



EGAS MONIZ SCHOOL
of HEALTH & SCIENCE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE
EGAS MONIZ

**2º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE
REABILITAÇÃO**

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

**A INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM
ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NA PESSOA COM
DEMÊNCIA**

*THE INTERVENTION OF THE SPECIALIST REHABILITATION
NURSE IN PEOPLE WITH DEMENTIA*

Filipa Alexandra Ferreira Gonçalves Soeiro

Almada

2025



EGAS MONIZ SCHOOL
of HEALTH & SCIENCE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE
EGAS MONIZ

**2º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE
REABILITAÇÃO**

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

**A INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM
ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NA PESSOA COM
DEMÊNCIA**

*THE INTERVENTION OF THE SPECIALIST REHABILITATION
NURSE IN PEOPLE WITH DEMENTIA*

Filipa Alexandra Ferreira Gonçalves Soeiro

Trabalho realizado sob a orientação da Professora Mestre Dina Peças

Almada

2025

Não contempla as alterações resultantes das provas de discussão pública

***"Vivo sempre no presente. O futuro, não o conheço.
O passado, já não o tenho."***

(Fernando Pessoa)

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar ao meu marido, porque sem ele a concretização deste curso não era possível. Foram diversos os momentos em que teve de assumir o papel de pai e de mãe e que teve de segurar o barco sozinho, conseguindo evitar que este se afundasse mesmo nos dias de tempestade.

Aos meus filhos pela compreensão e adaptação a esta nova etapa, que tanto lhes privou de tempo com a mãe porque tinha mais um trabalho para fazer, mais um artigo para ler e um computador a chamar constantemente por ela. Espero que esta ausência seja uma aprendizagem para eles no futuro, de que não devem desistir por mais árduo que seja o caminho.

À minha mãe que esteve sempre na retaguarda a apoiar e que nunca me deixou desistir. À minha professora orientadora Dina Peças pela disponibilidade, partilha de conhecimento e experiência, orientação, apoio e incentivo ao longo deste percurso, fundamentais para o meu crescimento pessoal e profissional.

Aos restantes professores, em especial ao Professor Doutor Júlio Fernandes, e Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação orientadores que tive o privilégio de conhecer por todo o profissionalismo, partilha e paciência, imprescindíveis para a minha aprendizagem.

Aos utentes alvo da minha intervenção pela confiança depositada, aceitação da minha presença e adesão aos planos de cuidados de enfermagem de reabilitação, permitindo obter ganhos em saúde.

À minha equipa que segurou o barco e o levou a bom porto na minha ausência.

Aos meus colegas de curso pelo companheirismo, apoio e disponibilidade, que tornaram este percurso mais fácil e gratificante.

DECLARAÇÃO DE INTEGRIDADE

Declaro que o meu desempenho ao longo deste percurso respeitou os princípios éticos e deontológicos, que regem a nossa profissão de enfermagem, assim como respeitei o Código de Conduta Ética da Escola Superior de Saúde Egas Moniz.

Declaro também que mantive sempre a integridade na elaboração do presente relatório de estágio, sem recorrer à prática de plágio, nem utilizar a informação de forma indevida ou falseada até à sua finalização.

LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E ACRÓNIMOS

ACES - Agrupamento do Centro de Saúde
APA - American Psychiatric Association
AVD - Atividades de vida diária
DA - Doença de Alzheimer
DCL - Demência de Corpos de Lewy
DFT - Demência Frontotemporal
DV - Demência Vascular
ECCI - Equipa de Cuidados Continuados Integrados
EE - Enfermeiro Especialista
EEER - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação
EOT - Entubação Orotraqueal
ERPI - Estrutura Residencial para Idosos
ESSEM - Escola Superior de Saúde Egas Moniz
FM - Força Muscular
GCS - Escala de Coma Glasgow
MI - Membro inferior
MIF - Medida de Independência Funcional
MMSE - MiniMentalState Examination
MoCA - Montreal Cognitive Assessment
MRC- Medical Research Council
MS - Membro superior
OE - Ordem dos Enfermeiros
PEG - Percutaneous Endoscopic Gastrostomy
PSE - Escala de Perceção Subjetiva do Esforço
RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
TCE - Traumatismo Crânioencefálico
VMER - Viatura Médica de Emergência e Reanimação
WHO - World Health Organization

RESUMO

A demência caracteriza-se por um declínio progressivo das capacidades intelectuais e funcionamento da pessoa, incapacitando-a de se relacionar eficazmente com os outros e de ser autónoma nas suas atividades de vida diária. É considerada uma das principais causas de incapacidade e dependência do idoso a nível mundial, tendo grande impacto na qualidade de vida da pessoa, família e cuidador. Mais de 55 milhões de pessoas sofrem de demência, estimando-se um aumento para 132 milhões em 2050. É, portanto, uma prioridade de saúde pública e social pelo crescente número de casos de demência e impacto avassalador a nível físico, psicológico, social e económico.

Face à problemática identificada, foi elaborado previamente um projeto de estágio, sendo definidos objetivos e planeadas atividades a desenvolver, no âmbito da reabilitação da pessoa com demência. O presente relatório apresenta a descrição e análise das atividades realizadas ao longo dos estágios para o desenvolvimento de competências, com vista à obtenção do título de enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação definido pela Ordem dos Enfermeiros, bem como a obtenção do grau de Mestre definidos pelos descritores de Dublin do 2º ciclo, permitindo minimizar o efeito da problemática.

Assim, as intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação promotoras da reabilitação da pessoa com demência, nomeadamente exercício físico, atividade social, prevenção de quedas, reabilitação cognitiva, motivação e envolvimento do cuidador, são necessárias e fundamentais para prevenir e retardar a progressão da demência. Para tal, devem ser identificadas as consequências funcionais negativas da pessoa com demência e os seus fatores de risco, para ser possível a maximização da sua funcionalidade, bem-estar e qualidade de vida, conforme refere a Teoria das Consequências Funcionais de Carol Miller. Esta teoria sustentou toda a intervenção na prática clínica e no processo de tomada de decisão.

Palavras Chave: Enfermagem de Reabilitação, Demência e Intervenção.

ABSTRAT

Dementia is characterized by a progressive decline in a person's intellectual abilities and functioning, rendering them unable to interact effectively with others and to be independent in their daily activities. It is considered one of the leading causes of disability and dependence among older adults worldwide, having a major impact on the quality of life of the person, their family, and their caregiver. More than 55 million people suffer from dementia, with an estimated increase to 132 million by 2050. It is therefore a public and social health priority due to the growing number of cases of dementia and its devastating physical, psychological, social, and economic impact.

In view of the problem identified, an internship project was drawn up in advance, setting out objectives and planning activities to be carried out in the field of rehabilitation for people with dementia. This report presents a description and analysis of the activities carried out during the internships for the development of skills, with a view to obtaining the title of specialist nurse in rehabilitation nursing defined by the Order of Nurses, as well as obtaining a Master's degree defined by the Dublin descriptors of the 2nd cycle, thereby minimizing the effect of the problem.

Thus, the interventions of the Specialist Nurse in Rehabilitation Nursing that promote the rehabilitation of people with dementia, namely physical exercise, social activity, fall prevention, cognitive rehabilitation, motivation, and caregiver involvement, are necessary and fundamental to prevent and delay the progression of dementia. To this end, the negative functional consequences of the person with dementia and their risk factors must be identified in order to maximize their functionality, well-being, and quality of life, as stated in Carol Miller's Functional Consequences Theory. This theory underpinned the entire intervention in clinical practice and the decision-making process.

Keywords: Rehabilitation Nursing, Dementia and Intervention.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	12
1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	15
1.1. A DEMÊNCIA.....	15
1.1.1 Causas	17
1.1.2. Fatores de Risco	19
1.1.3. Sintomas Neuropsiquiátricos	19
1.1.4. Tratamento.....	20
1.2. AS INTERVENÇÕES DO EEER NA PESSOA COM DEMÊNCIA	21
1.2.1. Categoria 1: Exercício físico	21
1.2.2. Categoria 2: Atividade Social	23
1.2.3. Categoria 3: Prevenção de quedas	23
1.2.4. Categoria 4: Reabilitação cognitiva	24
1.2.5. Categoria 5: Envolvimento do cuidador	24
1.2.6. Categoria 6: Motivação	24
1.3. A TEORIA DAS CONSEQUÊNCIAS FUNCIONAIS.....	25
2. DESCRIÇÃO E ANÁLISE DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS	27
2.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO EE.....	27
2.1.1. A – Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal 27	
2.1.2. B – Domínio da melhoria contínua da qualidade	30
2.1.3. C – Domínio da gestão dos cuidados.....	33
2.1.4. D – Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais	36
2.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO EEER	38
2.2.1. J1 - Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados	38
2.2.2. J2 - Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania.....	43
2.2.3. J3 - Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa	47
2.3. AVALIAÇÃO	49
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	54

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	56
APÊNDICES.....	63
APÊNDICE I – REVISÃO SCOPING	
APÊNDICE III – INQUÉRITO “SÍNDROME DE BURNOUT”	
APÊNDICE IV – RESULTADOS DO INQUÉRITO “SÍNDROME DE BURNOUT”	
APÊNDICE V - CARTAZ DE ORIENTAÇÃO TEMPORAL	
APÊNDICE VI – CADERNO DE ESTIMULAÇÃO COGNITIVA	
APÊNDICE VII – CADERNO ESTRUTURADO DE REABILITAÇÃO COGNITIVA	
APÊNDICE VIII - FOLHETO “EXERCITAR O CORPO E A MENTE”	
APÊNDICE XIX - FOLHETO “DEMÊNCIA”	
APÊNDICE X - MALA DE REABILITAÇÃO	
APÊNDICE XI – FOLHAS PARA PINTURA COM ÁGUA	
APÊNDICE XII - TECIDO QUADRICULADO PARA ENFIAR CORDEL	
APÊNDICE XIII - REEDUCAÇÃO FUNCIONAL RESPIRATÓRIA E MOTORA NO PÓS-OPERATÓRIO	
APÊNDICE XIV – AÇÃO SENSIBILIZAÇÃO SOBRE A DEMÊNCIA	
APÊNDICE XV - MÓDULO GESTÃO COMPORTAMENTAL DO PLANO DE FORMAÇÃO SOBRE CUIDAR DA PESSOA COM DEMÊNCIA	
APÊNDICE XVI – POSTER “AS INTERVENÇÕES DO EEER NA PESSOA COM DEMÊNCIA”	
APÊNDICE XVII – ESTUDO DE CASO “A PROMOÇÃO DA FUNCIONALIDADE DA PESSOA COM DEMÊNCIA NAS ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIAS”	
APÊNDICE XVIII – QUADRO DE ORIENTAÇÃO TEMPORAL	
APÊNDICE XIX - TABULEIRO DE ESTIMULAÇÃO COGNITIVA E SENSORIAL	
APÊNDICE XXI – CLASSE DE GRUPO DE MOBILIDADE	
APÊNDICE XXII – FOLHETO “CUIDAR DA PESSOA COM DEMÊNCIA E CUIDAR DE QUEM CUIDA”	
ANEXOS.....	343
ANEXO I - FOLHETOS INFORMATIVOS	

