEMA E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	AValiação
13/09	Limpeza das vias aéreas comprometida, relacionada com estase de secreções e necessidade de ventilação invasiva, manifestada por auscultação pulmonar com ruídos adventícios (roncos e diminuição do murmúrio vesicular), secreções espessas e tosse ineficaz.	<ul style="list-style-type: none"> - Otimizar a ventilação; - Aumentar a eficácia da tosse; - Progredir no desmame ventilatório; - Progredir no desmame da traqueostomia. 	<ul style="list-style-type: none"> . Manter ambiente; - Agir/Fazer; - Guiar/Orientar; - Ensinar; - Apoio físico e psicológico 	<p><u>Sistema Totalmente Compensatório, Parcialmente Compensatório, e de Apoio/Educação</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitorizar ventilação através de sinais vitais; - Avaliar radiografia de tórax; - Realizar auscultação pulmonar; - Monitorizar parâmetros do ventilador; - Consultar gasimetria arterial; - Otimizar dispositivos para ventilação; - Executar técnicas para otimizar a ventilação: controlo e dissociação dos tempos respiratórios, reeducação diafragmática posterior e hemicúpulas, reeducação costal inferior bilateral e superior bilateral, reeducação costal unilateral, com abertura costal (maior incidência a esquerda), reeducação costal unilateral com pressão anterior, reeducação costal global com uso de bastão, posicionamento terapêutico; - Informar sobre técnicas respiratórias para otimizar a ventilação; - Ensinar sobre técnicas respiratórias para otimizar a ventilação; - Instruir técnicas respiratórias para otimizar ventilação; 	13/09 – Utente traqueostomizada, cânula numero 6 com cuff, em fase 3 de desmame ventilatório (Apêndice XIII), com registo de inúmeras reconexões por polipneia, dessaturação e exuastão respiratória. Gasimetria arterial com hipoxemia me discreta hipercapnia. Auscultação pulmonar rude Auscultação pulmonar, com murmúrio vesicular rude, com ruídos adventícios, nomeadamente roncos sobretudo nos lobos superiores e médios, predominantemente à direita, e diminuição do murmúrio nas bases. Rx de tórax realizado a dia 09/09, AP, rodado para a esquerda, bem inspirado, mal penetrado, campos pulmonares com múltiplas opacidades heterogéneas, multilobares, de predomínio direito. Estruturas ósseas mantidas. Apagamento do seio costofrénico esquerdo, bem como do contorno da hemicúpula esquerda. Elevação da hemicupula direita. Apresenta secreções expessas amareladas em rolhões.

- Treinar técnicas respiratórias para otimizar a ventilação;
- Incentivar o uso de técnicas respiratórias para otimizar a ventilação;
- Executar técnicas de descanso e relaxamento;
- Ensinar técnicas de descanso e relaxamento;
- Instruir técnicas de descanso e relaxamento;
- Treinar técnicas de descanso e relaxamento;
- Executar técnicas de correção postural;
- Executar técnicas para limpeza das vias aéreas: drenagem postural modificada, utilização de manobras acessórias (percussão, vibração e compressão);
- Avaliar reflexo de tosse;
- Executar ensino da tosse (dirigida e assistida);
- Incentivar a tosse;
- Ensinar a tossir;
- Monitorizar eficácia da tosse através de utilização de *peak flow meter*;
- Utilizar cough assist;
- Aspirar secreções;
- Monitorizar características das secreções;
- Executar limpeza das cânulas de traqueostomia;
- Colaborar com a avaliação da especialidade de otorrinolaringologia

Apresenta padrão respiratório superficial, com respiração de predomínio abdominal. Tosse ineficaz, com avaliação em peak flow meter de 20l/min. Realizado reforço de hidratação por sonda nasogastrica. Realizados exercícios de consciencialização da respiração, exercícios de reeducação diafragmática posterior e hemicupulas, reeducação costal superior e inferior, reeducação costal com pressão anterior. Não colabora para realização de abertura costal global. Realizado ciclo de cough assist, com aspiração de secreções purulentas em grande quantidade. Realizada limpeza de cânula interna de traqueostomia. Solicitada a equipa multidisciplinar continuidade do tratamento com cough assist e troca de cânulas, assegurando a sua permeabilidade. Posicionada em decúbito lateral direito preferencialmente. 18/09 – Mantem necessidade de aspiração de secreções frequentes, realizando ventilação não invasiva apenas durante o período noturno. Secreções mais fluidas, sem rolhoes. Auscultação pulmonar rude, de predomínio nos lobos superiores, já com murmúrio

no processo de desmame de traqueostomia;

- Avaliar deglutição;
- Conhecer protocolo de descanulação;
- Monitorizar sinais vitais durante o processo de desmame de traqueostomia;
- Consoante tolerância: desinsuflar cuff de cânula não fenestrada;
- Incentivar a fonação na presença de cânula fenestrada;
- Realizar oclusão de traqueostomia em tempos crescentes, monitorizando;
- Registrar dados de vigilância e monitorização do processo de desmame de traqueostomia em impresso próprio;
- Monitorizar hidratação;
- Reforçar hidratação.

audível nas bases. Realizadas manobras de cinesiterapia respiratória, com incidência na consciencialização da respiração e ensino da tosse. Peak-flow meter de 60 l/min. Mobiliza secreções até ao filtro humidificador, com necessidade da sua aspiração posterior. Secreções predominantemente hemáticas, solicitado apoio da especialidade de Otorrinolaringologia, com reposicionamento da cânula de traqueostomia. Boas oximetrias periféricas, com estabilidade hemodinâmica;

25/09 – Redução da quantidade de secreções, com acessos de tosse mais eficazes, mobilizando secreções. Auscultação com murmúrio vesicular mantido, sem ruídos adventícios, com oximetrias periféricas de 98%, com aporte de O2 a 1,5l/min, estável hemodinamicamente. Foi desinsuflado cuff de traqueostomia. Realizados exercícios de consciencialização da respiração, abdominodifragmáticos, abertura costal global e tosse assistida. Peak flow meter de 140 l/min. Observa-se mobilização de secreções para a orofaringe, após desinsuflação de

cuff, com deglutição de secreções. Avaliada disfagia segundo escala de Guss, verificada a presença de reflexo de vômito, reflexo de deglutição presente, mas com atraso, uvula centrada, movimentos da língua diminuídos, sem sialorreia. Mantem flutuações do estado de consciência.

26/09 - Solicitada avaliação por ORL para desmame de traqueostomia segundo protocolo instituído no serviço (Apêndice XIV).

29/09 – Trocada cânula de traqueostomia para cânula 6 fenestrada. Observado grau reduzido de estase salivar, ainda que presente. Mantem estabilidade hemodinâmica e boas oximetrias periféricas. Realizados exercícios de consciencialização da respiração, dissociação de tempos respiratórios e tosse dirigida. Apresenta secreções mucosas em pequena quantidade, com necessidade de aspiração de secreções em SOS, sobretudo na cavidade oral.

5/10- Colaboração com a terapia da fala na avaliação da deglutição, mantendo a avaliação realizada previamente. Realizados exercícios orofaciais e de mobilidade da

língua com espátula. Estimulando o paladar com espátula molhada com expessante de vários sabores, estimulando a sua identificação. Realizados ensinos de reeducação da deglutição. Inicia oclusão de cânula de traqueostomia segundo protocolo, estimulando a fonação e sincronia com tempos respiratórios;

10/10 – Tolerou períodos progressivamente crescentes de oclusão da cânula. Auscultação pulmonar sem ruídos adventícios. Matem aporte de oxigénio a 1l/min por óculos nasais. Estável hemodinamicamente. Realizados exercícios de fonação, estimulado o canto e interação com a equipa e o marido.

Não se prossegue com protocolo dado o falecimento da utente.

DATA DE ÍNICIO	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	RESULTADOS ESPERADOS	MÉTODOS DE AJUDA	TIPO DE SISTEMA E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	AValiação
13/09	- Risco de aspiração aumentado, relacionado com o compromisso da deglutição e limpeza ineficaz das vias aéreas.	- Diminuir o risco de aspiração; - Aumentar a eficácia da limpeza das vias aéreas; - Diminuir o compromisso da deglutição; - Progredir no desmame da traqueostomia;	. Manter ambiente; - Agir/Fazer; - Guiar/Orientar; - Ensinar; - Apoio físico e psicológico	<u>Sistema Totalmente Compensatório, Parcialmente Compensatório, e de Apoio/Educação</u> - Avaliar a deglutição através da Escala de GUSS; - Realizar técnicas de limpeza das vias aéreas; - Monitorizar conteúdo gástrico; - Executar exercícios de controlo postural da cabeça e pescoço; - Incentivar a fonação, com cânula de traqueostomia fenestrada; - Incentivar a articulação de palavras; - Executar posicionamento preventivo de aspiração; - Incentivar posicionamento preventivo de aspiração; - Instruir sobre posicionamento preventivo de aspiração; - Ensinar sobre exercícios para a promoção da deglutição; - Instruir exercícios para a promoção da deglutição; - Treinar exercícios para a promoção da deglutição: Exercícios musculares dos lábios, resistência muscular da língua; - Executar técnica de mobilização dos músculos da face;	13/09 – Utente com alimentação entérica continua, por sonda nasogastrica, sem estase gástrica. Posicionamento com elevação da cabeceira da cama a 30º. Períodos de agitação psicomotora, pouco colaborante nos exercícios propostos de controlo postural da cabeça e pescoço; 18/09 – Realizado levante com exercícios de controlo postural da cabeça e do tronco. 25/09 – Inicia protocolo de desmame de traqueostomia, com desinsuflação do cuff. Utente com melhoria no autocuidado de limpeza das vias aéreas. Avaliada deglutição de acordo com escala de Guss, verificada a presença de reflexo de vômito, reflexo de deglutição presente mas com atraso, úvula centrada, movimentos da língua diminuídos, sem sialorreia. Mantem flutuações do estado de consciência. 29/09 - Trocada cânula de traqueostomia para cânula 6 fenestrada. Observado grau

<ul style="list-style-type: none"> - Ensinar sobre exercícios musculares da face; - Instruir sobre exercícios musculares da face; - Treinar sobre exercícios musculares da face; - Incentivar utilização dos músculos na face em atividades lúdicas, como cantar, soprar palhinha, língua da sogra ou mandar beijo; - Utilizar espelho para exercícios de mímica facial; - Incentivar mímica facial; - Incentivar a deglutir; - Colaborar com a terapeuta da fala na avaliação da deglutição e implementação de programa de treino de deglutição; 	<p>reduzido de estase salivar pela equipa de Otorrinolaringologia.</p> <p>5/10- Colaboração com a terapia da fala na avaliação da deglutição, mantendo a avaliação realizada previamente. Realizados exercícios orofaciais e de mobilidade da língua com espátula. Estimulado o paladar com espátula molhada com expessante de vários sabores estimulando a sua identificação. Observou se ao espelho. Realizados ensinamentos de reeducação da deglutição. Inicia oclusão de cânula de traqueostomia segundo protocolo, estimulando a fonação e sincronia com tempos respiratórios;</p> <p>10/10 - Tolera oclusão da cânula de traqueostomia em períodos crescentes. Realizados exercícios de fonação, estimulado o canto e interação com a equipa e o marido. Incentivada a gestão e deglutição a saliva. Incentivada a mímica facial. Auto cuidou se com o auxílio do espelho, realizados exercícios de mímica facial. Tolera mal exercícios com a palhinha, por cansaço. Realizados ensinamentos ao marido e solicitada a sua colaboração no incentivo de exercícios de mímica facial e fonação aquando do período de visita.</p>
---	---

Não se prossegue com protocolo
dado o falecimento da utente

DATA DE INÍCIO	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	RESULTADOS ESPERADOS	MÉTODOS DE AJUDA	TIPO DE SISTEMA E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	AValiação
21/09	Confusão em grau moderado a severo, relacionado com tempo de internamento, processo mórbido, manifestado por períodos de agitação psicomotora, perda de funcionalidade e pontuação na escala NEECHAM de 17.	<ul style="list-style-type: none"> - Diminuir o nível de confusão; - Controlar a agitação psicomotora; - Aumentar a independência; - Promover a funcionalidade. 	<ul style="list-style-type: none"> . Manter ambiente; - Agir/Fazer; - Guiar/Orientar; - Ensinar; - Apoio físico e psicológico 	<p><u>Sistema Totalmente Compensatório, Parcialmente Compensatório, e de Apoio/Educação</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Avaliar a confusão através da escala NEECHAM; - Colaborar com a equipa médica no cumprimento do regime terapêutico; - Proporcionar ambiente terapêutico; - Avaliar estado de consciência, segundo escala de comas de Glasgow; - Avaliar pares cranianos; - Planear intervenções de regulação sensorial; - Conhecer hábitos, profissão, contexto social, familiar, através de entrevista ao esposo; - Tratar pelo nome; - Apresentar pelo nome os profissionais que interagem com a própria; - Orientar no tempo e espaço, com recurso a relógios, calendários, luz solar; - Mostrar a sua imagem ao espelho; - Mostrar objetos significativos, como fotografias ou objetos pessoais; - Evocar histórias ou acontecimentos do passado; - Planear atividades lúdicas significativas para a utente; 	<p>21/09 – Utente com quadro de confusão mental e episódios de agitação psicomotora, pouco colaborante. Previamente avaliados pares de nervos cranianos. Avaliada escala de NEECHAM, com valor de 17, indicador de confusão moderada a severa. Escala de Glasgow de 13, por resposta inadequada. Utente sob ajuste recente de terapêutica antipsicótica, a aguardar efeito. Otimizado ambiente envolvente, diminuindo distrações e fechando o cortinado da unidade durante as interações terapêuticas. Apresentada a equipa pelo nome e o espaço envolvente. Realizada orientação no tempo, espaço e na pessoa;</p> <p>25/09 – Com flutuações do estado de consciência, mas atenção mais captável. Mais colaborante e ativa no plano de cuidados. Orientada na pessoa. Desorientada nas restantes vertentes. Realizada orientação para a realidade e reminiscência, com recurso a informações transmitidas pelo</p>

- Realizar musicoterapia;
- Proporcionar momentos de visualização de TV;
- Conversar sobre assuntos da atualidade;
- Proporcionar saída do quarto e interação com a equipa;
- Realizar estimulação olfativa com aromas disponíveis e solicitar a sua identificação;
- Executar massagem com pressão/vibração;
- Realizar treino sensorial, com temperaturas diferentes, texturas, mobilização dos membros;
- Incentivar o reconhecimento do seu corpo, pegando nas suas mãos e tocando no se rosto;
- Estimular o autocuidado, como tomar banho, secar se ou pentear se;
- Incentivar a comunicação;
- Ocluir a cânula de traqueostomia preferencialmente em momentos de visita do esposo;
- Ensinar sobre técnica fonatória;
- Estimular a mímica facial;
- Treinar mímica facial;
- Estimular o cantar;
- Avaliar dor;
- Realizar treino motor, de equilíbrio e respiratório em modalidade *dual task*, incorporando técnicas de reabilitação cognitiva;

marido. Solicitadas fotografias e objeto significativo. Realizada musicoterapia, com seleção a gosto da utente;

29/09 – Desorientada no tempo, orientada nas restantes vertentes. Observou televisão e foi realizada massagem sensorial com temperaturas e texturas, solicitando a sua descrição;

2/10 – Utente calma, colaborante e interativa. Sem agitação nem se apuram alucinações. Aplicada escala Minimental, com valor de 21, indicador de defeito cognitivo.

5/10 – Observou se e identificou se ao espelho, auto cuidando se, nomeadamente no lavar o rosto, secar e pentear. Identificou partes do corpo. Evocados acontecimentos de memórias recentes. Reminiscência. Executadas tarefas de motricidade fina identificando cores, tamanhos e realizando seleção. Atenção facilmente dispersável. Estimulada a fonação, o diálogo. Realizados ao espelho exercícios de mímica facial.

Treino não prossegue por falecimento da utente.

- Estimular a realização de exercícios de treino;
- Estimular o autocuidado;
- Realizar escuta ativa;
- Apoiar o cuidador (esposo);
- Capacitar o cuidador para a orientação e estimulação sensorial;
- Colaborar com a equipa multidisciplinar na gestão da confusão e planeamento de intervenções para a sua gestão;
- Colaborar com a técnica de terapia ocupacional no plano terapêutico;
- Informar e pedir consentimento sobre intervenções a realizar com a própria;

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Andrade, L.T, Favoretto, N.B., Souza, D.R.P., Gimenes, F.R.E., Faleiros, F . (2018). Diagnósticos, Resultados e Intervenções de enfermagem para indivíduos com lesão medular. *PRONANDA Programa de atualização em Diagnósticos de Enfermagem: Ciclo 6* (9-45). Porto Alegre: Artmed Panamericana.

Arevalo-Rodriguez, I., Smailagic N., Roqué-Figuls, M, Ciapponi ,A., Sanchez-Perez, E., Giannakou, A., Pedraza, O.L., Bonfill Cosp, X. & Cullum, S. (2021). Mini-Mental State Examination (MMSE) for the early detection of dementia in people with mild cognitive impairment (MCI). *Cochrane Database of Systematic Reviews 2021*, Issue 7. Art. No.: CD010783.DOI: 10.1002/14651858.CD010783.pub3.

Decreto-Lei nº 101/2006 (p.3856-3865). *Diário da República*, Série I-A, nº 109, 6 de junho de 2006. Lisboa: Ministério Saúde. Acedido em <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/101/2006/06/06/p/dre/pt/html>

Neves, H., Silva, A. & Marques, P. (2011). Tradução e Adaptação cultural da escala de confusão de NEECHAM. *Revista de Enfermagem Referência*, vol.3, (3) 105-112, Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=388239962019>

Ordem dos Enfermeiros (2011). CIPE versão 2 – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. ISBN: 978-92-95094-35-2.

Ordem dos Enfermeiros (2011). Parecer n.º 12/2011: Parecer sobre as Atividades de Vida Diária. Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação.

Ordem dos Enfermeiros (2015). Regulamento n.º 350/2015- Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados e Enfermagem de Reabilitação. *Diário da República*, II Série, nº 119.

Ordem dos Enfermeiros (2016). Instrumentos de Recolha de Dados para a Documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação. Mesa do Colégio de Especialidade de Enfermagem de Reabilitação.

Regulamento n.º 392/2019. (03 de Março de 2019). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação. *Diário da República* n.º 85/2019, Série II: Ordem dos Enfermeiros.

Ribeiro, O. (2021). *Enfermagem de Reabilitação: Conceções e Práticas*. (1ª Edição). Lisboa: Lidel.

APÊNDICE I – Avaliação dos pares de nervos cranianos

Par/Nervo	Tipo	Função	Teste	Avaliação
I - OLFATIVO	Sensitivo	Olfato	Avaliado bilateralmente. Pessoa com olhos fechados. Posicionar algo com cheiro facilmente identificável bem abaixo da área nasal (laranja, canela...)	Mantido
II - OTICO	Sensitivo	Visão	Avaliado bilateralmente Acuidade visual: Fechar olho alternadamente. identificação de objetos dentro do campo visual, diferentes distâncias. Campo de visão: Mantendo olhar fixo num ponto, apresentar objeto, movimentar ao longo do campo de visão solicitando que identifique quando deixasse de visualizar. Despistar presença de escotomas.	Mantido
III - OCULOMOTOR	Motor	Miose, elevação da pálpebra superior, elevação, abaixamento e adução do olho	Avaliar reação pupilar, isocoria ou anisocoria; Presença de nistagmo ou ptose; Seguir com o olhar um H desenhado no espaço	Mantido
IV – PATÉTICO/TROCLEAR	Motor	Motricidade do músculo oblíquo superior do bulbo do olho – rotação do olho	Movimentos oculares – avaliado em cima	Mantido
V – TRIGÊMIO	Misto	Controlo dos movimentos da mastigação (ramo motor) Percepções sensoriais da face, seios da face e dentes (ramo sensorial)	Pessoa com olhos fechados. Avaliar bilateralmente a sensibilidade táctil, térmica e dolorosa nas três divisões do nervo craniano. Pesquisar a presença do reflexo córneo-palpebral bilateral, Encerramento da mandíbula para a mastigação.	Mantido
VI – MOTOR OCULAR EXTERNO	Motor	Motricidade do músculo reto	Avaliado com o III par	Mantido

VII – FACIAL	Misto	lateral do bulbo do olho – abdução do olho Controlo dos músculos faciais – mímica facial (ramo motor) Percepção gustativa no terço anterior da língua (ramo sensorial)	Avaliar simetria facial e apagamento do sulco Naso geniano. Avaliar dificuldade em manter saliva ou alimentos na cavidade oral. Avaliar capacidade de reconhecer sabores como doce, salgado e amargo nos dois terços anteriores da língua	Simetria da face mantida. Manter saliva na cavidade oral. Sabores não testados.
VIII - AUDITIVO	Sensitivo	Vestibular: orientação e movimento. Coclear: audição	Avaliar bilateralmente, a pessoa fecha os olhos e identifica o som (bater palmas, por exemplo); diapasão no mastoide bilateral (teste de Rinne); ou na região frontal (teste de Weber); Equilíbrio estático e dinâmico; Teste de Romberg (pé, calcanhares unidos, pés separados a 30º, membros ao longo do corpo e olhos fechados durante 1 min; a pessoa deve permanecer na posição durante 10 seg.)	Identifica o som. Não foi feita avaliação com diapasão. Não foi realizado Romberg. Equilíbrio testado em escala própria. Apresenta dismetria na prova dedo/nariz.
IX - GLOSSOFARINGEO	Misto	Percepção gustativa no terço posterior da língua, percepções sensoriais da faringe, laringe e palato.	Avaliar capacidade de reconhecer sabores como doce ou salgado no terço posterior da língua.	Não testado
X - VAGO	Misto	Percepções sensoriais da orelha, faringe,	Avaliar reflexo de vômito; avaliar disfonia, hipofonia, fadiga vocal, tosse ineficaz ou dor.	Reflexo de vômito presente; traqueostomizada,

XI - ESPINHAL	Motor	laringe, tórax e vísceras. Inervação das vísceras torácicas e abdominais	Capacidade para elevar os ombros e lateralizar a cabeça, contra a resistência da mão do enfermeiro.	apresenta emissão de voz audível com cânula fenestrada ocluída. Tosse pouco eficaz.
XII – GRANDE HIPOGLOSSO	Motor	Controlo motor da faringe, laringe, palato, dos músculos esternocleidomastoídeo e trapézio – rotação e inclinação da cabeça. Motricidade dos músculos da língua (mastigação, deglutição e articulação das palavras)	Úvula centrada. Movimentos da língua óbeis. Sem tremor. Avaliada por ORL em contexto de mantendo algum grau de estase salivar.	

APÊNDICE II –MIF (Medida de Independência Funcional)

INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL							
NÍVEIS	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	
		DATE	DATE				
AUTO-CUIDADOS							
A. Alimentação	1	1					
B. Higiene pessoal	1	2					
C. Banho	1	2					
D. Vestir metade superior	1	2					
E. Vestir metade inferior	1	2					
F. Utilização da sanita	1	1					
CONTROLO DOS ESFINCTERES							
G. Bexiga	1	1					
H. Intestino	1	1					
MOBILIDADE							
TRANSFERÊNCIAS							
I. Leito, Cadeira, Cadeira de Rodas	1	1					
J. Sanita	1	1					
K. Banheira, Duche	1	1					
LOCOMOÇÃO							
L. Marcha Cadeira de Rodas	1	1					
M. Escadas	1	1					
COMUNICAÇÃO							
N. Compreensão	1	1					
O. Expressão	1	1					
CONSCIÊNCIA DO MUNDO EXTERIOR							
P. Interação social	1	1					
Q. Resolução dos problemas	1	1					
R. Memória	1	1					
TOTAL		18	46				

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

Instrumento extraído de: https://ordemdosmedicos.pt/wp-content/uploads/2017/09/Acidente_Vascular_Cerebral__Prescricao_de_Medicina_F%C3%ADsica_e_de_Reabilitacao.pdf

APÊNDICE III – Escala de Tinetti

EQUILÍBRIO ESTÁTICO CADEIRA		
1. EQUILÍBRIO SENTADO	0 – inclina-se ou desliza na cadeira	0
	1 – inclina-se ligeiramente ou aumenta a distância das nádegas ao encosto da cadeira	
	2 – estável, seguro	
2. LEVANTAR – SE	0 – incapaz sem ajuda ou perde o equilíbrio	0
	1 – capaz, mas utiliza os braços para ajudar ou faz excessiva flexão do tronco ou não consegue à 1ª tentativa	
	2 – capaz na 1ª tentativa sem usar os braços	
3. EQUILÍBRIO IMEDIATO (primeiros 5 segundos)	0 – instável (cambaleante, move os pés, marcadas oscilações do tronco, tenta agarrar algo para suportar-se)	0
	1 – estável, mas utiliza auxiliar de marcha para suportar-se	
	2 – estável sem qualquer tipo de ajudas	
4. EQUILÍBRIO EM PÉ COM OS PÉS PARALELOS	0 – instável	0
	1 – estável mas alargando a base de sustentação (calcanhares afastados 10 cm) ou recorrendo a auxiliar de marcha para apoio	
	2 – pés próximos e sem ajudas	
5. PEQUENOS DESIQUILÍBRIOS NA MESMA POSIÇÃO (sujeito de pé com os pés próximos, o observador empurra-o levemente com a palma da mão, 3 vezes ao nível do esterno)	0 – começa a cair	0
	1 – vacilante, agarra-se, mas estabiliza	
	2 – estável	
6. FECHAR OS OLHOS NA MESMA POSIÇÃO	0 – instável	0
	1 – estável	
	2 – estável (agarra – se, vacila)	
7. VOLTA DE 360° (2 vezes)	0 – instável (agarra – se, vacila)	0
	1 – estável, mas dá passos descontínuos	
	2 – estável e passos contínuos	
8. APOIO UNIPODAL (aguenta pelo menos 5 segundos de forma estável)	0 – não consegue ou tenta segurar-se a qualquer objeto	0
	1 – aguenta 5 segundos de forma estável	
	2 – pouco seguro ou cai na cadeira ou calcula mal a distância	
9. SENTAR-SE	0 – pouco seguro ou cai na cadeira ou calcula mal a distância	0
	1 – usa os braços ou movimento não harmonioso	
	2 – seguro, movimento harmonioso	

EQUILÍBRIO DINÂMICO – MARCHA		
Instruções: O sujeito faz um percurso de 3m, na sua passada normal e volta com passos mais rápidos cadeira. Deverá utilizar os seus auxiliares de marcha habituais.		
10. INÍCIO DA MARCHA (imediatamente após o sinal de partida)	0 – hesitação ou múltiplas tentativas para iniciar	0
	1 – sem hesitação	
11. LARGURA DO PASSO (pé direito)	0 – não ultrapassa à frente do pé em apoio	0
	1 – ultrapassa o pé esquerdo em apoio	
12. ALTURA DO PASSO (pé direito)	0 – o pé direito não perde completamente o contacto com o solo	0
	1 – o pé direito eleva-se completamente do solo	
13. LARGURA DO PASSO (pé esquerdo)	0 – não ultrapassa à frente do pé em apoio	0
	1 – ultrapassa o pé direito em apoio	
14. ALTURA DO PASSO (pé esquerdo)	0 – o pé esquerdo não perde totalmente o contacto com o solo	0
	1 – o pé esquerdo eleva-se totalmente do solo	
15. SIMETRIA DO PASSO	0 – comprimento do passo aparentemente assimétrico	0
	1 – comprimento do passo aparentemente simétrico	
16. CONTINUIDADE DO PASSO	0 – pára ou dá passos descontínuos	0
	1 – passos contínuos	
17. PERCURSO DE 3m (previamente marcado)	0 – desvia-se da linha marcada	0
	1 – desvia-se ligeiramente ou utiliza auxiliar de marcha	
	2 – sem desvios e sem ajudas	
18. ESTABILIDADE DO TRONCO	0 – nítida oscilação ou utiliza auxiliar de marcha	0
	1 – sem oscilação mas com flexão dos joelhos ou coluna ou afasta os braços do tronco enquanto caminha	
19. BASE DE SUSTENTAÇÃO DURANTE A MARCHA	2 – sem oscilação, sem flexão, não utiliza os braços, nem auxiliares de marcha	0
	0 – calcanhares muito afastados	
	1 – calcanhares próximos, quase se tocam	0

Total de 0 em avaliação de equilíbrio estático e dinâmico

NEECHAM Confusion Scale

NÍVEL 1 – PROCESSAMENTO	
PROCESSAMENTO – ATENÇÃO: (Atenção – Alma – Reação)	
4	Atenção alerta total: responde imediatamente e corretamente à chamada pelo nome ou toque – olhos, virar de cabeça, reconhece completamente o que o rodeia, responde aos estímulos ambientais de forma normal.
3	Atenção alerta diminuída ou atenuada: atenção diminuída quer à chamada, toque ou à estímulos ambientais ou hiper-alerta, hiperactivo a estímulos/objetos circundantes.
2	Atenção alerta incompleta ou inadequada: reaver chamado ou toque repetidos para obter/retirar contacto visual/atenção; capaz de reconhecer objectos/estímulos, embora possa ignorar outros estímulos.
1	Atenção alerta perturbada: abre olhos em resposta a sons ou toque; pode parecer amedrontado, incapaz de responder/reconhecer contacto ou pode mostrar-se retratado/agressivo.
0	Despertar resposta diminuída: pode ou não abrir os olhos; só se obtém o mínimo de consciência após estímulos repetidos; incapaz de reconhecer contacto.
PROCESSAMENTO – ORDEM (Reconhecimento – interpretação – Acção)	
5	Capaz de obedecer a uma ordem complexa: "Ligue à luz do chamar os enfermeiros" (Tem de procurar o objecto, reconhecê-lo e executar a ordem).
4	Resposta lenta a ordem complexa: requer incitamento ou estímulos repetidos para seguir/realizar a ordem. Executa a ordem complexa de forma lenta ou com demasiada atenção.
3	Capaz de obedecer a uma ordem simples: "Levante a mão ou o pé Sr...." (Usar apenas 1 parte do corpo).
2	Incapaz de obedecer a uma ordem directa: obedece imediatamente a ordens por toque ou pista visual – bebe do copo colocado perto da boca. Responde da forma calma ao contacto, tranquilizado ou segura a mão do enfermeiro.
1	Incapaz de obedecer a uma ordem mesmo que guiada visualmente: responde com agressividade face às abordagens ou acurrado, e/ou resposta de afastamento/resistência, comportamento hiper-hipocativo; não responde a leve apertar de mão pelo enfermeiro.
0	Hiperactivo, instável: respostas motoras mínimas aos estímulos ambientais.
PROCESSAMENTO – ORIENTAÇÃO: (Orientação, memória de curto prazo, conteúdo pensamento/discursos)	
5	Orientado em relação ao tempo, lugar e pessoa: processos de pensamento, conteúdo da conversação ou perguntas são adequadas, memória de curto prazo intacta.
4	Orientado em relação às pessoas e ao espaço: deturbação mínima na memória/reconhecimento, conteúdo e resposta a perguntas na maioria adequadas, pode ser repetitivo, necessita estimulação para manter o contacto. Detalhista/cooperativo.
3	Orientado inconsistente: voltado para si próprio, reconhece a família, mas a orientação quanto a tempo e lugar é variável. Utiliza pistas visuais para se orientar. Perturbações de pensamento/memória são comuns, podem sofrer alterações ou flutuar. Cooperação passiva com pedidos (comportamentos de protecção cognitivos cooperativos).
2	Desorientado a memória/reconhecimento perturbado: orientado para si próprio/reconhece a família. Podrá questionar acções do enfermeiro ou recusa pedidos/procedimentos (comportamentos de protecção cognitivos de resistência). Conteúdo da conversação/pensamento perturbado. Resões e/ou alucinações são comuns.
1	Desorientado, reconhecimento perturbado: reconhece, de forma inconsistente, pessoas conhecidas, família, objectos. Sordidiscursos inadequados.
0	Processamento de estímulos diminuído: resposta mínima a estímulos verbais.

NÍVEL 2 – COMPORTAMENTO	
COMPORTAMENTO – APARÊNCIA:	
2	Controla a postura, mantém a aparência, higiene: vestido e arranjado de forma adequada, aceso, limpo. Postura na cama/cadeira normal.
1	Postura ou aparência alterada: algum desarranjo na roupa/cama ou aparência pessoal, ou alguma falta de controlo de postura, posição.
0	Postura e aparência anormais: desarrançamento, falta de higiene, incapaz de manter a postura na cama.

COMPORTAMENTO – MOVIM.	
4	Comportamento motor normal: movimento, coordenação e actividade adequadas, capaz de descansar tranquilamente na cama, movimento de mãos normal.
3	Comportamento motor limitado ou hiperactivo: quieto demais ou com pouco movimento espontâneo (mãos/braços cruzados ou sobre o peito ou ao longo do corpo ou braços/ pernas para cima/baixo, agitados). Pode ter tentativas nas mãos.
2	Movimento alterado: inquerito ou com movimentos repetidos. Movimentos manuais parecem anormais – apertar objectos da cama ou da cobertura, etc. Pode necessitar de assistência para movimentos intencionados.
1	Movimentos incoerentes, disruptivos: puxar lubos, tentar passar por cima das grades de protecção, acções intencionais frequentes.
0	Movimentos disjunctivos: movimentos limitados a não ser que seja estimulado; movimentos de resistência.

COMPORTAMENTO – VERBAL	
4	Inicia discurso de forma adequada: capaz de conversar; consegue iniciar e manter uma conversa. Discurso normal para problema diagnosticado, tem de voz normal.
3	Inicia de discurso limitado: respostas a estímulos verbais são simples e curtas. Discurso claro para o problema diagnosticado, tem de voz pode ter anormal e o ritmo pode ser lento.
2	Discurso inadequado: pode falar para si próprio ou não fazer sentido. Discurso não claro para problema diagnosticado.
1	Discursos/vozes perturbadas: sons/ton alterados. Balbucos, grrr, etc. balabares ou está anormalmente em silêncio.
0	Silêncio anormal: gurridos ou outros sons disjunctivos. Não há discurso claro.

NÍVEL 3 – CONTROLO FISIOLÓGICO

AVALIAÇÃO FISIOLÓGICA:																								
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Valores registados:</th> <th>Normal</th> <th>Períodos de alerta/bradipneia presentes?</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Temp.</td> <td>36 - 37°</td> <td>1 = sim; 0 = não;</td> </tr> <tr> <td>TA sist.</td> <td>100 - 160</td> <td rowspan="2">Institua terapia de suporte?</td> </tr> <tr> <td>TA diast.</td> <td>50 - 90</td> </tr> <tr> <td>Freq. Card.</td> <td>60 - 100</td> <td>0 = não; 1 = sim, mas desligado; 2 = sim, ligado no momento;</td> </tr> <tr> <td>Ritmo</td> <td>Irreg.</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Grav. Resp.</td> <td>14 - 22 (normal 1 min.)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Sat. O₂</td> <td>93 ou superior</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		Valores registados:	Normal	Períodos de alerta/bradipneia presentes?	Temp.	36 - 37°	1 = sim; 0 = não;	TA sist.	100 - 160	Institua terapia de suporte?	TA diast.	50 - 90	Freq. Card.	60 - 100	0 = não; 1 = sim, mas desligado; 2 = sim, ligado no momento;	Ritmo	Irreg.		Grav. Resp.	14 - 22 (normal 1 min.)		Sat. O ₂	93 ou superior	
Valores registados:	Normal	Períodos de alerta/bradipneia presentes?																						
Temp.	36 - 37°	1 = sim; 0 = não;																						
TA sist.	100 - 160	Institua terapia de suporte?																						
TA diast.	50 - 90																							
Freq. Card.	60 - 100	0 = não; 1 = sim, mas desligado; 2 = sim, ligado no momento;																						
Ritmo	Irreg.																							
Grav. Resp.	14 - 22 (normal 1 min.)																							
Sat. O ₂	93 ou superior																							

ESTABILIDADE DAS FUNÇÕES VITAIS: (Contar anormal de TA sist. e/ou TA diast. como um valor; contar Ritmo Cardíaco anormal e/ou Irregular como um; contar apenas uma elevação anormal como um; e temperatura anormal como um.)

2	TA, RC, TEMP. RESPIRAÇÃO normal com pulso regular
1	Qualquer um dos parâmetros anteriores anormal
0	Dois ou mais dos parâmetros anteriores anormais

ESTABILIDADE DE SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO	
2	Sat. O ₂ normal (93 ou superior)
1	Sat. O ₂ entre 90 e 92 e está a receber oxigênio
0	Sat. O ₂ abaixo de 90

CONTROLO DE CONTINÊNCIA URINÁRIA:	
2	Mantém o controlo da bexiga
1	Incontinência nas últimas 24 horas ou tem patch nois
0	Incontinência no momento, ou necessita de assistência intermitente ou permanente ou tem ansia

<input type="checkbox"/>	Pontuação NÍVEL 1 (Processamento) (0 - 14 pontos)	Pontuação total:	Índice:
<input type="checkbox"/>	Pontuação NÍVEL 2 (Comportamento) (0 - 10 pontos)		
<input type="checkbox"/>	Pontuação NÍVEL 3 (Controlo fisiológico) (0 - 6 pontos)	0-14	Confusão moderada à severa
<input type="checkbox"/>	NEECHAM TOTAL (0 - 30 pontos)	15-24	Confusão ligeira ou início de desorientamento
		25-26	Não confuso, mas com alto risco
		27-30	Não confuso

Temp:36,5°C
 TA:107/56 mmHg
 FC:115 bpm, irregular
 FR:30 ciclos/min, irregular, com períodos de bradipneia
 Sat O₂:95%, sob oxigenoterapia

Nível 1: 7; Nível 2: 7; Nível 3: 3.
 Total: 17

APÊNDICE V – Teste Minimental State Examination

Mini Mental State Examination (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: _____

1
0
0
1
1

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

Nota: _____

1
1
1
1
1

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".
 Pétra _____
 Galo _____
 Bola _____

Nota: _____

1
1
1

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: _____

0
0
1
0
0

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

"Veja se consegue dizer as três palavras que pedi há pouco para decorar".
 Pétra _____
 Galo _____
 Bola _____

Nota: _____

1
0
0

5. Linguagem (1 ponto por cada resposta correcta)

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

Nota: _____

1
1

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

Nota: _____

1

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.
 Pegue com a mão direita _____
 Dobre ao meio _____
 Coloque onde deve _____

Nota: _____

1
1
1

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: _____

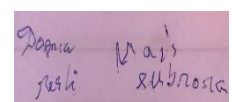
1

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

Frase: _____

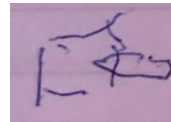
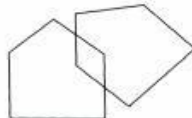
Nota: _____

0



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

Total: 21 pontos

APÊNDICE VI – Rx torax, perspectiva evolutiva



Ac: 26920290
Estudo Desc: TORAX 1 INCIDENCIA
Série Desc: AP
1 - 1 (ALL)
Sujeito a perdas (1:15)

15/09/2023 09:33
Hospital Garcia de Orta
C:2048 L:14096
Zoom: 14%



Ac: 26926296
Estudo Desc: TORAX 1 INCIDENCIA
Série Desc: AP
1 - 1 (ALL)
Sujeito a perdas (1:18)

15/09/2023 09:33
Hospital Garcia de Orta
C:2048 L:14096
Zoom: 14%



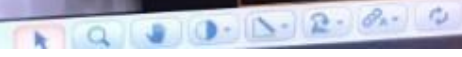
Ac: 26911113
Estudo Desc: TORAX 1 INCIDENCIA
Série Desc: AP
1 - 1 (ALL)
Sujeito a perdas (1:14)

12/09/2023 14:55
Hospital Garcia de Orta
C:2048 L:14096
Zoom: 14%



Ac: 26797671
Estudo Desc: TORAX 1 INCIDENCIA
Série Desc: AP
1 - 1 (ALL)
Sujeito a perdas (1:15)

09/09/2023 23:00
Hospital Garcia de Orta
C:2048 L:14096
Zoom: 14%



APÊNDICE VII – Escala de Borg Modificada

10 /	ATIVIDADE DE ESFORÇO MÁXIMO É quase impossível continuar. Completamente sem fôlego, incapaz de falar. Não é possível manter por mais tempo.
9 /	ATIVIDADE MUITO DIFÍCIL Muito difícil manter a intensidade do exercício. Mal consigo respirar e falar apenas algumas palavras.
7-8 /	ATIVIDADE VIGOROSA No limite do desconfortável. Falta de ar, consigo falar uma frase.
4-6 /	ATIVIDADE MODERADA Respirar profundo, posso manter uma conversa curta. Ainda um pouco confortável, mas cada vez mais desafiador.
2-3 /	ATIVIDADE LEVE Parece que podemos manter durante horas. Fácil de respirar e manter uma conversa.
1 /	ATIVIDADE MUITO LEVE Quase nenhum esforço, mas mais do que dormir, ver TV, etc.

Instrumento extraído de : <https://corridaforte.com/o-que-e-escala-de-borg/>

APÊNDICE VIII – Escala de Lower

5/5	Movimento normal contra gravidade e resistência
4/5	Raio de movimento completo contra resistência moderada. A pessoa consegue elevar o membro e tem alguma resistência em relação à sua própria força
3/5	Raio de movimento completo apenas contra gravidade, não contra resistência
2/5	Tem movimento das extremidades, mas não contra gravidade. A pessoa consegue mover o membro na base da cama
1/5	Observa-se contracção palpável e/ou visível sem movimento
0/5	Sem contracção muscular e sem movimento

Membros superiores	Direito	Esquerdo
Escapulo umeral	4/5	5/5
Cotovelo	5/5	5/5
Punho	5/5	5/5
Dedos	5/5	5/5
Membros inferiores		
Coxo femural	5/5	5/5
Joelho	4/5	4/5
Tibio társica	3/5	3/5
Dedos	3/5	3/5

APÊNDICE IX– Escala de Morse

Escala de Quedas de Morse. Versão Portuguesa

Item	Pontuação
1. Historial de quedas; neste internamento urgência/ ou nos últimos três meses Não Sim	0 25
2. Diagnóstico(s) secundário(s) Não Sim	0 15
3. Ajuda para caminhar Nenhuma/ajuda de enfermeiro/acamado/cadeira de rodas Muletas/canadianas/bengala/andarilho Apoia-se no mobiliário para andar	0 15 30
4. Terapia intravenosa Não Sim	0 20
5. Postura no andar e na transferência Normal/acamado/imóvel Debililitado Dependente de ajuda	0 10 20
6. Estado mental Consciente das suas capacidades Esquece-se das suas limitações	0 15

Fonte: Costa-Dias, MJ, Ferreira, P, Oliveira, A. Adaptação cultural e linguística e validação da Escala de Quedas de Morse. Revista de Enfermagem Referência. 2014, IV Serie (2), pp.7-17.

Sem risco (0 e ≤ 24 pontos); Baixo risco (≥ 25 e ≤ 50 pontos); Alto risco (≥ 51 pontos).