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Análise SWOT

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Causas das demências

Figura 2 – Teoria das consequências funcionais

INTRODUÇÃO

No âmbito do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde Egas Moniz (ESSEM) foi proposto a elaboração do presente relatório de estágio, constituindo-se como objeto de avaliação da unidade curricular Estágio e Relatório, a qual decorreu entre 20 de maio de 2024 a 26 de fevereiro de 2025 em diferentes contextos. Os estágios foram realizados numa unidade de internamento da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), em contexto comunitário numa Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), em contexto hospitalar nos serviços de ortopedia e neurocirurgia. O último estágio destinou-se à formação na comunidade, sendo esta realizada em grupo e em dois momentos distintos para a equipa técnica de uma RNCCI e para a equipa de assistentes operacionais de uma Estrutura Residencial para Idosos (ERPI), respetivamente.

Um relatório permite organizar, interpretar e sintetizar a informação, de forma a transmiti-la e convertê-la em conhecimento (Ruivo et al., 2010). Nesse sentido, este relatório intitulado "A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) na pessoa com Demência", visa refletir sobre a prática clínica e descrever as atividades realizadas ao longo dos estágios para o desenvolvimento de competências com base numa Teoria de Enfermagem. Pretende também, aprofundar conhecimentos sobre a problemática identificada, sendo esta a pessoa com demência, e demonstrar que a intervenção do EEER contribui para a promoção da qualidade de vida da pessoa com demência, família e cuidador e, por sua vez, prevenção ou atraso da progressão da demência. As atividades planeadas e descritas no projeto de estágio para a concretização dos objetivos propostos foram implementadas com vista à obtenção do grau de Mestre, na área de especialização em Enfermagem de Reabilitação, através do desenvolvimento de competências específicas de EEER e competências comuns do Enfermeiro Especialista (EE) definidas pela Ordem dos Enfermeiros (OE) bem como das competências preconizadas nos descritores de Dublin para o 2º ciclo de ensino. Para desenvolver essas competências, foram delineados os seguintes objetivos gerais: desenvolver competências de EE para cuidar da pessoa com alterações ao nível motor, sensorial, cognitivo, cardíaco, respiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade para a sua reinserção e exercício da cidadania; e, desenvolver competências de EEER na promoção da qualidade de vida e independência da pessoa com demência.

A demência é uma síndrome que se caracteriza por deterioração da memória associada a défice de, pelo menos, outra função cognitiva como linguagem, perceção, práxis, habilidade para realizar o autocuidado, capacidade para resolver os problemas quotidianos, pensamento abstrato e capacidade para realizar julgamentos, interferindo com o seu desempenho social, ocupacional, profissional ou nas atividades instrumentais de vida diária (Caldas, 2002; Schindwein-Zanini, 2010; Villarejo Galende et al., 2021).

À medida que a demência evolui, é inevitável a perda de autonomia e funcionalidade da pessoa, tornando-a totalmente dependente de terceiros, motivo pelo qual é considerada uma das principais causas de institucionalização (Villarejo Galende et al., 2021). A referida síndrome neurológica degenerativa manifesta-se de diversas formas, sendo as mais comuns a doença de Alzheimer (DA) (60-70% dos casos), seguindo-se a demência vascular (DV), a demência com corpos de Lewy (DCL) e a demência frontotemporal (DFT), e pode ser considerada leve, moderada e grave (Portugal et al., 2020; Santos et al., 2025).

A escolha do tema surge por dois motivos. O primeiro por ser uma área de interesse pessoal e profissional, pois desde 2012 que prestamos cuidados à população idosa de uma ERPI e, visto que, a demência é o diagnóstico que mais prevalece nos últimos anos, houve necessidade de se aprofundar conhecimentos sobre a referida síndrome bem como conhecer as intervenções promotoras de reabilitação da pessoa com demência para a maximização da capacidade funcional da pessoa e, por sua vez, qualidade de vida. O segundo deve-se à sua pertinência, uma vez que a demência é considerada uma prioridade de saúde pública a nível mundial, não só pelo aumento exponencial do número de casos de demência, nomeadamente 35,6 milhões de casos diagnosticados e que devem triplicar em 2050 (WHO, 2017), como pelo seu impacto na vida da pessoa, família e/ou cuidador e comunidade, com carga socioeconómica associada, conforme refere o Despacho n.º 5988/2018, de 19 de junho. A sua pertinência também se deve pela necessidade de investimento nesta área: capacitação dos profissionais de saúde, consciencialização pública, disponibilidade de recursos e acesso à informação de qualidade, para ser possível o diagnóstico precoce da demência e o suporte adequado às pessoas afetadas, de forma a tornar a sociedade mais inclusiva (Silva et al., 2024).

Assim, a intervenção do EEER é fulcral para dar resposta às necessidades da pessoa, em particular da pessoa com demência, maximizando a sua funcionalidade, independência e qualidade de vida o mais tempo possível, uma vez que este "*concebe, implementa e monitoriza planos de enfermagem de reabilitação diferenciados, baseados nos problemas reais e potenciais da pessoa*" (OE, 2019a,p.13565), contribuindo para a redução do impacto sobre os cuidadores e familiares, os serviços de saúde e sociais e a economia.

Para suportar toda a intervenção recorreu-se à Teoria das Consequências Funcionais, desenvolvida por Carol Miller (2012), uma vez que a intervenção de Enfermagem deve atenuar os efeitos negativos do envelhecimento e eliminar os fatores de risco, de forma a obter resultados de bem-estar como a maximização da funcionalidade, da segurança e a qualidade de vida, coincidindo com as competências específicas do EEER.

O presente relatório segue as instruções para a elaboração do projeto e relatório de estágio dos mestrados de enfermagem da ESSEM e encontra-se estruturado da seguinte forma: introdução, seguida do enquadramento conceptual do tema, as intervenções do EEER na pessoa com demência segundo os resultados da revisão *scoping*, a teoria de enfermagem que suportou a prática clínica, a descrição, análise e reflexão crítica sobre o desempenho ao longo dos estágios para o desenvolvimento das competências específicas do EEER e

comuns do EE conforme os Regulamentos nº 392/2019 e nº 140/2019, respetivamente. Posteriormente, realiza-se uma avaliação das forças, fraquezas, oportunidades e ameaças relativamente ao percurso realizado e, por último, seguem-se as considerações finais com a respetiva reflexão sobre os resultados obtidos com o processo de aprendizagem, as referências bibliográficas segundo a norma da American Psychological Association 7ª edição, e os apêndices.

De referir que o presente documento cumpre as regras do novo acordo ortográfico.

1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

O presente capítulo pretende abordar a problemática identificada e aprofundar conhecimentos sobre a demência, apresentar as intervenções do EEER promotoras de reabilitação na pessoa com demência e abordar a Teoria das Consequências Funcionais de Carol Miller (2012).

1.1. A DEMÊNCIA

A demência é definida como uma síndrome cerebral, geralmente de natureza crónica e progressiva, que se manifesta através de um declínio substancial nas capacidades cognitivas. As áreas afetadas incluem memória, raciocínio, orientação, comunicação, cálculo e discernimento. Além disso, a condição pode levar a mudanças no controlo emocional e na motivação (Portugal et al., 2020; Oliveira et al., 2025). Esta explicação destaca os principais sintomas e a natureza da demência. Portanto, a pessoa com demência apresenta prejuízo funcional decorrente do declínio cognitivo, em relação à sua condição prévia (Parmera & Nitrini, 2015). A demência conduz usualmente à perda de autonomia e independência da pessoa, tornando-se totalmente dependente de terceiros, com prejuízo na sua atividade social, laboral e de lazer bem como impacto significativo na vida dos familiares e cuidadores pela sobrecarga e sofrimento (Portugal et al., 2020; Villarejo Galende et al., 2021). A evolução da demência altera a dinâmica familiar, podendo gerar-se conflitos e, por vezes, a separação do agregado familiar (Nascimento & Figueiredo, 2020).

Em 2015, a demência afetou 47 milhões de pessoas em todo o mundo (cerca de 5% da população idosa mundial), estimando-se um aumento para 75 milhões em 2030 e 132 milhões em 2050. A nível mundial, cerca de 9,9 milhões de pessoas por ano desenvolvem a demência, ou seja, há um novo caso a cada três segundos, sendo considerada a sétima maior causa de morte no mundo (WHO, 2017; Portugal et al., 2020).

O envelhecimento populacional tem contribuído para um aumento dos problemas de saúde mental, destacando-se as doenças degenerativas e as síndromes demenciais, verificando-se um aumento exponencial da prevalência média das demências de 2,3% para 42%, no grupo etário dos 65 aos 69 anos (Fernandes, 2020). Segundo os dados de Alzheimer Europe (2019), as pessoas com demência em Portugal representaram 1,88% em 2018 e em 2050 estima-se um aumento para 3,82%. Estima-se, portanto, que em Portugal a demência afete 20 em cada 1000 habitantes, duplicando os casos de demência em 2050 para cerca de 40,5 casos por 1000 habitantes (Fernandes, 2020). Portugal é considerado o quarto país da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico com maior número de casos com demência (Portugal et al., 2020).