APÊNDICE X – Escala de Braden

Escala de Braden		
		SUA AVALIAÇÃO
Capacidade de dar resposta significativa ao desconforto, reação a estímulos.	Completamente limitado	1
	Muito limitado	2
	Ligeiramente limitado	3
	Nenhuma limitação	4
HUMIDADE		
Grau em que a pele é exposta à humidade.	Constantemente húmida	1
	Muito húmida	2
	Ocasionalmente húmida	3
	Raramente húmida	4
ATIVIDADE		
Grau de atividade física.	Acamado	1
	Sentado	2
	Anda ocasionalmente	3
	Anda frequentemente	4
MOBILIDADE		
Capacidade de mudar e controlar a posição do corpo.	Completamente imóvel	1
	Muito limitado	2
	Significativamente limitado	3
	Não limitado	4
NUTRIÇÃO		
Padrão de consumo alimentar habitual.	Muito pobre (menos de 1 dia)	1
	Provavelmente inadequada	2
	Adequado	3
	Excelente	4
Fricção e forças de deslizeamento		
Tensão exercida sobre a pele.	Problema	1
	Problema potencial	2
	Não aparenta nenhum problema	3
		SUA PONTUAÇÃO

Instrumento extraído de: <https://www.medivaris.pt/escala-de-braden/>

APÊNDICE XI – Escala de GUSS

GUSS Gugging Swallowing Test

Data da avaliação _____ Hora _____ Identificação doente _____

Secção 1. Avaliação preliminar / teste de deglutição indirecto

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

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

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

Instrumento extraído de : <https://gussgroupinternational.wordpress.com/wp-content/uploads/2017/01/guss-portuguese-1.pdf>

APÊNDICE XII – Exercícios em dual task

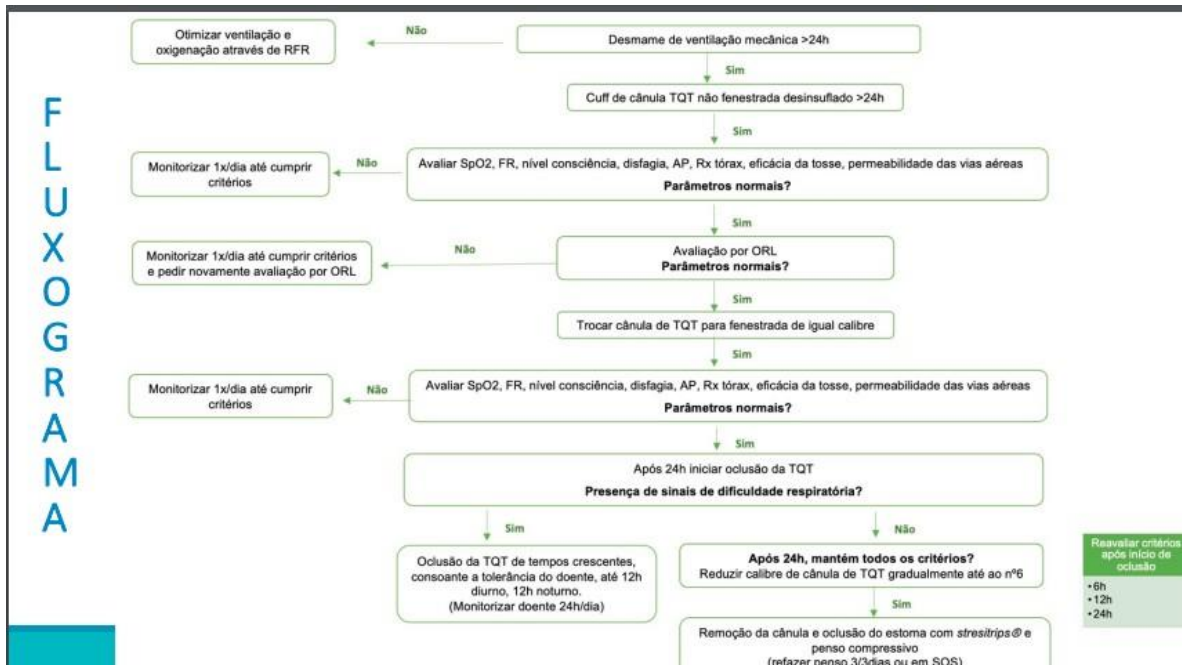


APÊNDICE XIII – Protocolo de desmame ventilatório

Critérios Clínicos	Critérios de Gasimetria
1) Frequência Respiratória 12-30 ciclos/min; 2) TA sistólica 90-180 mmHg; 3) Temperatura axilar 36-38°C; 4) Frequência cardíaca 50-120 bpm; 5) Escala de Coma de Glasgow superior a 13.	1) Ph superior a 7,30; 2) FiO2 inferior a 50%; 3) pO2 superior a 60 mmHg; 4) Sat O2 superior a 92%; 5) pO2/FiO2 superior a 150

Critérios Clínicos/Critérios de Gasimetria
1- Período Diurno: 1 h de desconexão; 2 horas de conexão VNI Período Noturno: conexão contínua
2 – Período Diurno: 2h de desconexão; 1 h de conexão VNI Período Noturno: conexão contínua
3 – Período Diurno: desconexão Período Noturno: conexão contínua

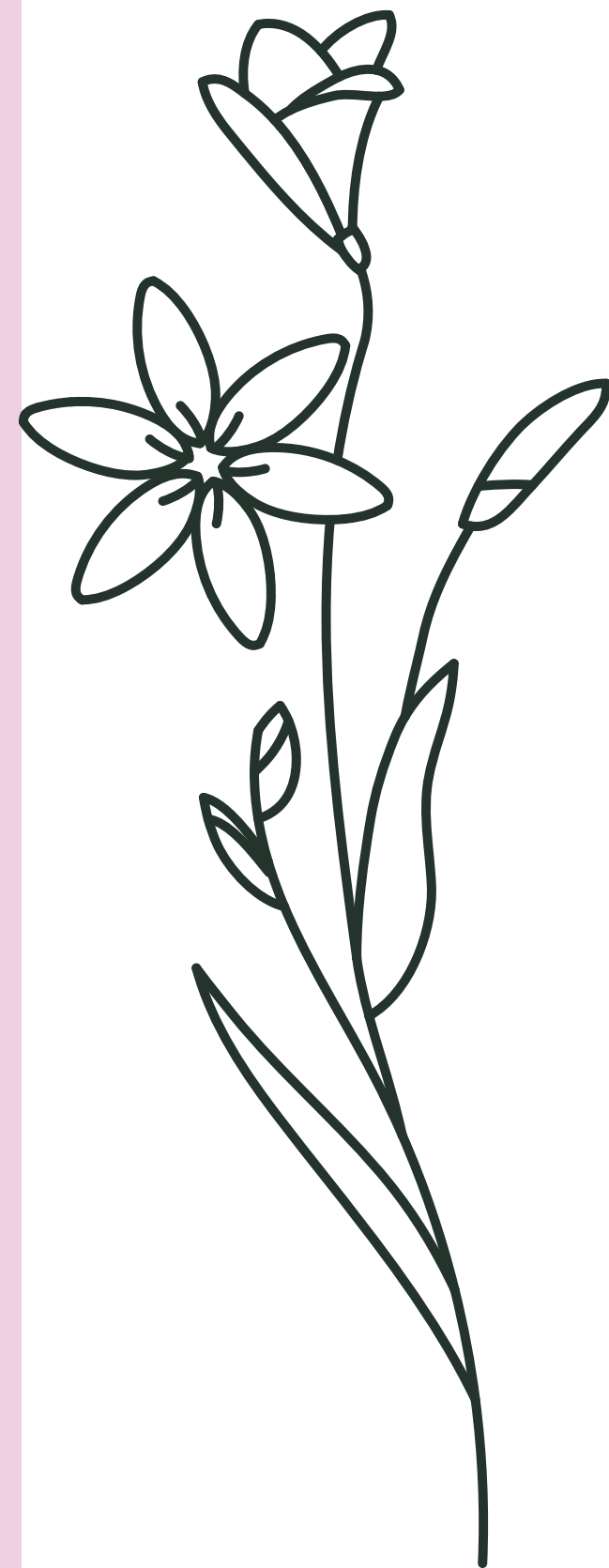
APÊNDICE XIV – Protocolo de desmame de traqueostomia do serviço



Extraído de: Manual de normas e protocolos do serviço XXXXX


Cuidar em Casa a Pessoa com Demência

Agitação: Estratégias para uma vida com dignidade

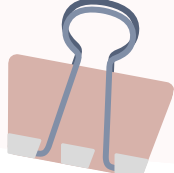




O que pode causar a agitação?



ALTERAÇÕES
CEREBRAIS



SENTIMENTOS
DE PERDA E
TENSÃO



FRACASSO



TRISTEZA



TENSÃO DOS OUTROS

Estratégias para uma vida com dignidade

Evitar a frustração

Evitar confrontar a pessoa

Não contrariar se for seguro para a pessoa

Promover um ambiente calmo e familiar

Repetir a informação as vezes necessárias

Manter rotinas e objetos familiares

Utilizar nomes orientadores

Estratégias para uma vida com dignidade

Manter um tom de voz calmo e afetuoso

Não interromper o discurso

Chamar pelo nome

Dar tempo e ser flexível

Atribuir tarefas

Elogiar e reforçar

Não confrontar

Não infantilizar e/ ou substituir



Compreender as alterações decorrentes da doença permite-nos encontrar ferramentas para gerir as dificuldades sentidas no dia a dia e proporcionar à pessoa dignidade e maior qualidade de vida.

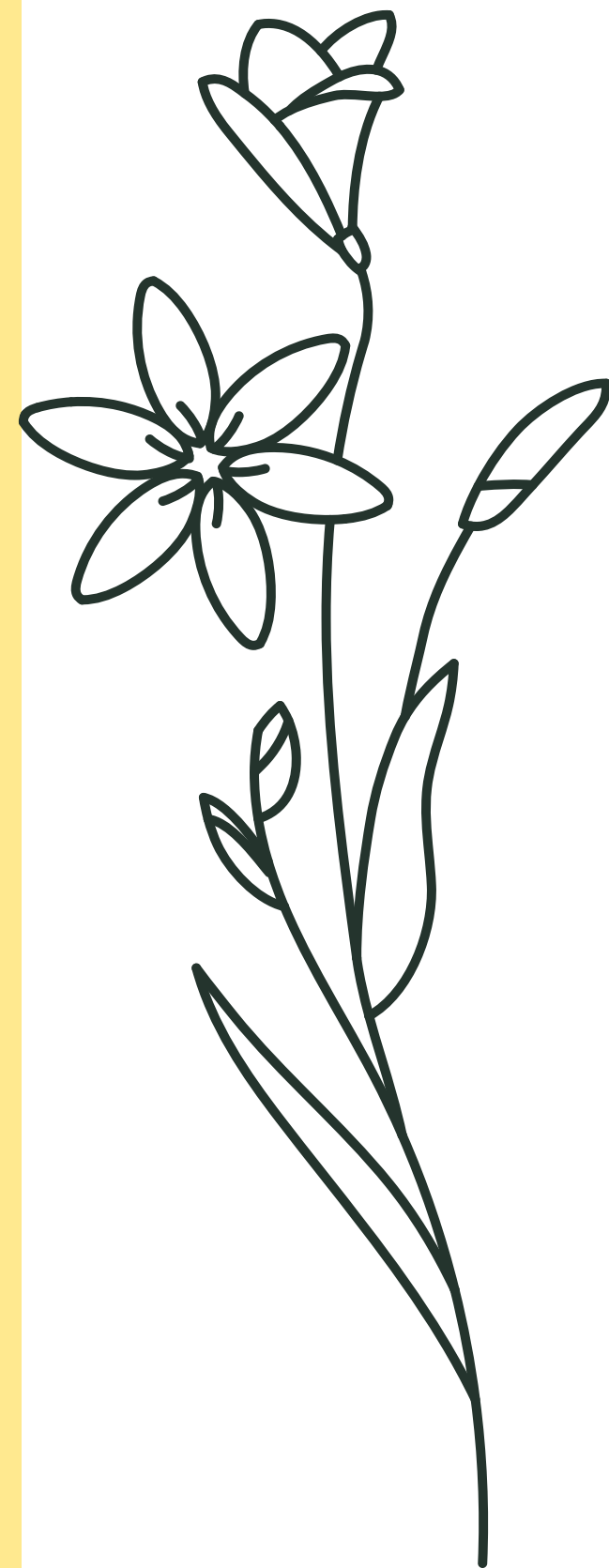
Cuidar da pessoa com demência coloca muitos desafios aos familiares e cuidadores.
Compreender as alterações decorrentes da doença permite-nos encontrar ferramentas para gerir as dificuldades sentidas no dia a dia e proporcionar à pessoa dignidade e maior qualidade de vida.

Compreender as alterações decorrentes da doença permite-nos encontrar ferramentas para gerir as dificuldades sentidas no dia a dia e proporcionar à pessoa dignidade e maior qualidade de vida.



Cuidar em Casa a Pessoa com Demência

Alimentação da Pessoa com Demência: Qual a receita?



Porque pode ser tão difícil a alimentação da pessoa com demência?



A perda ou dano das células cerebrais afetam as funções fisiológicas, que regulam a memória, atenção, linguagem, comportamento e atenção. Muitos são os fatores que podem interferir na alimentação, desde fisiológicos, ambientais ou relacionais (do cuidador). Reconhecê-los possibilita a adoção de estratégias que minimizam o seu impacto e transformam a refeição num momento digno e de prazer.

O que pode interferir na hora da refeição?



Alterações sensoriais



Défice de atenção



Ambiente na hora da refeição



Disfagia
(dificuldade em engolir)



Dor



Confusão



Higiene oral deficitária



Alteração na regulação da fome e sede



Obstipação

Qual a receita?



Alterações sensoriais

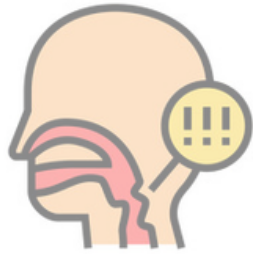
- Permitir o contato visual com a comida;
- Descrever os alimentos e evocar a sua sensação;
- Dispor os utensílios no campo visual;
- Adequar os utensílios, explicando e exemplificando a sua utilização;
- Sabores frescos e doces são normalmente melhor aceites;
- Fornecer os alimentos com uma temperatura adequada;
- Evitar pratos e toalhas estampadas, a fim de evitar distrações.



Higiene oral deficitária

- Assegurar a utilização (caso necessário) da prótese dentária para a refeição;
- Assegurar higiene oral após as refeições;
- Verificar a adaptação adequada da prótese dentária;
- Verificar a presença de eventuais lesões na cavidade oral que impliquem na alimentação (aftas, cáries, avulsão de peças dentárias ...).

Qual a receita?



Disfagia (dificuldade em engolir)

- Estar alerta para sinais de disfagia (tosse durante ou após a alimentação, atraso para engolir, acumulação de comida na boca, saída de alimentos e/ou saliva pelo canto da boca, alteração da qualidade da voz durante ou a seguir à alimentação, coloração arroxeadada do rosto ou lábios durante ou após a alimentação);
- Na presença de algum destes sinais, sinalizar à equipa multidisciplinar;
- Assegurar o correto posicionamento da pessoa na hora da refeição (com a pessoa acordada, sentada, cabeça levemente inclinada para a frente e apoiada e forma a que não balance);
- Posicionarmo-nos no campo visual da pessoa na hora da refeição ou ligeiramente abaixo;
- Avisar que vamos fornecer uma porção e facilitar o contato visual com o alimento;
- Fornecer pequenas porções de cada vez;
- Assegurar que não tem alimentos na boca antes de fornecer a próxima porção;
- Adequar a consistência dos alimentos;
- Evitar alimentos muito sólidos, secos, pegajosos, com sementes ou resíduos ou que fiquem líquidos na boca muito depressa, como algumas gelatinas ou fruta muito madura;
- Após a refeição, privilegiar a posição sentada 30 a 60 minutos. Após esse tempo, preferir a posição em lateral para a esquerda.

Qual a receita?



Défice de atenção

- Mostrar o relógio, lembrando sobre a hora da refeição e orientar;
- Limitar as distrações na hora da refeição;
- Simplificar a tarefa, fornecendo um prato de cada vez, um talher de cada vez ;
- Orientar a pessoa na tarefa, lembrando os passos, um de cada vez.



Alteração na regulação da fome e sede

- Ponderar momento coletivo da refeição;
- Não forçar a alimentação no momento de recusa;
- Oferecer líquidos com regularidade e pequenas refeições durante o dia;
- Proporcionar autonomia e individualizar horários e alimentos.
- Permitir que a pessoa arranje a comida no prato;
- Ponderar o momento coletivo da refeição;
- Proporcionar autonomia e individualizar horários e alimentos.
- Permitir comer com as mãos, adequando os alimentos;

Qual a receita?



Ambiente na hora da refeição

- Limitar o ruído ou distrações na hora da refeição (desligar a TV, radio ...);
- Adequar a iluminação no momento da refeição;
- Retirar itens não comestíveis;
- Fornecer um prato de cada vez;
- Fornecer talheres de cabo grande, colorido e com texturas;
- Fornecer pratos estáveis e minimizar derramamentos.



Confusão

- Chamar a pessoa pelo nome;
- Permanecer calmo e falar de forma clara e gentil, sem elevar o tom de voz;
- Utilizar frases curtas e simples, focando uma ideia e cada vez;
- Dar tempo à pessoa para compreender o que lhe foi transmitido;
- Não interromper o seu discurso;
- Utilizar sempre que possível, nomes orientadores (objetos, locais e pessoas);
- Na dificuldade em encontrar a palavra certa, sugerir de forma gentil.

Qual a receita?



Obstipação

- Conhecer rotinas anteriores adequando horários;
- Estabelecer uma rotina para ida à casa de banho;
- Promover a ingestão de líquidos e alimentos que previnam a obstipação (alimentos integrais, legumes ricos em fibras).



Dor

- Conforto;
- Analgesia se necessário.

Qual a receita?



Podemos adoptar na prática comportamentos, atitudes e estratégias que permitam, de forma individualizada, preservar a dignidade e melhorar a qualidade de vida, também à mesa, da Pessoa com Demência.





Escola Superior de Saúde Egas Moniz
1º Mestrado em Enfermagem de Reabilitação
1º Ano – 2º Semestre

Estudo de caso – Contexto domiciliário na RNCCI

Discente:

Célia Vicente nº 117489

Docente:

Professor Doutor Júlio Fernandes

Monte da Caparica

15 de Junho de 2023

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	1
DESCRIÇÃO CLÍNICA	4
AVALIAÇÃO DOS FOCOS DE ATENÇÃO.....	7
ENQUADRAMENTO TEORICO	14
PLANO DE CUIDADOS.....	18
BIBLIOGRAFIA	30
APÊNDICES.....	32
APÊNDICE I - Índice de Tinetti.....	33
APÊNDICE II - Escala de PAS.....	35
APÊNDICE III - Escala de MIF.....	42
APÊNDICE IV- Escala UPDRS.....	44
APÊNDICE V - Teste Bedside de language.....	47
APÊNDICE VI - Minimental state examination.....	52
APÊNDICE VII -MoCA Examination.....	54
APÊNDICE VIII -Escala de Borg modificada	56
APÊNDICE IX - Escala de Lower.....	58
APÊNDICE X - Escala de Morse.....	60
APÊNDICE XI - Escala de Braden.....	62
APÊNDICE XII - Guião de exercícios de mobilizações ativas.....	64
APÊNDICE XIII - Exercícios de reabilitação cognitiva	67
APÊNDICE XIV - Exercícios acessórios para treino motor e de equilíbrio	74

INTRODUÇÃO

No âmbito da unidade curricular de Estágio, desenvolvido na UCCI do Seixal, realizado no 1º ano Letivo, 2º Semestre, foi proposta a realização de um Estudo de Caso.

A sua elaboração, muito além do caráter formal inerente ao processo de avaliação, tem como finalidade o desenvolvimento de competências com Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação, na conceção, implementação e monitorização de planos de Enfermagem diferenciados, baseados nos problemas reais e potenciais das pessoas (Regulamento n.º 392/2019).

Perante o envelhecimento global da população, o aumento da prevalência das doenças crónicas incapacitantes e o incremento da procura de pessoas idosas e com dependência funcional, emergem novas necessidades sociais e em saúde, que requerem respostas diversificadas e ajustadas aos diferentes momentos e circunstâncias da própria evolução da doença. Promover a funcionalidade, prevenindo, reduzindo e adiando as incapacidades, constitui uma das políticas sociais que mais pode contribuir para a qualidade de vida e para a consolidação de uma sociedade mais justa e solidária (Decreto Lei n.º 101/2006).

A criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) em 2006, no âmbito dos Ministérios do Trabalho e da Solidariedade Social e da Saúde, caracteriza-se como um modelo de intervenção integrado e/ou articulado da saúde e da segurança social, de natureza preventiva, recuperadora e paliativa, situando-se como um nível intermédio de cuidados de saúde e de apoio social, entre os de base comunitária e os de internamento hospitalar.

Através de um conjunto de intervenções sequenciais de saúde e ou de apoio social, ela visa promover a autonomia melhorando a funcionalidade da pessoa em situação de dependência, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social (Decreto Lei n.º 101/2006).

Neste contexto, a intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação visa prevenir complicações e evitar incapacidades, proporcionando intervenções terapêuticas a fim de melhorar as funções residuais, manter ou recuperar a independência nas atividades de vida e minimizar o impacto das incapacidades instaladas (Regulamento n.º 392/2019).

O processo de Enfermagem, sendo uma metodologia científica, promove um desempenho sistemático e intencional na conceção e prestação de cuidados pelo Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, na sua tomada de decisão e avaliação dos resultados das intervenções, contribuindo para a individualização, humanização e qualificação dos cuidados prestados às pessoas, famílias e comunidades (Andrade et al., 2018).

A sustentação da prática em referenciais teóricos é explícita nos instrumentos que regula o exercício profissional dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação, fundamental no processo de facilitação na identificação, descrição ou predição do modo como a pessoa, família ou comunidade respondem aos problemas de saúde ou processos de vida, e simultaneamente, quais os processos que requerem a intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (Ribeiro, 2021).

Neste sentido, para este estudo de caso e na elaboração do plano de cuidados, o referencial teórico subjacente é o de Dorothea Orem, modelo que, de acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2011), revela-se estruturante e de excelência para a otimização da qualidade do exercício profissional (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

Neste estudo de caso, e para a elaboração do respetivo plano de cuidados, defini como objetivo geral:

- Conhecer as intervenções ao nível da prevenção, tratamento e reabilitação da pessoa portadora de doença neurológica de caráter progressivo e seu cuidador/família.

Como objetivos específicos defini:

- Desenvolver capacidades de interação com o utente e família;

- Desenvolver conhecimentos e habilidades nos instrumentos de avaliação específicos para a Enfermagem de Reabilitação;

- Conhecer e desenvolver estratégias na promoção das capacidades adaptativas com vista ao autocontrolo e autocuidado na pessoa portadora de doença neurológica crónica de carater progressivo;

- Estabelecer prioridades e estratégias na melhoria da qualidade, na prática de cuidados especializados de Enfermagem.

O estudo de caso aqui apresentado encontra se estruturado, após esta introdução, da seguinte forma: Descrição Clínica, com a apresentação dos dados recolhidos, seguindo se o Enquadramento Teórico, onde são definidos os principais conceitos inerentes à situação clínica apresentada e Plano de Cuidados.

DESCRIÇÃO CLÍNICA

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Nome: J. G.

Idade: 82 anos.

Naturalidade: Ourique, Distrito de Beja.

Estado Civil: Casado.

Habilitações Literárias: 1º Ciclo do Ensino Básico.

Profissão: Laminador.

Agregado Familiar: Reside com a Esposa, principal cuidadora, de 77 anos, independente nas Atividades de Vida Diárias e Atividades Instrumentais de Vida Diárias. Tem 2 filhos, de 51 e 44 anos, que prestam apoio nas Atividades Instrumentais de Vida.

Recursos de apoio: Tem apoio domiciliário para os cuidados de higiene, duas vezes dia (manhã e tarde), bem como para a refeição do almoço. Recorreu a serviço de fisioterapeuta em domicílio, onde realizou programa de alguns meses, que foi suspenso pelo encargo financeiro inerente. Tem recentemente apoio de cuidadora formal, 2 horas de manhã e 2 horas no período da tarde, na gestão de algumas tarefas domésticas e supervisão do utente aquando da necessidade da esposa se ausentar de casa.

Habitação: Prédio de construção de cerca de 1950, na zona do Seixal, reside em 2º andar, sem elevador, com cerca de 36 degraus até à porta da rua, dispostos por patamares. Degraus nivelados, largos, com corrimão, de mármore, não polida. Prédio naturalmente iluminado. Apartamento T2, corredor principal estreito, áreas reduzidas, com varanda. Casa iluminada. Boas condições de salubridade. Casa de banho com banheira, com barra de apoio estreita e presença de tapetes. Quarto com cama articulada, esposa dorme na cama ao lado. Sala onde permanece e faz as refeições com presença de mesa tipo “camila”, não fixa, sofás e estante, bem como armário para

televisão, com reduzido espaço para circulação, com presença de vasos de flores na trajetória. Acesso a varanda com ligeiro desnível, acesso por porta de correr. Tem uma cadeira nesta divisão.

ANTECEDENTES ANTERIORES

Antecedentes Pessoais: Doença de Parkinson com mais de 10 anos de evolução, fratura maleolar a esquerda em 1990, Hipertensão arterial, Gota, Dislipidémia, Insuficiência Cardíaca, Obesidade, alteração dos lípidos, Hipertrofia Benigna da Próstata, Adenoma Tubular com displasia de baixo grau, Infecção a Sars Cov com sintomas ligeiros há cerca de 2 semanas.

Hábitos/Comportamentos Aditivos: Nega consumo tabágico ou álcool.

Terapêutica Habitual:

- Ramipril, 1 cp/dia;
- Clorotalidona 50 mg, ½ cp dia;
- Rilmenidina, 1 cp/dia;
- Alopurinol 100 mg, 1 cp/dia;
- Dutasterida/Tansulosina, 1 cp/dia;
- Rotigolina 6 mg TD, 24 horas/dia;
- Opticapona 50 mg, 1 cp dia;
- Sinemet 25/250 mg, 4 vezes dia;
- Sinemet 25/100, 1 cp dia ao lanche;
- Amitriptilina 10 mg, 1 cp dia;
- Sinvastatina 20 mg, 1 cp dia;
- Movicol 13,8 mg, SOS.

ADMISSÃO NA UCCI

A admissão na UCCI foi realizada a 16/05/2023.

Sinais vitais à admissão: PA: 121/64 mmHg FC: 111 Temp: 36,7°C Oximetria periférica: 95% Peso: 100 kg

Os dados recolhidos foram obtidos através de entrevista ao utente e cuidadora, consulta do processo clínico, assim como observação e avaliação do utente, com recurso a escalas de avaliação. Para tal, foi consultado o documento “Instrumentos de colheita de dados para a documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação”, de 2016, e selecionados os instrumentos de recolha de dados que me permitiriam uma melhor caracterização da condição de saúde do Sr J.G., bem como outras escalas, devidamente validadas para a população portuguesa, indicadas para a identificação das alterações de autocuidado e o planeamento de intervenções ao nível dos três sistemas de enfermagem, de acordo com a teórica Dorothea Orem.

AVALIAÇÃO DOS FOCOS DE ATENÇÃO

A avaliação dos diferentes focos de atenção e respetiva elaboração dos diagnósticos de enfermagem foi realizada de acordo com a CIPE beta 2, de 2011, bem como o instrumento emitido pela Assembleia do Colégio da Especialidade e Enfermagem de Reabilitação, de 2014, que permite a caracterização da condição de saúde da pessoa com maior clareza do ponto de vista da reposta humana às transições decorrentes da dependência para a autonomia e/ou do processo terapêutico ou de desenvolvimento ao longo do ciclo de vida (Ordem dos Enfermeiros, 2014).

É descrita de seguida a avaliação de determinados focos de atenção.

4.1 – Adesão ao Regime Medicamentoso

Utente conhece a sua terapêutica e conhece os horários da toma. No entanto, a terapêutica é gerida pela esposa, que a organiza e cumpre o regime prescrito.

4.2 – Andar e Andar com Auxiliar de Marcha

Realiza marcha com apoio de duas bengalas, com alturas diferentes, com auxiliar de memória para a marcha com papel que vai empurrando, com bradicinesia e hipocinesia. Verifica se *freezing*, refratário a diferentes estratégias, sendo segundo a esposa, a técnica adotada aquela que ainda se revela eficaz.

Os passos são curtos e arrastados, aumento do tempo do duplo apoio dos pés no chão e com marcada redução da flexão plantar. Não se observou festinação. Marcha lenta e robotizada. Redução na coordenação das cinturas escapular e pélvica, com flexão do tronco.

Foi aplicado o Índice de Tinetti a 31 de maio de 2023, com resultado de 1/12 no componente de marcha, realizado com os auxiliares (Apêndice I).

Apresenta sequelas de fratura maleolar a esquerda, com diminuição da amplitude articular resultante.

Deambula pela casa, tem cadeira de rodas para deslocação para o exterior e cadeira de banho, onde se desloca para a ida para o WC para os cuidados de higiene diários (técnica adotada pela equipa pelo tempo de marcha do utente), realizados com o apoio do centro de dia. Sobe e desce escadas, sendo a marcha em plano horizontal onde o *freezing* é mais evidente.

Deambula com chinelos sem apoio de calcanhar. Tem sapatos de tiras com apoio de calcanhar que ficam muito justos, dado o edema dos pés.

Foi aplicada a escala PAS (Modified Parkinson Activity Scale), a 2 de junho de 2023, a fim de avaliar a funcionalidade motora nas transferências, acinesia da marcha, mobilidade na cama e mobilidade na cama com cobertor, com pontuação de 3/8 nas transferências, 4/24 na avaliação da acinesia da marcha e 10/32 na avaliação da mobilidade na cama sem e com cobertor (Apêndice II).

4.3 – Atitude face ao cuidado no domicílio

Utente e familiar bastante recetivos à presença da equipa no domicílio, manifestando atitude de parceria nos cuidados.

4.4 – Autocontrolo: Continência Urinaria e Fecal

Utente continente. Apresenta acidentes ocasionais, predominantemente no percurso para a casa de banho, pelo tempo que despende.

Esposa refere episódios de obstipação, com fezes duras e de difícil expulsão.

4.5 – Autocuidados

Utente independente no barbear (com máquina), escovar os dentes e vestir a parte superior do corpo. Transfere se para dentro da banheira, com supervisão. Necessita de ajuda máxima no banho, lava autonomamente o rosto e braços. Ajuda máxima a vestir. Tem chinelos sem apoio de calcanhar. Roupa larga e confortável na parte superior do corpo, calças clássicas e pinçadas.

Avaliada escala de MIF a 25 de maio de 2023, com pontuação de 84 pontos (Apêndice III).

Foi aplicada a escala UPDRS (Unified Parkinsons Disease Rating Scale) a 2 de junho de 2023, a fim de avaliar o impacto da doença na funcionalidade do Sr. J.G., com uma pontuação de 115/199 pontos, indicador da presença de impacto funcional (Apêndice IV).

4.6 – Comunicação

Utente consciente e orientado, discurso adequado, contudo escasso e de difícil percepção, que a esposa identifica como barreira à comunicação.

Foi aplicado o teste “Bedside de Lenguaje”, teste adaptado e validado para português europeu, de Sabe et al., 2018, por Cruz et al., 2014. O teste avalia discurso espontâneo, compreensão de frases, repetição de palavras e frases, escrita de nome, palavra, número e frase, leitura através da associação palavra-imagem, execução de ordem e finalização de uma frase com recurso a escolha múltipla (Dias et al., 2018).

Foi elaborado material de apoio para a sua aplicação, consoante as instruções (Cruz et al., 2014). O teste foi efetuado a 31 de maio de 2023, tendo sido a pontuação obtida de 14/25 (Apêndice V).

Verificou se que o utente mantém os processos de compreensão, denominação, discriminação e repetição, mas apresenta micrografia e vocabulário pobre, por vezes pouco perceptível.

De forma complementar, foram ainda aplicados o teste Mini Mental State Examination e o MoCA, como se descreve no foco da Cognição e Memória.

4.7 – Cognição e Memória

Foi aplicado o teste Mini Mental State Examination, elaborado por Folstein et al. em 1975, um dos testes mais empregues e estudados no mundo para avaliação do funcionamento cognitivo, nomeadamente na avaliação da função cognitiva e rastreio de potenciais quadros demenciais, examinando a orientação espacial e temporal, memória de curto prazo e evocação, cálculo, coordenação dos movimentos, habilidades de linguagem e visuo espaciais (Rodriguez et al., 2021).

O teste foi aplicado em 31 de maio de 2023, tendo sido obtida a pontuação 25/30, considerada dentro do intervalo de corte para a população portuguesa atual, com 3 a 6 anos de escolaridade (Apêndice VI).

De forma complementar, foi aplicado o teste MoCA (Montreal Cognitive Assessment), desenvolvido como instrumento breve para rastreio de défice cognitivo ligeiro, avalia diferentes domínios cognitivos: função executiva; capacidade visuoespacial; memória; atenção, concentração e memória de trabalho; linguagem; e orientação temporal e espacial (Ordem dos Enfermeiros, 2016).

Neste teste, aplicado a 31 de maio de 2023, a pontuação obtida foi de 16/30, com alterações nas atividades desenvolvidas na função visuo-espacial, linguagem e abstração e evocação deferida (Apêndice VII).

Na realização do teste do relógio, foi solicitado ao utente o desenhar do relógio com ponteiros, assinalando a hora indicada no teste. O utente realizou inicialmente um relógio com formato redondo, mas terá escrito as horas de forma analógica, como que brincando com a situação. Interpretámos a situação como o utente apercebendo se da

sua dificuldade em assinalar as horas corretas no relógio, tendo como tal, utilizado esta estratégia.

Encontram-se mantidas as funções de orientação nas 3 vertentes, atenção e praxias, habilidade de cálculo, associação, ordenação, repetição.

Memória a curto e longo prazo preservada.

4.8 – Défice Sensorial

Utente apresenta alteração da acuidade visual sequelar à atividade laboral, com utilização de óculos com efeito apenas à distância. Tem lacrimejo frequente.

Segundo a esposa, sempre apresentou discromatopsia, nomeadamente na distinção entre azul e verde.

4.9– Dispneia

Utente com história recente de infeção a SARS COV. Cansaço para médios esforços, com períodos de pieira ocasionais. Eupneico, respiração de predomínio torácica, média amplitude. Oximetrias de 95% em ar ambiente, auscultação com murmúrio vesicular mantido, sem ruídos adventícios.

4.10 – Edema periférico

Apresenta edema dos pés e maléolos, períodos de exacerbação, que dificulta a marcha. Sequelas de fratura maleolar a esquerda em 1990, com diminuição da amplitude articular sequelar.

4.11 – Equilíbrio Corporal

Para avaliação do equilíbrio corporal, foi aplicado o Índice de Tinetti, realizado a 31 de maio de 2023. O utente utilizou o seu auxiliar de marcha (bengalas).

A pontuação obtida foi de 5/16 na componente do equilíbrio (Apêndice I).

Realizada prova dedo nariz e calcanhar joelho, sem alterações.

Incapaz de realizar o Teste Romberg – Barré.

O utente permanece curtos períodos em posição ortostática sem apoio dos auxiliares para, por exemplo, abotoar as calças, com alargamento da base de sustentação. Durante a marcha, a cabeça e tórax são inclinados para frente (flexão do tronco) e apresenta alargamento da base de apoio.

4.12 – Intolerância à atividade

Utente apresenta cansaço para médios esforços, com avaliação na escala de Borg modificada de 4/6 em 10, aplicada a 31 de maio de 2023 (Apêndice VIII).

4.13 – Movimento Muscular

Para a avaliação da força muscular, foi utilizada a escala de Lower, onde é avaliada a força muscular, através da palpação musculo tendinosa durante o movimento, verificação da amplitude do movimento e capacidade de oposição à força da gravidade e à resistência manual, numa escala de 0 a 5. O teste foi realizado no dia 31 de maio de 2023, verificando se alteração da força muscular a nível dos dedos do pé e tibiotársica esquerda, numa escala de 4/5, restantes segmentos 5/5 (Apêndice XIX).

Apresenta tremor da mão esquerda, pouco perceptível.

4.14 – Papel do Prestador de Cuidados

O principal prestador de cuidados do utente é a esposa, de 77 anos, nas atividades de vida diárias e nas atividades instrumentais de vida diária. Efetua gestão do regime terapêutico, consultas do utente e articulação com os serviços de saúde. Manifesta verbalmente cansaço pela dependência progressiva do Sr J., mas manifesta o

seu desejo de manter o papel de cuidadora principal, sendo recetiva aos apoios disponíveis que permitam a manter o esposo no domicílio.

4.15 – Posicionar-se

O utente passa grande parte do dia sentado. Deambula para ida ao WC ou deslocação para o quarto, com supervisão. Tem cama articulada no seu quarto e suporte com triangulo como apoio ás mobilizações na cama. Posiciona se no leito.

4.16 -Queda

Na escala de Morse, aplicada em 31 de maio de 2023, a pontuação obtida foi de 60/125 (Apêndice X), representando um elevado risco de queda. A esposa relata episódios prévios de queda em casa, sem sequelas de maior gravidade, predominantemente no período noturno, quando tenta urinar para urinol. A esposa prefere dormir em cama ao lado do utente para o auxiliar no processo e assim prevenir este risco.

4.17 – Úlcera de Pressão (Risco)

Foi aplicada a escala de Braden para avaliação do risco de úlcera de pressão, em 31 de maio de 2023, com pontuação final de 19 pontos/23 (Apêndice XI) representando um baixo risco de desenvolvimento de úlceras por pressão.

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A doença de Parkinson é uma doença neurodegenerativa, e a segunda mais comum, superada apenas pela doença de Alzheimer, em termos de prevalência (Cabreira et al., 2019).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, cerca de 1% da população mundial é diagnosticada com doença de Parkinson, com uma prevalência estimada de 100 a 200 casos por 100 mil habitantes. Isto significa que aproximadamente 10 milhões de pessoas no mundo são portadoras da doença (Silva et al., 2019).

De acordo com a Sociedade Portuguesa de Neurologia, em Portugal, a prevalência da doença em 2017, era de 180 casos por cada 100 mil habitantes, admitindo-se uma provável subestimativa (Sociedade Portuguesa de Neurologia, 2020).

A doença surge geralmente entre os 50 e os 80 anos de idade, com pico na sétima década de vida, maior incidência nos homens. Na maioria dos casos, a etiologia é idiopática, no entanto são também conhecidas outras variáveis que podem exercer algum contributo para o desenvolvimento da doença, como causas genéticas, hormonais, efeitos da gravidez, determinadas profissões ou exposição ambiental (Armstrong et al., 2020).

A prevalência em crescendo da doença explica-se, e nos países mais desenvolvidos, não somente pelo inevitável envelhecimento da população, mas também pelo maior reconhecimento da doença e dos fatores ambientais e sociais (Cabreira et al., 2019).

A doença é caracterizada pela morte de neurónios dopaminérgicos na substância negra. A marca patológica da doença é a presença de corpos de Lewy, ou seja, uma inclusão neuronal que consiste numa grande aglomeração de agregados de proteína alfa-sinucleína. A dopamina é armazenada em vesículas dos neurónios da substância negra, sendo o neurotransmissor que atua principalmente no controlo de funções cognitivas e motoras, de motivação e sensações de prazer (Armstrong et al., 2020).

Não existe atualmente um biomarcador que permita afirmar categoricamente o diagnóstico da doença em vida, à exceção de testes genéticos específicos, que são úteis apenas numa minoria de casos (Cabreira et al., 2019).

Desta forma, o diagnóstico da doença é realizado de forma clínica, pela apresentação de determinados sinais e sintomas, exame físico, exclusão de outras possíveis causas de parkinsonismo e ainda a resposta favorável à terapêutica dopaminérgica, sobretudo a levodopa (Armstrong et al., 2020).

A patologia é caracterizada pela presença de sintomas motores e não motores. Em termos de sintomas motores, pode-se encontrar:

- **Bradicinesia:** lentidão e movimentos progressivamente menores (hipocinesia), à medida que a pessoa repete uma tarefa, com movimento corporal espontâneo diminuído (bradicinesia global), hipomímia (face inexpressiva ou imóvel), hipofonia (voz com menor volume) e micrografia (caligrafia pequena e impercetível). Pode existir interrupção completa do movimento (bloqueio ou *freezing*);

- **Rigidez:** aumento do tônus muscular, com resistência na movimentação passiva de um segmento ao longo de todo o movimento, não sendo alterada com a velocidade da movimentação. A rigidez ‘em roda dentada’ resulta da sobreposição do tremor e da rigidez, sendo mais facilmente detetável na articulação do punho

- **Tremor de repouso:** Movimento involuntário, rítmico e oscilatório, observado em repouso, observado com os membros relaxados e apoiados numa superfície, em ação da gravidade. O mais típico é o *pill rolling*, tremor com fricção repetida do polegar e indicador, podendo surgir noutras zonas, como mandíbula, língua e membros inferiores.

- **Alterações posturais e da marcha:** A postura é tipicamente fletida, retificada em decúbito. A marcha é lenta, com passos curtos e com aumento do duplo suporte dos membros inferiores. Ocorre ainda redução assimétrica do balanceio dos membros superiores durante a marcha. Os bloqueios da marcha (*freezing of gait*) podem ser espontâneos ou ser desencadeados diante da necessidade em atravessar espaços mais

estreitos. Pode se ainda observar festinação (passos curtos e rápidos) (Cabreira et al., 2019).

Como sintomas não motores, encontra se:

- Hiposmia;
- Alteração do padrão do sono com hiper sonolência diurna;
- Disfunção do sistema nervoso autónomo, manifestado por disfagia, enfartamento, obstipação, retenção urinária ou urgência urinária, sialorreia, hipotensão ortostática, entre outras
- Distúrbios psiquiátricos, como depressão, ansiedade, apatia, psicose.
- Alterações cognitivas como alteração da atenção, memória de trabalho, funções executivas e linguagem, memória episódica e funções visuo-espaciais (Armstrong et al., 2020).

A demência associada à doença de Parkinson surge em cerca de 80% dos doentes a longo prazo, sendo recomendado a realização de testes de rastreio de défice cognitivos, como o MoCA (Cabreira et al., 2019). Os sintomas não motores são aqueles que mais rapidamente motivam a procura de serviços médicos, dado o impacto na qualidade de vida das pessoas. A evolução da doença cursa com flutuação dos sintomas motores e não motores, em mecanismos ainda desconhecidos (Silva et al., 2019).

Não existem terapêuticas eficazes no sentido de travar o diminuir o processo neurodegenerativo, nem substituir os neurónios danificados. Contudo, a ciência encontra sem empenhada na investigação e experimentação de terapêuticas, como a imunomoduladora, promissora, mas ainda com questões por esclarecer, como o início da sua utilização e população a alvo para os ensaios clínicos (Armstrong et al., 2020)

A abordagem da pessoa com Parkinson deve ser multidisciplinar e individualizada, não apenas na prescrição terapêutica dada a sintomatologia apresentada e as questões inerentes às comorbilidades, mas também face às necessidades especiais de cada pessoa e apresentações da doença (Silva et al., 2019).

Em termos globais, pretende-se prevenir e reduzir perdas funcionais e quadros de dependência, potenciando o autocuidado, através de intervenções de treino e atividades de vida diárias, indicação de equipamentos de segurança, bem como gestão ambiental. É indicado treino motor global e fino, de resistência e mobilização articular, equilíbrio e estabilidade postural, treino de marcha, pistas, estímulos e objetos para facilitar as tarefas bem como reorganização de rotinas. A Estimulação cognitiva, incentivo à socialização e autogestão de estratégias cognitivo comportamentais são intervenções individualizadas que podem melhorar a qualidade de vida da pessoa e cuidador (Sociedade Portuguesa de Neurologia, 2020)

As intervenções desenvolvidas com a pessoa são planeadas com a mesma e seu cuidador, num contexto de adaptação, reorganização, promoção do autocuidado e direcionadas para as capacidades remanescentes (Silva et al., 2019).

PLANO DE CUIDADOS

Com base no regulamento das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, este, com base em problemas reais e potenciais, concebe, implementa e monitoriza planos de cuidados de enfermagem de reabilitação diferenciados, tendo em vista a maximização do potencial das pessoas (Regulamento n.º 392/2019).

É fundamental uma abordagem sistemática e intencional, concretizada com recurso a metodologia científica, para dar resposta aos problemas e necessidades de cuidados das pessoas (Ribeiro, 2021).