A demência é uma das principais causas de incapacidade e dependência nos idosos a nível mundial, interferindo progressivamente na sua capacidade de realizar as atividades de vida

diária (AVD) (WHO, 2017; Caramelli et al., 2025). Associa-se a uma deterioração cognitiva gradual acompanhada por sintomas psicológicos, como a depressão, ansiedade, delírio ou alucinações, ou por alterações comportamentais, como a agitação, agressividade ou apatia (Portugal et al., 2020; García-Martín et al., 2022).

A progressão da demência divide-se em fase inicial, intermédia e avançada. Na primeira fase, há alteração da memória a curto prazo e uma certa desorientação espaço temporal, que muitas vezes passam despercebidas ou são desvalorizadas por serem associadas ao processo de envelhecimento. Na fase intermédia, os sintomas são mais evidentes, surgindo dificuldades na comunicação, na resolução de problemas e na identificação de pessoas, onde poderão apresentar alterações do humor e de comportamento bem como dificuldades nas AVD. Na última fase, há uma deterioração severa das funções mentais da pessoa que conduzem à inatividade e dependência total (Portugal et al., 2020; Schilling et al., 2022). Atualmente, segundo a WHO (2017), a demência quando é diagnosticada já se encontra numa fase tardia da doença, existindo uma grande lacuna na prevenção e tratamento desta. A implementação de intervenções preventivas, com vista a retardar o processo de envelhecimento cerebral e reduzir o risco de doenças neurodegenerativas, torna-se urgente, como a prática de uma alimentação equilibrada e mediterrânea (devido aos seus efeitos anti-inflamatórios e antioxidantes), prática regular de exercício físico (combinação de exercícios aeróbios e resistidos), controlo dos fatores de risco cardiovascular e participação em atividades cognitivas e sociais (Oliveira et al., 2025).

Apesar da idade ser considerada o maior fator de risco para a demência, esta síndrome não afeta exclusivamente os idosos nem é uma consequência inevitável do envelhecimento. Contudo, a demência é uma das principais causas de incapacidade neste grupo etário, sendo um desafio para a sociedade o planeamento de cuidados de saúde e sociais (Portugal et al., 2020).

Verifica-se, ainda, uma falta de sensibilização e compreensão sobre a demência, resultando em barreiras ao diagnóstico e aos cuidados, com custos elevadíssimos para os serviços de saúde e sociais e, por sua vez, com repercussões no desenvolvimento económico mundial (WHO, 2017). Alguns estudos referem que devem ser considerados nos custos das demências, a perda de produtividade dos cuidadores, assim como os custos e a utilização de recursos de saúde pelos próprios (Costa et al., 2021). Portanto, é necessária e urgente a implementação de medidas públicas de saúde no âmbito da investigação, prevenção, diagnóstico precoce, tratamento, envolvimento multidisciplinar e educação para a saúde, de forma a dar resposta às necessidades dessa população em ascensão demográfica e, por sua vez, reduzir a carga de saúde, social e económica da demência (Parmera & Nitrini, 2015; Villarejo Galende et al., 2021). Neste sentido, a WHO (2017) elaborou um plano de ação global sobre a resposta de saúde pública à demência com o objetivo de sensibilizar a população para a sua importância e inclusão, a fim de se minimizar os fatores de risco e proceder-se ao diagnóstico precoce para um tratamento e assistência imediatos. Este plano

também visa dar suporte aos cuidadores, desenvolver sistemas de informação em saúde adequados à demência e promover a investigação científica sobre o tema.

1.1.1 Causas

As causas de demência podem ser designadas por primárias ou neurodegenerativas, onde há morte de células cerebrais devido a uma inflamação cerebral numa localização específica por motivos ainda desconhecidos, e por secundárias ou não degenerativas. Fazem parte das doenças neurodegenerativas a DA, a DFT e a DCL (Nóbrega et al., 2022; Smid et al., 2022). Outras doenças como a doença de Parkinson, a paralisia supranuclear progressiva, a síndrome corticobasal e a doença de Huntington podem desencadear demência ao longo da sua evolução (Smid et al., 2022).

Relativamente às doenças não degenerativas, a mais frequente é a DV, que é irreversível. Contudo, há causas reversíveis de demência e quando devidamente identificadas podem resolver os sintomas, nomeadamente sífilis, infeção pelo vírus de imunodeficiência humana (VIH), défices vitamínicos e minerais (por exemplo: Vitamina B12 e ácido fólico) e alterações hormonais (Nóbrega et al., 2022; Smid et al., 2022). Na figura 1 encontram-se sintetizadas as causas da demência referenciadas.

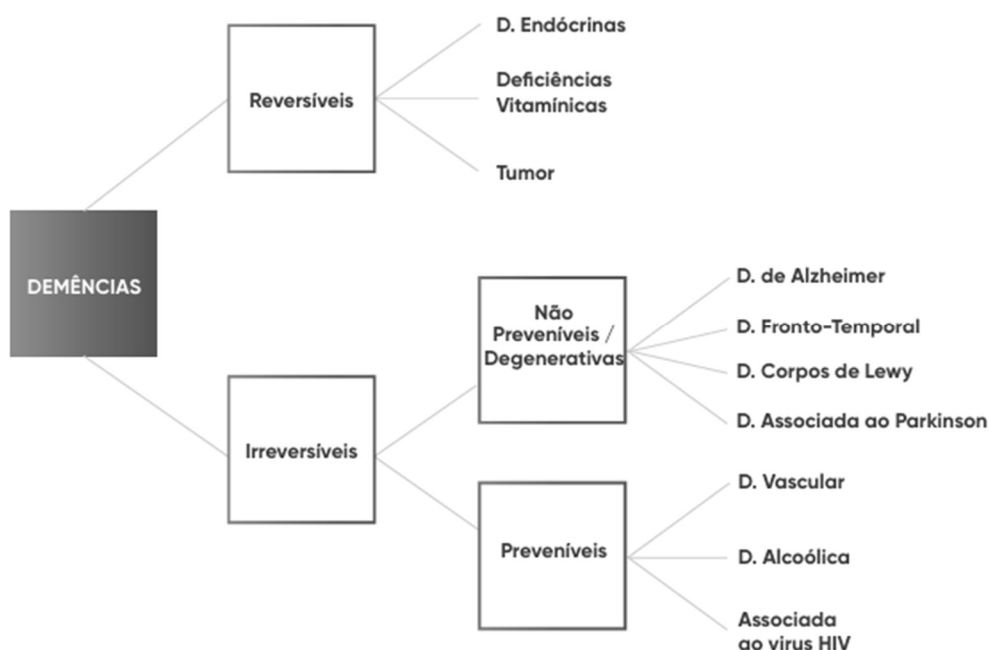


Figura 1 – Causas da demência

Fonte: Caldas de Almeida et al. (2015). Manual de Boas Práticas Demência, p.8

A DA é a causa mais comum de demência, correspondendo a 70% dos da totalidade dos casos, manifestando-se inicialmente por défices mnésicos e ao longo da sua evolução atinge a linguagem, a capacidade visuoespacial e as funções executivas, tornando-se totalmente dependente na fase terminal da doença (Firmino et al., 2016). Afeta 3% das

peessoas com 65 a 74 anos, mas atinge um terço daqueles com mais de 85 anos e principalmente as mulheres (Nóbrega et al., 2022). A esperança média de vida após o diagnóstico é cerca de 10 anos, contudo há pessoas que conseguem viver durante 20 anos com esse diagnóstico, sendo a causa de morte a infeção respiratória por aspiração e não a demência propriamente dita (American Psychiatric Association [APA], 2014).

A DA é causada pelo depósito de proteínas tau, que originam as tranças neurofibrilares no interior dos neurónios, e de placas do amiloide no exterior dos neurónios, perturbando o funcionamento destes e, progressivamente, conduzem à morte dessas células (Nóbrega et al., 2022). Pode ser genética e nesta o seu início é mais precoce (mais frequente aos 50 anos), evidenciando-se uma mutação num dos genes causadores da doença, nomeadamente proteína precursora do amiloide, presenilina 1 ou presenilina 2 (APA, 2014; Firmino et al., 2016).

A DFT atinge localizações do cérebro diferentes da DA e, portanto, provocam sintomas diferentes como alterações da personalidade, do comportamento, da linguagem e do pensamento (Nóbrega et al., 2022). Surge maioritariamente entre os 45 e 70 anos, atingindo mais frequentemente o sexo masculino (Firmino et al., 2016).

A DFT causa atrofia dos lobos frontal e temporal de forma distinta e compreende três fenótipos clínicos diferentes, a variante comportamental, que é a mais comum e com início mais precoce, e as variantes linguísticas, nomeadamente a afasia progressiva primária semântica e a não fluente, respetivamente (Nóbrega et al., 2022; de Souza et al., 2022). Na primeira variante, a pessoa pode apresentar apatia ou desinibição (APA, 2014). Na DFT há um elevado risco de causa genética, sendo a componente familiar mais evidente nos casos com variante comportamental da doença (48% dos casos) do que com a variante linguística (12% dos casos) (Nóbrega et al., 2022).

A DCL deve-se à acumulação de agregados da proteína α -sinucleína no cérebro (corpos e neurites de Lewy), potenciando a perda neuronal (Monteiro et al., 2020). É muito comum, manifestando-se primeiramente com declínio cognitivo e, posteriormente, parkinsonismo espontâneo (APA, 2014). A tríade característica da DCL é: demência, alucinações visuais complexas precoces, juntamente com delírios, e mais tarde, o parkinsonismo (Caramelli et al., 2022). São frequentes os episódios de síncope, quedas e incontinência urinária (APA, 2014).

A DV é a segunda forma mais comum de demência depois da DA, podendo ser causada após um enfarte (20 a 30% dos casos), dependendo do seu tamanho e localização. A prevalência de DV aumenta de 13% aos 70 anos de idade para 44,6% aos 90 anos (APA, 2014). Pode resultar de diferentes lesões vasculares cerebrais, causadas por isquemia, hipoxia ou hemorragia cerebral, manifestando-se por alterações cognitivas e sinais motores e sensitivos focais (Firmino et al., 2016). São considerados como fatores de risco para a DV, os mesmos das doenças cardiovasculares, nomeadamente hipertensão arterial, diabetes, tabagismo, obesidade, dislipidemia, entre outros (APA, 2014; Parmera & Nitrini, 2015).