O processo de Enfermagem utiliza, pois, uma metodologia científica, acrescentando mais qualidade ao cuidado, ao mesmo tempo que confere valor e visibilidade aos cuidados prestados pelo Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, uma vez que, mediante a situações complexas que este se depara, a identificação de problemas e necessidades só é realizada na posse de dados que efetivamente as sustentam e diferenciam (Ribeiro, 2021).

Atendendo à especificidade do exercício profissional dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação, os dados colhidos e os diagnósticos formulados referem se essencialmente aos domínios de funcionalidade motora, sensorial e cognitiva, cardíaca, respiratória, alimentação, eliminação e sexualidade, bem como respostas humanas às transições vivenciadas e fatores que facilitam ou dificultam os processos de transição/adaptação (Regulamento n.º 392/2019).

Em função dos diagnósticos identificados, e com base nos objetivos definidos, os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação planeiam e implementam as intervenções, potenciando ao máximo envolvimento, a participação da pessoa e cuidador, com o objetivo da capacitação, da autonomia no autocuidado e foco na qualidade de vida.

Após a implementação das intervenções, são avaliados os resultados obtidos, nomeadamente em relação à função, reeducação funcional, capacitação e autonomia, sendo esta atividade que permite a reformulação do planeamento e a avaliação das alterações e ganhos obtidos.

Em contexto domiciliário, como aquele onde foi desenvolvido este plano de cuidados, estamos perante, e na maioria das vezes, situações de doença com muito tempo de evolução e cuidadores muitas vezes na mesma faixa etária com as suas patologias e necessidades. A intervenção realizada no domicílio, após a avaliação da pessoa e contexto, tem características peculiares, que passam acima de tudo e antes de mais, pelo respeito pelo espaço do outro, pela relação de confiança a estabelecer com a pessoa e família, de forma que a equipa não seja entendida como um intruso, mas um parceiro nos cuidados.

A prática profissional do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação em qualquer contexto, mas especificamente no contexto da RNCCI no domicílio, é concebida numa lógica de continuidade de cuidados, centrada na pessoa, com o objetivo de aumentar os conhecimentos das pessoas que cuidam de utentes com doença crónica e dependentes, diminuindo situações de risco, reabilitando capacidades e promover estratégias adaptativas, com vista à promoção da saúde, prevenção de complicações, bem estar e autocuidado, readaptação e reeducação funcional, bem como inclusão social (Regulamento n.º 350/2015).

Para a elaboração deste plano de cuidados, foi utilizada a CIPE 2 de 2011 para a formulação dos diagnósticos ajustando a conceção à luz da teórica de Enfermagem Dorothea Orem.

DATA DE INÍCIO	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	RESULTADOS ESPERADOS	MÉTODOS DE AJUDA	TIPO DE SISTEMA E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	AValiação
31/05/2023	Andar comprometido relacionado com bradicinesia, decorrente do processo fisiopatológico, manifestado por <i>freezing</i> , marcha lenta e robotizada, passos curtos e arrastados e marcada redução da flexão plantar.	Aumentar a eficácia da marcha, com passadas eficazes e estratégias de desbloqueio do <i>freezing</i> .	<ul style="list-style-type: none"> - Agir/fazer; - Apoio psicológico; - Ensinar; - Manter ambiente; - Orientar; 	<p>Sistema de Apoio/Educação:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Avaliar marcha através de observação e aplicação do índice de Tinetti; - Avaliar força muscular através da Escala de Lower; - Avaliar capacidade de executar a técnica da marcha; - Ensinar sobre a técnica de adaptação para a marcha com auxiliar de marcha; - Ensinar sobre adaptação do domicílio para andar; - Ensinar sobre a adequação do vestuário e calçado; - Instruir sobre técnicas de posicionamento, como correção postural da cabeça e tronco, correção de centro de gravidade e base de sustentação); - Treinar sobre técnica de adaptação para andar; - Treinar técnicas para desbloqueio do <i>freezing</i> (pistas visuais alternativas, sons, largura dos percursos e obstáculos); - Providenciar guião de exercícios; 	<p>31/05- Foi aplicado o índice de Tinetti, com pontuação na marcha de 1/12 e a escala de Lower, com pontuação de 5/5 em todos os segmentos, com exceção na tibiotársica e dedos do pé esquerdo, com pontuação de 4/5.</p> <p>2/06 – Foi realizado treino de marcha com ênfase no treino das duas fases do ciclo, com manifesta dificuldade pela bradicinesia e <i>freezing</i> constante. Reforçada a correção postural durante o treino;</p> <p>5/06 – Apresenta calçado adaptado, com colocação de elásticos na região do calcanhar. Encontra-se vestido com calças largas de elásticos, manifestando-se confortável. Executa técnicas de adaptação para controlo do <i>freezing</i>, quando aquela que executa não se mostra eficaz. Necessidade constante de correção postural. Retirado tapete do corredor da casa, acesso à casa de banho;</p> <p>15/06 – Entregue material didático com técnicas acessórias de controlo do <i>freezing</i> e guião de exercícios a executar diariamente.</p>

DATA DE INÍCIO	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	RESULTADOS ESPERADOS	MÉTODOS DE AJUDA	TIPO DE SISTEMA E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	AValiação
31/05/2023	Andar com auxiliar de marcha comprometido, relacionado com o déficit de conhecimento, manifestado pela utilização incorreta do auxiliar de marcha (bengalas com diferentes alturas).	Andar com auxiliar de marcha melhorado, ao final de 2 semanas, através da aquisição de conhecimentos e utilização correta dos auxiliares de marcha (bengalas).	<ul style="list-style-type: none"> - Agir/fazer; - Apoio físico e psicológico; - Ensinar; - Manter ambiente; - Orientar; 	<p>Sistema de Apoio/Educação:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Avaliar conhecimento para andar com o auxiliar de marcha (bengalas); - Avaliar conhecimento sobre a adaptação do domicílio para andar com o auxiliar de marcha; - Ensinar sobre adaptação do domicílio para andar com auxiliar de marcha; - Ensinar sobre andar com auxiliar de marcha; - Instruir sobre andar com auxiliar de marcha; - Treinar a andar com auxiliar de marcha; 	<p>31/05 – O Sr J.G. caminha com 2 bengalas com alturas diferentes, com alargamento considerável da base de apoio. Corrige com incentivo a posição das mesmas. Identifica as barreiras arquitetónicas para andar com auxiliar de marcha e necessidade de adaptação do domicílio para andar, bem como de uma posição estável para desencadear a marcha.</p> <p>6/05- O Sr J.G. utiliza canadianas com ajuste de altura, adequadamente reguladas.</p>

DATA DE INÍCIO	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	RESULTADOS ESPERADOS	MÉTODOS DE AJUDA	TIPO DE SISTEMA E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	AVALIAÇÃO
31/05/2023	Conhecimento do prestador de cuidados não demonstrado, relacionado com a adaptação do domicílio para andar com auxiliar de marcha, manifestado pela presença de diversas barreiras arquitetónicas.	Conhecimento do prestador de cuidados demonstrado pela identificação das barreiras arquitetónicas para a marcha.	<ul style="list-style-type: none"> - Agir/fazer; - Apoio físico e psicológico; - Ensinar; - Manter ambiente; - Orientar. 	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar conhecimento do prestador de cuidados sobre a adaptação do domicílio para andar e andar com auxiliar de marcha; - Ensinar o prestador de cuidados sobre a adaptação do domicílio para andar e andar com auxiliar de marcha (identificação de barreiras arquitetónicas); - Ensinar o prestador de cuidados sobre estratégias adaptativas para andar e andar com auxiliar de marcha (correção postural, treino de marcha, estratégias alternativas para desbloqueio do <i>freezing</i>, como pistas visuais e verbais, bem como sons); - Ensinar o prestador de cuidados sobre adaptação do domicílio para andar e andar com auxiliar de marcha; - Avaliar o conhecimento do prestador de cuidados sobre a adaptação do domicílio para andar e andar com auxiliar de marcha 	<p>2/06 – Realizados ensinamentos sobre a adaptação do domicílio (identificação das barreiras arquitetónicas) para andar e andar com auxiliar de marcha, á esposa e filho.</p> <p>5/06 – Retirado tapete do corredor de acesso à casa de banho. O Sr J.G. apresenta roupa mais larga e confortável, bem como calçado adequado, com elástico no calcanhar. A cuidadora demonstra conhecimento sobre técnicas de correção postural e estratégias alternativas de desbloqueio do <i>freezing</i>, executando -as.</p>

DATA DE INÍCIO	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	RESULTADOS ESPERADOS	MÉTODOS DE AJUDA	TIPO DE SISTEMA E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	AValiação
31/05/2023	Eliminação intestinal comprometida resultante do processo fisiopatológico, manifestado por períodos de obstipação.	Padrão de eliminação intestinal regular otimizado em 3 semanas	<ul style="list-style-type: none"> - Agir/fazer; - Apoio físico e psicológico; - Ensinar; - Manter ambiente; - Orientar; 	<p>Sistema de Apoio/Educação</p> <ul style="list-style-type: none"> - Avaliar autocontrole: continência intestinal; - Instruir acerca da eliminação intestinal; - Planejar eliminação intestinal; - Elaborar um plano de dieta adequado, rico em fibras e incentivar a ingestão de líquidos - Ensinar técnica de massagem abdominal; - Ensinar sobre a postura mais adequada para eliminação no WC; - Instruir sobre técnica de massagem abdominal; - Instruir sobre a postura mais adequada para eliminação no WC; - Treinar massagem abdominal; - Instruir sobre medidas farmacológicas para alívio da obstipação; 	<p>2/06- O Sr J.G. apresenta períodos de cerca de 3 dias de obstipação, manifestando desconforto abdominal. Refere padrão habitual de obstipação, com fezes duras e em pequena quantidade. Realizada instrução sobre necessidade de padrão intestinal regular e importância alimentar e hídrica;</p> <p>5/06 -Última dejeção no dia anterior após realizar terapêutica. Otimizado regime terapêutico; realizado ensino sobre técnica de massagem e abdominal e posição para evacuar. Refere ter aumentado a ingestão de água;</p> <p>12/06 – Tem evacuado regularmente nos últimos 3 dias, com treino de horário para ida ao WC a seguir ao almoço. Refere fezes mais moles e de mais fácil expulsão.</p>

DATA DE INÍCIO	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	RESULTADOS ESPERADOS	MÉTODOS DE AJUDA	TIPO DE SISTEMA E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	AValiação
31/05/2023	Auto controle: Continência Urinária comprometido por bradicinesia e demora na chegada a casa de banho, manifestado por episódios de incontinência urinaria (cerca de 2 vezes por dia).	Diminuir o número de incidentes de incontinência urinária em 3 semanas.	<ul style="list-style-type: none"> - Agir/fazer; - Apoio físico e psicológico; - Ensinar; - Manter ambiente; - Orientar; 	<p>Sistema de Apoio/Educação</p> <ul style="list-style-type: none"> - Avaliar autocontrole: incontinência urinária; - Aconselhar eliminação urinária antes do sono; - Planejar eliminação urinária; - Planejar a ingestão de líquidos; - Reforçar a autoeficácia; - Ensinar sobre autocontrole: continência urinária; - Ensinar sobre exercícios musculares pélvicos; - Instruir sobre autocontrole: continência urinária; - Instruir sobre vestuário facilitador para o momento de eliminação; 	<p>31/05 – O Sr J.G apresenta episódios de incontinência urinaria, cerca de 2 vezes por dia, sempre no percurso para a casa de banho. Durante a noite, utiliza um urinol e não tem perdas de urina;</p> <p>2/06 – Foi realizado ensino sobre ingestão hídrica e planeamento de horário para ida ao WC, bem como ensino sobre exercícios musculares pélvicos, que foram treinados;</p> <p>5/06 – O Sr J.G demonstra conhecimento sobre os exercícios musculares pélvicos, executando os. Antecipa ida ao WC antes da sua sesta da tarde e antes de deitar;</p> <p>12/06 – Mantem episódios ocasionais de incontinência urinária, mas não diários.</p>

DATA DE INÍCIO	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	RESULTADOS ESPERADOS	MÉTODOS DE AJUDA	TIPO DE SISTEMA E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	AValiação
31/05/2023	Comunicação verbal e escrita comprometida, relacionada com as alterações inerentes ao processo fisiopatológico, manifestado por discurso pouco perceptível e pobre, bem como micrografia.	Aumentar a eficácia da comunicação escrita e verbal, com melhoria da função cognitiva global;	<ul style="list-style-type: none"> - Agir/fazer; - Apoio físico e psicológico; - Ensinar; - Manter ambiente; - Orientar; 	<p>Sistema de Apoio/Educação</p> <ul style="list-style-type: none"> - Avaliar a linguagem através do teste “Bedside de Language”; - Avaliar a produção de texto escrito em termos de forma e conteúdo; - Avaliar a cognição e seus domínios, através da aplicação do teste MMSE e MoCA; - Instruir sobre as alterações da comunicação decorrentes do processo fisiopatológico; - Conhecer as rotinas em termos de atividades lúdicas; - Instruir sobre orientação temporal; - Instruir sobre atividades de estimulação cognitiva; - Ensinar atividades de estimulação cognitiva; - Ensinar ao cuidador técnicas de estimulação cognitiva (leitura, reminiscência, música); - Ensinar sobre técnicas de projeção da voz; - Treinar a linguagem através da leitura, repetição e formação de textos curtos; - Incentivar a leitura; - Ensinar técnicas de estimulação da memória; - Treinar técnicas de estimulação de memória recente e a longo prazo (evocação de memórias, memória e 	<p>31/05 – Realizado teste “Bedside de Lenguaje”, com pontuação de 14/25, MMSE com pontuação de 25/30 E MoCA com pontuação de 16/30. Análise da produção escrita, constatando se micrografia e frases sem nexo em termos de construção. Reforçada importância da estimulação cognitiva no processo de reabilitação, orientação temporal e reminiscência.</p> <p>2/06 – Sr J.G. manifesta interesse em realizar atividades de leitura. Relata história do seu casamento;</p> <p>5/06 – Executa técnicas de treino da motricidade fina, repetição de frases e leitura. Relata história do seu acidente e trabalho no passado.</p> <p>12/06 – Cuidadora executa técnicas de leitura e de grafismos horizontais. Cuidadora manifesta conhecimento sobre a importância da estimulação cognitiva e realização de exercícios, tendo envolvido os filhos. Terá trabalhado com plasticina.</p> <p>15/06 – Entregue guião de exercícios e ficha técnica de jogos produzidos.</p>

evocação de palavras e séries, jogos de memória);

- Instruir sobre atividades de treino de motricidade fina;
- Ensinar exercícios de treino de motricidade fina;
- Ensinar sobre material adaptativo facilitador do processo de escrita (ex, canetas grossas e materiais com letras e números de maiores dimensões e cores vivas);
- Treinar exercícios de treino de motricidade fina (grafismos horizontais, pinçar objetos, realizar o O com os dedos, exercícios resisitidos dos dedos com elástico);
- Ensinar sobre técnicas de exercícios de treino de caligrafia;
- Providenciar guião de exercícios.

DATA DE INÍCIO	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	RESULTADOS ESPERADOS	MÉTODOS DE AJUDA	TIPO DE SISTEMA E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	AValiação
31/05/2023	Equilíbrio corporal comprometido, decorrente das alterações fisiopatológicas, manifestado por equilíbrio em pé instável, incapacidade na execução da posição unipodal, aumento da base de apoio e posição em flexão do tronco.	Equilíbrio corporal melhorado ao longo do programa de reabilitação, com correção da postura e correção da base de apoio.	Agir/fazer; - Apoio físico e psicológico; - Ensinar; - Manter ambiente; - Orientar;	Sistema de Apoio/Educação - Monitorizar equilíbrio corporal através do índice de Tinetti; - Avaliar força muscular através da mobilização ativa dos segmentos; - Avaliar equilíbrio corporal (estático e dinâmico, ortostático e sentado); - Estimular a manter o equilíbrio corporal, através da correção postural (correção da posição da cabeça e tronco); - Executar mobilizações ativas da cabeça e pescoço (flexão, extensão, rotação lateral); - Ensinar e estimular mobilizações ativas dos membros superiores e inferiores, em posição deitado e sentado e em pé, e com utilização de bastão ou bolas; - Executar técnicas de treino de equilíbrio (alternância de carga nos membros superiores e inferiores, exercícios de coordenação de movimentos, exercícios com bola suíça), em series de 10 movimentos;	31/05- Aplicado índice de Tinetti, com pontuação de 5/16. Incapaz de realizar o teste de Romberg; Prova dedo nariz e calcanhar – joelho sem alterações; Senta se de forma instável, atirando se para a cadeira. Apesar de conseguir permanecer curtos períodos em pé (menos de 10 seg) sem o apoio dos auxiliares de marcha, a base de sustentação é alargada. Projeta o tronco e cabeça para a frente. 2/06 – Reforçada correção postural que o Sr J.G reconhece e a cuidadora. Tenta corrigir, mas mantém. Executados exercícios de alternância de carga nos membros inferiores com dificuldade. 5/06 – Executa de mobilizações ativas da cabeça e pescoço, bem como membros superiores. Necessidade de correção postural constante. Mantém dificuldade na execução de exercícios de carga nos membros inferiores. Reforçada

- Ensino e treino de exercícios de equilíbrio estático e dinâmico, bem como correção postural na posição sentado, com supervisão, e utilizando jogos (bola de feltro, argolas e pinos) e bolas.
- Ensinar e treinar técnicas de correção postural durante a marcha;
- Avaliar conhecimento do Sr J.G e cuidadora sobre técnicas de equilíbrio corporal;
- Avaliar capacidade para executar técnicas de equilíbrio corporal;
- Providenciar guião de exercícios de treino de equilíbrio para executar em segurança.

técnica de sentar na cadeira de forma segura.

12/06 – Reconhece e pratica exercícios de treino de equilíbrio no tronco e membros superiores. Demonstra, tal como a cuidadora, conhecimento sobre técnica para se sentar em segurança, mas não executa. Base de apoio alargada mantida, necessidade de correção frequente da postura.

Executados exercícios em bola suíça.

15/06 – Entregue guião com exercícios de treino de equilíbrio em segurança

DATA DE ÍNICIO	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	RESULTADOS ESPERADOS	MÉTODOS DE AJUDA	TIPO DE SISTEMA E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	AValiação
31/05	Risco de rigidez articular, relacionado com diminuição do movimento muscular e articular.	Demonstrar conhecimentos acerca de exercícios musculo articulares ativos a fim de prevenir a rigidez articular.	Agir/fazer; - Apoio físico e psicológico; - Ensinar; - Manter ambiente; - Orientar.	Sistema de Apoio/Educação - Avaliar movimento articular; - Executar técnicas de exercícios musculo articulares ativo-resistidos, com almofada ou bola, sentado, deitado e em posição ortostática; - Executar técnicas de exercícios musculo articulares combinado com treino cognitivo (dual-task); - Incentivar execução de exercícios musculares e articulares deitado, sentado e em posição ortostática; - Supervisionar exercícios musculo articulares ativos; - Avaliar conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular ativos; - Instruir sobre técnicas de exercício muscular e articular e com utilização acessória de bola, almofada e bastão; - Treinar técnicas de exercício muscular e articular, e com acessórios como bola, almofada, bastão; - Ensinar prestador de cuidados sobre prevenção da rigidez articular;	31/05 – Sem dor a mobilização dos segmentos articulares. Diminuição da força e do movimento articular a nível da região tibiotársica esquerda (4/5 na escala de Lower) e pé esquerdo, sequelar a acidente de trabalho. Restantes segmentos com resultado 5/5 na escala utilizada. 2/06 – Conhece e executa exercícios musculo articulares, conhecendo, tal como a cuidadora, as causas da rigidez articular. Necessita correção na execução de alguns exercícios. 5/06 – Executa os exercícios com necessidade de correções. Introduzida modalidade dual-task, elevada motivação e recetividade. Realizados exercícios com bola. 12/06 – Demonstra conhecimento, assim como a cuidadora, acerca dos exercícios a executar. Realiza séries de 10 de exercícios musculares resistidos, a nível de

- Instruir cuidador sobre exercícios e membros superiores e inferiores.
medidas prevenção da rigidez articular; Entregue guião de exercícios.
- Providenciar guião de exercícios.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Andrade, L.T, Favoretto, N.B., Souza, D.R.P., Gimenes, F.R.E., Faleiros, F. (2018). Diagnósticos, Resultados e Intervenções de enfermagem para indivíduos com lesão medular. *PRONANDA Programa de atualização em Diagnósticos de Enfermagem: Ciclo 6* (9-45). Porto Alegre: Artmed Panamericana.
- Arevalo-Rodriguez, I., Smailagic N., Roqué-Figuls, M, Ciapponi ,A., Sanchez-Perez, E., Giannakou, A., Pedraza, O.L., Bonfill Cosp, X. & Cullum, S. (2021). Mini-Mental State Examination (MMSE) for the early detection of dementia in people with mild cognitive impairment (MCI). *Cochrane Database of Systematic Reviews 2021*, Issue 7. Art. No.: CD010783. DOI: 10.1002/14651858.CD010783.pub3.
- Armstrong, M.J., Okun, M.S. (2020). Diagnosis and Treatment of Parkinson Disease: a Review. *Clinical Review and Education*. 323(6): 548-560. doi:10.1001/jama.2019.22360
- Cabreira, V., Massano, J. (2019). Doença de Parkinson: Revisão Clínica e Atualização. *Acta Med Port* (32)10: 661-670. <https://doi.org/10.20344/amp.11978>.
- Cruz, A.L., Santos, M., Reis, A. & Faísca, L. (2014). Validação Portuguesa de um teste breve para rastreio da afasia (Bedside de Language). *Sinapse* (14).1: 9-17. Obtido em https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/34456/1/sinapse_vol_14_n_1_1_11_1_9_1.pdf
- Decreto-Lei nº 101/2006 (p.3856-3865). *Diário da República*, Série I-A, nº 109, 6 de junho de 2006. Lisboa: Ministério Saúde. Acedido em <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/101/2006/06/06/p/dre/pt/html>
- Dias, A., Rofes, A., Ferreira, A.C., Carvalhal, A., Matos, A., Parente, D., Maruta, C., Magalhães, C., Nogueira, C., Garcia, F., Miranda, F., Leal, G., Valido, G., Rodrigues, I., Fonseca, I., Martins, I.P., Fonseca, J., Taveira, L., Moreira, M., Vital, P., Pestana, P., Branco, R., Paixão, R. & Aguiar, V. (2018). *Afasia e Comunicação após Lesão Cerebral*. (1ª Edição). Lisboa: Papa Letras.
- Ordem dos Enfermeiros (2011). CIPE versão 2 – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. ISBN: 978-92-95094-35-2.
- Ordem dos Enfermeiros (2011). Parecer n.º 12/2011: Parecer sobre as Atividades de Vida Diária. Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação.
- Ordem dos Enfermeiros (2015). Regulamento n.º 350/2015- Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados e Enfermagem de Reabilitação. *Diário da República*, II Série, nº 119.

Ordem dos Enfermeiros (2016). Instrumentos de Recolha de Dados para a Documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação. Mesa do Colégio de Especialidade de Enfermagem de Reabilitação.

Regulamento n.º 392/2019. (03 de Março de 2019). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação. *Diário da República* n.º 85/2019, Série II : Ordem dos Enfermeiros.

Ribeiro, O. (2021). *Enfermagem de Reabilitação: Conceções e Práticas*. (1ª Edição). Lisboa: Lidel.

Silva, T.P., Carvalho, C.R.A.(2019). Doença de Parkinson: o tratamento terapêutico ocupacional na perspetiva dos profissionais e dos idosos. *Cad. Bras. Ter. Ocup*(27) 2: 331-344. <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoAO1229>

Sociedade Portuguesa de Neurologia. (2020). Disponível em: <https://www.spneurologia.com/noticias/doenca-de-parkinson-afeta-entre-18-a-20-milpessoa/51>

APÊNDICES

INDICE DE TINETTI

EQUÍLIBRIO ESTÁTICO NA CADEIRA	
1 - Equilíbrio sentado	0 – Inclina-se, com deslizes na cadeira 1 – Estável, seguro
2 – Levanta-se da cadeira	0 – Incapaz sem ajuda 1 – Capaz, usa membros superiores para auxiliar 2 – Capaz sem usar membros superiores
3 – Equilíbrio Imediato (primeiros 5 segundos)	0 – instável (cambaleante, move os pés, marcadas oscilações do tronco, tenta agarrar algo para suportar-se) 1 – estável, mas utiliza auxiliar de marcha para suportar-se 2 – estável sem qualquer tipo de ajudas
4 - Equilíbrio em pé com os Pés paralelos	0 – instável 1 – estável mas alargando a base de sustentação (calcanhares afastados 10 cm) ou recorrendo a auxiliar de marcha para apoio x 2 – pés próximos e sem ajudas
5. Pequenos desequilíbrios Na mesma posição (sujeito de pé com os pés próximos, o observador empurra-o levemente com a palma da mão, 3 vezes ao nível do esterno)	0 – começa a cair 1 – vacilante, agarra-se, mas estabiliza 2 – estável
6. Fechar os olhos na mesma Posição	0 – instável 1 – estável
7. Volta de 360º (2 vezes)	0 – instável (agarra – se, vacila) 1 – estável, mas dá passos descontínuos 2 – estável e passos contínuos
8. Apoio Unipodal (aguenta pelo menos 5 segundos de forma estável)	0 – não consegue ou tenta segurar-se a qualquer objeto 1 – aguenta 5 segundos de forma estável
9. Sentar-se	0 – pouco seguro ou cai na cadeira ou calcula mal a distância 1 – usa os braços ou movimento não harmonioso x 2 – seguro, movimento harmonioso
Total: 5/16	
EQUILIBRIO DINÂMICO – MARCHA	
10. Início da marcha (imediatamente após o sinal de partida)	0 – hesitação ou múltiplas tentativas para iniciar 1 – sem hesitação
11. Largura do passo (pé direito)	0 – não ultrapassa à frente do pé em apoio 1 – ultrapassa o pé esquerdo em apoio
12. Altura do passo (pé direito)	0 – o pé direito não perde completamente o contacto com o solo 1 – o pé direito eleva-se completamente do solo
13. Largura do passo (pé esquerdo)	0 – não ultrapassa à frente do pé em apoio 1 – ultrapassa o pé direito em apoio
14. Altura do passo (pé esquerdo)	0 – o pé esquerdo não perde totalmente o contacto com o solo 1 – o pé esquerdo eleva-se totalmente do solo
15. Simetria do passo	0 – comprimento do passo aparentemente assimétrico 1 – comprimento do passo aparentemente simétrico
16. Continuidade do Passo	0 – pára ou dá passos descontínuos 1 – passos contínuos
17. Percurso de 3m (previamente marcado)	0 – desvia-se da linha marcada 1 – desvia-se ligeiramente ou utiliza auxiliar de marcha 2 – sem desvios e sem ajudas
18. Estabilidade do Tronco	0 – nítida oscilação ou utiliza auxiliar de marcha 1 – sem oscilação mas com flexão dos joelhos ou coluna ou afasta os braços do tronco enquanto caminha
19. Base de sustentação Durante a marcha	0 – calcanhares muito afastados 1 – calcanhares próximos, quase se tocam
Total: 1/12	
PONTUAÇÃO TOTAL: 6/28	

Modified Parkinson Activity Scale (M-PAS) - Aplicada a 2/06/2023

Momento do dia: Manhã, cerca das 10 horas

Tempo após a ingestão do medicamento: 2 horas

Período on/off: Não aplicável

Local: Casa do utente, sala de estar

Altura da cadeira: 40 cm

Transferência de cadeira

1.A. Levantar sem usar as mãos

[4] Normal, sem dificuldades aparentes.

[3] Dificuldade leve, dedos dos pés em dorsiflexão para manter o equilíbrio, braços balançam para frente para manter o equilíbrio ou uso de movimentos de transferência de peso (compensação) para frente utilizando o tronco .

[2] Difícil, várias tentativas necessárias ou hesitação, muito lento e quase nenhuma flexão do tronco.

Impossível, depende de assistência física.

1.B. Levantar usando as mãos

[2] Normal, sem dificuldades aparentes.

Difícil, várias tentativas necessárias ou hesitação, muito lento e quase nenhuma flexão do tronco.

[0] Impossível, depende de assistência física.

2.A. Sentar sem usar as mãos

[4] Normal, sem dificuldades aparentes.

[3] Dificuldade leve (não controla a descida).

Senta-se de forma abrupta ou termina em uma posição desconfortável.

[0] Impossível, depende de assistência física

Total: 3/8

Acinesia da marcha

Lado não preferencial para dar a volta

Esquerdo

Direito

3. Início de acinesia sem realizar uma tarefa adicional

[4] Normal, sem dificuldades aparentes.

[3] Hesitação ou breve festinação durando até 2 segundos.

[2] Parada indesejada do movimento com ou sem festinação durando 2 a 5 segundos.

Parada indesejada do movimento com ou sem festinação durando mais que 5 segundos.

[0] Depende de assistência física para começar a andar (após freezing/congelamento).

4. Virar 180° sem realizar uma tarefa adicional

[4] Normal, sem dificuldades aparentes.

[3] Hesitação ou breve festinação durando até 2 segundos.

[2] Parada indesejada do movimento com ou sem festinação durando 2 a 5 segundos.

[1] Parada indesejada do movimento com ou sem festinação durando mais que 5 segundos.

Depende de assistência física para começar a andar (após freezing/congelamento)

5. Início de acinesia ao realizar uma dupla tarefa motora

[4] Normal, sem dificuldades aparentes.

[3] Hesitação ou breve festinação durando até 2 segundos.

[2] Parada indesejada do movimento com ou sem festinação durando 2 a 5 segundos.

[1] Parada indesejada do movimento com ou sem festinação durando mais que 5 segundos.

Depende de assistência física para começar a andar (após freezing/congelamento).

6. Virar 180° ao realizar uma dupla tarefa motora

[4] Normal, sem dificuldades aparentes.

[3] Hesitação ou breve festinação durando até 2 segundos.

[2] Parada indesejada do movimento com ou sem festinação durando 2 a 5 segundos.

Parada indesejada do movimento com ou sem festinação durando mais que 5 segundos.

[0] Depende de assistência física para começar a andar (após freezing/congelamento).

7. Início de acinesia ao realizar uma dupla tarefa cognitiva

[4] Normal, sem dificuldades aparentes.

[3] Hesitação ou breve festinação durando até 2 segundos.

[2] Parada indesejada do movimento com ou sem festinação durando 2 a 5 segundos.

Parada indesejada do movimento com ou sem festinação durando mais que 5 segundos.

[0] Depende de assistência física para começar a andar (após freezing/congelamento).

8. Virar 180° ao realizar uma dupla tarefa cognitiva

[4] Normal, sem dificuldades aparentes.

[3] Hesitação ou breve festinação durando até 2 segundos.

[2] Parada indesejada do movimento com ou sem festinação durando 2 a 5 segundos.

Parada indesejada do movimento com ou sem festinação durando mais que 5 segundos.

[0] Depende de assistência física para começar a andar (após freezing/congelamento)

Total: 4/24

Mobilidade na cama

9. Deitar sem coberta

[4] Normal, sem dificuldades aparentes.

[3] Com 1 dificuldade.

[2] Com 2 dificuldades.

[1] Com 3 dificuldades.

Depende de assistência física: o indivíduo pede ajuda claramente ou não consegue ficar em uma posição final adequada.

Dificuldade para levantar as pernas.

Dificuldade para mover o tronco.

Dificuldade para chegar a uma posição final adequada: funcionalmente limitante ou desconfortável. Por exemplo, cabeça desconfortável contra a cabeceira da cama ou pernas não relaxadas devido ao excesso de flexão

10A. Virar sem coberta para o lado esquerdo

[4] Normal, sem dificuldades aparentes

[3] Com 1 dificuldade.

Com 2 dificuldades.

[1] Com 3 dificuldades.

[0] Depende de assistência física: o indivíduo pede ajuda claramente ou não consegue ficar em uma posição final adequada.

Dificuldade para virar o tronco/a pelve.

Dificuldade para mover o tronco/a pelve.

Dificuldade para chegar a uma posição final adequada: funcionalmente limitante ou desconfortável. Por exemplo, ombro e braço debaixo do corpo insuficientemente em protração e livre, cabeça desconfortável contra a cabeceira da cama ou menos de 10 cm entre o tronco e a beira da cama.

10B. Virar sem coberta para o lado direito

[4] Normal, sem dificuldades aparentes.

[3] Com 1 dificuldade.

Com 2 dificuldades.

[1] Com 3 dificuldades.

[0] Depende de assistência física: o indivíduo pede ajuda claramente ou não consegue ficar em uma posição final adequada.

Dificuldade para virar o tronco/a pelve.

Dificuldade para mover o tronco/a pelve.

Dificuldade para chegar a uma posição final adequada: funcionalmente limitante ou desconfortável. Por exemplo, ombro e braço debaixo do corpo insuficientemente em protração e livre, cabeça desconfortável contra a cabeceira da cama, ou menos de 10 cm entre o tronco e a beira da cama.

11. Levantar da cama sem coberta

[4] Normal, sem dificuldades aparentes.

[3] Com 1 dificuldade.

Com 2 dificuldades.

[1] Com 3 dificuldades.

[0] Depende de assistência física: o indivíduo pede ajuda claramente ou não consegue ficar em uma posição final adequada.

Dificuldade para virar o tronco/a pelve.

Dificuldade para mover as pernas.

Dificuldade para chegar a uma posição final adequada: assimétrica, desconfortável.

12. Deitar na cama com coberta

[4] Normal, sem dificuldades aparentes.

[3] Com 1 dificuldade.

[2] Com 2 dificuldades.

Com 3 dificuldades.

[0] Depende de assistência física: o indivíduo pede ajuda claramente ou não consegue ficar em uma posição final adequada.

Dificuldade para mover o tronco ou as pernas.

Dificuldade para ajustar a coberta (três ou mais ajustes) ou não consegue se cobrir adequadamente, por exemplo, parte das costas fica descoberta.

Dificuldade para chegar a uma posição final adequada: funcionalmente limitante ou desconfortável. Por exemplo, cabeça desconfortável contra a cabeceira da cama ou pernas não relaxadas devido ao excesso de flexão.

13A. Virar com coberta para o lado esquerdo

[4] Normal, sem dificuldades aparentes.

[3] Com 1 dificuldade.

[2] Com 2 dificuldades.

Com 3 dificuldades.

[0] Depende de assistência física: o indivíduo pede ajuda claramente ou não consegue ficar em uma posição final adequada.

Dificuldade para virar o tronco/a pelve.

Dificuldade para ajustar a cobertura (três ou mais ajustes) ou não consegue se cobrir adequadamente, por exemplo, parte das costas fica descoberta.

Dificuldade para chegar a uma posição final adequada, funcionalmente limitante ou desconfortável. Por exemplo, ombro e braço debaixo do corpo insuficientemente em protração e livre, cabeça desconfortável contra a cabeceira da cama, ou menos de 10 cm entre o tronco e a beira da cama.

13B. Virar com cobertura para o lado direito

[4] Normal, sem dificuldades aparentes.

[3] Com 1 dificuldade.

[2] Com 2 dificuldades.

Com 3 dificuldades.

[0] Depende de assistência física: o indivíduo pede ajuda claramente ou não consegue ficar em uma posição final adequada.

Dificuldade para virar o tronco/a pelve.

Dificuldade para ajustar a cobertura (três ou mais ajustes) ou não consegue se cobrir adequadamente, por exemplo, parte das costas fica descoberta.

Dificuldade para chegar a uma posição final adequada: funcionalmente limitante ou desconfortável. Por exemplo, ombro e braço debaixo do corpo insuficientemente em protração e livre, cabeça desconfortável contra a cabeceira da cama, ou menos de 10 cm entre o tronco e a beira da cama.

14. Levantar da cama com cobertura

[4] Normal, sem dificuldades aparentes.

[3] Com 1 dificuldade.

[2] Com 2 dificuldades.

Com 3 dificuldades.

[0] Depende de assistência física: o indivíduo pede ajuda claramente ou não consegue ficar em uma posição final adequada.

Dificuldade para mover o tronco ou as pernas.

Dificuldade para ajustar a cobertura (três ou mais ajustes).

Dificuldade para chegar a uma posição final adequada: assimétrica, desconfortável.

Total: 10/32

APÊNDICE III – Escala de MIF

INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL

NÍVEIS	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																
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 10%;">SEMANAS OU MESES</th> <th style="width: 10%;">ANTES</th> <th style="width: 10%;">1M</th> <th style="width: 10%;">3M</th> <th style="width: 10%;">6M</th> <th style="width: 10%;">9M</th> <th style="width: 10%;">12M</th> <th style="width: 10%;">18M</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">DATA</td> <td style="text-align: center;">25/05/21</td> <td style="text-align: center;">15/07/21</td> <td style="text-align: center;">15/08/21</td> <td style="text-align: center;">15/09/21</td> <td style="text-align: center;">15/10/21</td> <td style="text-align: center;">15/11/21</td> <td style="text-align: center;">15/12/21</td> </tr> </tbody> </table>	SEMANAS OU MESES	ANTES	1M	3M	6M	9M	12M	18M	DATA	25/05/21	15/07/21	15/08/21	15/09/21	15/10/21	15/11/21	15/12/21	
SEMANAS OU MESES	ANTES	1M	3M	6M	9M	12M	18M											
DATA	25/05/21	15/07/21	15/08/21	15/09/21	15/10/21	15/11/21	15/12/21											
	AUTO-CUIDADOS																	
	A. Alimentação	4	4	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>										
	B. Higiene pessoal	2	3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>										
	C. Banho	2	3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>										
	D. Vestir metade superior	2	3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>										
	E. Vestir metade inferior	2	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>										
	F. Utilização da sanita	6	6	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>										
	CONTROLO DOS ESFINCTERES																	
	G. Bexiga	3	6	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>										
	H. Intestino	3	6	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>										
	MOBILIDADE																	
	TRANSFERÊNCIAS																	
	I. Leito, Cadeira, Cadeira de Rodas	6	6	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>										
	J. Sanita	6	6	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>										
	K. Banheira, Duche	6	6	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>										
	LOCOMOÇÃO																	
	L. Marcha/Cadeira de Rodas	6	6	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>										
	M. Escadas	6	6	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>										
	COMUNICAÇÃO																	
	N. Compreensão	7	7	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>										
	O. Expressão	4	5	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>										
	CONSCIÊNCIA DO MUNDO EXTERIOR																	
	P. Interação social	7	7	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>										
	Q. Resolução dos problemas	5	6	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>										
	R. Memória	7	7	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>										
	TOTAL	94	91	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>										
	NOTA: Não deixe nenhum item em branco. se não testável marque 1																	

Instrumento extraído de: https://ordemdosmedicos.pt/wp-content/uploads/2017/09/Acidente_Vascular_Cerebral___Prescricao_de_Medicina_F%C3%ADsica_e_de_Reabilitacao.pdf

APÊNDICE IV – Escala UPDRS

UPDRS Score (Unified Parkinson's Disease Rating Scale (2/06/2023))

Source of information	Patient <input type="checkbox"/>	3.3 b - Rigidity RUE	1
	Caregiver <input type="checkbox"/>	3.3 c - Rigidity – LUE	1
	Patient and caregiver <input checked="" type="checkbox"/>	3.3 d - Rigidity – RLE	3
		3.3 e - Rigidity - LLE	3
Part I		3.4 a - Finger tapping – R	1
1.1 - Cognitive impairment	1	3.4 b - Finger tapping - E	1
1.2 - Hallucinations and psychosis	0	3.5 a - Hand movements - R	1
1.3 - Depressed mood	0	3.5 b - Hand movements - E	1
1.4 - Anxious mood	1	3.6 a - Pronation-supination movements – R hand	1
1.5 - Apathy	1	3.6 b – Pronation – supination movements – L hand	1
1.6 - Features of DOS	0	3.7 a – Toe tapping – Right foot	4
1.6 a – Who is filling out questionnaire	Patient <input type="checkbox"/>	3.7 b – Toe tapping – Left foot	4
	Caregiver <input type="checkbox"/>		
	Patient and caregiver <input checked="" type="checkbox"/>		
1.7 – Sleeping problems	2	3.8 a – Leg agility - R	4
1.8 – Daytime sleepiness	2	3.8 b – Leg agility - L	4
1.9 – Pain and other sensations	1	3.9 – Arising from chair	4
1.10 – Urinary problems	3	3.10 - Gait	3
1.11 – Constipation problems	2	3.11 – Freezing of gait	4
1.12 – Light headiness on standing	1	3.12 – Postural stability	3
1.13 - Fatigue	2	3.13 - Posture	2
Part II		3.14 – Global spontaneity of movement	3
2.1 - Speech	3	3.15 a – Postural tremor R hand	0
2.2 – Saliva and drooling	3	3.15 b – Postural tremor L hand	0
2.3 – Chewing and swallowing	1	3.16 a – Kinetic tremor – R hand	1
2.4 – Eating tasks	1	3.16 b – Kinetic tremor – L hand	1

2.5 - Dressing	3	3.17 a – Rest tremor amplitude RUE	0
2.6 - Hygiene	3	3.17 b – Rest tremor amplitude - LUE	0
2.7 - Handwriting	4	3.17 c – Rest tremor amplitude - RLE	0
2.8 – Doing hobbies and other activities	2	3.17 d – Rest tremor amplitude LLE	0
2.9 – Turning in bed	2	3.17 e – Rest tremor amplitude lip/jaw	0
2.10 - Tremor	1	3.18 – Constancy of rest	0
2.11 – Getting out of bed	4	Were dyskinesias present	Yes <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
2.12 – Walking and balance	3	Did these movements interfere with ratings?	Yes <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
2.13 - Freezing	4	Hohen and Yahr Stage	4
3 a – Is the patient on medication?	No <input type="checkbox"/> Yes <input checked="" type="checkbox"/>	Part IV	
3 b – Patient’s clinical state	Off <input type="checkbox"/> On <input checked="" type="checkbox"/>	4.1 – Time spent with dyskinesias	0
3 c – Is the patient on Levodopa?	No <input type="checkbox"/> Yes <input checked="" type="checkbox"/>	4.2 – Functional impact of dyskinesias	0
3 C1 – If yes, since last dose	2 horas	4.3 – Time spent in the OFF state	0
Part III		4.4 – Functional impact f fluctuations	0
3.1 – Speech	4	4.5 – Compexity of motor fluctuations	0
3.2 – Facial expression	4	4.6 – Painful OFF – state dystonia	0
3.3 a – Rigidity- Neck	2	Total: 115/199 pontos	

APÊNDICE V – Teste Bedside de Language e material de apoio para a realização do teste

Discurso espontâneo : Pergunta-se ao doente o nome e a morada e de seguida mostra-se uma imagem (homem a ler um jornal) e dá-se a instrução: “Diga o que se passa nesta imagem”.	
Nome 0 pontos: ausência de resposta. 0,5 pontos: resposta incompleta ou com parafasias. 1 ponto: resposta correta (nome e apelido).	1
Morada 0 pontos: ausência de resposta. 0,5 pontos: resposta incompleta ou com parafasias. 1 ponto: resposta correta (morada completa).	1
Descrição da imagem 0 pontos: ausência de resposta. 1 ponto: só uma unidade de conteúdo. 2 pontos: duas unidades de conteúdo. 3 pontos: estrutura sintática completa	1
TOTAL: 3/5	
Este subteste divide-se em duas partes: a 1ª diz respeito a perguntas de resposta sim/não, relacionadas com o contexto. A 2ª é constituída por ordens simples de complexidade crescente até três comandos, que nos permitem avaliar a compreensão auditiva. É importante ter em conta que muitas vezes as afasias são acompanhadas de apraxia, pelo que, para poder aplicar este item, é necessário que a capacidade para realizar movimentos voluntários esteja preservada. Cada pergunta ou ordem deve ser fornecida completa e uma única vez, podendo ser repetida, também por completo, a pedido do doente (em caso de defeito de atenção, por ex.	
Estamos em Lisboa? 0 pontos: resposta incorreta (caso o doente esteja desorientado no espaço, pode fazer-se outra pergunta similar). 1 ponto: resposta correta	0
Está a usar um casaco vermelho? 0 pontos: resposta incorreta. 1 ponto: resposta correta.	1
Aponte a cadeira e em seguida a porta 0 pontos: execução incorreta. 0,5 pontos: execução incompleta. 1 ponto: execução completa.	1
Olhe para a porta, olhe para mim e a seguir feche os olhos 0 pontos: execução incorreta. 0,5 pontos: execução incompleta. 1 ponto: execução correta.	1
TOTAL: 3/5	
Repetição Este subteste avalia a repetição de palavras e frases curtas	
Pão 0 pontos: ausência de resposta ou parafasias. 1 ponto: repetição correta.	
Rádio 0 pontos: ausência de resposta ou parafasias. 1 ponto: repetição correta.	
Algumas vezes 0 pontos: ausência de resposta ou parafasias. 1 ponto: repetição correta	
Fecha a porta 0 pontos: ausência de resposta ou parafasias. 1 ponto: repetição correta	
Envia isto ao teu amigo na quinta-feira 0 pontos: ausência de resposta ou parafasias. 1 ponto: repetição correta	
TOTAL: 4/5	
Escrita :A avaliação da escrita é semelhante à do discurso espontâneo. Faz-se uma análise de toda a produção escrita do doente que incluiu o nome próprio e apelido, o ditado de uma palavra e de um número com três dígitos e a escrita de uma frase baseada na mesma imagem apresentada anteriormente.	
Nome 0 pontos: ausência de letras legíveis. 0,5 pontos: resposta incompleta 1 ponto: nome completo	0
Ditado: “casa” / “120” (opção: várias letras e números móveis, de 1 a 10) 0 pontos: ausência de letras ou números legíveis, ordem incorreta. 0,5 pontos: resposta incompleta 1 ponto : execução correta dos dois itens (palavra e número).	0
Escrita de frase simples (imagem “homem a ler um jornal”; opção: letras móveis) 0 pontos: ausência de resposta. 1 ponto: só uma unidade de conteúdo. 2 pontos: duas unidades de conteúdo. 3 pontos: estrutura sintática completa	1
TOTAL: 1/5	
Leitura: Este subteste divide-se em três partes: na 1ª avalia-se a associação palavra-desenho: é apresentada uma folha com as 3 palavras escritas, devendo o doente colocar ao lado de cada palavra o respectivo desenho; na 2ª parte o doente deverá ler	

e executar uma ordem simples (é importante ter em consideração se existe apraxia); e na 3ª parte avalia-se a capacidade para completar frases através de escolha múltipla de quatro elementos	
Emparceiramento palavra – desenho (“chávena”, “cadeira” e “sol”; opção: quadro magnético com as palavras e as imagens para emparceirar) 0 pontos: ausência de resposta ou emparceiramento incorreto. 2 pontos: emparceiramento correto dos três estímulos.	1
Ordem escrita (“levante a mão”) 0 pontos: ausência de execução ou incorreta. 1 ponto: execução correta	1
Frases para completar com opções (A árvore tem rodas, folhas, relva, fogo / O cão pode correr, voar, ler, falar). 0 pontos: ausência de resposta ou incorreta. 1 ponto: seleção correta numa das frases 2 pontos: seleção correta em ambas as frases.	1
TOTAL: 3/5	

PONTUAÇÃO TOTAL : 14/25

Pontos de corte: 20 para sujeitos letrados (pontuação máxima: 25); 12 para sujeitos iletrados (pontuação máxima: 15)



CADEIRA

CHAVENA

SOL



Levante a mão

A árvore tem _____ (folhas / penas / pão)

Nota: As imagens foram impressas em dimensão adequada

Mini Mental State Examination (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?
Em que país estamos?
Em que distrito vive?
Em que terra vive?
Em que casa estamos?
Em que andar estamos?