De referir que a pessoa pode apresentar DA e a DV em simultâneo, designando-se por demência mista (Smid et al., 2022).

1.1.2. Fatores de Risco

Existem diversos fatores de risco, não modificáveis e modificáveis. Dos fatores de risco não modificáveis fazem parte a idade, o sexo, a etnia e a genética. O risco de desenvolver DA ou DV aumenta a partir dos 65 anos e duplica a cada 5 anos, sendo a DA mais vulgar nas mulheres (ainda sem motivo aparente) e a DV nos homens, talvez pelo risco acrescido de desenvolver doença cerebral vascular (Firmino et al., 2016; Nóbrega et al., 2022). Estima-se que a demência afete 1 em cada 14 pessoas acima dos 65 anos e 1 em 6 pessoas com mais de 80 anos (Nóbrega et al., 2022).

Pessoas que possuem variantes do gene apolipoproteína E (APOE) apresentam maior risco de desenvolver a DA em idade avançada (Nóbrega et al., 2022; Oliveira et al., 2025). Há também mutações genéticas associadas à demência, caso o progenitor apresente uma dessas mutações significa que o seu descendente terá 50% de probabilidade de herdar essa mutação e, portanto, de desenvolver DA. Pessoas asiáticas e africanas têm maior risco de desenvolver DV (Nóbrega et al., 2022).

Relativamente aos fatores de risco modificáveis fazem parte a hipertensão arterial, a diabetes Mellitus tipo II, o isolamento social, a baixa escolaridade, a depressão, a falta de vitamina D, a dislipidemia, a obesidade, bem como os estilos de vida, nomeadamente o sedentarismo, tabagismo, alcoolismo e alimentação desequilibrada (Sousa et al., 2021; Schilling et al., 2022).

Outro fator de risco a considerar é a privação do sono, pois a inexistência de um sono profundo, potencia o aumento das proteínas neurotóxicas, por ex: a beta-amiloide, aumentando o risco de demência (Oliveira et al., 2025).

Deste modo, a adoção de um estilo de vida saudável e a implementação de intervenções clínicas, como a prática de exercício físico regular, o cumprimento de uma dieta mediterrânea, o controlo adequado da hipertensão e diabetes, a realização de atividades de estimulação cognitiva, entre outros, são recomendadas para reduzir o risco de demência e, por sua vez, reduzir o impacto pessoal, socioeconómico e de saúde pública desta síndrome (Caramelli et al., 2022; Oliveira et al., 2025).

1.1.3. Sintomas Neuropsiquiátricos

Os sintomas neuropsiquiátricos ou sintomas comportamentais e psicológicos da demência (SCPD), designam-se por um conjunto de sintomas e sinais relacionados com alterações da perceção, do pensamento, do humor ou do comportamento, surgindo em cerca de 80-90% dos casos e variando consoante o tipo da doença (Bremenkamp et al., 2014). Determinada zona do cérebro corresponde a uma função específica, como a memória, as emoções, os movimentos ou a sensibilidade. Quando surge uma doença cerebral como a

demência, verifica-se a degenerescência de células cerebrais em certas zonas, surgindo sintomas relacionados com as zonas mais afetadas (Caldas de Almeida et al., 2015). Os sintomas intensificam à medida que a demência evolui (Schilling et al., 2022) e diminuem a qualidade de vida da pessoa e aumentam o stress do cuidador, sendo também um dos motivos da institucionalização precoce (Bremenkamp et al., 2014).

Os 12 sintomas foram agrupados em sub-síndromes: hiperatividade (agitação, euforia, desinibição, irritabilidade e deambulação); psicose (alucinação, delírios e distúrbios do sono); sintomas afetivos (depressão e ansiedade); e apatia (apatia e distúrbio da alimentação) (Bremenkamp et al., 2014).

A apatia é um sintoma de difícil resolução, sendo essencial o incentivo e o apoio na participação em atividades prazerosas, com ênfase no reforço positivo, sem forçar aquando resistência (Caldas de Almeida et al., 2015).

A agressividade é um sintoma comum, podendo contribuir para a agitação e, simultaneamente, para o aumento da sobrecarga do cuidador (Caramelli et al., 2022). Outro sintoma é a desinibição, podendo estar ou não relacionada com uma componente sexual, sendo fundamental identificar os fatores ambientais que desencadearam esse comportamento e evitar as situações que o potenciaram. Reorientar a atenção pode ser uma estratégia eficaz quando se verifica a desinibição (Caldas de Almeida et al., 2015).

Outro sintoma é a agitação, que pode manifestar-se por irritabilidade, insónia, agressão verbal e física, e intensificar-se com a progressão da demência. Pode ser causada por fatores ambientais, medo, fadiga ou pela sensação de perda de controlo. Também podem surgir alucinações e delírios com a progressão da demência (Caldas de Almeida et al., 2015).

A avaliação dos sintomas deve ter em consideração a frequência, a gravidade e a duração do sintoma, recorrendo ao sistema ABC (Antecedents, Behaviour, Consequences) para compreender o comportamento, nomeadamente o acontecimento prévio ao comportamento, a descrição deste e as suas consequências na pessoa e cuidador (Direção Geral da Saúde, 2023).

1.1.4. Tratamento

Apesar de não existir um tratamento definido nem cura para as demências neurodegenerativas ou vasculares, algumas intervenções farmacológicas e não farmacológicas contribuem para reduzir os sintomas, atrasar a progressão da doença e melhorar a qualidade de vida (Caramelli et al., 2022; Silva et al., 2024).

Após os primeiros sintomas da doença, deve ser procurada ajuda médica, de forma a ser apurada a história clínica e ser realizado o exame neurológico através de testes de rastreio do desempenho cognitivo da pessoa. Após excluídas as alterações cognitivas relacionadas com a medicação em curso ou estados de ansiedade/depressão, são solicitados outros

exames para exclusão de outras doenças potencialmente tratáveis, nomeadamente défice de vitamina B12, distúrbio da função tiroideia, doenças infecciosas (por exemplo, a sífilis), tumores cerebrais ou hidrocefalia de pressão normal (Nóbrega et al., 2022). Os exames habituais são análises sanguíneas, Tomografia computadorizada do crânio ou Ressonância Magnética cerebral, bem como uma avaliação neuropsicológica, caso seja necessária uma avaliação mais pormenorizada das funções cognitivas da pessoa (Firmino et al., 2016; Nóbrega et al., 2022).

Os tratamentos farmacológicos permitem estabilizar temporariamente e/ou atrasar a deterioração cognitiva, desde que sejam introduzidos precocemente (Portugal et al., 2020). Para o tratamento dos sintomas cognitivos na DA, encontram-se aprovados diversos fármacos, que podem ser usados nos três estágios da doença (Nóbrega et al., 2022). Entre as intervenções não farmacológicas destacam-se a reabilitação cognitiva, a estimulação sensorial (massagem, musicoterapia, entre outros), as técnicas de controlo comportamental e o exercício físico (Firmino et al., 2016). As terapias da validação, reminiscência e de orientação para a realidade, a aromaterapia, o Snoezelen, a interação com animais treinados, são outras opções viáveis e benéficas (Caldas de Almeida et al., 2015). Portanto, as intervenções não farmacológicas têm benefícios na sintomatologia psicológica e comportamental, uma vez que promovem o bem-estar físico, psicológico e social da pessoa e dos respetivos familiares e cuidadores (Portugal et al., 2020).

1.2. AS INTERVENÇÕES DO EEER NA PESSOA COM DEMÊNCIA

A intervenção do EEER objetiva a obtenção de *“ganhos em saúde em todos os contextos da prática, expressos na prevenção de incapacidades e na recuperação das capacidades remanescentes, habilitando a pessoa a uma maior autonomia”* (OE, 2015a, p. 16656), sendo por isso fulcral a intervenção do EEER, baseada na evidência, na pessoa com demência.

De forma a serem identificadas as intervenções do EEER promotoras da reabilitação da pessoa com demência, foi realizada uma revisão *scoping* (Apêndice I), sendo estas agrupadas em 6 categorias: exercício físico, atividade social, prevenção de quedas, reabilitação cognitiva, motivação e envolvimento do cuidador.

1.2.1. Categoria 1: Exercício físico

O exercício físico é abordado sob diversas formas e em diferentes contextos.

Atherton et al. (2016) abordam um programa de exercício físico de moderada a elevada intensidade, que visa melhorar a função cognitiva das pessoas com demência, através de exercícios aeróbicos em bicicletas estáticas e exercícios de resistência com uso de halteres, cintos e coletes de musculação. Este requer uma avaliação prévia da aptidão física da

pessoa através do teste de caminhada de 6 minutos e deve ser realizado 2 vezes por semana durante 1 hora, com um dia de intervalo entre os treinos, num ginásio. A intensidade do exercício aeróbio será mensurada através da escala de Borg ou escala de percepção subjetiva do esforço (PSE) e aumentará consoante a tolerância da pessoa, sendo o objetivo permanecer na bicicleta em baixa intensidade (PSE = 2) por 5 minutos, seguindo-se em intensidade moderada (PSE = 4) por 20 minutos, e por fim, em elevada intensidade (PSE = 6) para aqueles que forem capazes; e nos exercícios de resistência o objetivo é realizar dez repetições com o peso máximo, isto é, com o peso que conseguiu realizar as dez repetições sem dificuldade.

Bajwa et al. (2019) e Goldberg et al. (2019) abordam um programa de exercício físico PrAISED, que diz respeito ao programa para promoção da atividade e independência e prevenção de quedas em pessoas com défice cognitivo leve ou demência precoce. Esta intervenção, segundo Bajwa et al. (2019) visa compreender a limitação da prática de exercício físico por esta população, saber como intervir para promover o exercício e prolongar a independência, e por sua vez, aplicar este programa terapêutico na prática, de forma a que as pessoas com demência vivam com qualidade, previnam crises e adotem estilos de vida saudáveis antes da inevitável progressão da demência. Bajwa et al. (2019) e Goldberg et al. (2019) referem que o programa de exercício deve ser realizado pelo menos 3 horas por semana e este inclui exercícios progressivos de força e equilíbrio, atividades funcionais e análise de riscos, avaliação ambiental e treino com dupla tarefa, dirigidos por uma abordagem motivacional. Goldberg et al. (2019) acrescenta ainda no programa, a reeducação da marcha.