Nota: 5

Nota: 5

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 _____
Bota _____

Nota: 3

3. Atenção e Cálculo (1 ponto por cada resposta correcta. Se der uma errada mas depois continuar a sustrar 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 numero encontrado volta a tirar 3 e repete assim até eu lhe dizer para parar".
37, 34, 31, 28, 25, 22, 19, 16, 13, 10, 7, 4, 1, 0
✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓

Nota: 4

4. Evocação (1 ponto por cada resposta correcta)

- "Veja se consegue dizer as três palavras que pedi na pouco para decorar".
Pêra _____
Gato _____
Bota _____

Nota: 3

5. Linguagem (1 ponto por cada resposta correcta)

- a. "Como se chama isto? Mostrar os objectos:
Relógio _____
Lapis _____

Nota: 2

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

Nota: 1

- 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: 1

- d. "Leta 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: 1

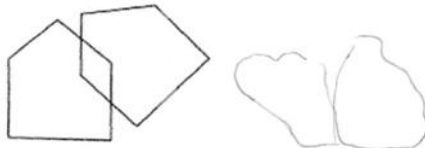
- e. "Escreva uma frase inteira aqui". Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação.

Frase:
21. na rua.

Nota: 0

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:

0

Nota: 0

TOTAL (Máximo 30 pontos): 25 / 30

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

Nome: J. G. Idade: 82
 Género: M Data de Nascimento: _____
 Escolaridade: 460.52 Data de Avaliação: 25/05/2023

VISUO-ESPACIAL / EXECUTIVA		Copiar o cilindro		Desenhar um Relógio (nove e dez) (3 pontos)		Pontos	
<p>Início [0] Fim</p>		<p>[1]</p>		<p>[1] [] []</p> <p>Contorno Números Ponteiros</p>		2/5	
NOMEAÇÃO							
<p>[1]</p>		<p>[1]</p>		<p>[1]</p>		3/3	
MEMÓRIA	Leia a lista de palavras. O sujeito deve repeti-la. Realize dois ensaios. Solicite a evocação da lista 5 minutos mais tarde.	Barco	Ovo	Calças	Sofá	Roxo	Sem Pontuação
	1º ensaio						
	2º ensaio	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
ATENÇÃO	Leia a sequência de números. (1 número/segundo)	O sujeito deve repetir a sequência. <input checked="" type="checkbox"/> 5 4 1 8 7 O sujeito deve repetir a sequência na ordem inversa. <input checked="" type="checkbox"/> 1 7 4					2/2
	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	<input type="checkbox"/> FBACMNAAJKLBAFAKDEAAAJAMOFAB					0/1
	Subtrair de 7 em 7 começando em 80.	<input checked="" type="checkbox"/> 73	<input checked="" type="checkbox"/> 66	<input checked="" type="checkbox"/> 59	<input checked="" type="checkbox"/> 52	<input checked="" type="checkbox"/> 45	3/3
	4 ou 5 subtrações correctas: 3 pontos; 2 ou 3 correctas: 2 pontos; 1 correcta: 1 ponto; 0 correctas: 0 pontos						
LINGUAGEM	Repetir: Ela soube que o advogado dele meteu um processo após o acidente.	As meninas a quem deram muitos doces ficaram com dores de barriga.					0/2
	Flúência verbal: Dizer o maior número possível de palavras que comecem pela letra "M" (1 minuto).	<input type="checkbox"/> _____ (N ≥ 11 Palavras)					0/1
ABSTRACÇÃO	Semelhança p.ex. entre banana e laranja = frutos	<input checked="" type="checkbox"/> olho - ouvido		<input checked="" type="checkbox"/> trompeta - piano			0/2
EVOCAÇÃO DIFERIDA	Deve recordar as palavras SEM PISTAS	Barco	Ovo	Calças	Sofá	Roxo	Pontuação apenas para evocação SEM PISTAS
	Pista de categoria	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Opcional	Pista de escolha múltipla						
ORIENTAÇÃO	<input checked="" type="checkbox"/> Dia do mês	<input checked="" type="checkbox"/> Mês	<input checked="" type="checkbox"/> Ano	<input checked="" type="checkbox"/> Dia da semana	<input checked="" type="checkbox"/> Lugar	<input checked="" type="checkbox"/> Localidade	6/6
Adapted by : Z. Nasreddine MD, N. Phillips PhD, H. Chertkow MD © Z. Nasreddine MD www.mocatest.org Examinador: _____						TOTAL	16/30
Versão Portuguesa: Freitas, S., Simões, M. R., Santana, I., Martins, C. & Nasreddine, Z. (2013). <i>Montreal Cognitive Assessment (MoCA)</i> . Versão 3. Coimbra: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.							

Instrumento extraído de: https://www.researchgate.net/figure/Montreal-Cognitive-Assessment-MOCA_fig1_276832825

APÊNDICE VIII– Escala de Borg Modificada

10 /	ATIVIDADE DE ESFORÇO MÁXIMO É quase impossível continuar. Completamente sem fôlego, incapaz de falar. Não é possível manter por mais tempo.
9 /	ATIVIDADE MUITO DIFÍCIL Muito difícil manter a intensidade do exercício. Mal consigo respirar e falar apenas algumas palavras.
7-8 /	ATIVIDADE VIGOROSA No limite do desconfortável. Falta de ar, consigo falar uma frase.
4-6 /	ATIVIDADE MODERADA Respirar profundo, posso manter uma conversa curta. Ainda um pouco confortável, mas cada vez mais desafiador.
2-3 /	ATIVIDADE LEVE Parece que podemos manter durante horas. Fácil de respirar e manter uma conversa.
1 /	ATIVIDADE MUITO LEVE Quase nenhum esforço, mas mais do que dormir, ver TV, etc.

Instrumento extraído de : <https://corridaforte.com/o-que-e-escala-de-borg/>

5/5	Movimento normal contra gravidade e resistência
4/5	Raio de movimento completo contra resistência moderada e contra. A pessoa consegue elevar o membro e tem alguma resistência em relação à sua própria força
3/5	Raio de movimento completo apenas contra gravidade, não contra resistência
2/5	Tem movimento das extremidades, mas não contra gravidade. A pessoa consegue mover o membro na base da cama
1/5	Observa-se contracção palpável e/ou visível sem movimento
0/5	Sem contracção muscular e sem movimento

Membros superiores	Direito	Esquerdo
Escapulo umeral	5/5	5/5
Cotovelo	5/5	5/5
Punho	5/5	5/5
Dedos	5/5	5/5
Membros inferiores		
Coxo femural	5/5	5/5
Joelho	5/5	5/5
Tibio társica	5/5	4/5
Dedos	5/5	4/5

Escala de Quedas de Morse. Versão Portuguesa

Item	Pontuação
1. Historial de quedas; neste internamento urgência/ ou nos últimos três meses Não Sim	0 25
2. Diagnóstico(s) secundário(s) Não Sim	0 15
3. Ajuda para caminhar Nenhuma/ajuda de enfermeiro/acamado/cadeira de rodas Muletas/canadianas/bengala/andarrilho Apoia-se no mobiliário para andar	0 15 30
4. Terapia intravenosa Não Sim	0 20
5. Postura no andar e na transferência Normal/acamado/imóvel Debilidade Dependente de ajuda	0 10 20
6. Estado mental Consciente das suas capacidades Esquece-se das suas limitações	0 15

Fonte: Costa-Dias, M.J. Ferreira, P. Oliveira, A. Adaptação cultural e linguística e validação da Escala de Quedas de Morse. Revista de Enfermagem Referência. 2014, IV Serie (2), pp.7-17.

Pontuação total: 60/125

Escala de Braden		
	PERCEÇÃO SENSORIAL	SUA AVALIAÇÃO
Capacidade de dar resposta significativa ao desconforto, reação a estímulos.	Completamente limitado	1
	Muito limitado	2
	Ligeiramente limitado	3
	Nenhuma limitação	4
Grau em que a pele é exposta à humidade.	HUMIDADE	
	Constantemente húmida	1
	Muito húmida	2
	Ocasionalmente húmida	3
Grau de atividade física.	ATIVIDADE	
	Acamado	1
	Sentado	2
	Anda ocasionalmente	3
Capacidade de mudar e controlar a posição do corpo.	MOBILIDADE	
	Completamente imóvel	1
	Muito limitado	2
	Significativamente limitado	3
Padrão de consumo alimentar habitual.	NUTRIÇÃO	
	Muito pobre (ao longo de 3 dias)	1
	Provavelmente inadequada	2
	Adequado	3
Tensão exercida sobre a pele.	Fricção e forças de deslizeamento	
	Problema	1
	Problema potencial	2
	Não aparenta nenhum problema	3
		SUA PONTUAÇÃO

Note: Quanto mais baixa for a sua pontuação, maior o risco para desenvolver uma úlcera de pressão.

19 pontos/23

Instrumento extraído de: <https://www.medivaris.pt/escala-de-braden/>

Exercícios de Mobilização Ativa



Guião de Exercícios



MOVIMENTOS ATIVOS DA CABEÇA:

- Inclinação para a frente e para trás;
- Inclinação para a direita e para a esquerda;
- Rotação para a direita e para a esquerda.

Repetir 10 vezes cada movimento



MOVIMENTOS DOS DEDOS DAS MÃOS:

- Abrir e fechar as mãos;
- Aproximar e afastar os dedos;
- Aproximar e afastar o polegar dos restantes dedos;
- Fazer um O entre o polegar e cada um dos dedos.

Repetir 10 vezes cada movimento



Movimentos do Punho:

- Entrelaçar os dedos ou juntar as mãos e mobilizar o punho para a frente e para trás;
- Entrelaçar os dedos ou juntar as mãos e mobilizar o punho para a direita e para a esquerda;
- Entrelaçar os dedos e fazer rotação dos punhos;
- Estender os braços e abrir as mãos, fazer o movimento de lateralização das mãos ("lavar os vidros")

Repetir 10 vezes cada movimento



Antebraço:

Esticar os braços, mãos à frente do corpo, virar a região palmar para cima e para baixo.

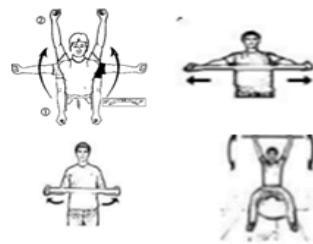
Repetir 10 vezes cada movimento



Cotovelos:

Fletir os cotovelos, levar os punhos aos ombros e de seguida estender os membros;

Repetir 10 vezes cada movimento



Mobilização dos Ombros:

- Afastar os braços do corpo e depois elevar;
- Com bola ou bastão, elevar os braços e esticar, acima da cabeça;
- Com o bastão ou bola, lateralizar os ombros, regressando à linha média para depois executar o movimento para o lado oposto;
- Fazer movimento de remo com o bastão, para a frente e para trás, levando o bastão ao queixo e baixando abaixo do umbigo.

Repetir cada movimento 10 vezes



Mobilização dos Dedos do pé:

Com o pé apoiado no chão, levantar os dedos do pé;

Mobilização do Tornozelo:

Com o calcanhar apoiado, levantar o pé. Apoiar de seguida os dedos do pé no chão e levantar o calcanhar.

Repetir cada movimento 10 vezes



Joelho:

Realizar flexão e extensão do joelho.

Repetir cada movimento 10 vezes



Coxa e Anca:

Colocar almofada entre os joelhos, e apertar, segurando e contando até 3, soltando de seguida.

A doença de Parkinson é uma doença neurodegenerativa, de caráter progressivo, manifestada por lentidão de movimentos, rigidez articular, tremor em repouso e alterações posturais e de marcha, o que aumenta o risco de quedas. Ao longo do tempo, pode ocorrer alterações cognitivas, como alteração da atenção, memória, linguagem e caligrafia, bem como obstrução e alterações do sono.

A par do cumprimento do regime terapêutico, alimentação saudável, ingestão de água e controlo de fatores de risco ambientais, como presença de obstáculos em casa que interfira como a marcha, manter a tonicidade muscular e das articulações permitem dar qualidade e manter qualidade de vida.

Os exercícios de mobilização ativa podem ser realizados de forma adaptada, como por exemplo, com bolas ou incorporado jogos ou atividades cognitivas, como contar, enumerar, ou outras.

APÊNDICE XIII – Exercícios de Reabilitação Cognitiva

Letras para imprimir em tamanho adequado e para contornar



Grafismos para contornar (impressos em folha A4)

15 PORTUGUÊS Nome: _____ Data: ____/____/____

Cobre os tracejados.

15 PORTUGUÊS Nome: _____ Data: ____/____/____

Cobre os tracejados.

15 PORTUGUÊS Nome: _____ Data: ____/____/____

Cobre os tracejados.

19 PORTUGUÊS

Nome: _____ Data: _____

Cobre os tracejados.

19 PORTUGUÊS

Nome: _____ Data: _____

Cobre os tracejados.

19 PORTUGUÊS

Nome: _____ Data: _____

Cobre os tracejados.

19 PORTUGUÊS

Nome: _____ Data: _____

Completa os saltos do coelho.

Completa os saltos da rã.

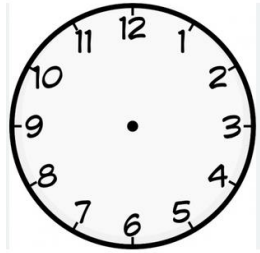
Exercícios de matemática (impressos em folha A4)

SOMAS

Adição de 3 dígitos (utilizando 3 números)				
Nome:	Exercício: 500		Pontuação:	
860	820	111	549	663
910	711	515	926	816
<u>+562</u>	<u>+365</u>	<u>+953</u>	<u>+914</u>	<u>+263</u>
636	452	854	563	346
902	362	912	454	325
<u>+114</u>	<u>+951</u>	<u>+122</u>	<u>+351</u>	<u>+184</u>
184	735	515	248	411
919	820	162	189	485
<u>+289</u>	<u>+925</u>	<u>+913</u>	<u>+199</u>	<u>+450</u>
428	963	243	140	873
431	694	733	131	147
<u>+917</u>	<u>+929</u>	<u>+315</u>	<u>+607</u>	<u>+203</u>
194	539	965	434	303
241	638	981	596	953
<u>+772</u>	<u>+860</u>	<u>+961</u>	<u>+770</u>	<u>+158</u>

12	25	44
<u>+ 13</u>	<u>+ 39</u>	<u>+ 11</u>
27	91	73
<u>+ 5</u>	<u>+ 13</u>	<u>+ 27</u>
54	83	61
<u>+ 61</u>	<u>+ 21</u>	<u>+ 20</u>

Ferramentas para a orientação (impressas em tamanho A4)

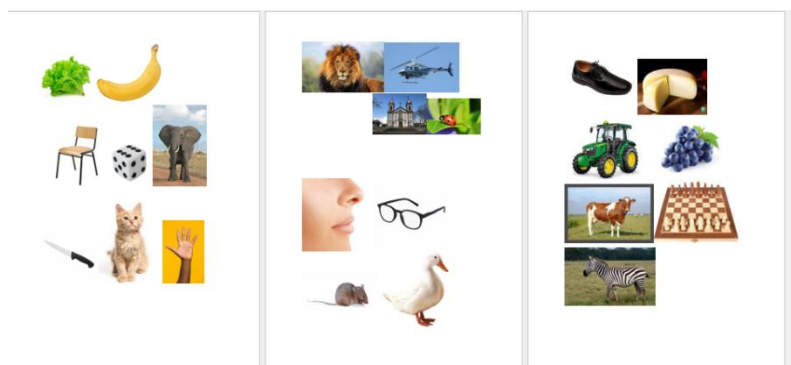
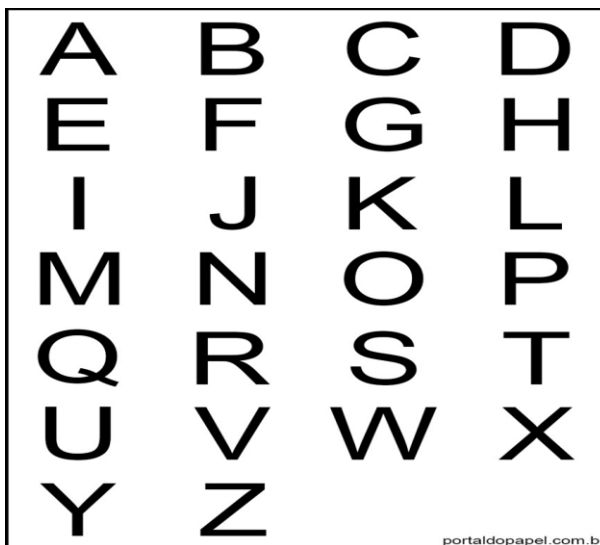


Treino das horas em vários exercícios e diálogo sobre rotinas, inserindo o exercício

Junho 2023						
Dom	Seg	Ter	Qua	Qui	Sex	Sáb
				1	2	3
4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	

Assinalar diariamente o dia

Jogos (impressos em tamanho adequado)



1 - Retirar as letras de um saco e associar a uma imagem.

2 - De seguida agrupar as imagens por categorias (animais, alimentos...)

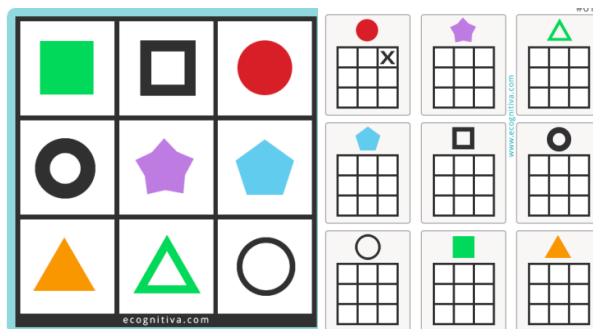
AMARELO ---VERDE----AZUL---AMARELO----VERMELHO-----AZUL

AMARELO ---VERDE----AZUL---AMARELO----VERMELHO-----AZUL

Alinhar um conjunto de contas consoante a indicação escrita e segundo a cor.



Impresso em tamanho adequado 2 exemplares. Agrupar e virar as cartas para baixo.
Encontrar os pares.



Impresso em tamanho A4. Memorizar a tabela a esquerda. Guardar. Mostrar a tabela a direita, encontrar o local dos símbolos.



Cartões para sublinhar no picotado (e apagar)



Modelação com plasticina suave e plasticina com textura



Jogo para coordenação fina e estimulação cognitiva, agrupar por cores, ou sequencias de cores indicadas verbalmente

APÊNDICE XIV – Exercícios acessórios para treino motor e de equilíbrio



Atividade com elásticos para fortalecimento dos dedos da mão e mão



Treino com bola e recetores de velcro



Argolas para a atirar a um pino

APÊNDICE 6- GUIÃO PARA ALMENTAR A PESSOA EM SEGURANÇA

Cuidados na Alimentação

• Dar a refeição quando estiver bem desperta e não cansada.

• Evitar distração na hora da refeição, como a televisão ligada, mas manter o diálogo durante a refeição, de forma a que se mantenha acordada.

• Elevar a cabeceira da cama na hora da refeição, de forma a ficar sentada e com a cabeça **levemente** inclinada para a frente.

• Utilizar almofada para apoiar a cabeça, de forma a que não balance a cabeça enquanto se alimenta.

• Posicionar-se à altura dos olhos ou ligeiramente abaixo do campo de visão na altura de alimentar.

• Avisar que vai fornecer uma porção e se possível, facilitar o olhar dirigido ao talher no momento de a fornecer.

• Fornecer doses pequenas de cada vez, de preferência com uma colher pequena.

• Assegurar que não tem alimentos na boca antes de fornecer a próxima porção.

• Não fornecer alimentos muito sólidos, secos, pegajosos, com sementes ou resíduos, ou que se tornem muito líquidos após estarem na boca (frutas muito maduras ou algumas gelatinas).


• A consistência em puré é a mais adequada.

• Os líquidos, como a água, podem ser espessados, se apresentar tosse cada vez que bebe.


• Permanecer 30 a 60 minutos na posição sentada após a refeição. Após esse período, pode lateralizar, de preferência para o decúbito direito. Se dormir logo após a refeição, manter a cabeceira elevada pelo menos a 45 graus.

• Realizar higiene oral após a refeição, com escova ou elixir (em esponja, por exemplo). Pode hidratar os lábios com vaselina.

Cuidados no caso de Engasgamento



- Parar de alimentar se tosse durante a refeição, barulho a respirar, lábios ou face de cor cinzenta. Elevar a cabeceira e realizar extensão da cabeça.



- Virar de lado e realizar percussões no dorso, incentivando a tossir. Ir verificando se apresenta restos alimentares dentro da boca, a cada 5 percussões. Só colocar o dedo para retirar se muito visíveis e praticamente no exterior da cavidade oral.



- Chamar 112 se inconsciente ou parar de respirar.

Guião de entrevista no local de estágio (internamento):

- Como é constituída a equipa multidisciplinar e suas áreas de intervenção?
- Como é efetuada a sua articulação?
- Quantos EEER constituem a equipa?
- Todos prestam cuidados de reabilitação?
- Qual a capacidade máxima da unidade?
- Qual o seu horário?
- Quais são as patologias mais frequentes?
- Qual a faixa etária predominante?
- Como se organiza o plano de trabalho diário/semanal?
- Quantos utentes são englobados no plano de trabalho diário/semanal?
- Qual o critério para a seleção dos utentes a intervir?
- Como organiza o trabalho?
- Quais as principais intervenções do EEER?
- Qual é o material que o EEER necessita e aquele que está disponível para a realização das suas intervenções?
 - Que utentes considera beneficiar mais da intervenção do EEER?
- Qual o instrumento para avaliação das intervenções do EEER?
- Qual o instrumento para realizar registos de enfermagem específicos do EEER?
- Como é realizada a articulação com fisioterapeutas ou terapia ocupacional?
- Quais as maiores dificuldades sentidas na prática de cuidados de Reabilitação?
- Qual o papel do familiar/cuidador no processo terapêutico?

- Quais os principais problemas que identifica no processo e reabilitação da pessoa com demência?
- Como realiza intervenções de reabilitação cognitiva/considera esta intervenção no processo de reabilitação da pessoa?
- Que instrumentos utiliza na avaliação cognitiva?
- O que considera poder representar uma intervenção fundamental na abordagem da pessoa com demência (conhecimentos/formação da equipa...)?
- Existem alguns projetos de melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem a nível dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem?
- O que gostariam de desenvolver em termos de projetos?
- Que atividades seriam importantes para o serviço e instituição?
- Têm protocolos ou projetos em comum com instituições

Guião de entrevista no local de estágio (ECCI):

- Como são realizadas as referências para a UCC?
- Quais são os critérios de referência? Qual a área de abrangência da unidade?
- Quais são as principais unidades com que se articulam? Como se processa o circuito do utente?
- Em que horários e com que frequência são feitas as visitas domiciliárias?
- Quais são as patologias mais frequentes?
- Existe uma faixa etária predominante?
- Como se organiza o plano de trabalho diário/semanal?
- Como é constituída a equipa multidisciplinar e áreas de intervenção? Quantos EEER trabalham nesta unidade?
- Qual o horário de trabalho do EEER?
- Quais são as principais intervenções do EEER?
- Qual é o material que o EEER necessita e aquele que está disponível para a realização das suas intervenções?
- Que utentes beneficiam mais da intervenção do EEER?
- Quais são os instrumentos que utilizam para avaliar os resultados das intervenções do EEER?
- Qual é o instrumento que utilizam para realizar registos de enfermagem específicos do EEER?
- Quais são as maiores dificuldades sentidas na prática de cuidados de Reabilitação;
- Qual é o papel do familiar/cuidador no processo terapêutico?
- Como são realizadas as intervenções de reabilitação cognitiva?
- Quais os principais problemas que identifica no processo e reabilitação da pessoa com demência?
- Existem alguns projetos de melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem a nível dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem?
- O que gostariam de desenvolver em termos de projetos? Que atividades seriam importantes para a instituição?
- Têm protocolos ou projetos em comum com instituições?

O Utente com Demência Estratégias para os Cuidados

Discente: Célia Vicente, n.º 117489

Docente : Professor Doutor Júlio Belo Fernandes
1º Mestrado em Enfermagem de Reabilitação
Escola Superior de Saude Egas Moniz



Sumário

1

A demência

2

Comportamentos do utente com demencia

3

Dificuldades sentidas nos cuidados

4

Estratégias para comunicação

5

Estratégias nas atividades diárias

6

Conclusão

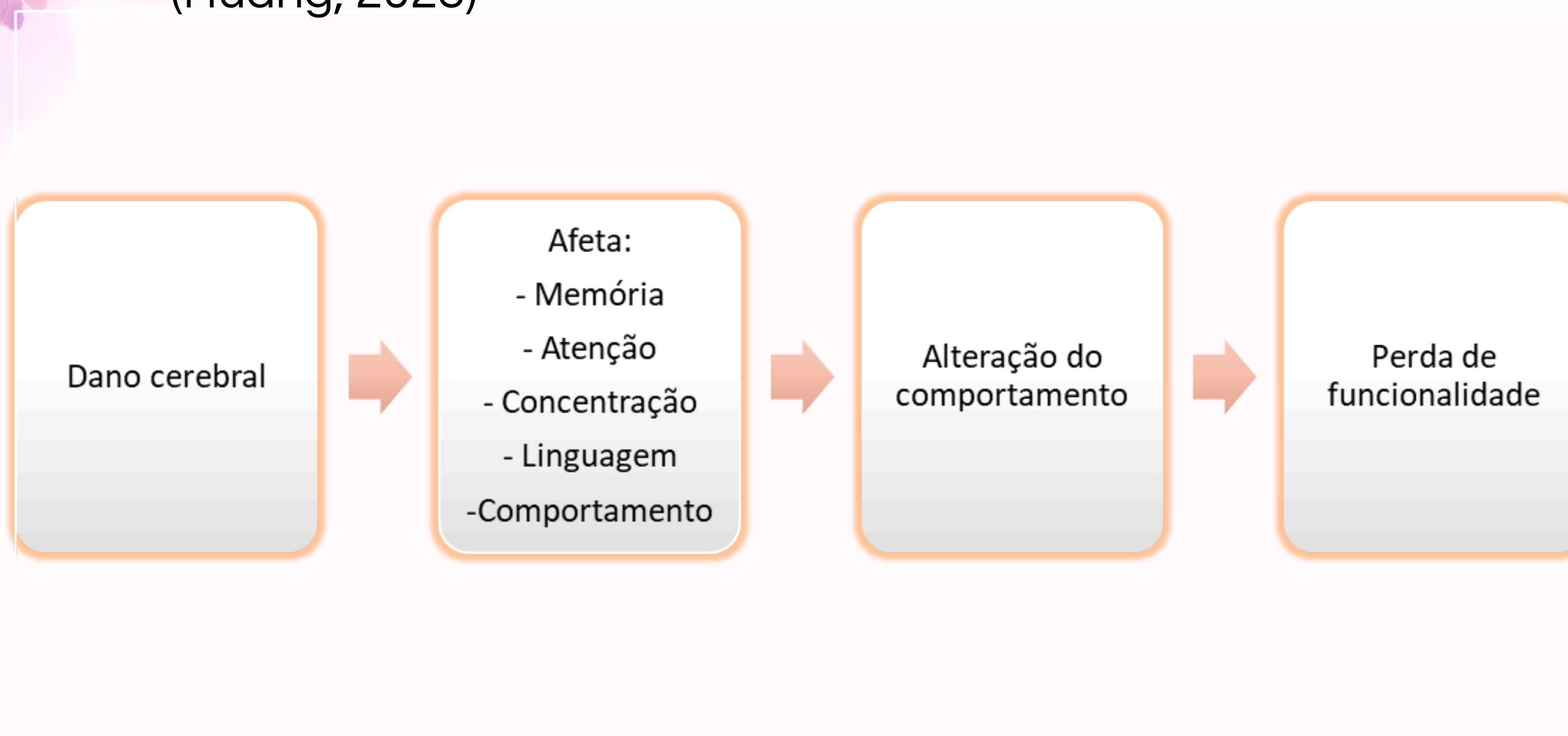


O que é
benência?

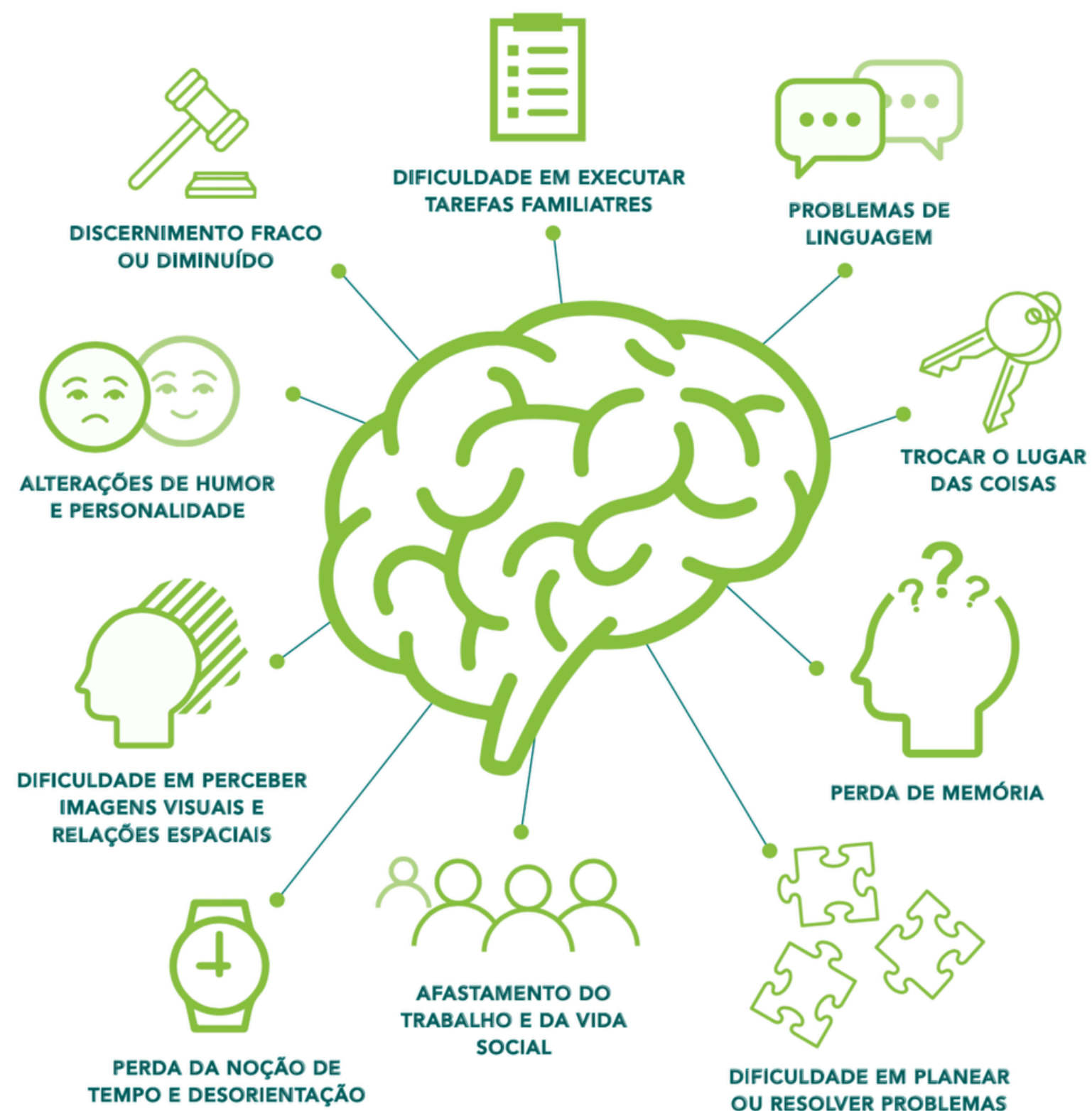


O que é demência?

A demência é um síndrome que resulta da perda ou dano de células cerebrais.
(Huang, 2023)



OS 10 SINAIS DE DEMÊNCIA





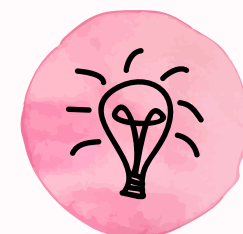
Comportamentos
do
atente
com Demência



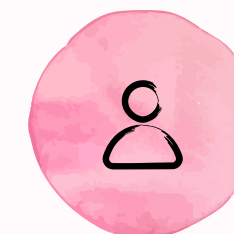
Comportamentos do utente com demencia



Alterações do
humor,
agressividade



Comportamento
desadequado



Desorientação na
pessoa, espaço e
tempo



Atitude de desconfiança e
recusa dos cuidados,
causado por alterações na
percepção visual e
auditiva e alucinações



Perda de memória
recente



Dificuldade na
realização de
tarefas diárias



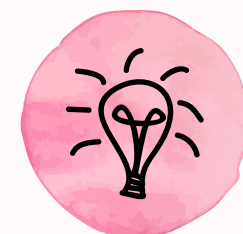
Dificuldades nos
cuidados



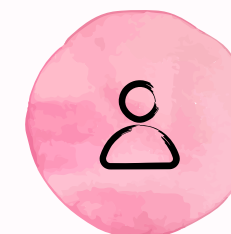
Dificuldades nos cuidados



Agressividade física e verbal



Vestir se de forma desadequada, manipular objetos de forma inadequada, caminhar sem parar



Não saber onde está, agitação noturna, manifesta desejo de ir embora e tenta ativamente



Alterações na percepção e alucinações levam a que os cuidados sejam percebidos como uma agressão, recusando os ou tornando se agressivos



Esquecimento de eventos recentes, pedir repetidas vezes algo que já recebeu



Dificuldade em tomar banho, vestir-se, alimentar-se, comunicar



Estatégias para Comunicação



Estratégias para Comunicação

Comunicação verbal

- Chamar a pessoa pelo nome;
- Permanecer calmo e falar de forma clara e gentil;
- Não elevar o tom de voz;
- Utilizar frases curtas e simples, focando uma ideia e cada vez;
- Dar tempo à pessoa para compreender o que lhe foi transmitido;
- Não interromper o seu discurso;
- Utilizar sempre que possível, nomes orientadores, como por exemplo: "O seu filho Manuel esteve cá";
- Se a pessoa está com dificuldade em encontrar a palavra certa, sugeri-la de forma gentil.

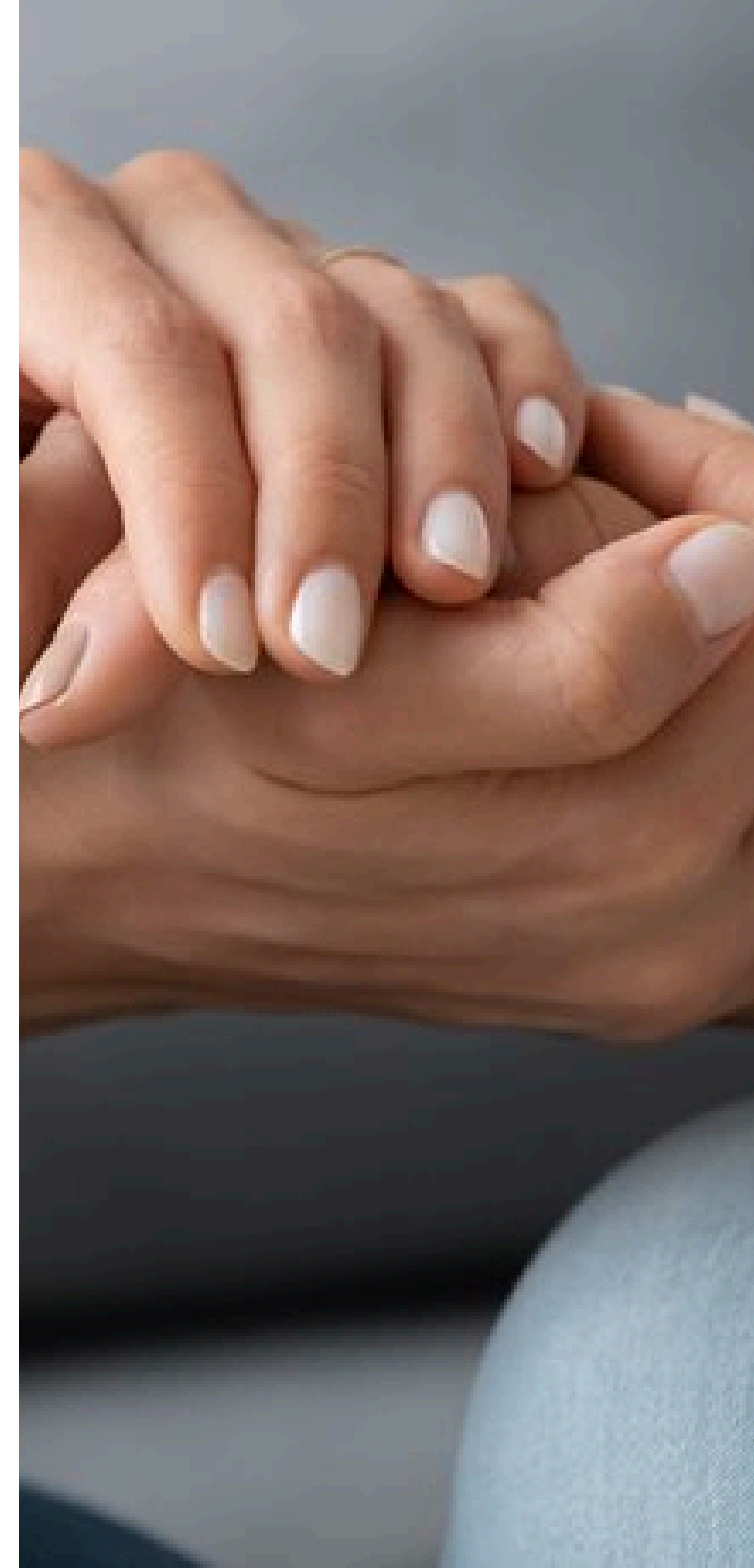




Estratégias para Comunicação

Afetos

- Ser flexível e dar tempo à pessoa para responder;
- Repetir a mesma informação sempre que solicitada ou não compreendida;
- Utilizar o toque para manter a atenção da pessoa;
- Respeitar e manter a dignidade e auto estima da pessoa, não a tratando como um bebê ou um ser incapaz;
- Atribuir -lhe atividades adequadas às suas habilidades, elogiando e reforçando os resultados;
- No caso de agressividade, utilizar um postura tranquila e distraí-la, por exemplo, mudar um assunto de conversa ou atribuir-lhe uma tarefa.

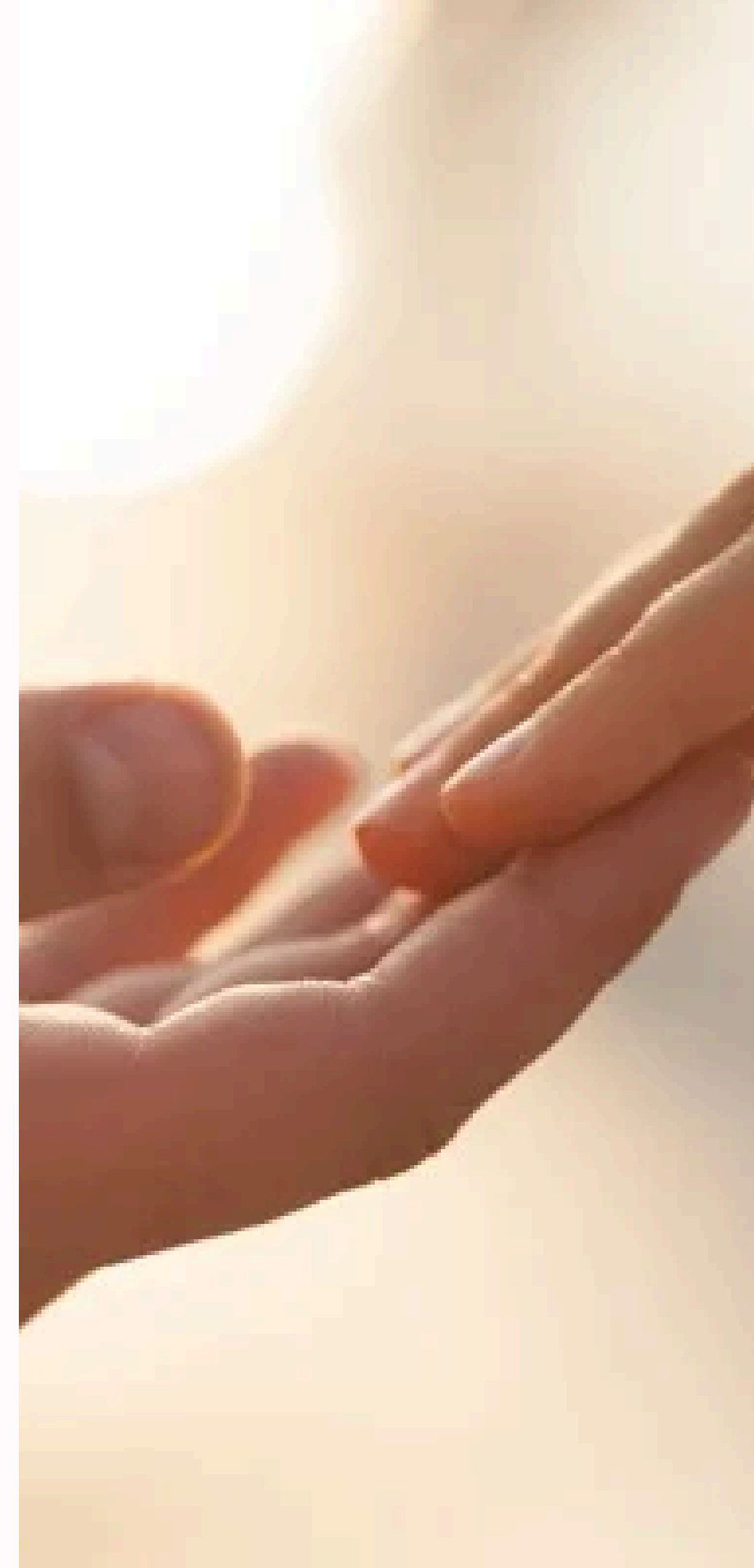




Estratégias para Comunicação

Linguagem Corporal

- Podem ser necessários gestos ou expressões faciais para facilitar a comunicação;
- Apontar ou demonstrar pode ser uma ajuda eficaz;
- Tocar e segurar na mão, por exemplo, para demonstrar afeto.

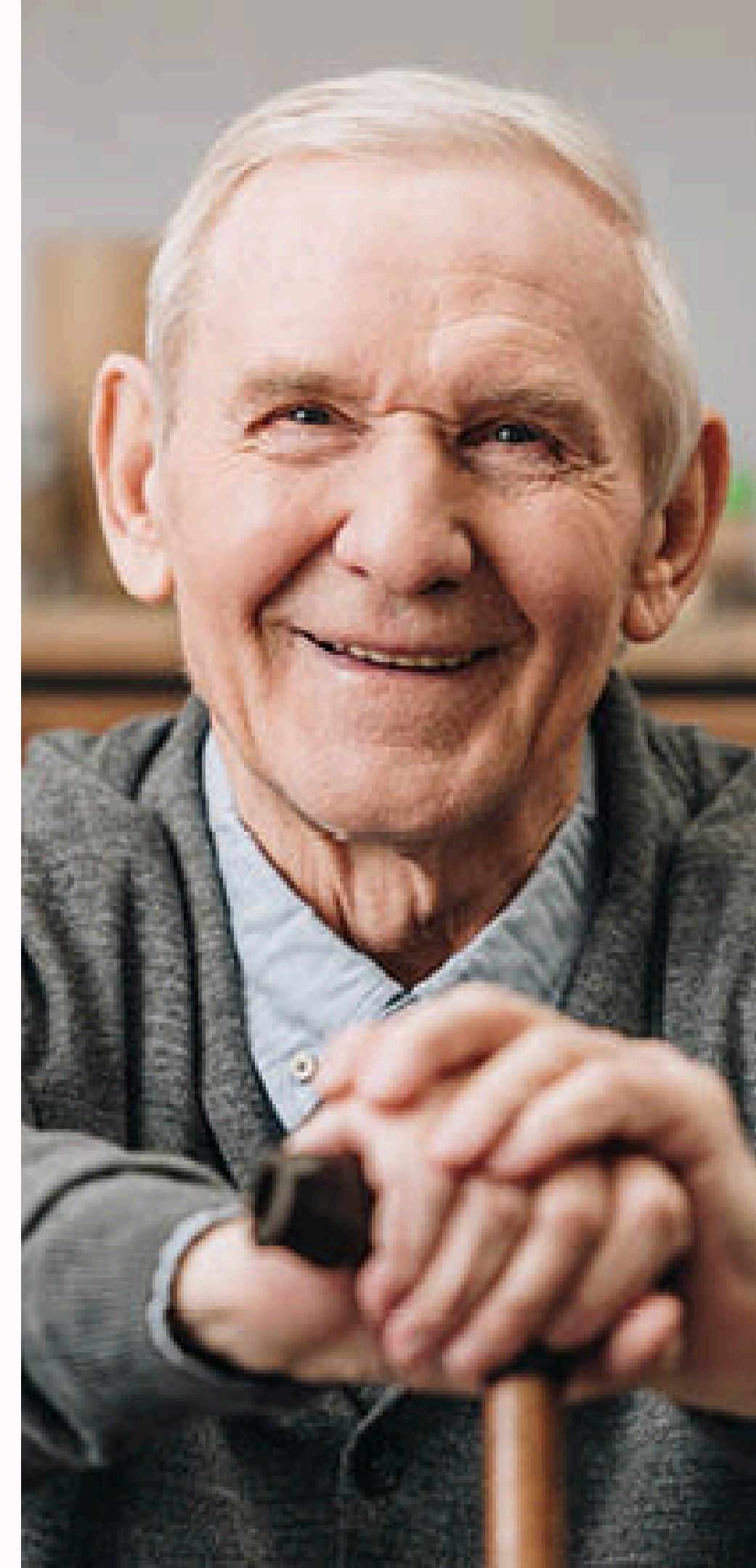




Estratégias para Comunicação

o ambiente envolvente

- Tentar evitar ruídos em simultâneo, como TV e rádio ligados;
- Evitar outras distrações enquanto se comunica com a pessoa;
- Manter nos no seu campo visual enquanto comunicamos com a pessoa;
- Estar atento à iluminação;
- Manter rotinas;
- Manter fotografias de familiares ou objetos familiares ao seu alcance;
- Tentar que a mesma mensagem seja transmitida de igual forma entre familiares e cuidadores.





O que não fazer



- Discutir;
- Dar ordens;
- Dizer aquilo que não pode fazer, se possível, alterar para "aquilo que pode fazer...";
- Utilizar modos intransigentes ou um tom de voz mais elevado e agressivo;
- Utilizar perguntas que apelem à memória (cria frustração e confronto com limitações);
- Falar do utente como se ele não estivesse presente.





Estatégias nas Atividades Diárias



- Alterar, se possível, para uma horário em que a pessoa se encontra mais calma e colaborante;
- Sendo muitas vezes um momento assustador para o utente, tentar realizar as tarefas com calma, ser gentil e afetuoso;
- Avisar previamente o que vamos fazer e deixar a pessoa realizar o máximo de tarefas possível;
- Evitar desconforto, estando atento à temperatura e luminosidade, preparando primeiro a roupa de secar, regular a temperatura correta da água, antes de despir...
- Assegurar condições de segurança.



Vestir



- Tentar manter a rotina em termos de horário para trocar de roupa;
- Encorajar o utente a vestir-se sozinho, evitando pressa na tarefa;
- Permitir ao utente escolher a sua roupa, dentro de uma seleção pequena de modelos;
- Organizar as peças de roupa pela ordem em que são vestidas;
- Fornecer à pessoa uma peça de roupa de cada vez, explicando se necessário, como a vestir, de forma clara;
- Escolher roupas confortáveis, fáceis de vestir ou despir, com recurso a elásticos ou velcros.





Alimentação



- A refeição é um momento de interação social, realizado preferencialmente, com as outras pessoas e no local próprio para tal;
- Tentar limitar o barulho ou distrações, como TV;
- Dar opção de escolha dos alimentos, limitada de acordo com as suas preferências, tentando oferecer alimentos atrativos em textura, sabor e apresentação, dentro da possibilidade de alimentação do utente e opções disponíveis;



-



Alimentação



- Encorajar a ingestão de líquidos;
- Permitir a utilização de talheres e alimentação autónoma, se possível;
- Sabores mais frescos e doces são melhor aceites;
- Evitar apressar o momento da refeição;
- Permitir o contato visual como a comida;
- Manter a higiene oral após as refeições.



Eliminação



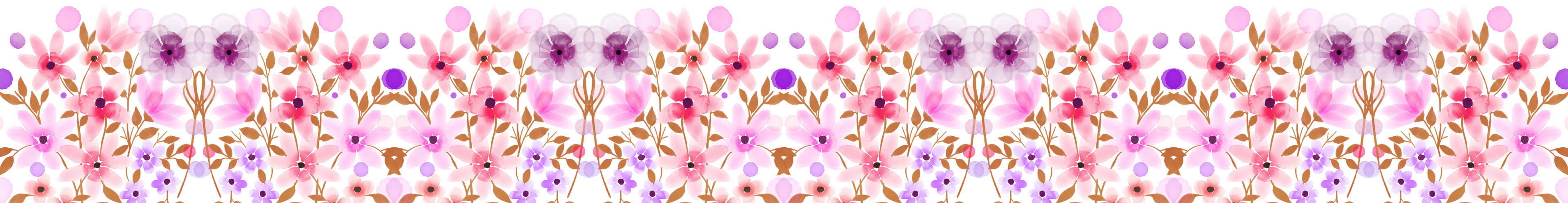
- Demonstrar compreensão e preservar a dignidade da pessoa aquando dos episódios de incontinência ou de roupa suja;
- Relembrar onde fica a casa de banho mais próxima;
- Facilitar e promover a utilização de dispositivos, como o urinol, em vez da eliminação na fralda;
- Estabelecer uma rotina para ida à casa de banho, por exemplo, após a refeição ou de 2 em 2 horas;
- Utilizar roupa de fácil remoção para a utilização do sanitário, como elásticos, velcros...
- Muitas vezes, a necessidade de ida à casa de banho manifesta se por agitação ou até agressividade...





Conclusão

- Cuidar de uma pessoa com demência coloca muitos desafios aos familiares e cuidadores.
- Compreender as alterações decorrentes da doença permite-nos encontrar ferramentas para gerir as dificuldades sentidas no dia a dia e proporcionar à pessoa dignidade e maior qualidade de vida.
- As estratégias individualizadas e discutidas em equipa são as mais eficazes.



The background is a soft, watercolor-style illustration. It features large, overlapping washes of light pink and pale red. Scattered throughout are numerous small, delicate flowers in shades of pink, red, and purple, some with yellow centers. Interspersed among the flowers are small, dark green circular spots. The overall effect is gentle and romantic.

Obrigada!



Revisão da ficha de avaliação



1- A demência é uma doença que se manifesta por:

a) Perda de memória, atenção, alteração da linguagem, concentração e comportamento alterado;



2- As dificuldades sentidas ao cuidar de uma pessoa com demência podem ser:

b) Agressividade, recusa nos cuidados, desorientação, esquecimento, aumento da dependência;



3- Na comunicação com a pessoa com demência devemos ter atenção aos seguintes aspectos:

c) Devemos falar em tom claro e gentil, frases curtas e não interrompendo o seu discurso.



**APÊNDICE 9- POSTERS DECORRENTES DA AÇÃO DE FORMAÇÃO: “O Utente com Demência:
Estratégias para os Cuidados”**



Estratégias de Comunicação

Calmo, claro e gentil

Não interromper

Chamar pelo nome

Frases curtas e simples

Sugerir

Dar tempo

Tom de voz

Nomes orientadores





Estratégias para Comunicação

Elogiar

Repetir a informação

Ser flexível

Postura tranquila

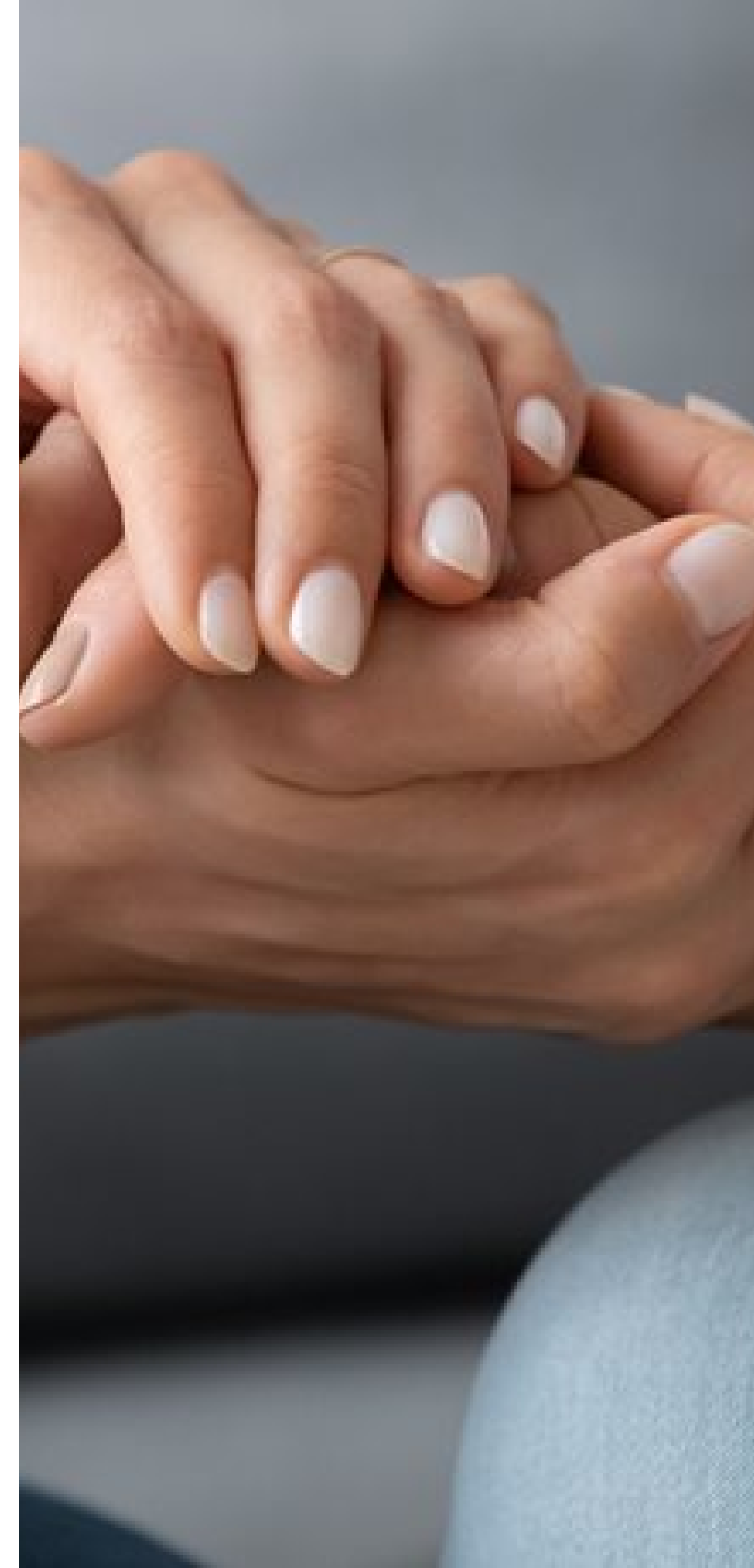
Dar tempo

Toque

Respeitar

Reforçar

Preservar a dignidade





Estratégias para Comunicação

Evitar ruídos em simultâneo

Manter nos no campo visual

Objetos familiares

Iluminação

Rotinas

Evitar distrações

Fotografias

Transmissão da mesma mensagem





Horário

Condições de segurança

Gentil e afetuoso

Calma

Avisar o que vamos fazer

Atribuir tarefas

Evitar desconforto

Temperatura

Luminosidade





Vestir



Vestir se sozinho

Roupas confortáveis e fáceis de vestir e despir

Organizar

Rotina

Escolher a sua roupa



Encorajar

Fornecer uma peça de roupa de cada vez

Disponibilizar a roupa pela ordem que deve vestir



Alimentação



Limitar distrações

Doce e fresco

Dar tempo

Talheres

Interação social

Opções de escolha

Limitar o barulho

Pratos atraentes

Higiene oral



Contato visual com a comida

Sabores

Pequenas porções

Ingestão de líquidos

Oferecer mais tarde

Alimentação autónoma



Compreensão

Promover

Rotina



Relembrar

Preservar a dignidade

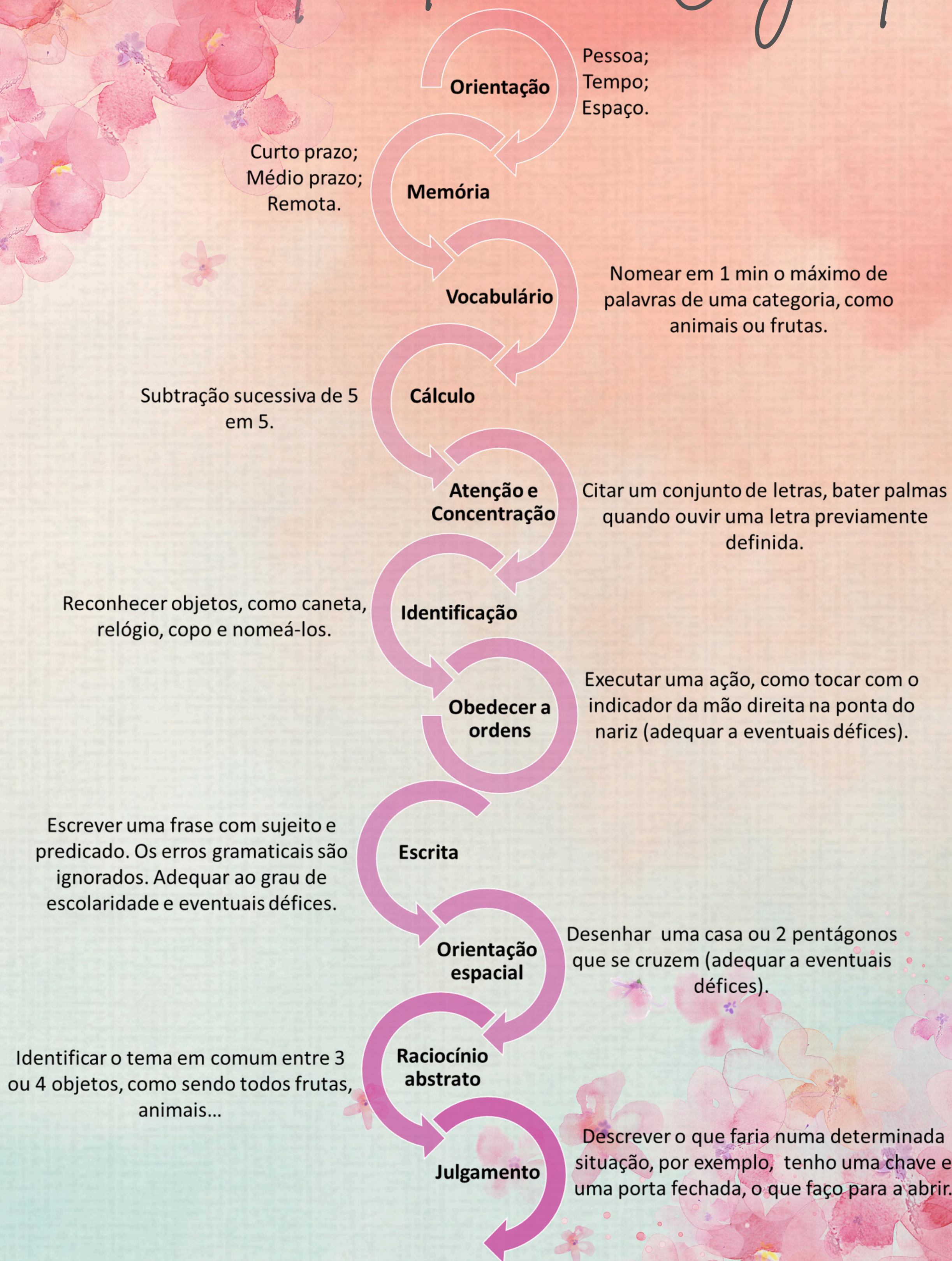
Facilitar

Roupa de fácil remoção

Necessidade

APÊNDICE 10- POSTER: “ AVALIAÇÃO COGNITIVA: O PERCURSO PASSO A PASSO”

Avaliação Cognitiva



o percurso passo a passo....

Referências Bibliográficas:



Discente: Célia Vicente, n.º 117489

**Docente : Professor Doutor Julio Belo Fernandes
1º Mestrado em Enfermagem de Reabilitação
Escola Superior de Saude Egas Moniz**



APÊNDICE 11- SESSÃO DE FORMAÇÃO: “ À mesa com a demência: o desafio da alimentação”

À MESA COM A DEMÊNCIA: O DESAFIO DA ALIMENTAÇÃO

Discente: Célia Vicente, n.º 117489

Docente : Professor Doutor Júlio Belo Fernandes





OBJETIVO GERAL

Debater sobre estratégias facilitadoras para a alimentação com dignidade e segurança na pessoa com Demência, durante o internamento.



OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Definir demência;
- Descrever as alterações presentes na pessoa com demência que interferem com a alimentação;
- Discutir propostas de abordagem na alimentação da pessoa com demência;
- Conhecer estratégias de reabilitação cognitiva na alimentação da pessoa com demência.

SUMÁRIO

01

A demência: definição e prevalência

02

Como a demência interfere na alimentação

03

Propostas de abordagem na alimentação na pessoa com demência

04

Estratégias de reabilitação cognitiva na alimentação

05

Conclusão

O ENVELHECIMENTO EM PORTUGAL

Ao nível nacional projeta-se a redução da proporção de jovens na população total, bem como o aumento da proporção de população com 65 ou mais anos, resultando na quase duplicação do índice de envelhecimento (300 idosos por 100 jovens em 2080).

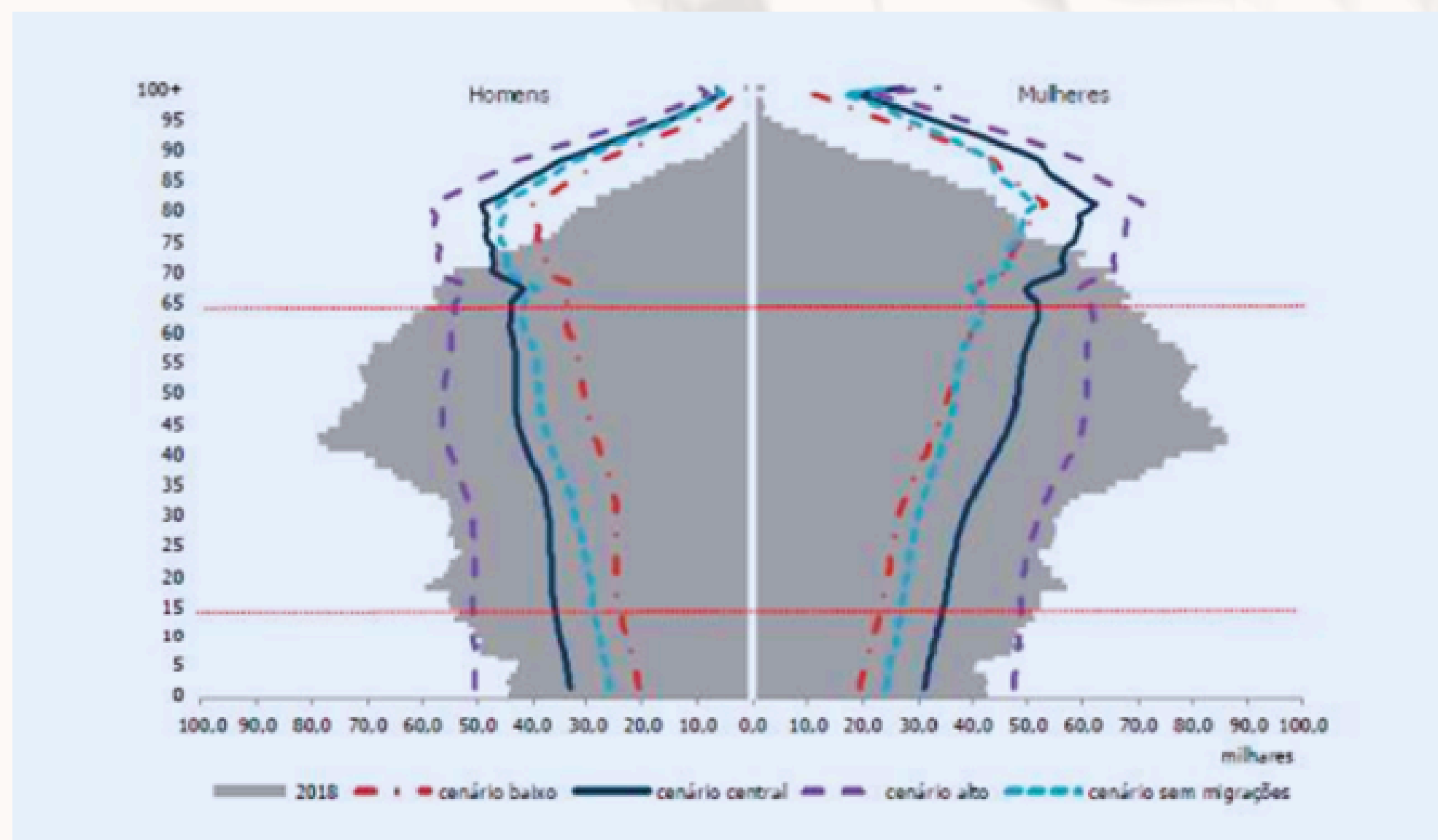


Fig 1 - Pirâmide etária, Portugal, 2018 (estimativas) e 2080 (projeções, por cenários)

O ENVELHECIMENTO...EXPLICA TUDO?

Envelhecimento

Processo progressivo de mudança biopsicossocial da pessoa, durante todo o ciclo de vida.

World Health Organization, 1999

Défice Cognitivo Ligeiro

Deterioração de um ou mais domínios cognitivos, numa proporção maior do que o esperado para a idade da pessoa. É preservada a autonomia nas Atividades de Vida Diárias.

Lu et al., 2021

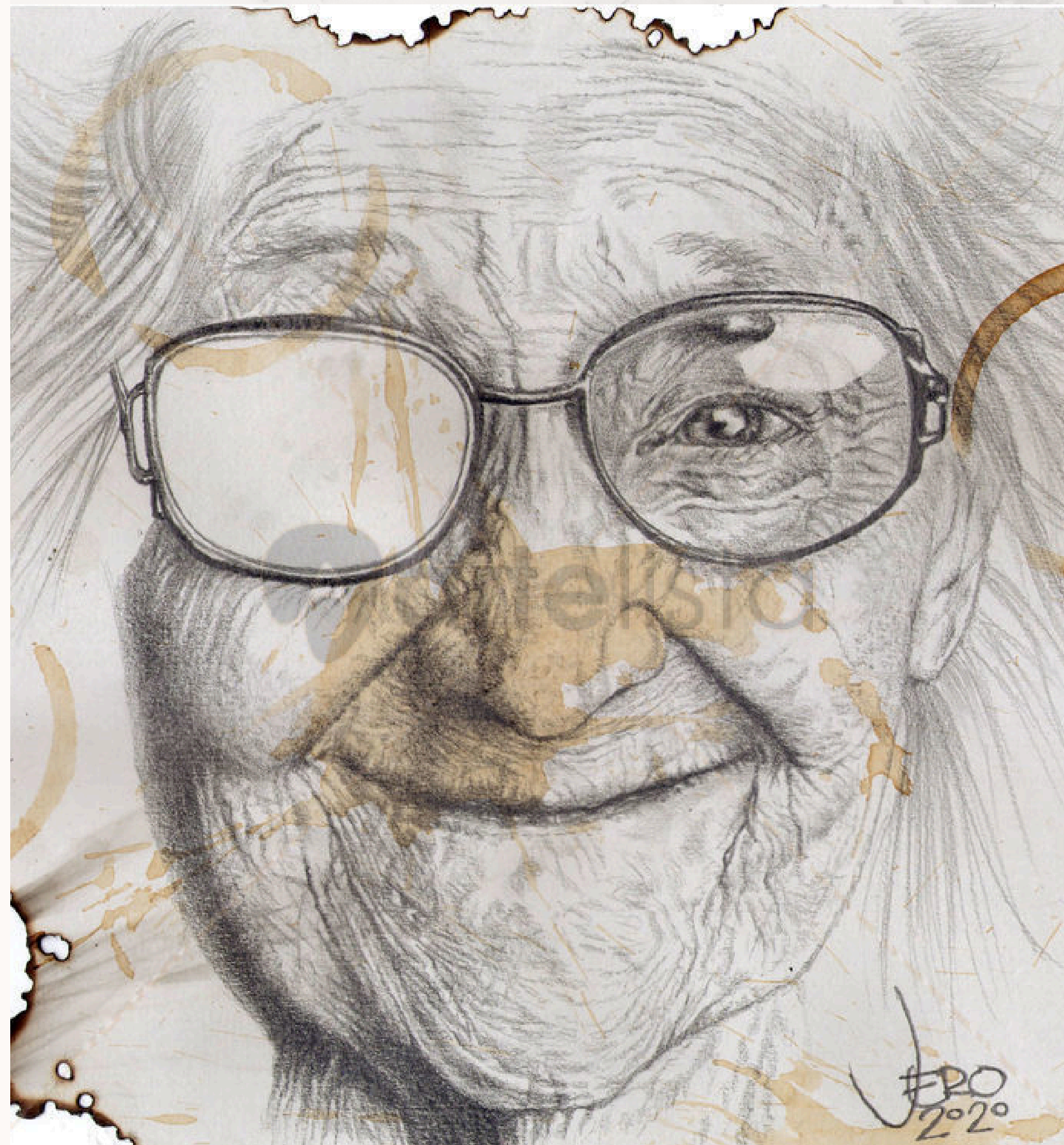
Declínio Cognitivo

Perda progressiva das capacidades cognitivas, manifestando-se por alterações no comportamento e com impacto nas Atividades de Vida da pessoa e dos seus cuidadores, resultando numa progressiva perda de funcionalidade e dependência.

DGS, 2023

A DEMÊNCIA

- Síndrome de evidência de declínio do cérebro de natureza crônica e progressiva;
- Distúrbio de múltiplas funções corticais, afetando memória, pensamento, compreensão, orientação, cálculo, capacidade de julgamento e linguagem;
- Precedidas ou acompanhadas por deterioração do controlo emocional, social ou motivacional.



A DEMÊNCIA EM PORTUGAL

Em 2021 foi estimado que mais de 21 milhões de pessoas nos países da OECD tinham demência. Mantendo a tendência global de envelhecimento da população, prevê-se que este número irá duplicar em 2050, com cerca de 42 milhões de pessoas afetadas. Em Portugal, o número de pessoas com demência quase duplica em 2050, chegando a representar 3,82% da população.

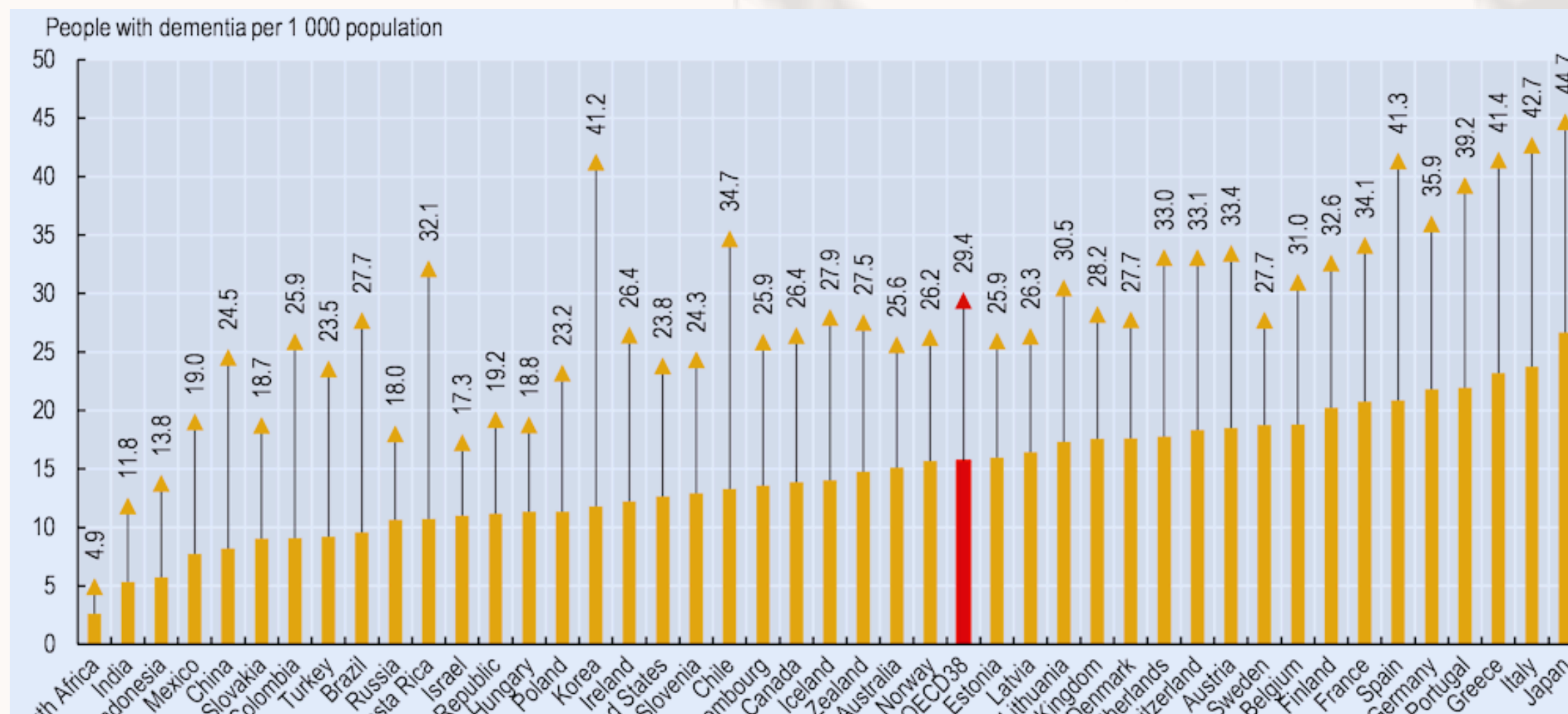


Fig 2 - Estimated prevalence of dementia, 2021 and 2050

A DEMÊNCIA

- Perda de memória, predominantemente recente, que interfere com as atividades diárias;
- Dificuldade em planejar ou resolver problemas;
- Dificuldade em completar tarefas familiares;
- Confusão com o tempo ou o espaço;
- Alterações na percepção visual e relações espaciais;
- Dificuldade na escrita ou na expressão verbal;
- Colocar coisas em locais errados e perder a capacidade de refazer os passos;
- Alteração na capacidade de julgamento ou tomada de decisões;
- Alterações do humor e personalidade;
- Afastamento do trabalho ou das atividades sociais...





COMO A DEMÊNCIA
INTERFERE NA
ALIMENTAÇÃO?

JERO
2020

O QUE PODE INTERFERIR NA ALIMENTAÇÃO?

Fatores mórbidos/internos:

- Alterações sensoriais, nomeadamente visão;
- Desorientação, agitação, delírio, alucinações;
- Alteração da memória;
- Agnosia, apraxia, afasia;
- Défice de atenção/concentração;
- Dificuldade na mastigação;
- Higiene oral deficitária;
- Disfagia;
- Alterações na regulação da fome e sede;
- Desinteresse pela comida;
- Efeitos secundários de fármacos;
- Dor;
- Co-morbilidades;
- Obstipação;
- Depressão...

Fatores externos/ambientais:

- Ambiente na hora da refeição;
- Tipologia/disposição/temperatura dos alimentos;
- Equipamento;
- Rotinas prévias/atuais;
- Institucionalização;
- Tempo para a alimentação...

Competências do cuidador:

- Competências relacionais;
- Competências de comunicação;
- Competências comportamentais...



**À mesa com a Demência:
onde está o(s) problema(s)?**



Onde está o(s) problema(s)?

Agitação/Agressividade/
Inquietação na hora da refeição?

Recusa em alimentar se?

Não leva a comida à boca?

Não engole?

Desconfiança em relação aos cuidados?

Manifesta desagrado com os alimentos
fornecidos?

Alimenta se em pequena quantidade?

Stress do cuidador/falta de tempo?

Alimentar com dignidade:



Individualizar, avaliar e reavaliar...

PONTOS CHAVE: A GESTÃO DA AGITAÇÃO...

- **Terapêutica;**
- **Dor?**
- **Gestão do ambiente;**
- **Comunicação;**
- **Satisfação de necessidades;**
- **Fornecer informações ou atribuir tarefas uma de cada vez;**
- **O tempo...**
- **Ambiente familiar;**
- **Orientação (relógios, calendários...);**
- **Adiar o momento da refeição...**



PONTOS CHAVE: ALTERAÇÕES SENSORIAIS



PONTOS CHAVE: ALTERAÇÕES SENSORIAIS

Entender as alterações sensoriais presentes permite adequar o ambiente da refeição de forma mais segura, digna e que preserve a autonomia da pessoa com demência.



PONTOS CHAVE: AMBIENTE E ALIMENTAÇÃO



Alzheimer's Center
University

Preparing for Mealtime of Persons with Dementia

Share

PREPPING *For* MEALTIME

Watch on  YouTube

The image is a YouTube video thumbnail. It features a close-up of a person's hands using a silver fork to eat from a yellow plate. The plate contains a meal consisting of scrambled eggs, a slice of orange, a piece of cooked bacon, and two small round bread rolls topped with a red jam. The background is a light blue textured surface. The text 'PREPPING For MEALTIME' is overlaid in large white letters, with 'For' in a smaller, italicized font. A red YouTube play button icon is centered over the word 'For'. In the top left corner, there is a circular logo for 'Alzheimer's Center University' and the text 'Preparing for Mealtime of Persons with Dementia'. In the top right corner, there is a 'Share' button with a white arrow icon. In the bottom left corner, there is a black bar with the text 'Watch on' followed by the YouTube logo and the word 'YouTube'.

PONTOS CHAVE: AMBIENTE

- **Limitar as distrações;**
- **Ponderar momento coletivo;**
- **Iluminação;**
- **Retirar objetos não necessários à refeição;**
- **Um prato de cada vez;**
- **Evitar pratos e toalhas estampadas;**
- **Explicar e exemplificar o uso dos utensílios;**
- **Escolher ou adaptar utensílios;**
- **Oferecer um talher de cada vez, de preferência cabo grande, colorido ou com texturas;**
- **Pratos estáveis;**
- **Minimizar derramamentos;**



PONTOS CHAVE: ALIMENTOS

- Pedacos pequenos, removendo ossos, guarnições ou itens não comestíveis;
- Permitir que a pessoa arranje a comida no prato;
- Fornecer alimentos fáceis de mausear ou pegar com as mãos, (*finger food*)...
- Adequar consistência;
- Pequenas porções no prato;
- Pequenas refeições ao longo do dia;
- Adequar a refeição/horário aos hábitos prévios;
- Facilitar a presença do cuidador ou refeições caseiras;
- Temperatura dos alimentos;
- Não forçar;
- Não apressar;
- Proporcionar autonomia.



PREFERÊNCIAS ALIMENTARES

Sabor:

- Doce
- Salgado

Confeção:

- 1 - Cozido
- 2 - Assado
- 3 - Grelhado

Temperatura:

- Quente

Recheios:

- Manteiga
- Fiambre de porco
- Marmelada

Bebidas:

- Água
- Café
- Vinho

Sobremesas:

- Pudim
- Leite creme
- Aletria

Fatores condicionantes à ingesta alimentar:

- 1 - Companhia
- 2 - Forma de apresentação
- 3 - Quantidade/volume

- Fruta ao natural: maçã, pera, banana, uvas, laranja, tangerina

- Hortícolas na forma de sopa: penca, cenoura, couve branca, lombarda



- Iogurtes sólidos e líquidos de aromas;
- Leite com café ou cevada

- Carne de porco, vaca, frango, carnes processadas, cabrito
- Bacalhau
- Ovos
- Feijão;
- Grão de bico;
- Nozes

- Pão;
- Bolos
- Bolacha Maria
- Broa
- Batata
- Arroz

PONTOS CHAVE: HANDFEEDING



A YouTube video player interface. On the left, a woman with curly brown hair and a white polo shirt with a 'NOSH' logo is speaking. A large red play button is overlaid on the video. On the right, a vertical strip of three images shows a hand holding a spoon with food. The top image shows the hand holding the spoon with a 'Share' button and a right-pointing arrow. The middle image shows the hand holding the spoon with a small amount of food. The bottom image shows the hand holding the spoon with a larger amount of food. At the top left of the video player, there is a circular profile picture of the woman and the text 'Handfeeding Assistance in Alzheimer's disease and de...'. At the bottom left, there is a black bar with the text 'Watch on YouTube' and the YouTube logo.

Handfeeding Assistance in Alzheimer's disease and de...