Levinger et al. (2023) referem um programa de exercício físico para idosos sem défice cognitivo num parque com equipamento próprio, sendo o objetivo aplicá-lo em pessoas que sofrem de demência e residem em estruturas residenciais para idosos para promoção da sua independência. Este consiste em exercícios de aquecimento durante 5 a 7 minutos, seguidos de 45 a 75 minutos em circuito com exercícios de mobilidade dos membros superiores e inferiores, amplitude articular, treino de equilíbrio estático e dinâmico (ponte de caminhada instável ou caminhada em viga estreita), flexibilidade (amplitude articular dos ombros, por exemplo), força ou movimentos funcionais (subir e descer escadas e passar da posição de sentado para posição ortostática).

O nível de dificuldade do exercício é ajustado às capacidades de cada um, tendo sempre em consideração a segurança, e a intensidade é progressiva consoante a tolerância.

Middleton et al. (2018) pretende comparar a efetividade do exercício realizado em contextos de domicílio e clínica, tendo por base as diretrizes de exercício físico para prevenir e retardar a progressão da demência desenvolvido pelo Instituto Ontario Brain, nomeadamente realização de treinos de exercício aeróbio moderado com duração superior a 150 minutos por semana, e de resistência 2 vezes por semana. Na clínica, o exercício aeróbio deve ser realizado na passadeira ou na bicicleta estática, enquanto que o exercício de resistência deve ser com uso de máquinas de exercícios e pesos de mão, bem como

através de atividades funcionais. A intensidade do exercício será monitorizada pela frequência cardíaca e escala de Borg (PSE, meta: 12–15/20).

Morris et al. (2017) compara a eficácia da prática de exercício físico aeróbico com o treino de exercício de alongamento e tonificação muscular em pessoas com DA, no sentido de avaliar a sua capacidade de memória, a função executiva, a capacidade funcional e os sintomas depressivos. Testes de aptidão cardiorrespiratória e ressonâncias magnéticas cerebrais foram realizadas. O treino de exercício aeróbico consiste em 150 minutos por semana de intensidade moderada, conforme as recomendações de saúde pública, enquanto que os exercícios anaeróbicos variam semanalmente, entre fortalecimento do core, bandas de resistência, tai chi modificado ou ioga modificada.

Sondell et al. (2018) aborda um programa de exercício funcional de alta intensidade (HIFE), que tem como objetivo aumentar a força, o equilíbrio e a mobilidade dos membros inferiores em idosos com limitação física através de exercícios funcionais de alta intensidade. O programa é composto por 39 exercícios, agrupados em 5 categorias: 1) exercícios de equilíbrio estático e dinâmico, combinados com exercícios de força dos membros inferiores; 2) exercícios de equilíbrio dinâmico na marcha; 3) exercícios de equilíbrio estático e dinâmico em posição ortostática; 4) exercícios de força dos membros inferiores com suporte contínuo de equilíbrio; e 5) deambulação com apoio contínuo do equilíbrio. O nível de exercício adequado é decidido após resultado de uma caminhada de 5 a 10 metros de distância. A intensidade dos exercícios de força e equilíbrio é aumentada progressivamente através do aumento da carga e dificuldade. Exercícios de força de alta intensidade foram realizados na repetição máxima (RM) de 8 a 12 repetições. A carga foi aumentada até ao máximo (12 kg). Os exercícios de equilíbrio pretendem desafiar a estabilidade postural dos participantes e, progressivamente, reduzir a base de sustentação ou alterar a superfície de apoio. No início de cada sessão são realizados exercícios de aquecimento em grupo, na posição sentado.

1.2.2. Categoria 2: Atividade Social

Sondell et al. (2018) refere como intervenção para as pessoas que sofrem de demência e se encontram a residir em estruturas residenciais para idosos, as atividades sociais em grupo. Nestas, são abordados temas do interesse do grupo (por exemplo, estações do ano, vida selvagem, atividades de lazer, artesanato, entre outros) e sentados, realizam diversas atividades, como conversar, cantar, ouvir música ou poesia, e observar imagens ou objetos alusivos ao tema.

1.2.3. Categoria 3: Prevenção de quedas

Atherton et al (2016), Bajwa et al. (2019) e Goldberg et al. (2019) abordam a intervenção com base nos cuidados diários, de forma a avaliar e prevenir o risco de queda. Pretendem

avaliar o ambiente e os episódios de queda, com o intuito de reverem as ações da pessoa com demência e aconselharem a adoção de determinados procedimentos (por exemplo, uso de calçado adequado) e, no caso de falta de segurança, encaminham para serviços locais. Foi solicitado o registo dos episódios de quedas, de forma a facilitar a intervenção. Sondell et al. (2018) refere a necessidade de uso de cintos com alças para que os profissionais possam dar apoio, se necessário, durante o exercício que desafie o limite da estabilidade postural da pessoa, prevenindo assim quedas.

1.2.4. Categoria 4: Reabilitação cognitiva

Sondell et al. (2018) aborda a reabilitação cognitiva através da interação em grupo, onde a pessoa com demência é incentivada a responder às questões, recebendo crachás. Refere também que se deve dar tempo à pessoa para responder, evitar conceitos complexos e que o uso de fotografias é um excelente auxiliar de memória.

Clare et al. (2023) refere a importância da implementação de uma intervenção de reabilitação cognitiva personalizada no domicílio para pessoas com demência leve a moderada. Esta consiste na mudança de comportamento que conduza ao alcance de metas, onde as necessidades identificadas são ultrapassadas através de técnicas de aprendizagem (por exemplo, mudança do ambiente) e abordagens compensatórias (por exemplo, introdução de auxiliares de memória), baseadas na evidência. A reabilitação cognitiva promove a adoção de novas rotinas comportamentais e o sucesso na resolução dos desafios em situações quotidianas (por exemplo, uso de dispositivos, eletrodomésticos, entre outros), incentivando, por sua vez, ao desenvolvimento de uma abordagem focada na solução e tornar-se mais confiante.

1.2.5. Categoria 5: Envolvimento do cuidador

Clare et al. (2023) e Middleton et al. (2018) referem que os cuidadores são incentivados a participar nas sessões de exercício e envolvidos no respetivo planeamento para poderem realizar o exercício de forma independente em conjunto com a pessoa a quem prestam cuidados. Middleton et al. (2018) refere ainda que os exercícios devem ser registados pelo cuidador, de forma a serem ultrapassadas as barreiras face ao plano de exercícios prescrito.

1.2.6. Categoria 6: Motivação

Atherton et al. (2016), Bajwa et al. (2019), Goldberg et al. (2019), Levinger et al. (2023), Middleton et al. (2018) e Sondell et al. (2018) referem a importância de adoção de abordagens motivacionais para a adesão e continuidade da prática de exercício físico de forma independente, de forma a promover a independência. Atherton et al. (2016) aborda

ainda a necessidade de divulgar instalações e iniciativas locais para a prática de exercício físico de forma independente, por exemplo grupos de caminhadas.

1.3. A TEORIA DAS CONSEQUÊNCIAS FUNCIONAIS

A demência não é natural do envelhecimento, contudo atinge maioritariamente os idosos, motivo pelo qual se recorreu à Teoria das Consequências Funcionais para a promoção do bem-estar da pessoa idosa, desenvolvida por Carol Miller, para fundamentar o presente relatório. Trata-se de uma abordagem teórica que tem como foco a intervenção dos enfermeiros com vista a melhorar o estado de saúde, a funcionalidade e a qualidade de vida dos idosos (Miller, 2012). Na figura 1 encontra-se representada a teoria de Carol Miller.



Figura 2 - Teoria das consequências funcionais

Fonte: Miller, C. (2012). A Nursing Model for Promoting Wellness in Older Adults, p.38

A Teoria das Consequências Funcionais, conforme refere Miller (2012), baseia-se numa avaliação contínua de enfermagem, de forma a serem identificadas as alterações decorrentes do envelhecimento, os fatores de risco e as consequências funcionais, a fim de serem adequadas e individualizadas as intervenções de enfermagem para a obtenção de resultados de bem-estar, nomeadamente aumento da segurança, funcionalidade e qualidade de vida da pessoa.

Segundo Miller (2012), os cuidados de enfermagem devem ser holísticos, promovendo um equilíbrio entre corpo-mente-espírito a cada idoso. A pessoa idosa apresenta uma diminuição da função fisiológica decorrente do processo de envelhecimento, de forma progressiva, irreversível e independente das condições extrínsecas ou patológicas. Encontra-se, portanto, vulnerável às consequências funcionais negativas que interferem com a funcionalidade e qualidade de vida da pessoa, devido à presença de fatores de risco, tais como ambiente adverso, presença de doenças agudas e crónicas, de condições psicossociais ou de efeitos adversos da medicação, estilos de vida e atitudes baseadas no défice de conhecimento.

Miller (2012) define os conceitos de pessoa, saúde e ambiente da seguinte forma:

- **Pessoa:** ser complexo e único, sendo o seu funcionamento e bem-estar influenciados pelas alterações decorrentes da idade e dos fatores de risco. Quando os fatores de risco conduzem à dependência do idoso de terceiros para as suas AVD, o cuidador é considerado um foco dos cuidados de enfermagem;
- **Saúde:** capacidade da pessoa em manter a sua máxima funcionalidade, independentemente das alterações decorrentes da idade e dos fatores de risco. A saúde engloba as funções fisiológica, psicossocial e espiritual;
- **Ambiente:** condições externas à pessoa, incluindo os cuidadores, que influenciam o corpo, a mente, o espírito e o funcionamento do idoso.

As consequências funcionais podem ser negativas quando interferem com o nível de funcionalidade, qualidade de vida ou aumentam o nível de dependência da pessoa, ou podem ser positivas quando facilitam um maior nível de funcionalidade, menor dependência e promovam o bem-estar (Miller, 2012).

Deste modo, as intervenções de enfermagem devem minimizar ou até mesmo eliminar as consequências funcionais negativas dos fatores de risco, resultando em consequências funcionais positivas com vista à promoção da saúde do idoso.

O objetivo será alcançar resultados de bem-estar, que potenciem a capacidade máxima de funcionamento dos idosos, apesar da presença de alterações relacionadas com a idade e de fatores de risco, promovendo maior bem-estar, funcionamento, independência e qualidade de vida (Miller, 2012).

2. DESCRIÇÃO E ANÁLISE DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

Para a aquisição e desenvolvimento das competências comuns do EE e específicas do EEER foram realizadas diversas atividades ao longo dos estágios, de forma planejada e reflexiva, que permitiram a concretização dos objetivos propostos. A capacidade reflexiva permite adquirir maior conhecimento sobre a prática bem como gerar novos conhecimentos (Waldow, 2009). A competência é aperfeiçoada diariamente no âmbito do processo de ensino-aprendizagem e vivência pessoal, sofisticando o conhecimento tácito (Aguiar & Ribeiro, 2010). Foram propostos como objetivos gerais os seguintes: desenvolver competências de EE para cuidar da pessoa com alterações ao nível motor, sensorial, cognitivo, cardíaco, respiratório, da eliminação e da sexualidade, de forma a promover a funcionalidade, prevenir complicações e evitar incapacidades, para a sua reinserção e exercício da cidadania, e desenvolver competências de EEER na promoção da qualidade de vida e independência da pessoa com demência.

De seguida serão apresentados os objetivos específicos bem como a descrição e análise das atividades realizadas para os atingir, de forma a desenvolver as competências referidas nos diferentes domínios.

2.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO EE

Foram realizadas diversas atividades que permitiram desenvolver competências comuns do EE através dos objetivos específicos delineados no projeto (Apêndice II).

2.1.1. A – Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

Para o desenvolvimento das competências neste domínio, nomeadamente *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*, foram estabelecidos como objetivos específicos os seguintes: Conhecer os serviços e as equipas multidisciplinares, agindo de acordo com a sua missão e integrando no contexto da prática de cuidados como EEER; Desenvolver competências de EEER no cuidar da pessoa com demência, mediante processos de tomada de decisão ética, com base em princípios, valores e normas deontológicas e legais; e Garantir à pessoa com demência práticas de cuidados com responsabilidade, rigor técnico-científico, segurança e dignidade.

O EE, conforme o Regulamento das Competências Comuns do EE, é detentor de *"um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que, ponderadas as necessidades*

de saúde do grupo-alvo, mobiliza para atuar em todos os contextos de vida das pessoas e nos diferentes níveis de prevenção” (OE, 2019b, p. 4745). No exercício da sua profissão, é imprescindível adotar uma conduta responsável e ética, respeitando a pessoa como um ser único, com dignidade e direito a autodeterminar-se (OE, 2015b; OE, 2001). Eticamente, a dignidade da pessoa afirma-se pela sua autonomia em decidir os seus projetos de vida, independentemente do seu contexto, incutindo responsabilidade e respeito pelo outro, considerando as fragilidades de ambos (Nunes, 2016). Assim, todas as ações realizadas ao longo do percurso académico foram ponderadas, refletidas e em concordância com os valores, crenças e preferências individuais de cada utente, independentemente da sua situação económica, social, política, étnica, ideológica ou religiosa (OE, 2015c). Esta conduta é fundamental para o fortalecimento da relação de confiança entre enfermeiro-utente e para a concretização dos objetivos dos planos de cuidados de enfermagem de reabilitação propostos. É muito importante *“abster-se de juízos de valor sobre o comportamento da pessoa assistida e não lhe impor os seus próprios critérios e valores no âmbito da consciência e da filosofia de vida”* (OE, 2015c, art. 81º, alínea e). Serve de exemplo a utente J, testemunha de jeová, que diz respeito ao grupo religioso cristão que recusa a transfusão sanguínea (Martins et al., 2023), internada com diagnóstico de hematoma intraparenquimatoso/ hemorragia subaracnoideia/ hemorragia intraventricular, apresentando diminuição da força muscular (FM) do hemisfério direito, nomeadamente membro superior (MS) direito grau 1/5 e membro inferior (MI) direito grau 3/5 segundo a Escala de FM Medical Research Council (MRC) (MRC, 1976), e Escala de Coma Glasgow (GCS) (Teasdale & Jennett, 1970) 14 por desorientação espaço-temporal. A utente apresentava cirurgia agendada, mas teve que ser adiada pela inexistência de consentimento informado assinado pela própria. Todos temos direito à liberdade de pensamento, consciência e religião, segundo o artigo 18º da Declaração Universal dos Direitos Humanos, sendo o limite entre a autonomia da pessoa decidir e o dever médico de agir, o risco de morte (Salvaro et al., 2023). A tríade fé, ciência e direitos fundamentais requer uma avaliação das implicações a nível individual e coletivo, considerando igualmente os aspetos médicos e legais e as dimensões psicológicas e sociais envolvidas (Martins et al., 2023).

Na intervenção com a utente J foi fundamental conhecer os protocolos e procedimentos do serviço bem como a dinâmica organizacional, pois são estes que fornecem estrutura para a prática diária (Dalla Nora et al., 2016). A disponibilidade para o esclarecimento de dúvidas da utente J e escuta ativa das suas preocupações e vontades bem como o respeito pela sua religião e decisão, permitiram o estabelecimento de uma relação de confiança com a utente e a adesão desta ao plano de cuidados de enfermagem de reabilitação adequado às suas necessidades de saúde. Cuidar implica estabelecer uma relação de proximidade e de ajuda, criando-se laços de confiança, compreensão, escuta ativa e empatia (Menoita, 2012). A relação terapêutica estabelecida pelo enfermeiro no desempenho das suas funções define-se pela parceria com o utente, respeitando as suas

capacidades e valorizando o seu papel (OE, 2001). O plano de cuidados de enfermagem de reabilitação à utente J teve como objetivos: promover a orientação espaço temporal, diminuir a instalação insidiosa da espasticidade do lado direito através do posicionamento em padrão anti-espástico e colocação de tala de pressão no MS direito, estimular a sensibilidade e os movimentos do lado afetado, reeducar o mecanismo reflexo-postural com recurso a atividades terapêuticas como rolar, ponte, treino de AVD e treino de equilíbrio estático e dinâmico na posição sentada e aumentar a FM do hemicorpo direito com exercícios isométricos e isotónicos passivos do MS direito e ativos assistidos, ativos e ativos resistidos do MI direito. A abordagem à utente J foi sempre pelo lado direito assim como a sua mesa de cabeceira foi colocada nesse lado para a promoção da facilitação cruzada. A utente J recuperou progressivamente a sua funcionalidade nas AVD, conseguindo alimentar-se autonomamente pelo lado são, ajudar nas mobilizações no leito e troca de fralda, que outrora não se verificava, e aumentou a FM do hemicorpo direito (MS grau 2/5 e MI grau 4/5).

O papel do enfermeiro diferencia-se pela sua formação e experiência, conseguindo compreender e respeitar os outros, independentemente da sua cultura, e abster-se de juízos de valor à pessoa alvo dos cuidados de enfermagem (OE, 2001). Contudo, enfrenta diariamente processos de tomada de decisão ética complexos, onde a sensibilidade moral do enfermeiro é considerada como requisito basilar para ter consciência dos problemas éticos e providenciar soluções criativas para resolvê-los (Dalla Nora et al., 2016).

Essa capacidade de ser criativo é fundamental na intervenção do enfermeiro, principalmente, na pessoa com demência, dada a imprevisibilidade do comportamento desta e da incerteza do que resultou ontem pode não resultar amanhã e ser necessário recorrer às capacidades de atenção, flexibilidade e criatividade para obter novas soluções para os problemas (Caldas de Almeida et al., 2015). Na impossibilidade do envolvimento da pessoa no planeamento de estratégias para a resolução de problemas, o cuidador deve ser envolvido, tal como aconteceu com o envolvimento da filha no plano de cuidados de enfermagem de reabilitação à utente V de 99 anos de idade, que a capacitou para dar continuidade no domicílio de forma autónoma e independente aos exercícios propostos após instrução, ensino e treino dos mesmos. A atuação da equipa multidisciplinar em parceria com o cuidador e a pessoa idosa é fundamental, uma vez que fornece suporte ao cuidador para ser capaz de ultrapassar os obstáculos durante o exercício do seu papel, aumenta a qualidade de vida de ambos, promove a segurança na prestação de cuidados e gera ganhos em saúde (Sousa, 2021).

O enfermeiro, conforme o artigo 76º do Código Deontológico, deve ser detentor de conhecimentos científicos e técnicos, que o possibilitem adotar medidas promotoras da qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem (OE, 2015c). Não pode aplicar o conhecimento de forma generalizada, é necessário que a prestação de cuidados considere e responda às necessidades específicas de cada pessoa, família ou comunidade, convertendo-se em cuidado equitativo, baseado em princípios éticos e normas

deontológicas e legais (Nunes, 2016). É importante também que o enfermeiro bem como a restante equipa multidisciplinar integre outras perspetivas e resultados para uma decisão ética mais prudente e adequada (Dalla Nora et al., 2016). Serve como exemplo a reunião de equipa na presença da utente N juntamente com a sua filha, onde se encontravam todos os responsáveis das diversas áreas de intervenção da instituição, para realizarem um balanço do estado de saúde da utente bem como revisão do seu plano de cuidados de reabilitação. O diálogo incentiva a participação e responsabiliza a tomada de decisão conjunta, sendo um fator de proteção e, por sua vez, redutor de conflitos éticos (Dalla Nora et al., 2016). Vários estudos, segundo a mesma autora, referem que as reuniões de equipa, a educação ética, o apoio de especialistas e a supervisão clínica são estratégias facilitadoras para a tomada de decisão e promovem o raciocínio ético que esta exige, podendo esse ser melhorado com a experiência, conforme acontece com a habilidade técnica.