Share

Watch on  YouTube

NOSH

PONTOS CHAVE: HANDFEEDING

- **Estimular pessoa a alimentar se sozinha;**
- **Adaptar o ambiente;**
- **Oferecer líquidos com regularidade;**
- **Lembrar a pessoa de mastigar e engolir;**

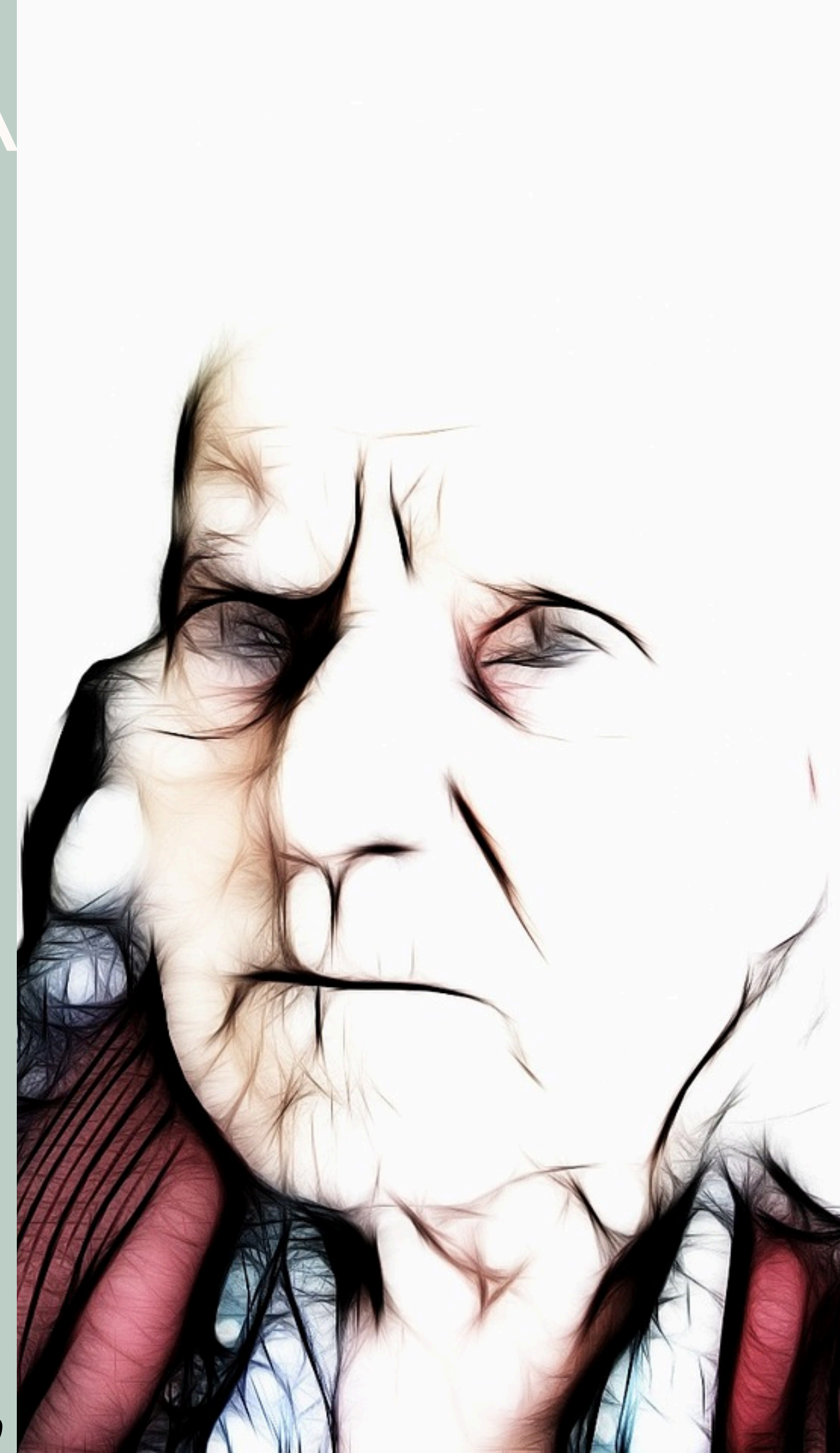


PONTOS CHAVE: SEGURANÇA



PONTOS CHAVE: SEGURANÇA

- **Posicionamento;**
- **Elementos distratores;**
- **Alerta para a disfagia...**



PONTOS CHAVE: SEGURANÇA

PONTOS CHAVE: COMUNICAR



PONTOS CHAVE: COMUNICAR

- **Chamar pelo nome;**
- **Calmo, claro e gentil;**
- **Tom de voz;**
- **Frases curtas e simples, uma ideia e cada vez;**
- **Dar tempo à pessoa para compreender;**
- **Não interromper;**
- **Nomes orientadores, como por exemplo: "O seu filho Manuel esteve cá";**
- **Sugerir a palavra certa de forma gentil.**
- **Ser flexível e dar tempo à pessoa para responder;**
- **Repetir a mesma informação sempre que solicitada ou não compreendida;**
- **Utilizar o toque para manter a atenção da pessoa;**



PONTOS CHAVE: ROTINAS

- **Conhecer hábitos;**
- **Dentro do possível, manter um ritual como lavar as mãos antes da refeição, ir à casa de banho após refeição lavar os dentes;**





ALIMENTAÇÃO NA DEMÊNCIA AVANÇADA

ALTERNATIVAS DISPONÍVEIS

Terapêutica médica nutricional	Hidratação artificial	Alimentação por sonda	Alimentação de conforto
Suplementação nutricional oral, entérica e parentérica.	Fornecimento de água e eletrólitos por qualquer via que não a oral (SNG, SNJ, gastrostomia, jejunostomia percutânea, IV ou SC).	SNG, SNJ, gastrostomia, jejunostomia percutânea (associada a aspiração traqueobrônquica recorrente de conteúdo alimentar, agitação, maior uso de medidas de contenção física e farmacológica, maior utilização de cuidados de saúde por complicações relacionadas com a sonda (infecção, obstrução, exteriorização), desenvolvimento de úlceras de pressão, sialorreia (por estimulação local pela sonda) e desconforto. Um dos efeitos secundários mais comuns da alimentação por sonda é a pneumonia/pneumonite de aspiração em até 58% dos doentes).	Alimentação segundo vontade e tolerância do utente, com vista a maximizar o conforto e não o aporte nutricional, respeitando a vontade do mesmo.

Fonte: Documento de Consenso da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna e da Associação Portuguesa de Nutrição Entérica e Parentérica, 2020

UMA DICUSSÃO PRECOCE DO PLANO DE CUIDADOS ENTRE UTENTE, FAMÍLIA, EQUIPA MULTIDISCIPLINAR, INCLUINDO EHISCP

Resumo da abordagem nutricional do utente com demência avançada



- Esclarecer o utente, família e cuidadores sobre a demência;
- Avaliação holística do utente;
- Avaliar causas de diminuição do aporte alimentar;
- Determinar a via de alimentação;
- Otimizar o aporte por via oral.

ALIMENTAÇÃO NA DEMÊNCIA AVANÇADA - PONTOS CHAVE

- *A alimentação por sonda não aumenta a sobrevida da pessoa em fase de demência avançada.*

European Society for Clinical Nutrition and Metabolism, 2015

- *A alimentação artificial nos casos de demência avançada apenas deve ser promovida quando vai de encontro aos valores da pessoa e se fique com a convicção de que se melhora o bem estar e o sofrimento da mesma.*

Parecer do Núcleo de Estudos em Bioética da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna, 2020

- *Os profissionais de saúde não são eticamente obrigados a oferecer hidratação e nutrição artificial se considerarem que os riscos da intervenção são superiores aos benefícios, aconselhando uma discussão multidisciplinar envolvendo o doente e família de modo a ser atingido um consenso.*

American Society for Parental and Enteral Nutrition (ASPEN), 2010



Reabilitação Cognitiva:

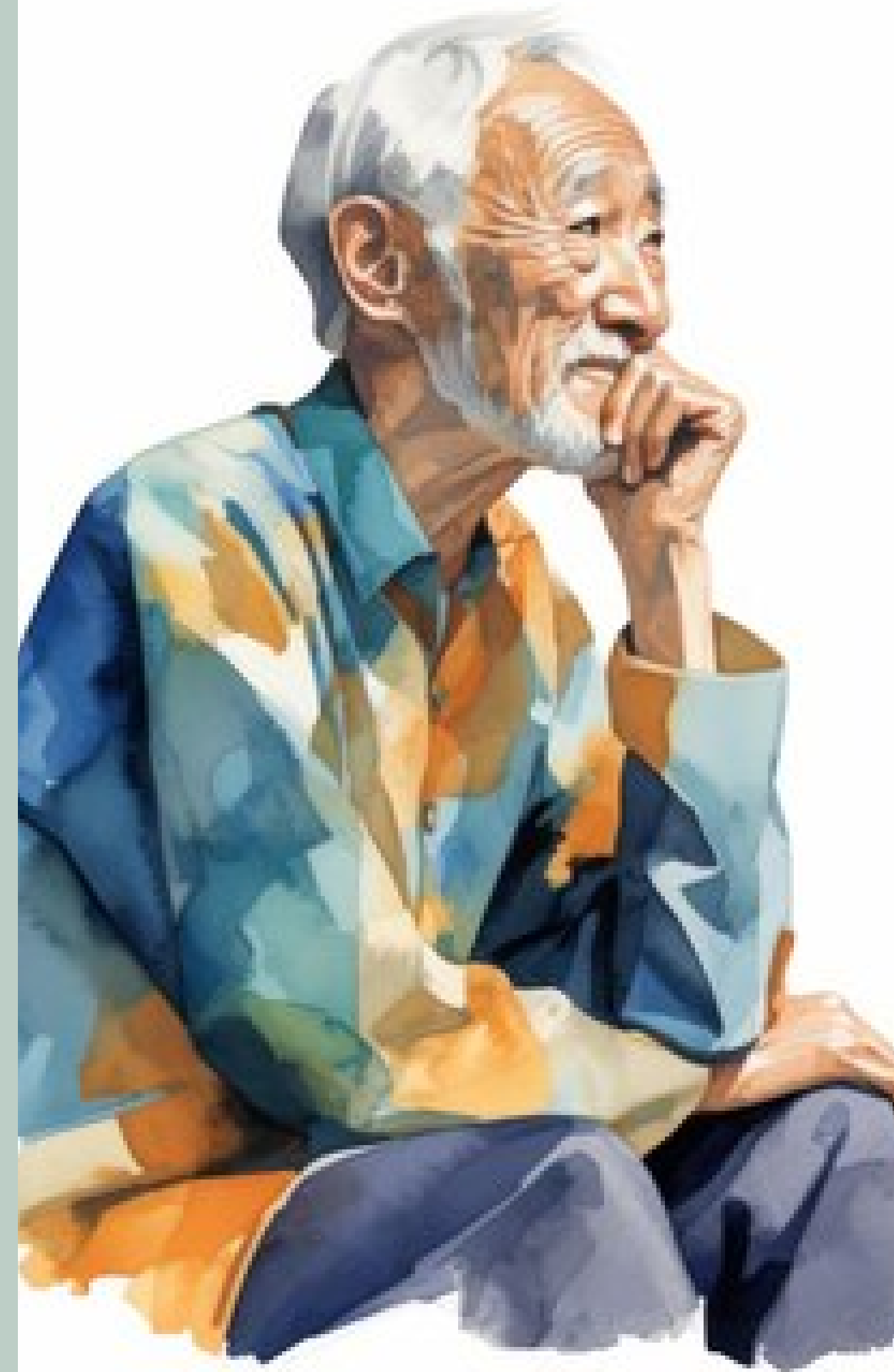


Uma ferramenta para utilizar à mesa!

REABILITAÇÃO COGNITIVA

Conjunto de intervenções estruturadas para melhorar a função cognitiva através do retreinamento de habilidades anteriormente aprendidas e do ensino de técnicas compensatórias. Pode ajudar os indivíduos a compensar os défices cognitivos e a maximizar as capacidades restantes.

Kudlicka et al., 2019



TERAPIA DA REMINISCÊNCIA

Evocar memórias associadas a eventos específicos, aumentando potencialmente o envolvimento cognitivo através de uma estratégia organizada e direcionada.

Ge et al., 2018

- Evocar um evento agradável associado o a uma refeição;
- Evocar uma memória de um prato especial;
- Evocar eventos, como época de colheitas, significativos
- Vídeos ou fotografias de eventos significativos envolvendo uma refeição.



TECNICAS DE ORIENTAÇÃO PARA A REALIDADE

Exposição contínua à memória e informações relacionadas à orientação, com estimulação da memória auditiva, visual ou evocação.

Clare et al., 2023

- Fornecer e solicitar informações sobre horas, dia, rotinas;
- Abrir estores permitindo a visualização de luz ou falta dela;
- Associar hora da refeição a um rotina;
- Promover presença de relógio, calendário....



ESTRATÉGIAS COMPENSATÓRIAS

Estratégias que permitem colmatar dificuldades sentidas pela pessoa e cuidador, recorrendo a auxiliares de memória, simplificação de tarefas, planificação, divisão por etapas e estratégias de coping.

Øksnebjerg, et al., 2020

- Utilização de calendários com desenhos das atividades;
- Gestão da hora da refeição, ambiente e dispositivos;
- Simplificar a tarefa (um prato de cada vez, explicar o que fazer...)



CAPACITAÇÃO DO CUIDADOR

- **Cuidador como parceiro;**
- **Gestão do stress do cuidador;**
- **Esclarecimento de dúvidas;**
- **Definição de objetivos em conjunto com o doente;**
- **Capacitar para o cuidado em casa;**
- **Identificar pontos chave/problema;**
- **Apoio emocional.**





À MESA COM A DEMÊNCIA...

CONCLUSÃO

- **A alimentação da Pessoa com Demência é sentida como um desafio na prática diária de cuidados, face a uma população cada vez mais envelhecida e na presença de comorbidades.**
- **As estratégias de reabilitação cognitiva baseiam-se no princípio de neuroplasticidade, ou seja, na capacidade do cérebro de ajustar e compensar alterações cognitivas, reforçando funções existentes ou criando novas.**
- **Podemos adotar na prática comportamentos, atitudes e estratégias que permitam, de forma individualizada, preservar a dignidade e melhorar a qualidade de vida, também à mesa, da Pessoa com Demência.**

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alzheimer's Association (2019). Alzheimer's Disease Facts and Figures. Alzheimers Dement. Obtido em: www.alz.org/media/Documents/alzheimers-facts-and-figures-2019-r.pdf.
- Alzheimer's Society: <https://www.alzheimers.org.uk/>
- Barrocas A, Geppert C, Durfee SM, Maillet JO & Monturo C. (2010) . A.S.P.E.N. Ethics Position Paper Task Force. *Nutr Clin Pract.*25: 672-9. DOI: 10.1177/0884533610385429.
- Borders, J. C., Blanke, S., Johnson, S., Gilmore-Bykovskiy, A., & Rogus-Pulia, N. (2020). Efficacy of Mealtime Interventions for Malnutrition and Oral Intake in Persons with Dementia: A Systematic Review. *Alzheimer Disease and Associated Disorders*, 00 (00). <https://doi.org/10.1097/WAD.0000000000000387>
- Carneiro A., Carneiro R. & Freire, E.(2020). Parecer do Núcleo de Estudos em Bioética da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna "Alimentação na demência avançada". *Revista spmi.pt* (27) 1. 89-92. DOI:10.24950/P.Vista/276/19/1/2020.
- Clare, L., Kudlicka, A., Collins, R., Evans, S., Pool, J., Henderson, C., Knapp, M., Litherland, R., Oyebode, J., & Woods, R. (2023). Implementing a home-based personalised cognitive rehabilitation intervention for people with mild-to-moderate dementia: GREAT into Practice. *BMC geriatrics*, 23(1), 93. <https://doi.org/10.1186/s12877-022-03705-0>
- Delfino, L.& Cachioni, M. (2016). Estratégias comunicativas de cuidadores e idosos com demência: uma revisão sistemática. *J Bras Psiquiatr.* 65 (2), 186-95. DOI: 10.1590/00472085000000122
- Direcção Geral da Saúde. (2023). Abordagem Diagnóstica e Terapêutica do doente com Declínio Cognitivo ou Demência. Disponível em https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2011/12/norma_053_2011_abordagem-diagnostica-e-terapeutica-do-doente_04_2023.pdf
- Direcção Geral da Saúde. Plano Nacional de Saúde 2021-2030: Saúde Sustentável, de tod@s para tod@s. Disponível em <https://www.sns.gov.pt/noticias/2022/04/08/plano-nacional-de-saude-2021-2030-2/>
- Ge, S., Zhu, Z., Wu, B., & McConnell, E. S. (2018). Technology-based cognitive training and rehabilitation interventions for individuals with mild cognitive impairment: a systematic review. *BMC Geriatrics*, 18(1), 213. <https://doi.org/10.1186/s12877-018-0893-1>
- Li, L., Zhao, Y., Wang, Y., & Wang, Z. (2020). Overview of systematic reviews: Effectiveness of non-pharmacological interventions for eating difficulties in people with dementia. *Journal of Advanced Nursing*, June, 1–19. <https://doi.org/10.1111/jan.14492>
- Lu, Y., Liu, C., Yu, D., Fawkes, S., Ma, J., Zhang, M.& Li, C. (2021). Prevalence of mild cognitive impairment in community-dwelling Chinese populations aged over 55 years: a meta-analysis and systematic review. *BMC Geriatrics*, 21 (10).<https://doi.org/10.1186/s12877-020-01948-3>.
- OECD (2021). Health at a Glance 2021: OECD Indicators, OECD Publishing. Paris. <https://doi.org/10.1787/ae3016b9-en>
- Pessoa, A., Almeida, P., Marinho, R., Duque, S., Amaral, T., Pinho, J., Santos, M., Freire, E., Mendes, L., Santos, L., Marinho, A., Clara, J.&Correia, J. (2020). Alimentação na Demência Avançada: Documento de Consenso da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna e da Associação Portuguesa de Nutrição Entérica e Parentérica. *Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna* 27(1), 80-88. DOI: 10.24950/Guidelines/Consensus/1/2020
- Sequeira, S., Reis, C. Marina, S.& Dias, S. (2022). Preferências Alimentares e Condicionantes da Ingestão Alimentar de Doentes com Demência e Comprometimento Cognitivo. *Acta Portuguesa de Nutrição*, 29, 46-51.<http://dx.doi.org/10.21011/apn.2022.2908>

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Kudlicka, A., Martyr, A., Bahar-Fuchs, A., Woods, B., & Clare, L. (2019). Cognitive rehabilitation for people with mild to moderate dementia. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2019(8), CD013388. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD013388>
- Øksnebjerg, L., Woods, B., Vilsen, C. R., Ruth, K., Gustafsson, M., Ringkøbing, S. P., & Waldemar, G. (2020). A Self-management and cognitive rehabilitation in early stage dementia – merging methods to promote coping and adoption of assistive technology. A pilot study. *ging & Mental Health*, 24(11), 1894–1903. <https://doi.org/10.1080/13607863.2019.1625302>
- Rathnayake, S., Jones, C., Calleja, P., & Moyle, W. (2019). Family carers' perspectives of managing activities of daily living and use of mHealth applications in dementia care: A qualitative study. *Journal of clinical nursing*, 28(23-24), 4460–4470. <https://doi.org/10.1111/jocn.15030>
- Volkert D, Chourdakis M, Faxen-Irving G, Frühwald T, Landi F, Suominen MH, et al. (2015). ESPEN guidelines on nutrition in dementia. *Clin Nutr.* 34. 1052-1073. DOI: 10.1016/j.clnu.2015.09.004.
- World Health Organization. (1999). A life course perspective of maintaining independence in older age. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization (2016). Dementia. Obtido em <http://www.who.int/en/newsroom/fact-sheets/detail/dementia>



QUESTÕES

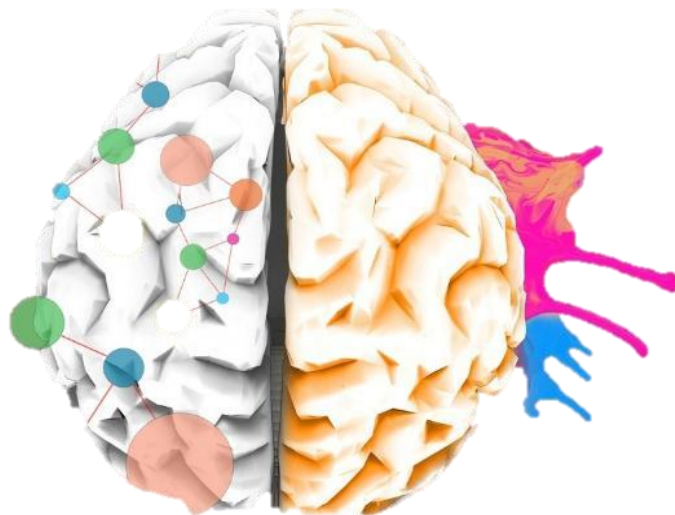
*À MESA COM A
DEMÊNCIA: O DESAFIO
DA ALIMENTAÇÃO*

OBRIGADA!!



Atividades de Estimulação Cognitiva

Guião



Elaborado por : Célia Vicente
Aluna 1º Mestrado em Enfermagem de Reabilitação
Escola Superior de Saúde Egas Moniz
Junho de 2023

1 - Atividades para orientação na pessoa e espaço

QUEM SOU EU?

COMPLETE A FICHA COM SEUS DADOS PESSOAIS. PEÇA AJUDA A SEUS FAMILIARES.

MEU NOME É _____

NASCI NA CIDADE DE _____

NASCI NO DIA _____, NO MÊS DE _____

NO ANO DE _____, EU TENHO _____ ANOS.

O NOME DO MEU PAI É _____

O NOME DA MINHA MÃE É _____

MORO NA RUA _____

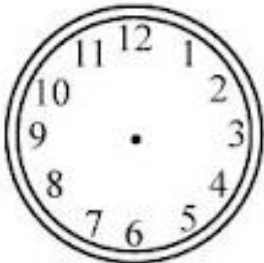
Nº _____ APARTAMENTO _____

TELEFONE _____

2 – Orientação no tempo

- Questionar diariamente sobre o dia em que estamos;
- Preencher calendário, assinalar datas significativas;
<https://www.wincalendar.com/pt/Calendario-Word-Em-Branco-2023>
- Perguntar as horas;
- Preencher diversas horas em relógio
<https://www.atividadesparaimprimir.com/2019/02/atividade-com-relogios-para-imprimir.html>
- Plastificar o desenho do relógio e com caneta de acetato, colocar horas por exemplo das refeições, rotinas como o levantar e deitar...
<https://colorindo.org/relogios/>

COLOQUE OS PONTEIROS NOS RELÓGIOS



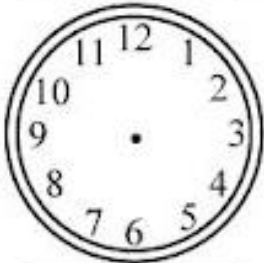
10:20



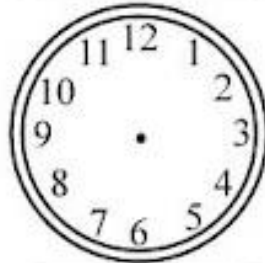
06:30



03:25



05:30



18:00



19:10



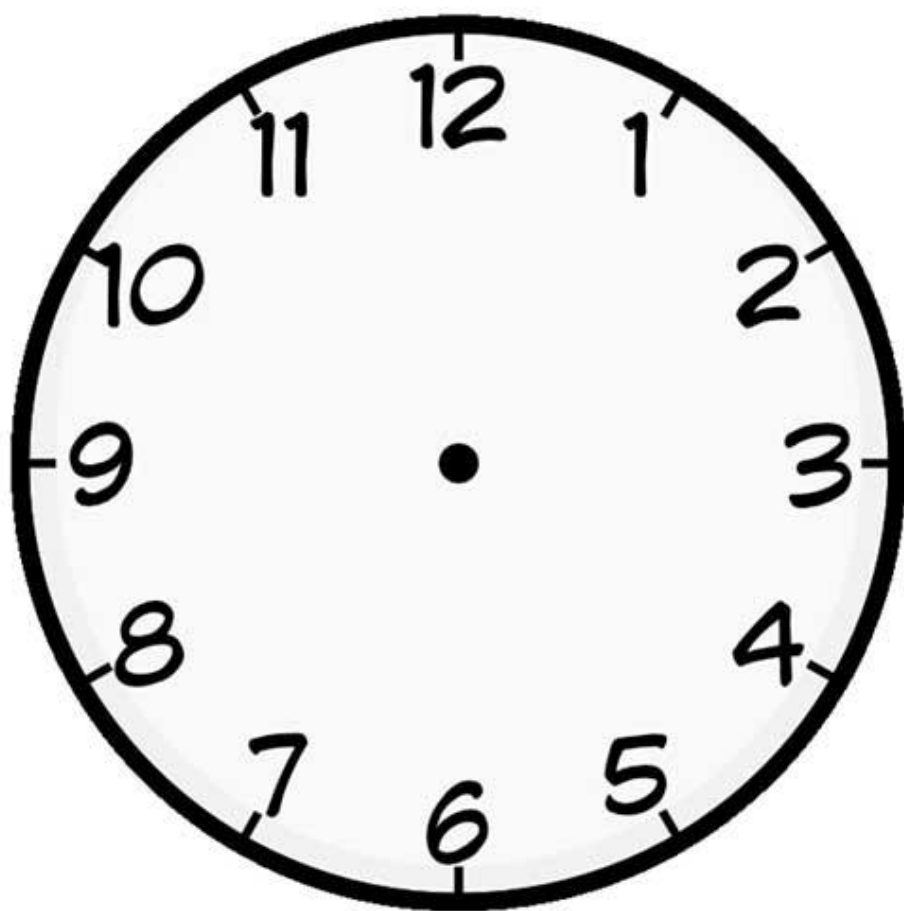
13:40



14:55



16:15



3 – Leitura de textos curtos /Linguagem

- Leitura de textos curtos, cerca de 4 frases, e de seguida, questões sobre o mesmo;
- Inventar um texto, cada um acrescenta uma frase relacionada para o completar, á vez.
 - Cantar sílabas, contar em voz alta.

O João acorda todos os dias às 7 horas para ir para a escola. Veste a camisola azul e os calções amarelos para jogar futebol. Hoje marcou 2 golos.

Perguntas: A que horas acorda o João todos os dias?

De que cor são os calções do João?

Qual o desporto que gosta de praticar?

4 – Grafismos

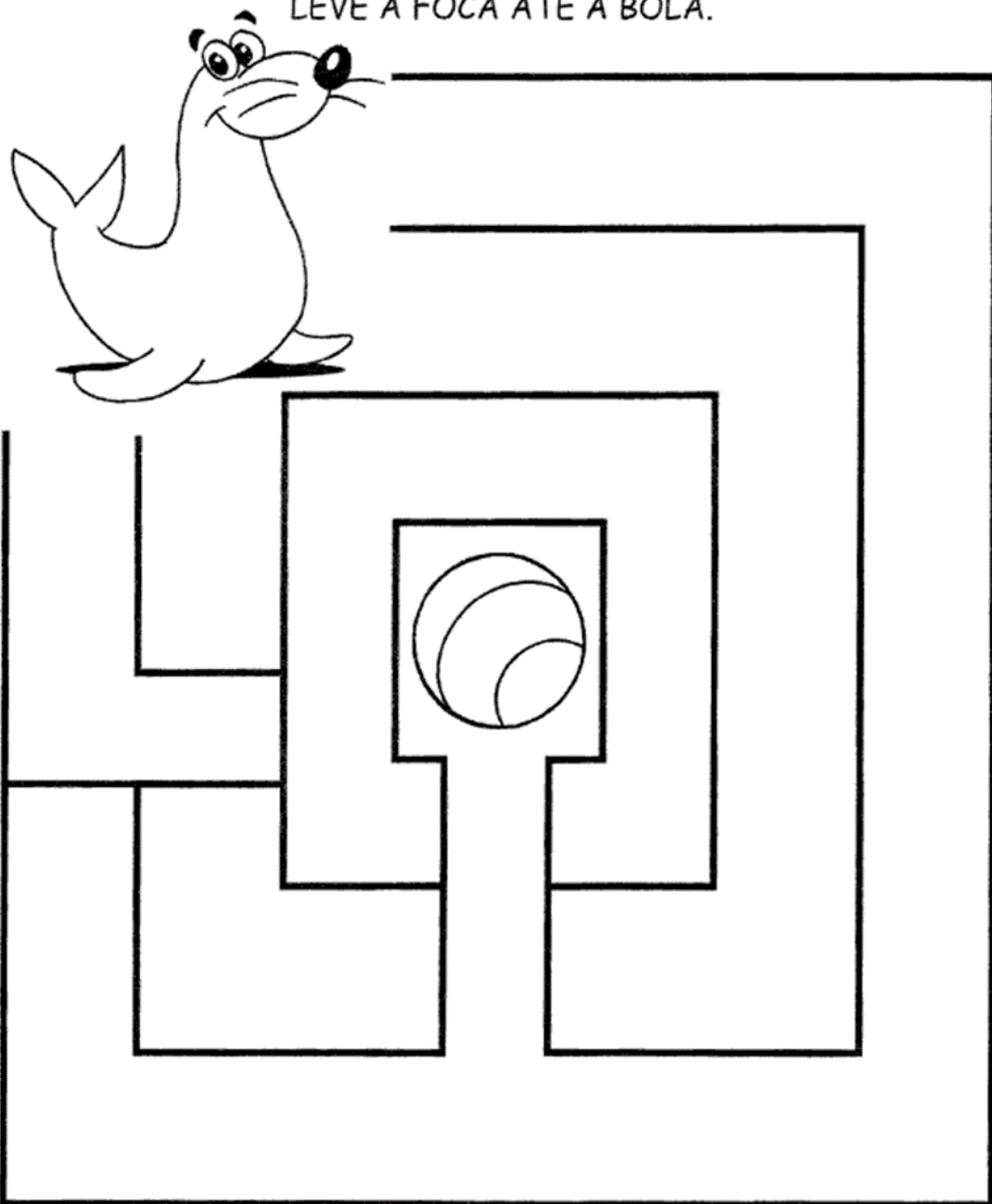
- Exercícios de grafismos impressos em tamanho grande e para executar com marcador;

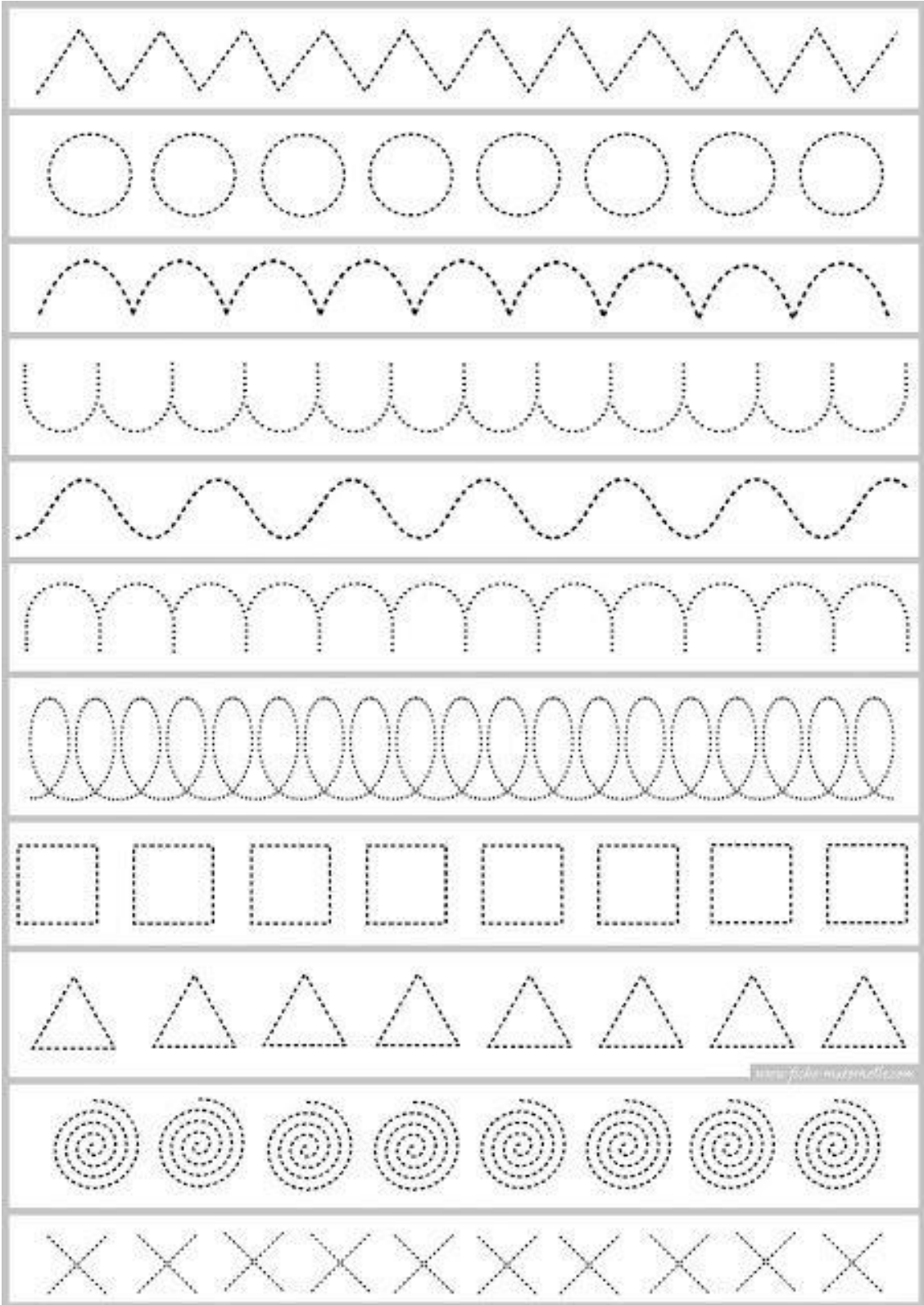
<https://educadoreslive.com/grafismo-atividades-para-imprimir/>

- Fichas com letras e números para preencher o sublinhado.
- Labirintos

PROCURE O CAMINHO

LEVE A FOCA ATÉ A BOLA.





1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1

2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2

3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3

4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4

5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5

6 6 6 6 6 6 6 6 6 6 6

7 7 7 7 7 7 7 7 7 7 7

8 8 8 8 8 8 8 8 8 8 8

9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9

¡ESTE ES NUESTRO ABECEDARIO!

• DELINEA TODAS LAS LETRAS CON LINDOS COLORES.

a b c d e f

g h i j k

l m n ñ o

p q r s

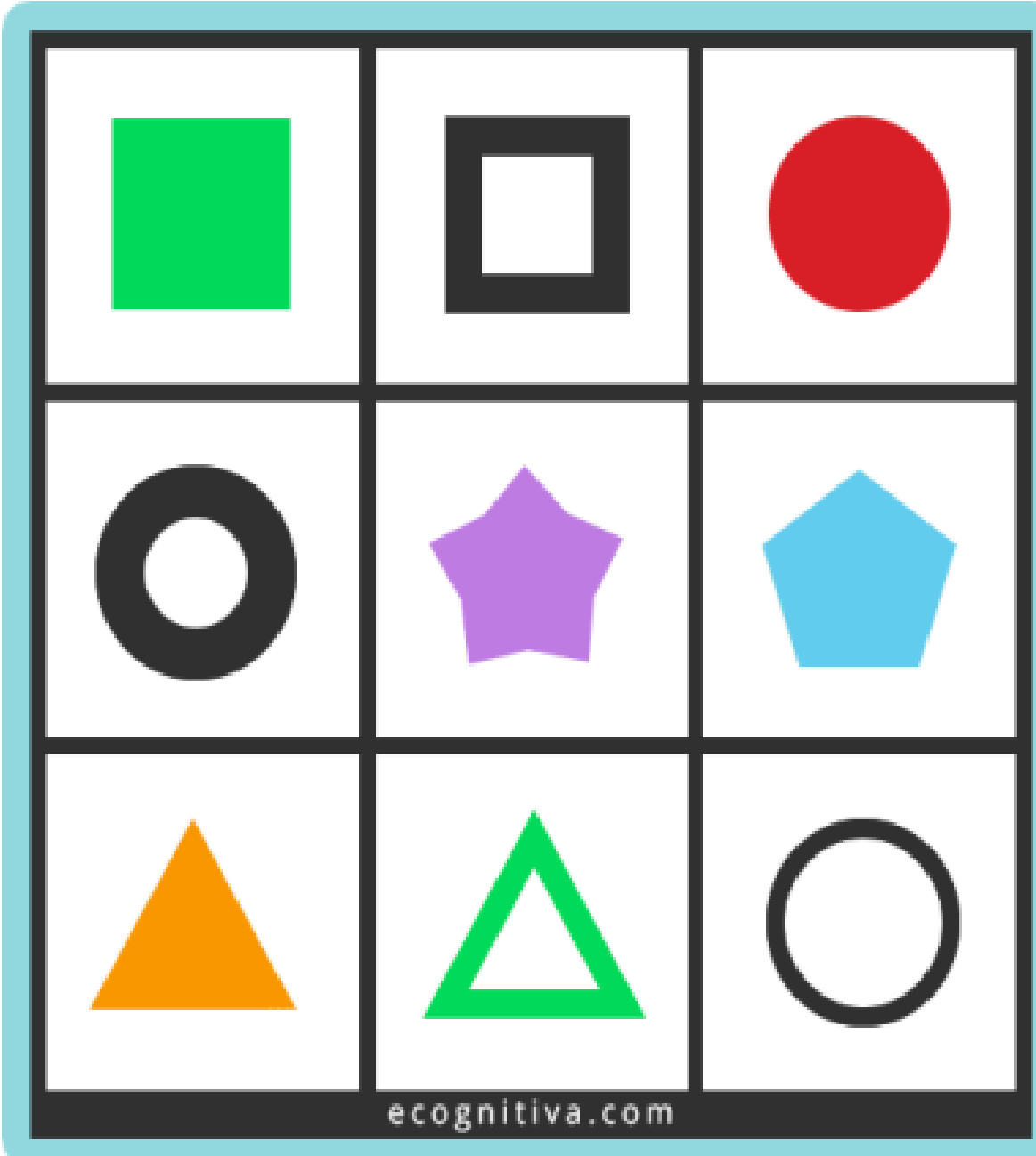
t u v w

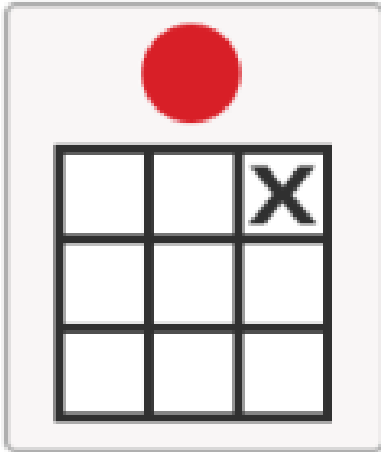
x y z

5 – Memorização

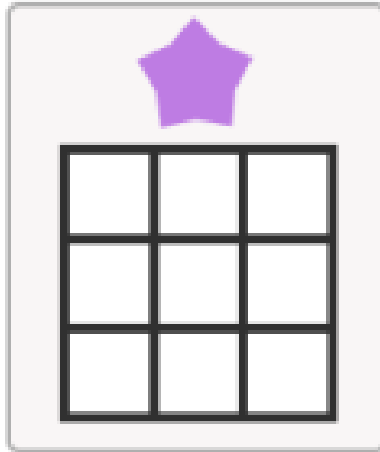
- Quadro com imagens, reter e de seguida memorizar onde se encontrava a figura

<https://www.ecognitiva.com/memoria/ejercicios-memoria-visual/>

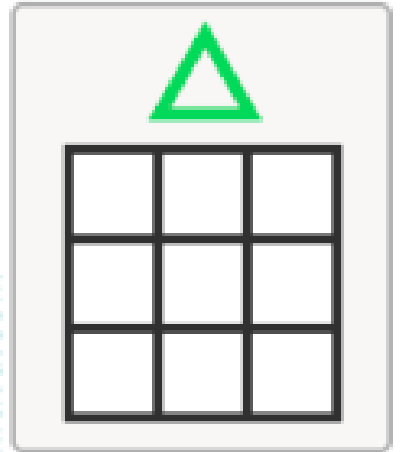




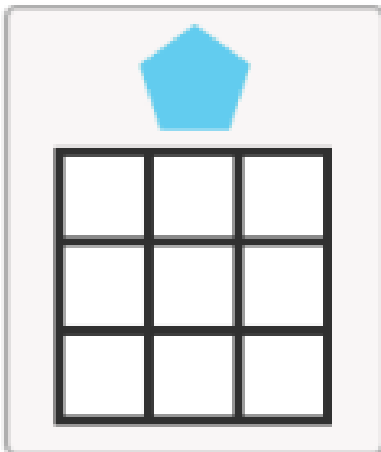
A red circle is positioned above a 3x3 grid. The grid has a black 'X' in the top-right cell.



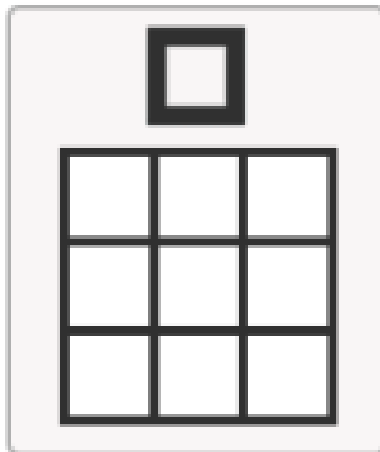
A purple star is positioned above a 3x3 grid.



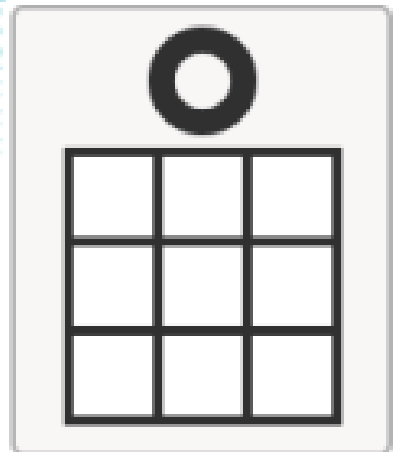
A green triangle is positioned above a 3x3 grid.



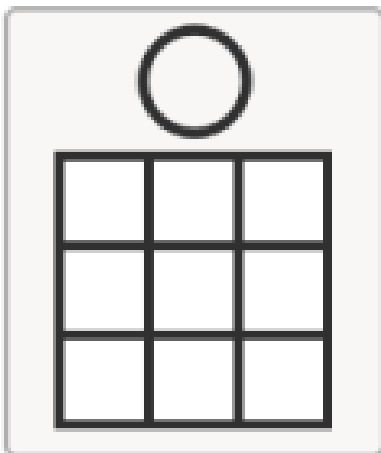
A light blue pentagon is positioned above a 3x3 grid.



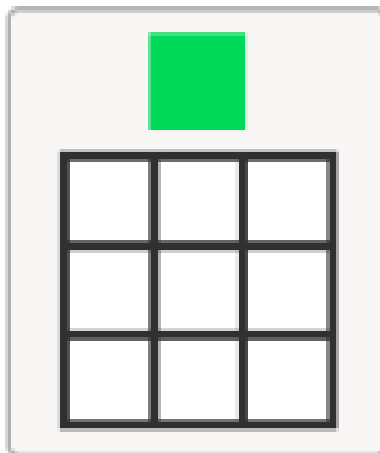
A black square outline is positioned above a 3x3 grid.



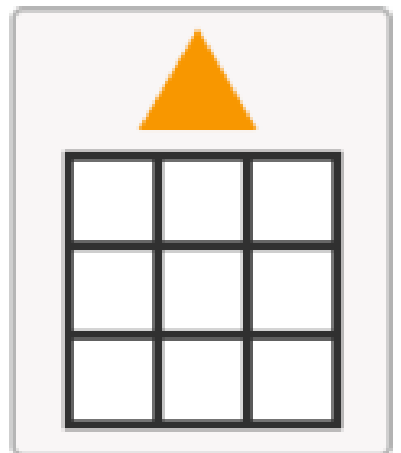
A black circle outline is positioned above a 3x3 grid.



A black circle outline is positioned above a 3x3 grid.



A green square is positioned above a 3x3 grid.

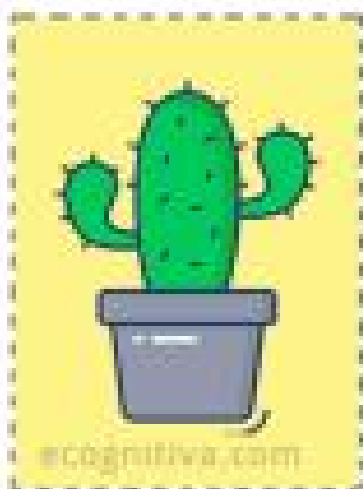
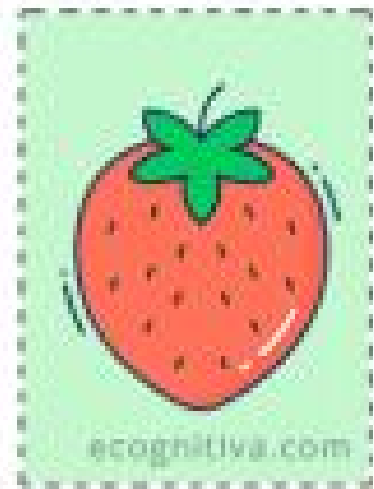
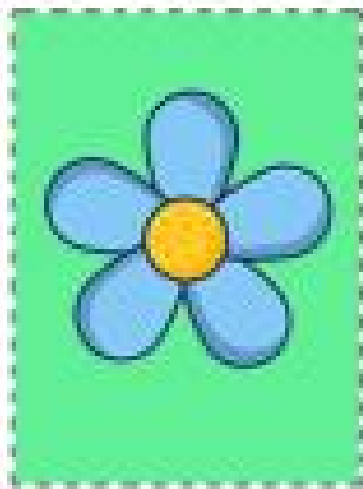


An orange triangle is positioned above a 3x3 grid.

5 – Memorização

Conjunto de imagens viradas para cima, em duplicado. Memorizar. Virar as imagens para baixo. Ir virando cartões dois a dois para encontrar o par.

<https://www.ecognitiva.com/memoria/juego-de-memoria/>

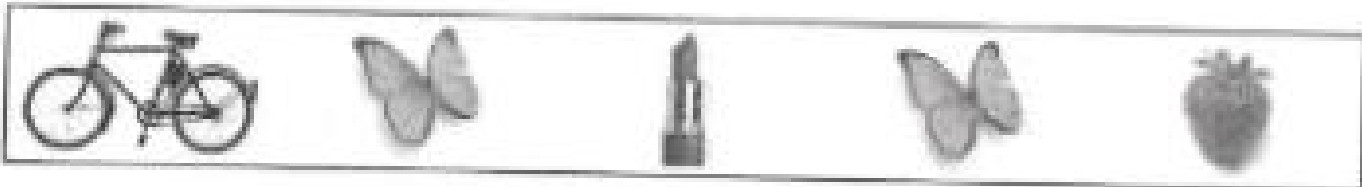
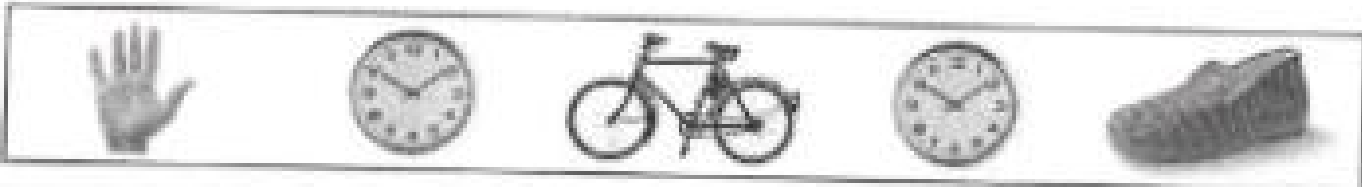
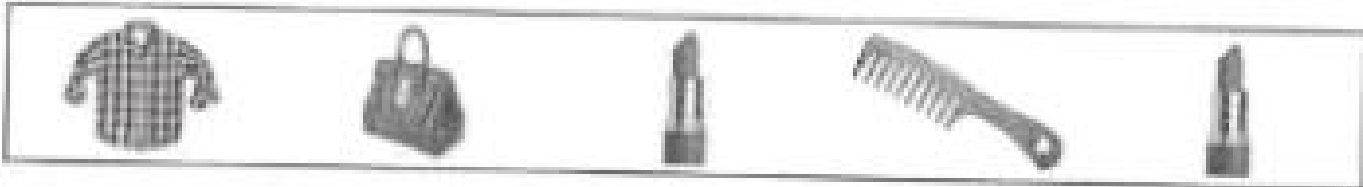
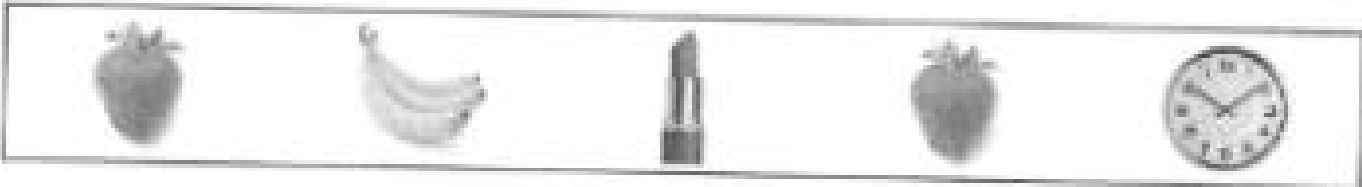


Material gratuito de www.ecognitiva.com. Prohibida su venta.

Imprimir 2 ejemplares

6 – Sopa de imagens

Encontrar imagens repetidas em filas, colunas ou tabela.



7 – Ordenação

Com contas coloridas, realizar séries seguindo o indicado escrito ou o código de cores.

AMARELO ---VERDE----AZUL----AMARELO----VERMELHO----AZUL

AMARELO ---VERDE----AZUL----AMARELO----VERMELHO----AZUL

8 – Associação

- Recortar as letras e colocar num saco.
- Recortar as imagens e dispor a frente;
- Retirar letras do saco e associar ás imagens pela primeira letra (ex: Letra Z – Zebra)
- Agrupar as imagens por classes : animais, frutas, transportes....

A

E

I

M

Q

U

Y

B

F

J

N

R

V

Z

C

G

K

O

S

W

D

H

L

P

T

X



9 – Cálculo

- Fichas de exercícios de cálculo (somas/subtrações) com 1,2,3 dígitos.

<https://bemexplicado.pt/tag/soma/>

<https://www.abcfichas.com/sumas-de-3-digito/>

- Cálculos com contas, feijões....

SOMAS

$$\begin{array}{r} 12 \\ + 13 \\ \hline \end{array}$$

$$\begin{array}{r} 25 \\ + 39 \\ \hline \end{array}$$

$$\begin{array}{r} 44 \\ + 11 \\ \hline \end{array}$$

$$\begin{array}{r} 27 \\ + 5 \\ \hline \end{array}$$

$$\begin{array}{r} 91 \\ + 13 \\ \hline \end{array}$$

$$\begin{array}{r} 73 \\ + 27 \\ \hline \end{array}$$

$$\begin{array}{r} 54 \\ + 61 \\ \hline \end{array}$$

$$\begin{array}{r} 83 \\ + 21 \\ \hline \end{array}$$

$$\begin{array}{r} 61 \\ + 20 \\ \hline \end{array}$$

$$\begin{array}{r} 456 \\ + 223 \\ \hline \end{array}$$

$$\begin{array}{r} 532 \\ + 322 \\ \hline \end{array}$$

$$\begin{array}{r} 523 \\ + 235 \\ \hline \end{array}$$

$$\begin{array}{r} 423 \\ + 232 \\ \hline \end{array}$$

$$\begin{array}{r} 324 \\ + 352 \\ \hline \end{array}$$

$$\begin{array}{r} 342 \\ + 523 \\ \hline \end{array}$$

$$\begin{array}{r} 432 \\ + 253 \\ \hline \end{array}$$

$$\begin{array}{r} 453 \\ + 344 \\ \hline \end{array}$$

$$\begin{array}{r} 231 \\ + 452 \\ \hline \end{array}$$

$$\begin{array}{r} 525 \\ + 234 \\ \hline \end{array}$$

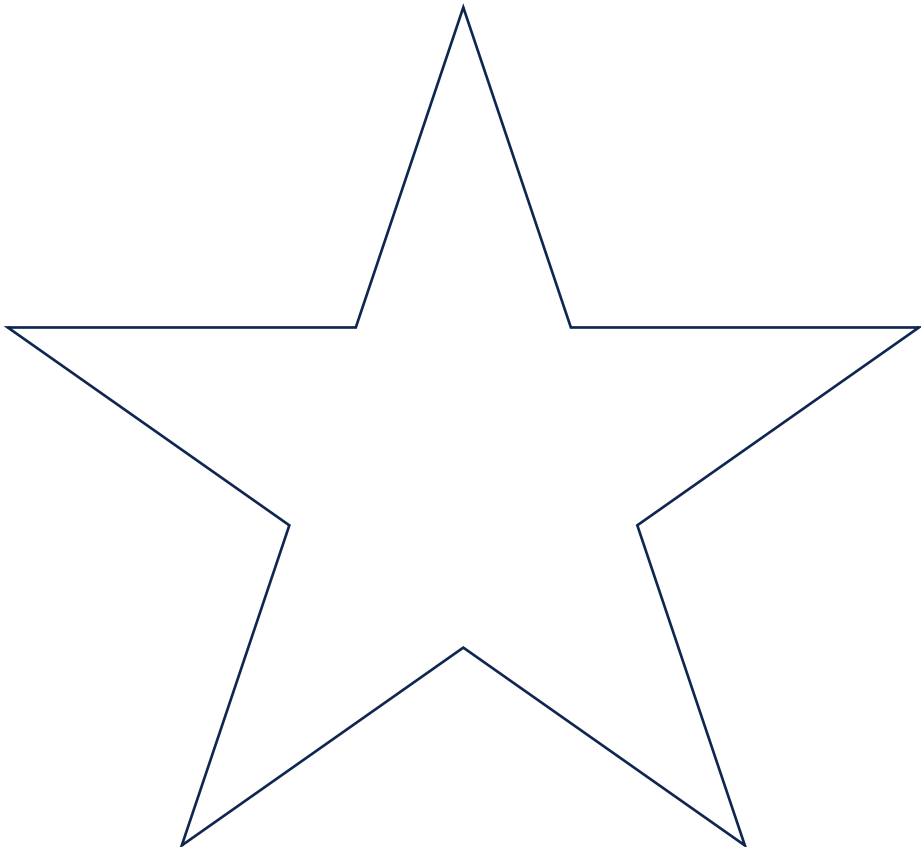
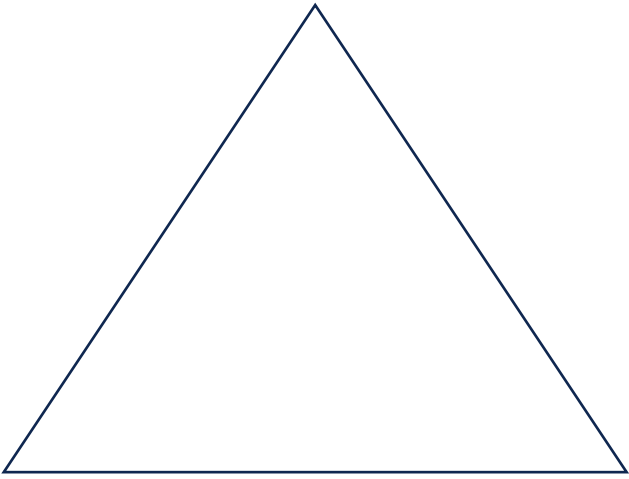
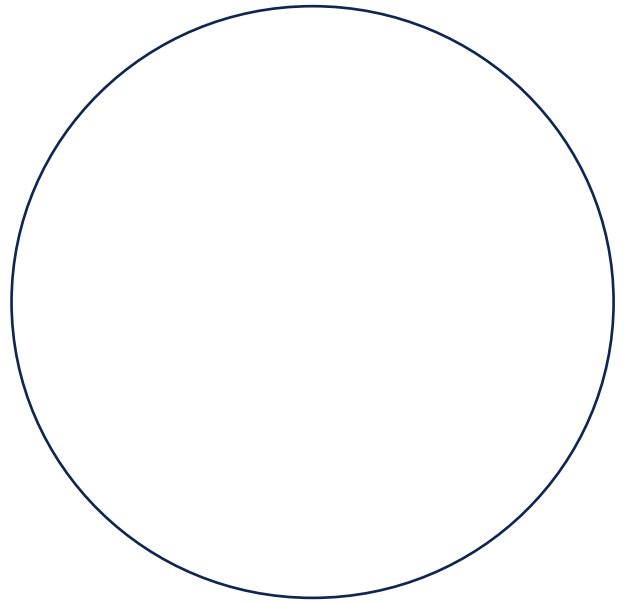
$$\begin{array}{r} 234 \\ + 323 \\ \hline \end{array}$$

$$\begin{array}{r} 234 \\ + 534 \\ \hline \end{array}$$

10 – Motricidade fina

- Pinçar objetos (ex: dividir feijões, contas..)
 - Plasticinas com texturas;
 - Exercícios com elásticos
- Alinhar feijões ou contas em cima de uma linha ou figuras geométricas;
 - Exercícios com pinça e bolas coloridas







11 – Festa de sentidos

- De olhos fechados, cheirar canela, limão ou outros e identificar;
- Colocar objetos nas mãos com os olhos fechados e tentar adivinhar pela forma e cheiro;
- Colocar saco de plástico com objetos, fechar os olhos e procurar algum específico (ex: procurar a colher, procurar a bola)

Material para intervenção cognitiva (sitografia):

<https://www.ecognitiva.com/memoria/ejercicios-memoria-visual/>

<https://alzheimerportugal.org/cadernos-de-estimulacao-juntos-criamos/>

(cadernos para trabalho de atenção, memória, linguagem, percepção, praxias, puzzles...)

	Enfermagem de Reabilitação - Serviço
Nome	
Idade	
Data de Admissão	
Processo	
Diagnóstico	
Data de Cirurgia	
Intervenção	

		Data				
AValiação do Utente	Glasgow					
	Escala de dor					
	Força Muscular - MRC	MSD				
		MSE				
		MID				
		MIE				
	Equilíbrio Corporal	Estático Sentado				
		Estático em pé				
		Dinâmico Sentado				
		Dinâmico em pé				
Amplitude articular	Articulação/graus					
	Superior direito					
	Médio Direito					

Auscultação Pulmonar	Inferior Direito				
	Superior Esquerdo				
	Médio Esquerdo				
	Inferior Esquerdo				
Tosse					
Deglutição	Grau de compromisso				

Data						
REEDUCAÇÃO FUNCIONAL MOTORA	Mobilizações	Passivas				
		Ativas assistidas				
		Ativas resistidas				
		Automobilizações no leito				
	Equilíbrio	Treino de equilíbrio estático				
		Treino de equilíbrio dinâmico				
	Atividades terapêuticas	Rolar				
		Ponte				
		Oscilação Pelvica				
	Levante e Transferência	Sentar na cama				
Por se em pé						
Transferir se						
Marcha	Treino de marcha					
	Andar					
	Subir e descer escadas					
	Auxiliar de marcha					

		Distância percorrida				
	Artromotor	Programação				

Data						
-------------	--	--	--	--	--	--

REEDUCAÇÃO FUNCIONAL RESPIRATÓRIA	Técnicas de descanso/relaxamento					
	Consciencialização respiração					
	Reeducação Diafragmática	Anterior/posterior				
		Hemicupulas D/E				
		Sentado/ortostático				
		Resistência				
	Reeducação Costal	Anterior Superior				
		Anterior Inferior				
		Posterior				
		Abertura costal seletiva D				
		Abertura costal seletiva E				
		Global				
		Resistência				
	Tosse Dirigida/Assistida					
Drenagem Postural						
Manobras acessórias	Percussão					
	Vibrocompressão					

		Compressão				
	CATR					
	Dispositivos de ajuda	Tipo de dispositivo				
	Terapêutica de Posição					
	Ensino inaloterapia					

Data						
-------------	--	--	--	--	--	--

DEGLUTIÇÃO	Consistência					
	Reeducação					
	Alimentação Artificial					

**APÊNDICE 14- POSTER APRESENTADO NAS JORNADAS CIENTÍFICAS DA EGAS MONIZ
SUBORDINADO AO TEMA: “Intervenções de Reabilitação Cognitiva na Pessoa com Demência –
Revisão *Scoping*”**

Intervenções de Reabilitação Cognitiva na Pessoa com Demência: Revisão Scoping

Célia Vicente, Aluna ESSEM Júlio Belo Fernandes, Docente ESEEM

A demência caracteriza-se por um declínio progressivo da função cognitiva, com impacto funcional na pessoa. As intervenções de reabilitação cognitiva têm como objetivo capacitar para o autocuidado, utilizando estratégias individualizadas que maximizam a funcionalidade e promovem a qualidade de vida da pessoa com demência.¹²

Quais são as tendências atuais nas intervenções de reabilitação cognitiva para pessoas com demência?

Objetivo:

Identificar as tendências atuais nas intervenções de reabilitação cognitiva para pessoas com demência.

Metodologia

Foi realizada uma revisão Scoping de estudos experimentais, utilizando a metodologia proposta por Arksey e O'Malley com recurso às seguintes bases de dados: Scopus, Cochran Central Register of Controlled Trials, Cochran Database of Systematic Reviews, Cochran Clinical Answers, MEDLINE, CINAHL, Nursing & Allied Health Collection, e MedicLatina

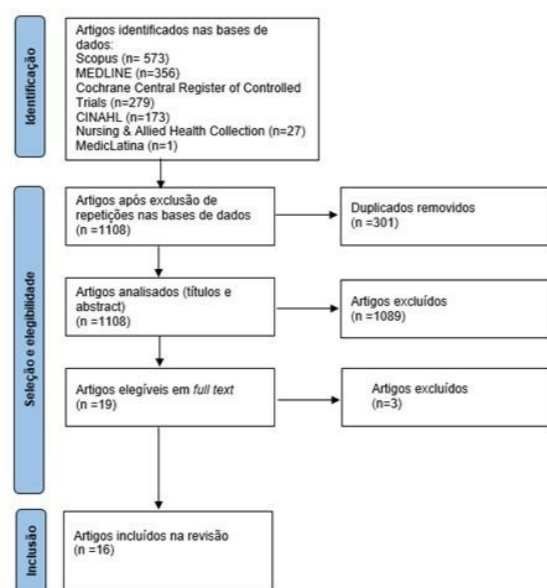
Critérios de Inclusão

- Ensaios clínicos randomizados, publicados em Português, Inglês e Espanhol, entre 2013-2023
- Pessoas com demência
- Contexto de treino cognitivo
- Qualquer intervenção cujo objetivo vise potenciar ou prevenir disfunções cognitivas
- Conceito de reabilitação

Critérios de Exclusão

- Outros estudos que não ensaios clínicos randomizados
- Outros idiomas
- Não disponíveis em texto integral
- Artigos anteriores a 2013
- Artigos repetidos nas bases de dados
- Artigos fora do âmbito da questão de investigação

Fluxograma PRISMA do processo de seleção de estudos



Resultados

Treino cognitivo computadorizado^{22,27,32,42,44}

Terapia da Reminiscência^{2,33}

Estratégias Compensatórias^{20,23}

Treino de memória e atenção^{24,25,35}

Treino de cálculo^{2,25,35}

Treino em modalidade dual task^{28,40}

Intervenções de aconselhamento e educação^{12,24,25,40}

Definição de objetivos personalizados^{12,23,38}

Conclusão

As intervenções identificadas apresentam benefícios para a pessoa com demência, melhorando o seu bem-estar geral e capacidade funcional. A investigação contínua, a inovação e a colaboração entre disciplinas são necessárias para desenvolver e aperfeiçoar as intervenções que promovam a reabilitação cognitiva.



**APÊNDICE 15- POSTER APRESENTADO NAS JORNADAS CIENTÍFICAS DA EGAS MONIZ
SUBORDINADO AO TEMA: “Programa de treino domiciliário em modalidade *dual-task* para
Pessoas com demência”**

Programa de treino domiciliário em modalidade dual task para Pessoas com Demência

Célia Maria Piteira Vicente,¹⁰ Aluna 1º Mestrado Enfermagem Reabilitação;

Júlio Belo Fernandes,²³ Docente ESSEM



INTRODUÇÃO

A demência está associada a uma perda gradual, progressiva e significativa de funcionalidade. É crucial o desenvolvimento de estratégias que minimizem o seu impacto na qualidade de vida da pessoa com demência e seus cuidadores. Prevenir complicações, atrasar a progressão da doença, maximizar a funcionalidade e potenciar as funções preservadas é o objetivo deste programa de treino em modalidade *dual task*, combinando treino motor e de equilíbrio com treino cognitivo, reproduzível em contexto domiciliário de forma individualizada, com objetivos personalizados, capacitando cuidadores para a promoção de uma melhor qualidade de vida da Pessoa com Demência.

METODOLOGIA

Programa “Care for body & mind” – CBM

Programa em modalidade Dual-task

Participantes:

- Pessoas com demência e cuidador com disponibilidade para participar

Critérios de inclusão e exclusão:

- Saber ler e escrever
- Sob terapêutica médica estabelecida e mantida pelo menos um mês antes do início do programa
- Pontuação no teste MiniMental igual ou inferior a 22
- Barthel superior a 40
- Ausência de contra indicação para realizar exercício físico
- Condições físicas para a realização do teste Timed up and Go e 5 Times Sit & Stand
- Ausência de alterações sensoriais impeditivas para as atividades de grupo
- Ausência de quadro confusional agudo concomitante
- Ausência de outra patologia neurodegenerativa concomitante

PROGRAMA

- Amostra por conveniência de 20 participantes
- Avaliação das escalas: Borg, Mini-Mental State Examination; Timed Up & Go Test; 5 Times Sit & Stand Test e Barthel
- Sessões de psicoeducação para cuidadores informais
- Instrução sobre condições de segurança de caráter geral e individual
- Sessões de treino em grupo uma vez por semana durante 60 minutos, com grau de complexidade crescente (4 semanas)
- Programa de exercício individualizados para realizar duas vezes por semana em contexto domiciliário, com o cuidador (4 meses)
- Monitorização individual pelos profissionais de saúde envolvidos, através de linha telefónica de apoio e esclarecimento de dúvidas

SESSÕES

Preparação e apresentação da sessão, com atividade de orientação e “quebra gelo” (15min)

+
Aquecimento com musicoterapia, estimulação olfativa, reconhecimento corporal e espacial (5min)

+
Treino dinâmico com atividades de reconhecimento, nomeação, evocação, enumeração, seleção, treino de cálculo, memória, resolução de problemas e atividades de grupo (20min)

+
Retorno à calma/Alongamentos com musicoterapia e evocação de memória olfativa (10min)

+
Encerramento da sessão, debriefing, esclarecimento de dúvidas (10 min)

CONCLUSÃO

Este protocolo de estudo piloto representa um passo essencial na exploração de estratégias inovadoras para apoiar pessoas com demência e seus cuidadores.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS



**APÊNDICE 16- POSTER APRESENTADO NAS JORNADAS CIENTÍFICAS DA EGAS MONIZ
SUBORDINADO AO TEMA: “À mesa com a pessoa com demência: o desafio da alimentação”**

À MESA COM A PESSOA COM DEMÊNCIA: O DESAFIO DA ALIMENTAÇÃO



Célia Maria Piteira Vicente,¹ Aluna 1º Mestrado Enfermagem Reabilitação;
 Júlio Belo Fernandes,² Docente ESEEM

A demência é uma doença neurodegenerativa e terminal, responsável por alterações comportamentais e a progressiva necessidade de cuidados nas atividades de vida diárias. A alimentação é uma das atividades frequentemente comprometida, fonte de stress para o doente e cuidador, pelas atitudes de diminuição da ingesta e recusa alimentar. Identificar os fatores que afetam esta atividade permite adoptar estratégias cujo objetivo é o transformar a hora da refeição num momento de prazer e satisfação de necessidades nutricionais, com dignidade e qualidade.^{1,2,3}

TÉCNICAS COMPENSATÓRIAS SENSORIAIS



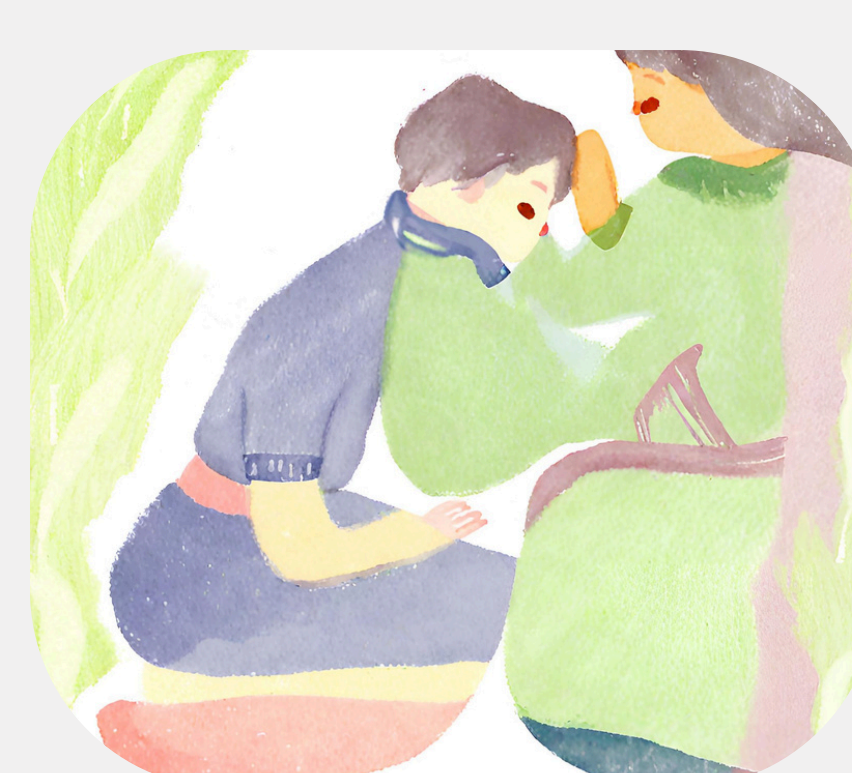
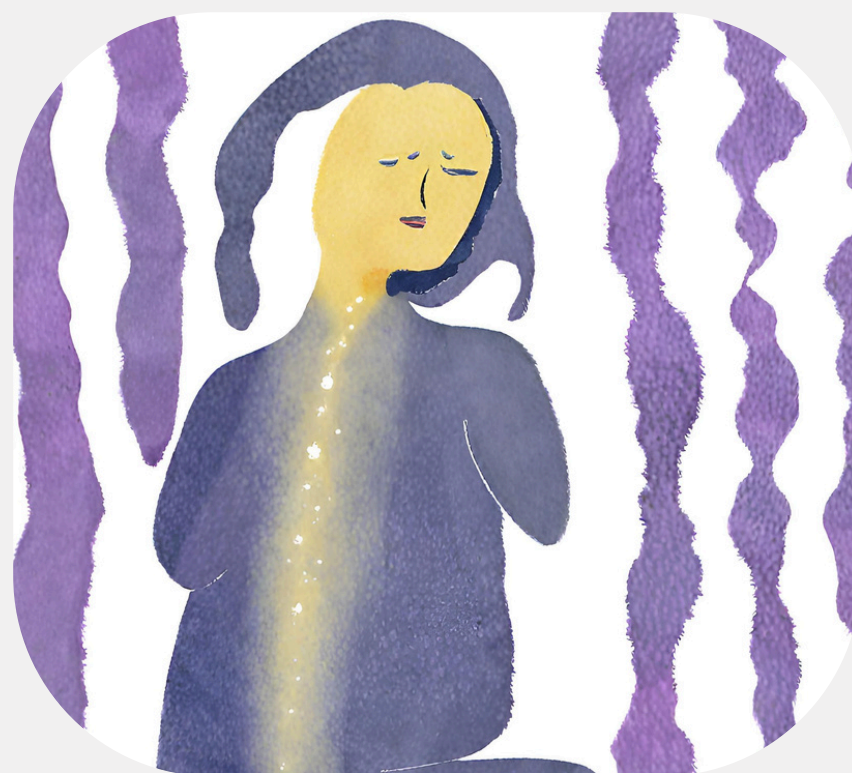
AMBIENTE NO MOMENTO DO REFEIÇÃO

TIPOLOGIA DE ALIMENTOS, COM ESTIMULAÇÃO DO HANDFEEDING



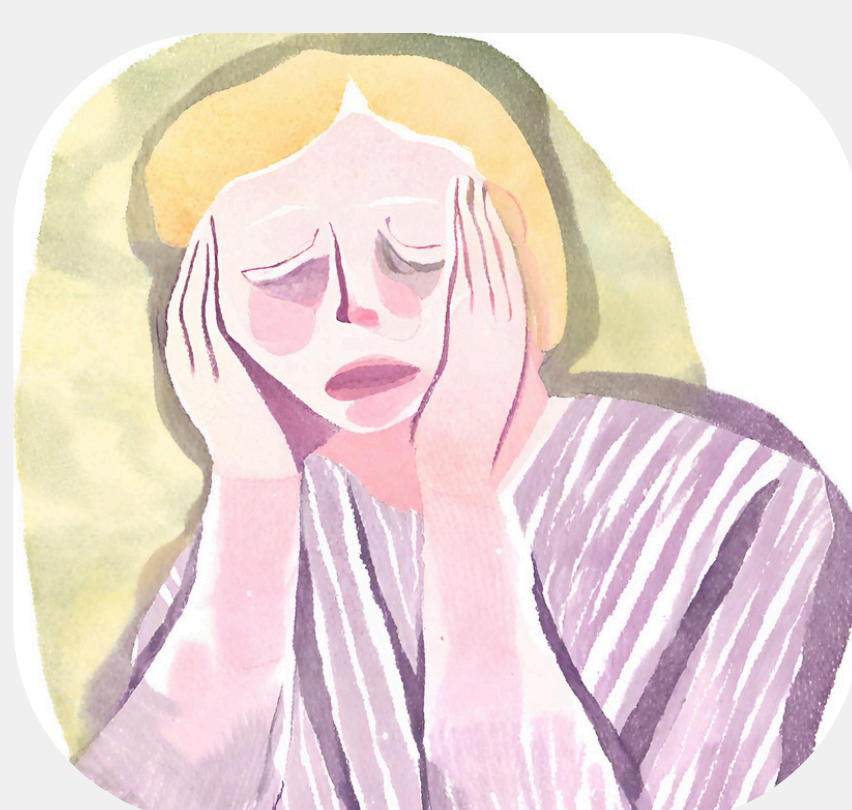
EQUIPAMENTOS ADAPTATIVOS

GESTÃO DA AGITAÇÃO



TÉCNICAS DE COMUNICAÇÃO

CAPACITAÇÃO DO CUIDADOR



Conhecer e individualizar estratégias para o momento da refeição, com recurso a técnicas de reabilitação cognitiva, garante que a alimentação por via oral se mantenha o maior tempo possível, uma vez que esta é a via que preserva a independência e bem estar da pessoa com demência, sendo portanto aquela recomendada, mesmo nos casos de demência avançada.^{2,5,6,7}



APÊNDICE 17- POSTER REALIZADO NO ÂMBITO DE SESSÃO A CUIDADORES DE PESSOAS COM DEMÊNCIA: “Estratégias promotoras de autonomia nas atividades de vida diária na pessoa com demência”

ESTRATÉGIAS PROMOTORAS DA AUTONOMIA NAS ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA NA PESSOA COM DEMÊNCIA

Célia Maria Piteira Vicente, Aluna 1º Mestrado Enfermagem Reabilitação;

Júlio Belo Fernandes, Docente ESSEM

A Pessoa com Demência pode sofrer inúmeras perdas, como autonomia, funcionalidade, auto imagem, entre outras. A promoção da autonomia e autocuidado, promove a maximização da capacidade funcional e pode devolver qualidade de vida à pessoa e cuidador. Deve ser objetivo de qualquer programa de intervenção o profundo respeito pela individualidade, vontades e dignidade, até ao final da vida.¹



Banho

- Respeitar horários e rotinas prévias, sempre que possível;
- Ser flexível nos horários, tipo de banho e sua duração;
- Proporcionar a participação na preparação do banho, com escolhas simples;
- Manter a privacidade;
- Tentar manter as condições ideais (temperatura das toalhas e água, despir no local, toalhas aquecidas e à mão) evitando o desconforto;
- Simplificar a tarefa, reduzir a sua duração se a pessoa manifesta desconforto ou desagrado;
- Avisar o que vamos fazer de seguida, de forma simples e direta;
- Incentivar o auto cuidado, permitir que a pessoa escolha a temperatura da água, o cheiro do shampoo ou gel de banho, efetue a sua higiene, se seque;
- Ponderar colorir a água do banho;
- Assegurar condições de segurança.



Alimentar

- Proporcionar a participação na confeção e preparação do momento da refeição;
- Conhecer hábitos e gostos prévios, adequando os alimentos;
- Proporcionar a escolha os alimentos, numa seleção limitada (2 opções);
- Fornecer pequenas porções, e um prato de cada vez;
- Utilizar pratos com cores contrastantes, mas suaves, e com base antiderrapante;
- Utilizar talheres com cabos com cor e/ou relevo;
- Providenciar alimentos que possam ser manipulados com as mãos;
- Permitir que a pessoa arranje a comida no prato;
- Permitir o contato visual com a comida;
- Realizar várias refeições ao longo de dia de menor quantidade;
- Manter ambiente calmo e sem distrações no momento da refeição;
- Ponderar o momento de refeição coletivo;



Eliminar

- Identificar a casa de banho, de forma visível, com sinais ilustrativos;
- Assegurar iluminação noturna que proporcione a identificação da casa e banho;
- Utilizar cores contrastantes para identificar a sanita, por exemplo, o tampo da restante estrutura;
- Verificar a posição dos espelhos, evitar que estejam em frente à entrada, pois o reflexo da sua imagem pode inibir a sua entrada no espaço;
- Manter a privacidade;
- Manter uma rotina de utilização do WC e recordar a pessoa de 2/2h;
- Sugerir a ida à casa e banho;
- Escolher roupa apropriada (fácil remoção ex: elásticos e velcros);
- Orientar no passo seguinte: retirar o papel higiénico, forma de limpar, lavagem das mãos;
- Ponderar a utilização de toalhetes húmidos para melhor higiene;
- Assegurar a troca frequente de absorventes;
- Demonstrar compreensão e preservar a dignidade da pessoa aquando dos episódios de incontinência ou de roupa suja;



Vestir

- Facilitar a escolha do vestuário reduzindo as opções;
- Estimular o auto cuidado (vestir-se, pentear...);
- Providenciar roupa confortável e fácil de vestir (ex: elásticos e velcros);
- Disponer a roupa pela ordem que vai ser vestida;
- Estimular a troca de roupa, consoante a ocasião (roupa para dormir, para sair, para praticar exercício);
- Estimular o uso de acessórios e adereços, particularmente aqueles significativos para a pessoa;
- Ser gentil perante erros na forma de se vestir.



Deambular

- Reservar tempo durante o dia para exercício físico;
- Instruir sobre medidas de segurança (tapetes, proteção de escadas, fechaduras nas portas);
- Criar barreiras visuais de modo a que a pessoa não se afaste de determinadas zonas;
- Permitir iluminação adequada dos espaços;
- Permitir a iluminação natural;
- Supervisionar a deambulação e a adequação dos auxiliares de marcha.



**APÊNDICE 18- POSTER REALIZADO NO ÂMBITO DE SESSÃO A CUIDADORES DE PESSOAS COM
DEMÊNCIA: “Estimulação sensorial da pessoa com demência”**

Estimulação Sensorial da Pessoa com Demência

Célia Maria Piteira Vicente, Aluna 1º Mestrado Enfermagem Reabilitação;

Júlio Belo Fernandes, Docente ESSEM

As atividades de Estimulação Sensorial são um conjunto de técnicas e exercícios que provocam a ativação dos sentidos através de estímulos. Com eles, para além da estimulação cognitiva e do abrandamento do declínio cognitivo, pode-se evocar memórias, sensações e emoções, que contribuem para o bem estar da Pessoa com demência e benefícios na orientação verbal, cognição, função, comportamento e interação social.²

Incentivar

Encorajar

Induzir

Despertar

Animar

Desafiar



Estimular o diálogo, descrição e discurso livre com recurso a imagens, objetos, fotografias, de cores, formas, profissões, pessoas importantes e até eventos significativos para a pessoa, como vindimas, festas populares...Incentivar à memorização, sem frustrar a Pessoa.



Reconhecer sons, interpretar uma música, canção, sons de um animal, toque de um sino ou outros sons, evocando a sensação, memória e emoção que lhe transmite.



Relembrar paladares pela sua evocação ou reconhecê-los. Relembrar e explorar a sensação de reconhecer apenas pelo paladar, o tipo de alimento, sem a sua visualização direta.



Estimular o olfato, descobrir cheiros, treinar a memória olfativa, a relação dos sentidos com a memória, a criatividade, relembrar cheiros do dia a dia e que sejam familiares à Pessoa, estimulando o diálogo sobre a sensação evocada.



Reconhecer objetos pela sua sensação tátil, reconhecer materiais diferentes na forma, peso, consistência, resistência, temperatura, finalidade, estimular o diálogo sobre a sensação evocada e sobre o objeto.



APÊNDICE 19- TABELA DE APOIO PARA AVALIAÇÃO DOS PARES CRANEANOS

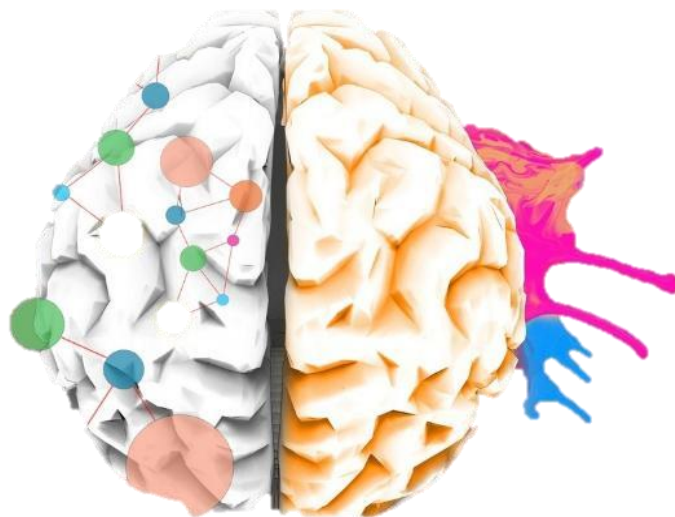
Par/Nervo	Tipo	Função	Teste	Avaliação
I - OLFATIVO	Sensitivo	Olfato	Avaliado bilateralmente. Pessoa com olhos fechados. Posicionar algo com cheiro facilmente identificável bem abaixo da área nasal (laranja, canela...)	
II - OTICO	Sensitivo	Visão	Avaliado bilateralmente Acuidade visual: Fechar olho alternadamente. identificação de objetos dentro do campo visual, diferentes distâncias. Campo de visão: Mantendo olhar fixo num ponto, apresentar objeto, movimentar ao longo do campo de visão solicitando que identifique quando deixasse de visualizar. Despistar presença de escotomas.	
III - OCULOMOTOR	Motor	Miose, elevação da pálpebra superior, elevação, abaixamento e adução do olho.	Avaliar reação pupilar, isocoria ou anisocoria; Presença de nistagmo ou ptose; Seguir com o olhar um H desenhado no espaço	
IV – PATÉTICO/TROCLEAR	Motor	Motricidade do músculo oblíquo superior do bulbo do olho – rotação do olho.	Movimentos oculares – avaliado em cima	
V – TRIGÉMIO	Misto	Controlo dos movimentos da mastigação (ramo motor) Percepções sensoriais da face, seios da face e dentes (ramo sensorial)	Pessoa com olhos fechados. Avaliar bilateralmente a sensibilidade táctil, térmica e dolorosa nas três divisões do nervo craniano. Pesquisar a presença do reflexo córneo-palpebral bilateral; Encerramento da mandíbula para a mastigação.	
VI – MOTOR OCULAR EXTERNO	Motor	Motricidade do músculo reto lateral do bulbo do olho – abdução do olho	Avaliado com o III par	
VII – FACIAL	Misto	Controlo dos músculos faciais	Avaliar simetria facial e apagamento do sulco Naso geniano. Avaliar dificuldade em manter	.

		– mímica facial (ramo motor) Percepção gustativa no terço anterior da língua (ramo sensorial)	saliva ou alimentos na cavidade oral. Avaliar capacidade de reconhecer sabores como doce, salgado e amargo nos dois terços anteriores da língua	
VIII - AUDITIVO	Sensitivo	Vestibular: orientação e movimento. Coclear: audição	Avaliar bilateralmente, a pessoa fecha os olhos e identifica o som (bater palmas, por exemplo); diapasão no mastoide bilateral (teste de Rinne); ou na região frontal (teste de Weber); Equilíbrio estático e dinâmico; Teste de Romberg (pé, calcanhares unidos, pés separados a 30º, membros ao longo do corpo e olhos fechados durante 1 min; a pessoa deve permanecer na posição durante 10 seg.)	
IX - GLOSSOFARINGEO	Misto	Percepção gustativa no terço posterior da língua, percepções sensoriais da faringe, laringe e palato.	Avaliar capacidade de reconhecer sabores como doce ou salgado no terço posterior da língua.	
X - VAGO	Misto	Percepções sensoriais da orelha, faringe, laringe, tórax e vísceras. Inervação das vísceras torácicas e abdominais	Avaliar reflexo de vômito; avaliar disfonia, hipofonia, fadiga vocal, tosse ineficaz ou dor.	
XI - ESPINHAL	Motor	Controlo motor da faringe, laringe, palato, dos músculos esternocleidomastóideo e	Capacidade para elevar os ombros e lateralizar a cabeça, contra a resistência da mão do enfermeiro.	

		trapézio – rotação e inclinação da cabeça.		
XII – GRANDE HIPOGLOSSO	Motor	Motricidade dos músculos da língua (mastigação, deglutição e articulação das palavras	Avaliar os movimentos da língua, lateralização, propulsão antero posterior, tremor da língua, atrofia, desvios da úvula, acumulação de saliva no seio piriforme.	

Atividades de Estimulação Cognitiva

Guião



1 - Atividades para orientação na pessoa e espaço

- Questões como a ficha em anexo;
- Evocação de histórias passadas, com recurso por exemplo, a fotografias de família

QUEM SOU EU?

COMPLETE A FICHA COM SEUS DADOS PESSOAIS. PEÇA AJUDA A SEUS FAMILIARES.

MEU NOME É _____

NASCI NA CIDADE DE _____

NASCI NO DIA _____, NO MÊS DE _____

NO ANO DE _____, EU TENHO _____ ANOS.

O NOME DO MEU PAI É _____

O NOME DA MINHA MÃE É _____

MORO NA RUA _____

Nº _____ APARTAMENTO _____

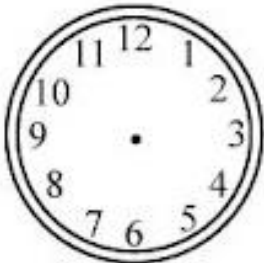
TELEFONE _____

2 – Orientação no tempo

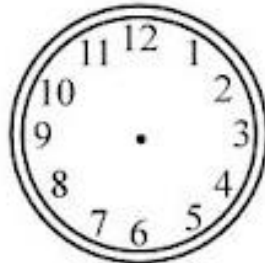
- Questionar diariamente sobre o dia em que estamos;
- Preencher calendário, assinalar datas significativas;
<https://www.wincalendar.com/pt/Calendario-Word-Em-Branco-2023>
- Perguntar as horas;
- Preencher diversas horas em relógio
<https://www.atividadesparaimprimir.com/2019/02/atividade-com-relogios-para-imprimir.html>
- Plastificar o desenho do relógio e com caneta de acetato, colocar horas por exemplo das refeições, rotinas como o levantar e deitar...
<https://colorindo.org/relogios/>

Julho 2023						
◀ Junho						Agosto ▶
Dom	Seg	Ter	Qua	Qui	Sex	Sáb
						1
2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22
23	24	25	26	27	28	29
30	31					

COLOQUE OS PONTEIROS NOS RELÓGIOS



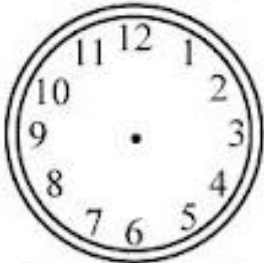
10:20



06:30



03:25



05:30



18:00



19:10



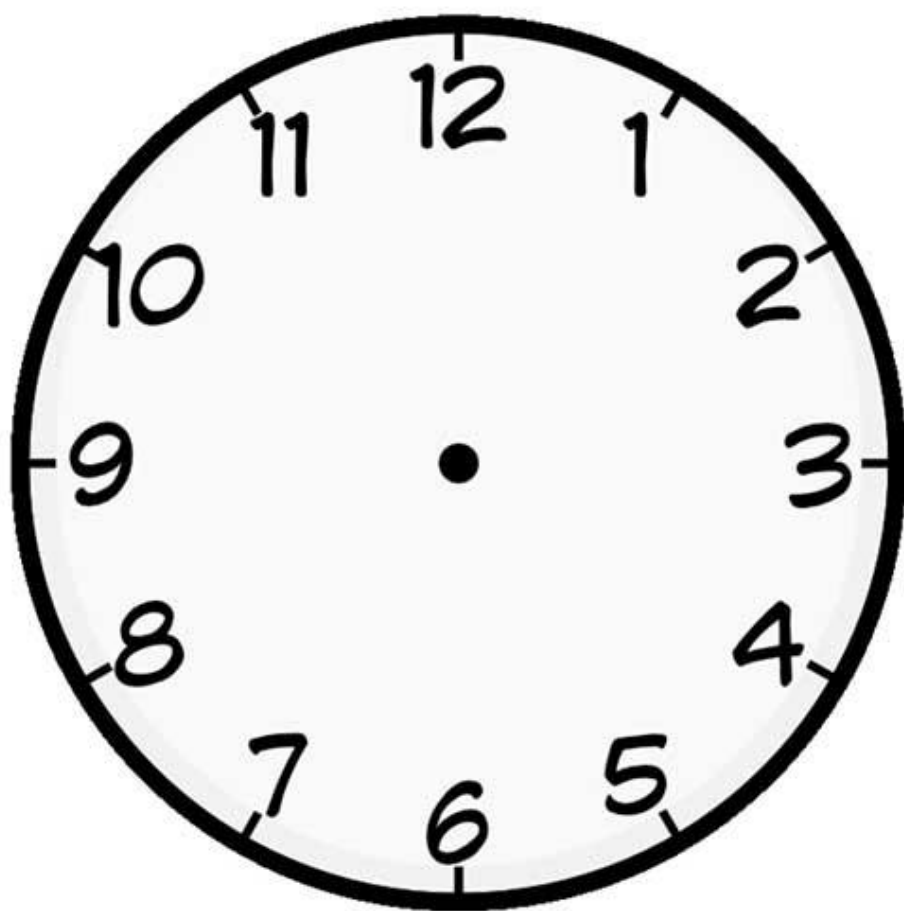
13:40



14:55



16:15



3 – Leitura de textos curtos /Linguagem

- Leitura de textos curtos, cerca de 4 frases, e de seguida, questões sobre o mesmo;
- Inventar um texto, cada um acrescenta uma frase relacionada.
- Cantar sílabas, contar em voz alta.