2.1.2. B – Domínio da melhoria contínua da qualidade

No âmbito do desenvolvimento de competências neste domínio, designadamente *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, por fim, *B3 – Garante um ambiente terapêutico e seguro*, foram propostos como objetivos específicos: Promover a divulgação e implementação de iniciativas que fomentem a melhoria contínua da qualidade dos cuidados e, conseqüentemente, melhoria do ambiente organizacional; e, envolver os cuidadores ou familiares nos cuidados, à pessoa com demência, de forma a capacitá-los para prestarem cuidados adequados e de qualidade através da aquisição de conhecimentos e desenvolvimento de competências.

As adversidades experienciadas pelos profissionais no local de trabalho devido às limitações organizacionais, por exemplo redução do número de elementos na equipa ou escalas de trabalho sobrecarregadas, condicionam a qualidade do cuidado e podem causar sofrimento moral, *Burnout*, aumento da rotatividade dos profissionais e diminuição na qualidade do atendimento (Dalla Nora et al., 2016). Com vista à melhoria do ambiente organizacional em prol da melhoria da qualidade dos cuidados prestados foi realizado um levantamento das necessidades da equipa na Unidade de Cuidados Continuados, destacando-se o cansaço e o descontentamento com a sobrecarga horária e as faltas constantes dos profissionais. Meira et al. (2017) define *Burnout* com uma síndrome de exaustão relacionada com o trabalho, causando no trabalhador esgotamento emocional, despersonalização e ausência de realização pessoal, com impacto significativo na sua saúde, qualidade de vida, bem-estar psicológico e desempenho profissional. Nesse sentido, foi aplicado um inquérito sobre Síndrome de *Burnout* (Apêndice III) à equipa de enfermagem e auxiliares de ação médica, sob consentimento do diretor técnico, sendo

posteriormente, analisados os resultados (Apêndice IV) e divulgados à direção, com sugestões de intervenções no caso de se verificar essa necessidade, que visam melhorar a saúde dos profissionais e, por sua vez, reduzir os níveis de *Burnout* estabelecidos. Os ambientes favoráveis ao exercício profissional conduzem a menores níveis de exaustão emocional, melhor qualidade dos cuidados prestados e uma sensibilização sobre atitudes de segurança (Guirardello, 2017).

A qualidade requer uma prática reflexiva, mas para tal é necessário tempo, bem como um ambiente favorável por parte das instituições à implementação e consolidação dos projetos de qualidade, a fim de estes serem englobados na rotina (OE, 2001).

No serviço de Neurocirurgia, onde foi realizado um dos estágios, subsiste esse ambiente, reunindo uma equipa de EEER que reflete, elabora e implementa projetos de melhoria contínua no âmbito dos cuidados de enfermagem de reabilitação. As lesões músculo-esqueléticas são um problema de saúde multifatorial e uma prioridade de atuação da enfermagem de reabilitação, sendo a promoção da saúde fundamental para obtenção de ganhos em saúde, através do ensino e recurso a práticas ergonómicas seguras e corretas (Matos & de Araújo, 2021). Neste sentido, foi desenvolvida uma ação de sensibilização por dois grupos de enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação, sobre a coluna, aos utentes e profissionais do Agrupamento do Centro de Saúde (ACES) de Almada e Seixal, tendo sido o ACES de Almada o local da nossa intervenção. Essa ação consistiu no preenchimento de um inquérito para avaliação do risco de desenvolver doença na coluna vertebral e sensibilização sobre os hábitos de vida saudável e as posturas corretas a adotar diariamente. Foram realizados ensinamentos e entregues folhetos informativos sobre "Estilos de vida saudáveis para uma coluna saudável", "Cuidados com a alimentação para uma coluna saudável", "Postura correta ao telemóvel para uma coluna saudável" e "Postura correta ao computador para uma coluna saudável", que se encontram para consulta no Anexo I. Durante a ação foi dinamizada uma aula de pilates por uma fisioterapeuta para os profissionais, por ser um método direcionado a pessoas com patologias musculoesqueléticas distintas e que possibilita a proteção, prevenção e promoção da saúde, preservando o bem-estar e reabilitando disfunções (Ramalho dos Santos & Gomes Paiva, 2023).

Ainda neste serviço e no sentido de promover a orientação temporal dos utentes internados e, por sua vez, promover a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados, foram elaborados cartazes para cada quarto, delegando à equipa de enfermagem o respetivo preenchimento do dia, mês, ano e dia da semana, sensibilizando, em simultâneo, para a importância da inclusão desta intervenção na rotina diária (Apêndice V). Esta intervenção fomentou o trabalho em equipa e auxiliou na orientação temporal dos utentes, contribuindo para a recuperação destes.

Ao longo dos estágios através da observação e diálogo com os familiares e equipa multidisciplinar foram identificadas como necessidades a sensibilização dos cuidadores sobre a demência e a importância da reabilitação física e cognitiva para prevenir e/ou

retardar a evolução da doença. Apesar do grau de dependência dos utentes com demência e a forma como evolui ser distinta, a motivação e a determinação dos utentes e dos seus cuidadores são cruciais durante o processo de formação, informação e capacitação (Martins & Santos, 2020).

As opções de tratamento para pessoas que sofrem de demência leve a moderada são escassas, embora a atividade física ou o exercício demonstraram ter alguns efeitos na cognição (Atherton, 2016). A reabilitação cognitiva também demonstrou retardar o processo demencial se aplicada de início (Caldas, 2002), motivo pelo qual foram elaborados e implementados cadernos de estimulação cognitiva nos serviços de ortopedia (Apêndice VI) e de neurocirurgia, adequados às necessidades dos utentes e com diferentes níveis de complexidade (Apêndice VII). Esses cadernos foram muito bem aceites pelos utentes e mostraram-se motivados em preenchê-los, verificando-se resultados muito positivos na capacidade de memória, na compreensão, na escrita e na autoestima.

Investir na capacitação dos utentes e cuidadores através do ensino e instrução, numa perspetiva de melhoria contínua da qualidade dos cuidados, é fundamental e é um recurso benéfico para as famílias, comunidade e sociedade em geral face ao elevado número de pessoas dependentes no autocuidado (Martins & Santos, 2020). Neste sentido, foram elaborados diversos folhetos informativos sobre a temática, nomeadamente "Exercitar o corpo e a mente" (Apêndice VIII) e "Demência" (Apêndice IX), uma vez que a comunicação escrita é muito utilizada nas atividades educativas em saúde por ser uma forma de promover a saúde pela sua capacidade de melhorar o conhecimento, desenvolver as atitudes e habilidades, promover a autonomia, reforçar as informações e discussões orais, orientar em caso de dúvidas posteriores e auxiliar no processo de tomada de decisão (Moreira et al., 2003). A elaboração desses folhetos informativos teve como intuito melhorar os cuidados prestados à pessoa com demência e, por sua vez, melhorar a qualidade de vida de quem cuida e é cuidado, através da capacitação e educação dos cuidadores sobre estratégias, atitudes importantes a adotar, cuidados a ter e um exemplo de um plano de treino estruturado com exercícios. Permitem ainda, fornecer ao cuidador apoio adequado e orientações sobre como deve proceder nos momentos mais difíceis do cuidado, potenciar a aprendizagem e descoberta de novas estratégias bem como a qualidade do cuidado prestado, sendo benéfico para ambos pela redução dos desencontros entre as necessidades de cada um (Caldas, 2002; Pinto & Róseo, 2014). Intervenções estruturadas, adaptadas e organizadas com os utentes e cuidadores em contexto domiciliário, refletem maior eficiência nos resultados, motivo pelo qual deve ser uma prática continuada (Martins & Santos, 2020). Serve de exemplo os resultados obtidos com a utente V após entrega dos folhetos informativos à filha, cuja estabeleceu uma rotina diária com a mãe e incluiu o plano de treino nesta, verificando-se maior colaboração e comunicação nos cuidados por parte da utente e menor cansaço na filha.

2.1.3. C – Domínio da gestão dos cuidados

Neste domínio, *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,* foi estabelecido como objetivo específico: Desenvolver competências de gestão e adequação dos recursos às necessidades da pessoa, com ênfase na pessoa com demência, promovendo o autocuidado e a articulação com a equipa multidisciplinar.

Ao longo dos estágios os utentes apresentavam necessidades distintas e grau de dependência diversificado, o que permitiu intervir autonomamente, gerindo e adequando com responsabilidade os recursos às necessidades de cada utente com os respetivos ensinamentos com base na evidência, bem como intervir de forma interdependente, em conjunto com outros profissionais em prol do bem-estar e qualidade de vida dos utentes (OE, 2015b). Serve como exemplo, a intervenção com o utente E, internado devido a um acidente de viação de motociclo com embate frontal contra um veículo que resultou em Traumatismo Crânio encefálico (TCE), entubação orotraqueal (EOT) no local pela Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER) com GCS (Teasdale & Jennett, 1970) 3, tendo ficado paraplégico. Ao longo do internamento, foi melhorando o seu estado de saúde, apresentando atualmente GCS (Teasdale & Jennett, 1970) 14. A gestão energética era fundamental para a sua recuperação devido ao risco elevado de desnutrição e desidratação, pois apresentava frequentemente estase gástrica, diarreia e perda de peso corporal mesmo com a implementação do plano alimentar prescrito pela nutricionista via Percutaneous Endoscopic Gastrostomy (PEG). Todas as intervenções da equipa multidisciplinar ao utente eram discutidas e planeadas em conjunto, de forma a que a reabilitação fosse benéfica e não prejudicial para a sua condição de saúde, sendo o dispêndio de energia controlado. Deste modo, articulámos sempre com a equipa de fisioterapia, de forma a gerirmos a reeducação funcional respiratória (RFR) e motora (RFM) pelas partes, verificando-se maior colaboração por parte do utente e menor cansaço após a realização dos exercícios. Antes de se iniciar a RFR, realizava-se a auscultação pulmonar e a identificação de sons respiratórios; seguindo-se a execução de técnicas de controlo respiratório associado ao posicionamento e movimento (Ferreira et al., 2018b; Alves & Grilo, 2022). O utente apresentou melhoria do seu padrão respiratório após a intervenção, apresentando fervores diminuídos à auscultação e menos secreções com necessidade de aspiração esporádica, que inicialmente era diária e constantemente.