O João acorda todos os dias às 7 horas para ir para a escola. Veste a camisola azul e os calções amarelos para jogar futebol. Hoje marcou 2 golos.

Perguntas: A que horas acorda o João todos os dias?

De que cor são os calções do João?

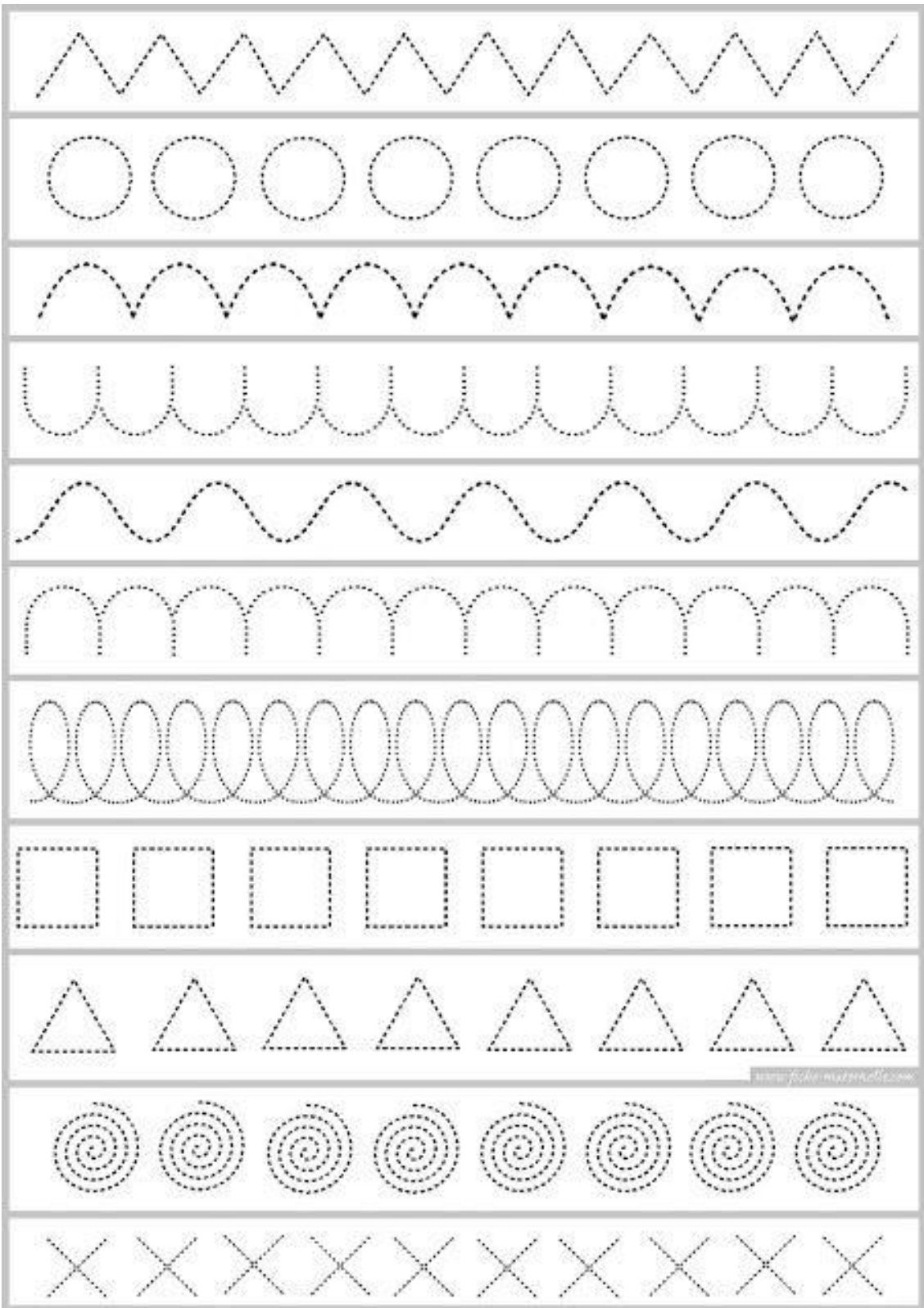
Qual o desporto que gosta de praticar?

4 – Grafismos

- Exercícios de grafismos impressos em tamanho grande e para executar com marcador;

<https://educadoreslive.com/grafismo-atividades-para-imprimir/>

- Fichas com letras e números para preencher o sublinhado



1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1

2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2

3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3

4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4

5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5

6 6 6 6 6 6 6 6 6 6 6 6

7 7 7 7 7 7 7 7 7 7 7 7

8 8 8 8 8 8 8 8 8 8 8 8

9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9

¡ESTE ES NUESTRO ABECEDARIO!

• DELINEA TODAS LAS LETRAS CON LINDOS COLORES.

a b c d e f

g h i j k

l m n ñ o

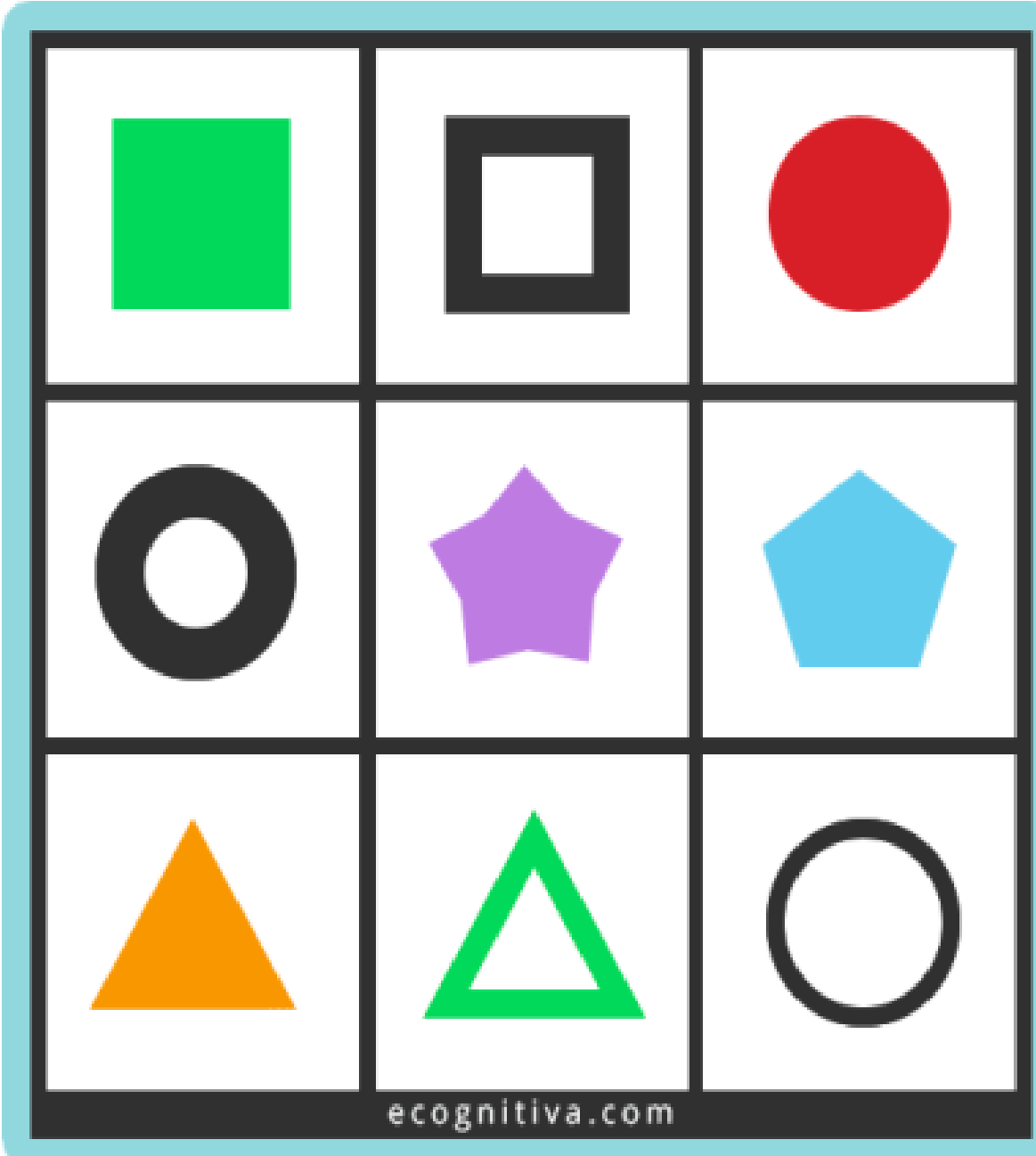
p q r s
t u v w

x y z

5 – Memorização

- Quadro com imagens, reter e de seguida memorizar onde se encontrava a figura

<https://www.ecognitiva.com/memoria/ejercicios-memoria-visual/>



A red circle is positioned above a 3x3 grid. The grid has a black 'X' in the top-right cell (row 1, column 3).

A purple star is positioned above a 3x3 grid.

A green triangle is positioned above a 3x3 grid.

A light blue pentagon is positioned above a 3x3 grid.

A black square outline is positioned above a 3x3 grid.

A black circle outline is positioned above a 3x3 grid.

A black circle outline is positioned above a 3x3 grid.

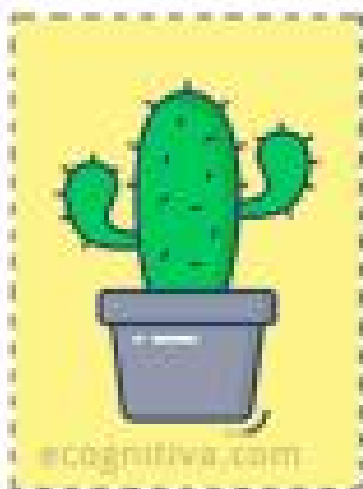
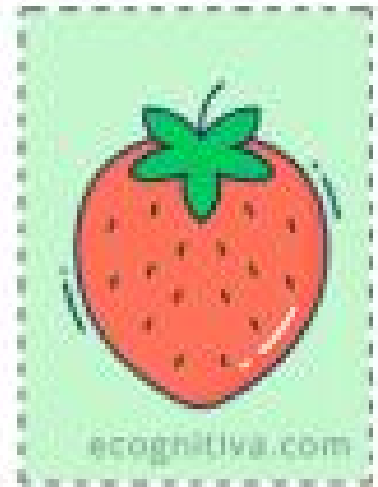
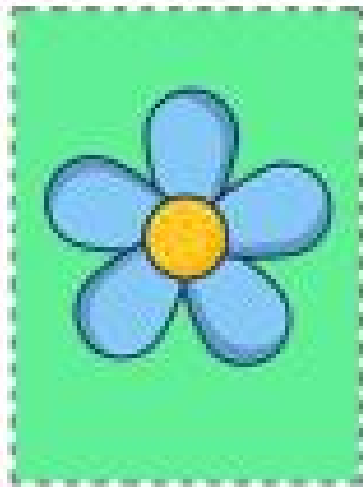
A green square is positioned above a 3x3 grid.

An orange triangle is positioned above a 3x3 grid.

5 – Memorização

Conjunto de imagens viradas para cima, em duplicado. Memorizar. Virar as imagens para baixo. Ir virando cartões dois a dois para encontrar o par.

<https://www.ecognitiva.com/memoria/juego-de-memoria/>



Material gratuito de www.ecognitiva.com. Prohibida su venta.

Imprimir 2 ejemplares

6 – Sopa de imagens

Encontrar imagens repetidas em filas, colunas ou tabela.

7 – Ordenação

Com contas coloridas, realizar séries seguindo o indicado escrito ou o código de cores.

AMARELO ---VERDE-----AZUL----AMARELO----VERMELHO-----AZUL

AMARELO ---VERDE-----AZUL----AMARELO-----VERMELHO-----AZUL

8 – Associação

- Recortar as letras e colocar num saco.
- Recortar as imagens e dispor a frente;
- Retirar letras do saco e associar ás imagens pela primeira letra (ex: Letra Z – Zebra)
- Agrupar as imagens por classes : animais, frutas, transportes....

A

E

I

M

Q

U

Y

B

F

J

N

R

V

Z

C

G

K

O

S

W

D

H

L

P

T

X



9 – Cálculo

- Fichas de exercícios de cálculo (somas/subtrações) com 1,2,3 dígitos.

<https://bemexplicado.pt/tag/soma/>

<https://www.abcfichas.com/sumas-de-3-digito/>

- Cálculos com contas, feijões....

SOMAS

$$\begin{array}{r} 12 \\ + 13 \\ \hline \end{array}$$

$$\begin{array}{r} 25 \\ + 39 \\ \hline \end{array}$$

$$\begin{array}{r} 44 \\ + 11 \\ \hline \end{array}$$

$$\begin{array}{r} 27 \\ + 5 \\ \hline \end{array}$$

$$\begin{array}{r} 91 \\ + 13 \\ \hline \end{array}$$

$$\begin{array}{r} 73 \\ + 27 \\ \hline \end{array}$$

$$\begin{array}{r} 54 \\ + 61 \\ \hline \end{array}$$

$$\begin{array}{r} 83 \\ + 21 \\ \hline \end{array}$$

$$\begin{array}{r} 61 \\ + 20 \\ \hline \end{array}$$

$$\begin{array}{r} 456 \\ + 223 \\ \hline \end{array}$$

$$\begin{array}{r} 532 \\ + 322 \\ \hline \end{array}$$

$$\begin{array}{r} 523 \\ + 235 \\ \hline \end{array}$$

$$\begin{array}{r} 423 \\ + 232 \\ \hline \end{array}$$

$$\begin{array}{r} 324 \\ + 352 \\ \hline \end{array}$$

$$\begin{array}{r} 342 \\ + 523 \\ \hline \end{array}$$

$$\begin{array}{r} 432 \\ + 253 \\ \hline \end{array}$$

$$\begin{array}{r} 453 \\ + 344 \\ \hline \end{array}$$

$$\begin{array}{r} 231 \\ + 452 \\ \hline \end{array}$$

$$\begin{array}{r} 525 \\ + 234 \\ \hline \end{array}$$

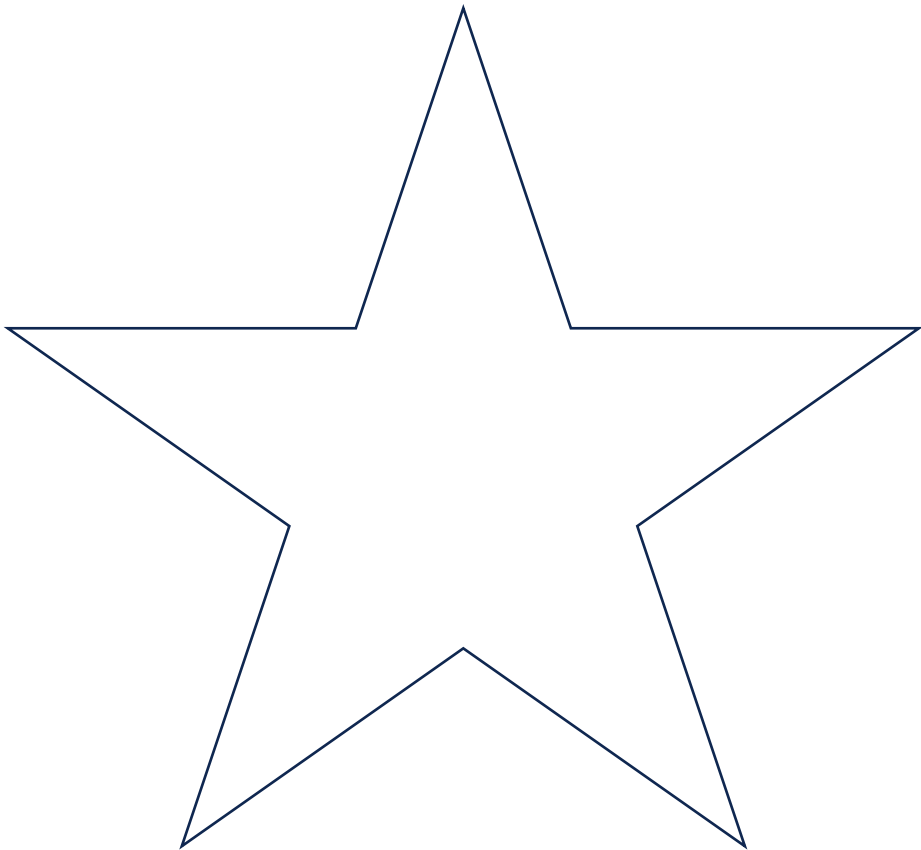
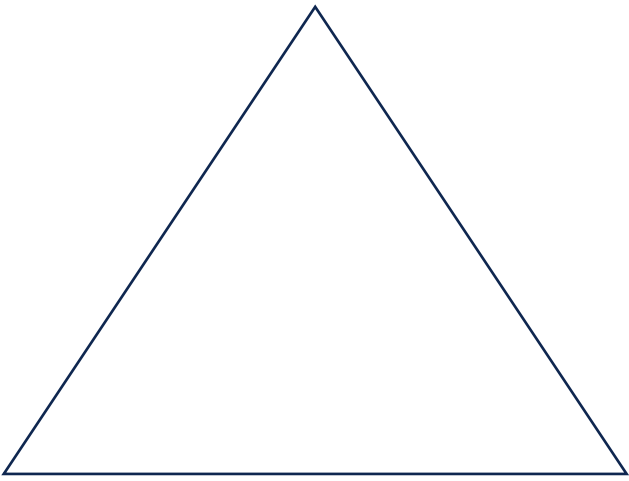
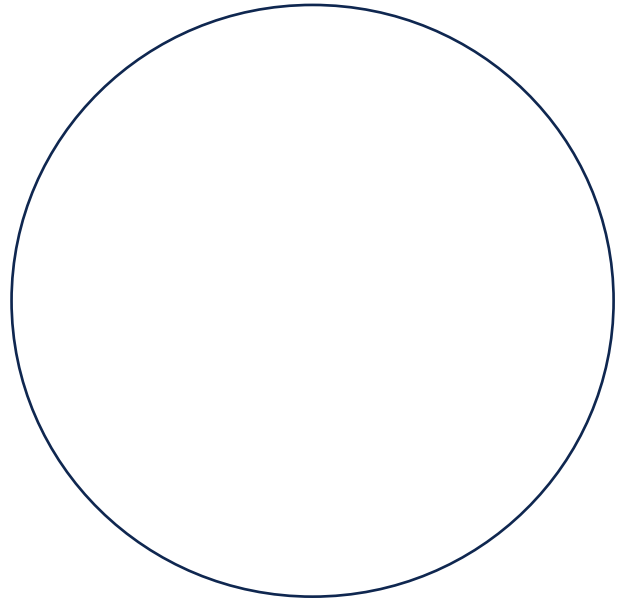
$$\begin{array}{r} 234 \\ + 323 \\ \hline \end{array}$$

$$\begin{array}{r} 234 \\ + 534 \\ \hline \end{array}$$

10 – Motricidade fina

- Colocar molas da roupa numa folha;
- Pinçar objetos (ex: dividir feijões, contas..)
 - Plasticinas com texturas;
 - Com elásticos, trabalhar com os dedos, aproximando e afastando;
- Alinhar feijões ou contas em cima de uma linha;





11 – Festa de sentidos

- De olhos fechados, cheirar canela, limão ou outros e identificar;
- Colocar objetos nas mãos com os olhos fechados e tentar adivinhar pela forma e cheiro;
- Colocar saco de plástico com objetos, fechar os olhos e procurar algum específico (ex: procurar a colher, procurar a bola)

-

A doença de Parkinson é uma doença neurodegenerativa, de caráter progressivo, manifestada por lentidão de movimentos, rigidez articular, tremor em repouso e alterações posturais e de marcha, o que aumenta o risco de complicações, como a imobilidade e as quedas. Ao mesmo tempo, pode acarretar alterações cognitivas, como alteração da atenção, memória, linguagem e caligrafia, bem como obstipação e alterações do sono.

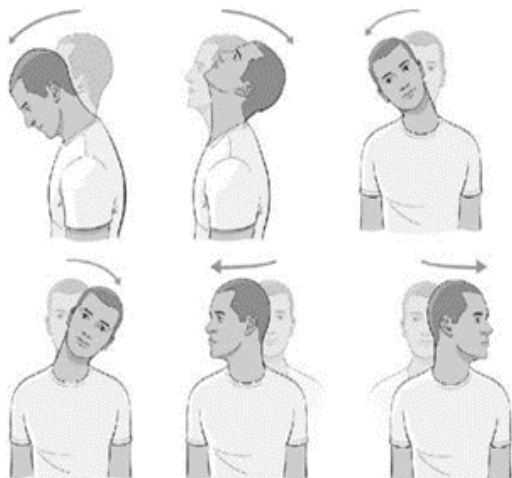
A par do cumprimento do regime terapêutico, alimentação saudável, ingestão de água e controlo de fatores de risco ambientais, como presença de obstáculos em casa que interfira como a marcha, manter a funcionalidade muscular e das articulações permite adiar complicações e manter qualidade de vida.

Os exercícios de mobilização ativa podem ser realizados de forma adaptada, como por exemplo, com bolas ou incorporando jogos ou atividades cognitivas, como contar, enumerar, ou outras.

Exercícios de Mobilização Ativa



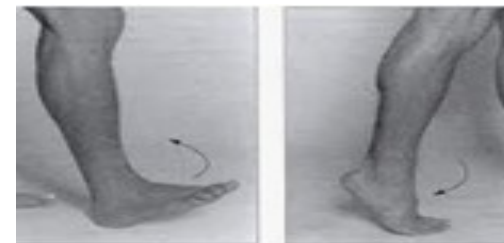
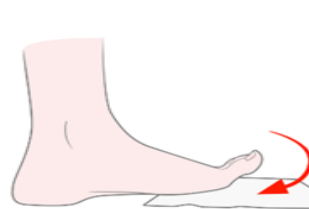
Guião de Exercícios



MOVIMENTOS ATIVOS DA CABEÇA:

- Inclinação para a frente e para trás;
- Inclinação para a direita e para a esquerda;
- Rotação para a direita e para a esquerda.

Repetir 10 vezes cada movimento



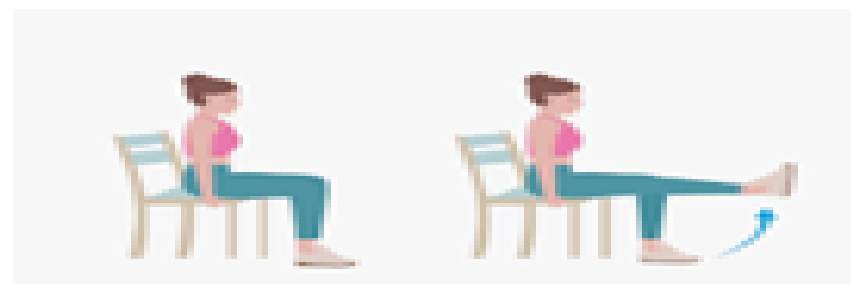
Mobilização dos Dedos do pé:

Com o pé apoiado no chão, levantar os dedos do pé;

Mobilização do Tornozelo:

Com o calcanhar apoiado, levantar o pé. Apoiar de seguida os dedos do pé no chão e levantar o calcanhar.

Repetir cada movimento 10 vezes



Joelho:

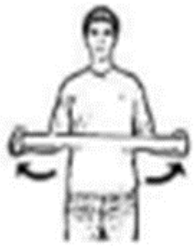
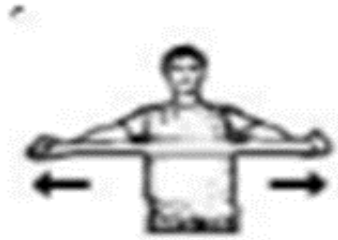
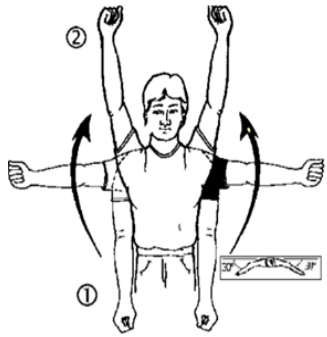
Realizar flexão e extensão do joelho.

Repetir cada movimento 10 vezes



Coxa e Anca:

Colocar almofada entre os joelhos, e apertar, segurando e contando até 3, soltando de seguida.



Mobilização dos Ombros:

- Afastar os braços do corpo e depois elevar;
- Com bola ou bastão, elevar os braços e esticar, acima da cabeça;
- Com o bastão ou bola, lateralizar os ombros, regressando a linha média para depois executar o movimento para o lado oposto;
- Fazer movimento de remo com o bastão, para a frente e para trás, levando o bastão ao queixo e baixando abaixo do umbigo.

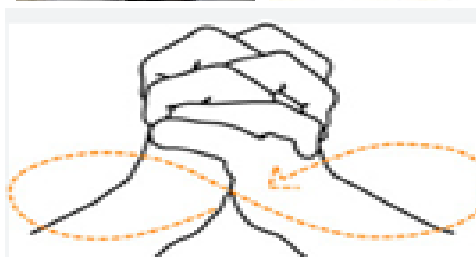
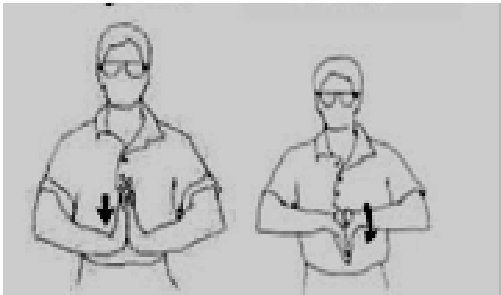
Repetir cada movimento 10 vezes



MOVIMENTOS DOS DEDOS DAS MÃOS:

- Abrir e fechar as mãos;
- Aproximar e afastar os dedos;
- Aproximar e afastar o polegar dos restantes dedos;
- Fazer um O entre o polegar e cada um dos dedos.

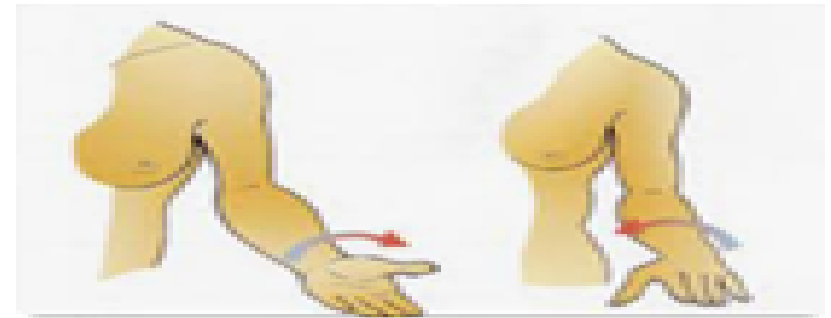
Repetir 10 vezes cada movimento



Movimentos do Punho:

- Entrelaçar os dedos ou juntar as mãos e mobilizar o punho para a frente e para trás;
- Entrelaçar os dedos ou juntar as mãos e mobilizar o punho para a direita e para a esquerda;
- Entrelaçar os dedos e fazer rotação dos punhos;
- Estender os braços e abrir as mãos, fazer o movimento de lateralização das mãos (“lavar os vidros”)

Repetir 10 vezes cada movimento



Antebraço:

Esticar os braços, mãos à frente do corpo, virar a região palmar para cima e para baixo.

Repetir 10 vezes cada movimento



Cotovelos:

Fletir os cotovelos, levar os punhos aos ombros e de seguida estender os membros;

Repetir 10 vezes cada movimento

**ESQUEMA DE
EXERCÍCIO
(Mobilizações
Passivas)
Sr^a M.G.**

Realizar em qualquer altura do dia, consoante tolerancia e estado de consciência.

Repetir diariamente, se possível.

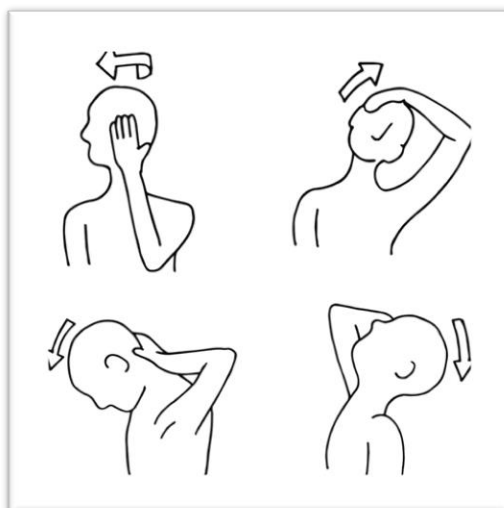
Utilizar técnicas de relaxamento para ambas, como música ou relato de histórias familiares.

Iniciar a sessão com orientação para a data e hora do dia.

Realizar o exercício afastando as pernas e mantendo a postura correta a fim de prevenir lesões para quem o executa.

CABEÇA

- 1 – Retirar a almofada debaixo da cabeça. Baixar a cabeceira. Efetuar suavemente movimentos de rotação da cabeça, colocando a mão no queixo e auxiliando com a outra mão o movimento.**
- 2- Inclinar alternadamente para a direita e para a esquerda, 5x para cada lado.**
- 3- Colocar uma mão a apoiar a região cervical posterior, e com a outra mão no queixo, realizar extensão e flexão cervical suave (5x cada movimento).**



MEMBROS SUPERIORES

Mão

1 – Apoiar o cotovelo na cama e fletir o antebraço de forma a fazer um angulo reto com a cama.

2 - Fixar o punho com uma mão e com a outra fletir os dedos em direção à palma da mão.

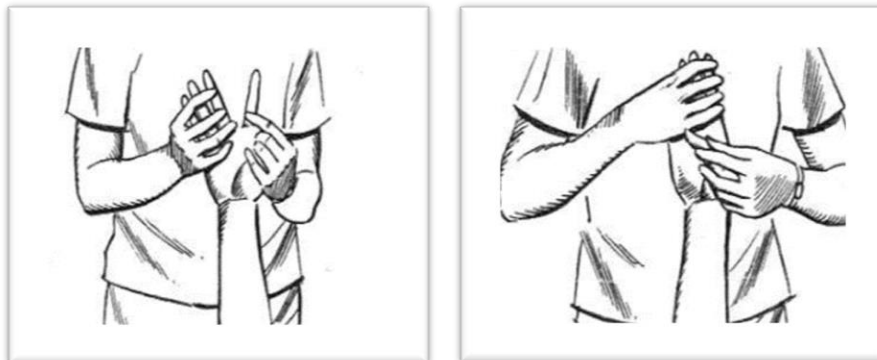
REPETIR 10 VEZES



Fonte: <https://www.passeidireto.com/arquivo/19409089/mobilizacao-passiva-exercicios-resistidos->

3- Mantendo a posição inicial, abrir e fechar os dedos individualmente.

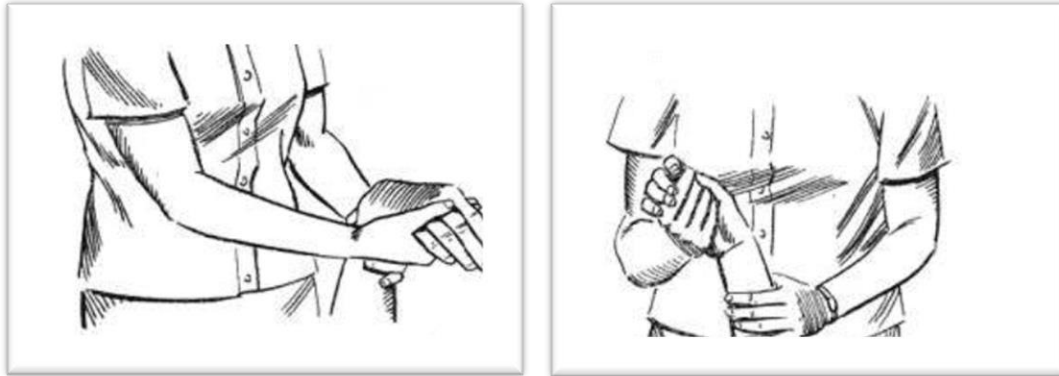
REPETIR 10 VEZES



Fonte: Escola Superior de Enfermagem do Porto

4 – Mantendo o membro na mesma posição, apoiar com uma mão perto do punho e com a outra, mobilizar suavemente o punho e os dedos para a direita e para a esquerda, alternadamente.

REPETIR 10 VEZES PARA CADA LADO



Fonte: Escola Superior de Enfermagem do Porto

5- Mobilizar a articulação do punho e dos dedos para a frente e para trás.

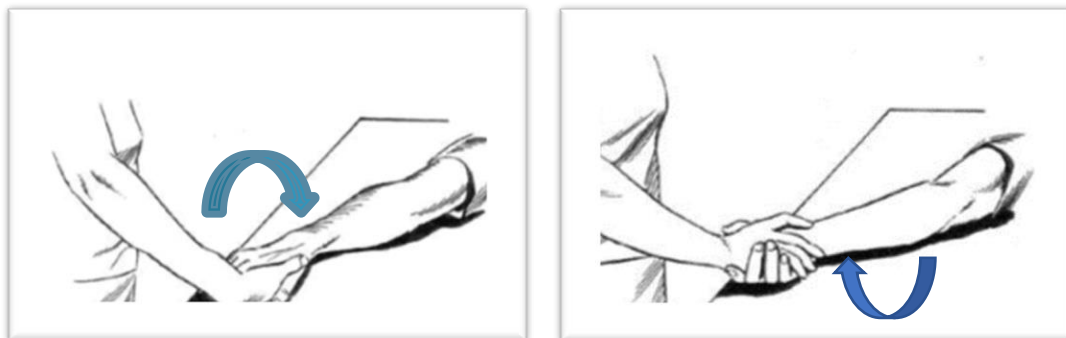
REPETIR 10 VEZES PARA CADA LADO



Fonte: Escola Superior de Enfermagem do Porto

Cotovelo

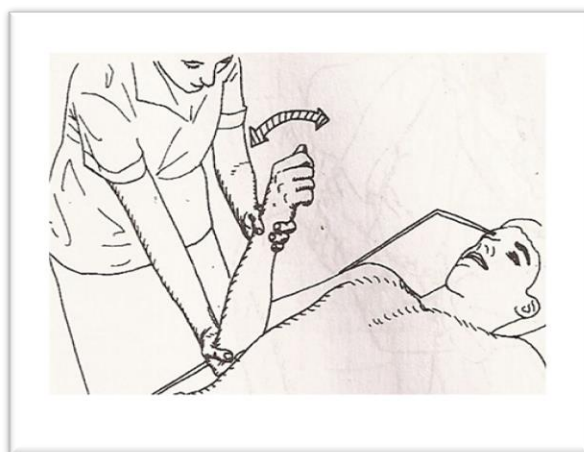
6 – Esticar o membro. Apoiar o cotovelo da pessoa com uma mão, e segurar a mão da pessoa com a outra nossa mão. Realizar movimentos de rotação interna e rotação externa alternadamente do antebraço apenas.



Fonte: Escola Superior de Enfermagem do Porto

7 – Fletir o cotovelo na direção do ombro, seguindo se da sua extensão, alternadamente.

REPETIR 10 VEZES

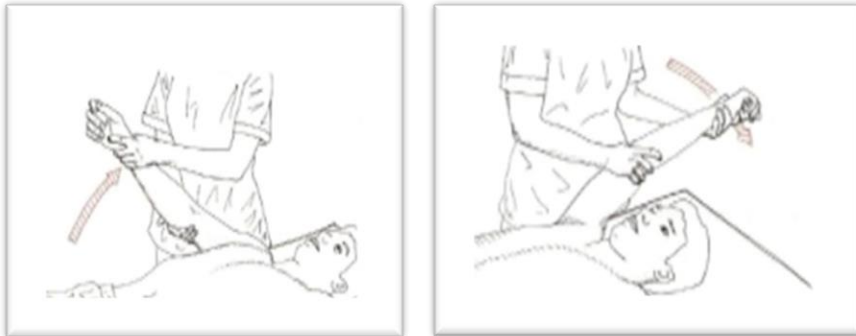


Fonte: <https://www.passeidireto.com/arquivo/19409089/mobilizacao-passiva-exercicios-resistidos-aloneamentos-e-fnn>

OMBRO

8 – Apoiar o braço da pessoa com uma mão, e com a outra, apoiar a mão. Realizar movimentos suaves de elevação do membro, consoante tolerância, e regressar á posição de repouso.

REPETIR 10 VEZES



Fonte: <https://www.passeidireto.com/arquivo/19409089/mobilizacao-passiva-exercicios-resistidos->

9– Afastar o braço do corpo e aproximar, de forma suave.

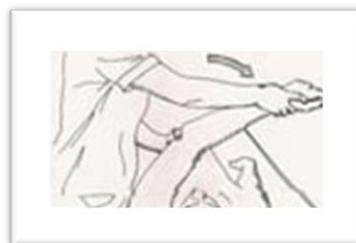
REPETIR 10 VEZES EM CADA MEMBRO



Fonte: <https://www.passeidireto.com/arquivo/19409089/mobilizacao-passiva-exercicios-resistidos-alongamentos-e-fno>

10 – Realizar lateralização do membro.

REPETIR 10 VEZES EM CADA MEMBRO



Fonte: <https://www.passeidireto.com/arquivo/19409089/mobilizacao-passiva-exercicios-resistidos-alongamentos-e-fno>

MEMBROS INFERIORES

PÉ

1 – Colocar almofada acima do calcanhar, de forma a o pé ficar elevado. Realizar flexão e extensão dos dedos.

REPETIR 10 VEZES



Fonte: <https://www.passeidireto.com/arquivo/19409089/mobilizacao-passiva-exercicios-resistidos-alongamentos-e-fnp>

2 – Colocar uma mão sobre o dorso do pé e a outra mão sobre os dedos do pé da pessoa. Fletir o pé para a frente e para trás.

REPETIR 10 VEZES



Fonte: Escola Superior de Enfermagem do Porto

3 – Colocar uma mão debaixo do calcanhar e outra segurando os dedos, girando o pé para o interior e para o exterior, alternadamente.

REPETIR 10 VEZES PARA CADA LADO

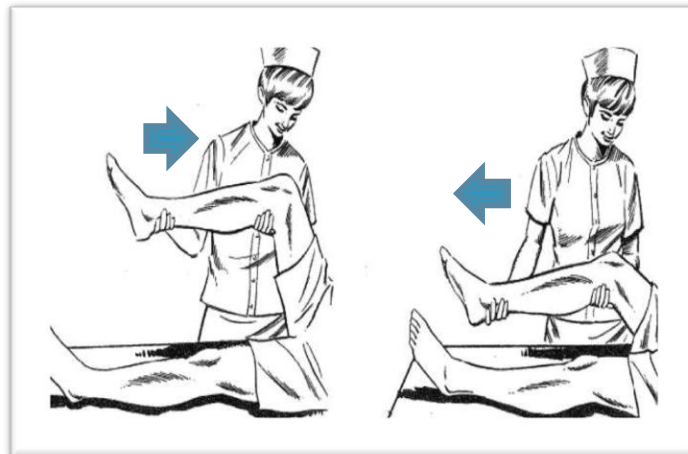


Fonte: Escola Superior de Enfermagem do Porto

JOELHO

4 – Apoiar o membro no pé e joelho. Levantar a perna e dobrar o joelho em direção ao peito, suavemente, consoante tolerância e regressar á posição de repouso.

REPETIR 10 VEZES EM CADA MEMBRO

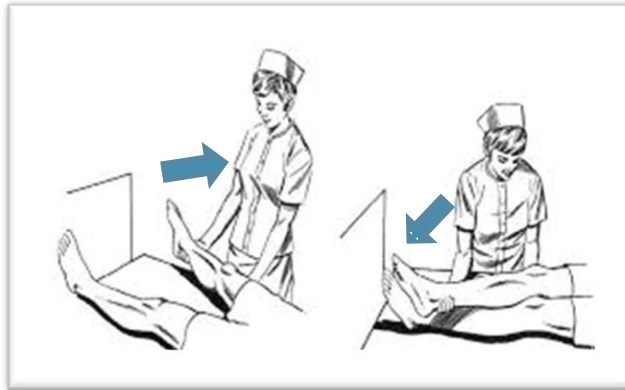


Fonte: Escola Superior de Enfermagem do Porto

ANCA

5 – No MEMBRO INFERIOR ESQUERDO, realizar mobilização interna/externa da articulação coxofemoral, com sobreposição das pernas.

REPETIR 10 VEZES



Fonte: Escola Superior de Enfermagem do Porto

6 – No MEMBRO INFERIOR DIREITO, realizar mobilização **SUAVE** da articulação coxofemoral, com amplitude reduzida, consoante tolerância, e unir os membros inferiores, **SEM SOBREPOR**.

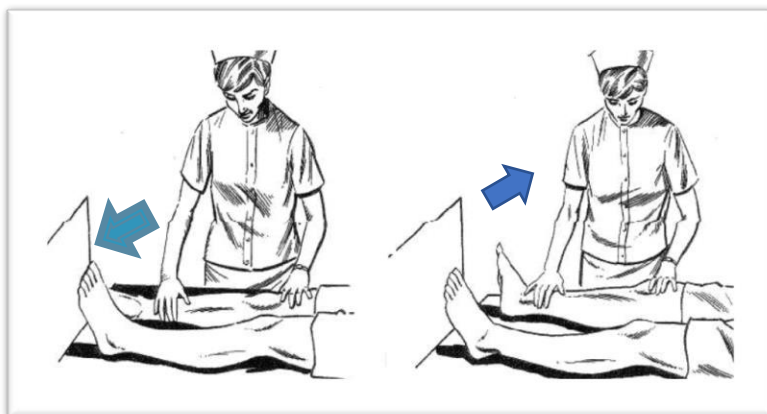
REPETIR 10 VEZES, CONSOANTE TOLERÂNCIA



Fonte: Escola Superior de Enfermagem do Porto

6 – Rodar a perna em movimentos suaves, para dentro e para fora.

REPETIR 10 VEZES CADA LADO



Fonte: Escola Superior de Enfermagem do Porto

7 – Apoiar os pés na cama, dobrando os joelhos. Com uma mão, apoiar a face externa do joelho oposto e rodar os membros em simultâneo, para o lado onde se encontra, e depois para o oposto (manter a grade elevada da cama, do lado oposto onde se encontra).

REPETIR 10 VEZES PARA CADA LADO



Fonte: <https://www.passeidireto.com/arquivo/19409089/mobilizacao-passiva-exercicios-resistidos-alongamentos-e-fnp>