A RFR trata-se de uma medida terapêutica fundamental nos traumatizados vertebrais e/ou medulares, uma vez que as técnicas potenciam comprovadamente a ventilação, favorecem a relação ventilação/perfusão, a difusão dos gases respiratórios e a respetiva função circulatória, o que requer trabalho em equipa para análise criteriosa, avaliação correta, prescrição e orientação do tratamento adequado para cada caso, a fim das técnicas terem uma ação positiva (OE, 2009).

A RFM consistia em mobilizações passivas dos MI's, visto que deve ser realizado um programa individualizado e adaptado de mobilizações passivas nos segmentos corporais em que a pessoa não consegue realizar o movimento; mobilizações ativas assistidas do MS esquerdo, de forma a aumentar a utilização do músculo, da massa e FM, favorecendo a flexibilidade articular e a melhoria da capacidade proprioceptiva; e mobilizações ativas e ativas resistidas do MS direito, uma vez que a força e a sensibilidade se encontravam mantidas, respeitando o alinhamento corporal e as amplitudes máximas adequadas à sua situação clínica durante o movimento (OE, 2009). Com a intervenção, o utente apresentou aumento da FM nos MS's grau 2/5 à esquerda e grau 4/5 à direita, que outrora era grau 1/5 e 2/5 respetivamente. Deste modo, foi possível obter a colaboração do utente nas AVD, dentro das suas possibilidades, através da recuperação da autonomia do MS direito, verificando-se aumento da sua autoestima e motivação na realização do plano de cuidados de enfermagem de reabilitação proposto.

Outro exemplo da importância do envolvimento da equipa multidisciplinar e articulação com a mesma, foi a intervenção ao utente J, que se encontrava a recuperar no domicílio da amputação do pé esquerdo, tendo-se verificado isquemia do pé direito. Essa situação já tinha sido sinalizada à médica de família, segundo o utente e a esposa, a qual encaminhou para a cirurgia vascular, contudo ainda aguardava a marcação da consulta.

O papel do enfermeiro não se limita à execução de técnicas ou procedimentos, também propõe uma ação de cuidados abrangente, que implica diversos aspetos, como desenvolver a competência de comunicar (Pontes et al., 2008). Deste modo, a equipa de enfermagem dos cuidados continuados integrados dirigiu-se ao centro de saúde do utente para dar feedback à médica de família do utente da atual situação do pé direito, a qual reforçou o pedido de acompanhamento urgente a nível hospitalar.

Relativamente à gestão de recursos face às necessidades dos utentes, foi desenvolvida essa competência principalmente na comunidade, onde as patologias eram diversas e os recursos escassos e generalistas, dificultando a sua utilização diária e de forma autónoma pelos utentes no domicílio. Deste modo, foram elaborados instrumentos de trabalho e disponibilizados outros, nomeadamente mala de reabilitação (Apêndice X) com o objetivo de treinar atividades do quotidiano (por ex: abotar/desabotoar, apertar/desapertar o cinto, colocar e atar os atacadores, entre outros), folhas para pintura com água (Apêndice XI) com o intuito de promover a destreza e a memória, e por fim, tecido quadriculado para enfiar cordel (Apêndice XII) com o intuito de promover a motricidade fina e a criatividade, ferramentas úteis para os utentes que sofreram Acidente Vascular Cerebral (AVC) e que sofrem de demência, no sentido de promover a funcionalidade no autocuidado bem como a sua qualidade de vida.

Os cuidados continuados domiciliários, prestados pelas ECCI, são cada vez mais importantes dada a problemática atual e surgem como uma nova política de saúde, pois possibilitam uma melhor avaliação da capacidade funcional da pessoa quando esta é

confrontada com a própria realidade quotidiana, permitindo que a reabilitação se encontre verdadeiramente adaptada à realidade do utente (Oliveira, 2023).

À utente M que se encontrava a recuperar de um AVC isquémico, tendo como sequelas diminuição da FM no hemisfério esquerdo, que conseguiu recuperar através do treino de força, equilíbrio e marcha. Por apresentar dificuldade na destreza manual que a impossibilitava ser autónoma nas AVD, foi aplicada a mala de reabilitação e o tecido quadriculado para enfiar o cordel, denotando-se progresso no manuseio da mala e do cordel que inicialmente tinha dificuldade, refletindo-se na recuperação da autonomia nas AVD, principalmente no autocuidado: higiene e vestir/despir-se. Após o AVC, a pessoa tende a ter um comportamento sedentário com nível de atividade física insuficiente, havendo perda de tónus muscular e diminuição da capacidade aeróbia, o que causa limitações funcionais, restrição na participação e dificuldade em realizar programas de exercícios. É necessário sensibilizar a pessoa para a adoção de hábitos saudáveis, como praticar uma alimentação equilibrada pobre em gorduras e praticar atividade física (Baldin, 2009; Bastos et al., 2021). Portanto, à utente M foram realizados esses ensinamentos e feito reforço da necessidade de gestão energética, pois cansava-se com facilidade, obtendo-se como resultados aumento da FM e tolerância ao esforço, menor desequilíbrio e melhor qualidade de vida.

À utente V que apresentava demência em fase inicial, foram aplicadas as folhas para pintura com água que continham imagens distintas, de forma a promover a sua destreza e agilidade mental à medida que pintava com o pincel e identificava as imagens, permanecendo mais tempo sentada no cadeirão motivada com a atividade em vez de deitada no leito. É essencial manter a estimulação cognitiva em qualquer fase da demência em que o utente se encontra, principalmente na fase inicial, através do envolvimento nas atividades do quotidiano, manutenção das atividades de lazer e intervenção cognitiva estruturada (Caldas de Almeida et al., 2015). Assim, o enfermeiro de reabilitação tem um papel basilar na continuidade de cuidados, pois ensina, instrui e treina competências do utente e cuidador, com o intuito de estes serem também os impulsionadores da evolução da funcionalidade na continuidade da prestação de cuidados (Oliveira, 2023).

No serviço hospitalar de ortopedia, dado o número reduzido de EEER face às necessidades dos utentes e de forma a otimizar a prestação da equipa e a gestão dos recursos humanos e físicos existentes, foram elaborados e implementados cartazes plastificados com exercícios estruturados de reeducação funcional respiratória e motora para os utentes realizarem, autonomamente no pós-operatório (Apêndice XIII). Apesar dos EEER realizarem os ensinamentos e instruírem os utentes a exercitarem-se, estes não cumpriam. Com os cartazes verificou-se maior adesão à realização dos exercícios e motivação por parte dos utentes, promovendo a sua recuperação e a qualidade dos cuidados.

2.1.4. D – Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

Para o desenvolvimento de competências neste domínio, nomeadamente *D1 – Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade*; e *D2 – Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica*, foram delineados como objetivos específicos os seguintes: Desenvolver estratégias relacionais e comunicacionais para lidar com a pessoa que sofre de demência e as respetivas oscilações comportamentais; e, suportar a prática clínica com base na evidência científica, partilhando com a equipa multidisciplinar esse conhecimento com vista à melhoria contínua dos cuidados prestados.

Comunicar com pessoas com demência é um desafio complexo devido às alterações do raciocínio, da atenção e do comportamento, dificuldades de expressão e compreensão de linguagem, entre outros, cabendo ao interlocutor adotar estratégias facilitadoras da comunicação (Caldas de Almeida et al., 2015).

A capacidade de comunicação é a base para o desenvolvimento das relações terapêuticas entre cuidador, profissional e utente, essenciais para o desenvolvimento do autocuidado no utente, na medida em que este se torna agente ativo no respetivo processo saúde-doença e não um ser passivo. Assim, o utente torna-se independente e adquire responsabilidade na sua recuperação (Delfino & Cachioni, 2016; Pontes et al., 2008). Contudo, a incapacidade da pessoa com demência em comunicar é uma realidade frequente, conduzindo-a ao isolamento e à perda da sua humanidade, essência que a distingue como ser humano. Assim, o olhar, a palavra e o toque surgem como pilares basilares de uma relação, sendo essencial a congruência da mensagem verbal e não verbal para ser possível o estabelecimento da relação. Cada um desses pilares deve ser desenvolvido pelos profissionais, com o objetivo de aumentar a possibilidade da pessoa aperceber-se dessa relação e, principalmente, sentir-se valorizada como pessoa (Henriques, 2023). Além destas estratégias relacionais, ao longo dos estágios estiveram sempre presentes outras estratégias comunicacionais e relacionais, nomeadamente falar devagar, fazer perguntas fechadas, repetir sempre que necessário a informação transmitida, reduzir ambientes com muito estímulo de forma a evitar a agitação, não confrontar, não infantilizar, dar tempo para responder, chamar o utente pelo nome e considerar a sua história de vida, valores e preferências e deixar o utente fazer sozinho, visto serem as estratégias mais eficazes segundo Delfino & Cachioni (2016). Contudo, é importante compreender que as estratégias comunicativas eficazes na fase inicial, poderão não ter o mesmo impacto na fase avançada de demência. Deste modo, além do ensino das habilidades comunicacionais aos cuidadores, é fundamental avaliar as perceções dos cuidadores bem como avaliar a eficácia das estratégias utilizadas por estes (Delfino & Cachioni, 2016). A filha da utente V por manifestar preocupação com o seu marido, que se encontrava cada vez mais isolado e com esquecimentos mais frequentes, foi sensibilizada para a importância deste ser observado pela especialidade de neurologia e

ser envolvido nas tarefas quotidianas e em atividades de lazer que fossem prazerosas para ele, de forma a retardar a evolução dos sintomas. A fase inicial de demência geralmente passa despercebida, uma vez que os episódios de lapsos de memória são facilmente compensados através de estratégias (por ex: uso de agendas ou outros auxiliares de memória), que evoluem progressivamente para a dificuldade em decidir, compreender, manter a atenção, ter iniciativas e fazer cálculos ao ponto de evitar a interação social pela dificuldade em manter um diálogo (Caldas, 2002). A falta de conhecimento dos sintomas de demência e dos métodos para alcançar uma boa interação podem causar falha de comunicação, medo e mal-entendidos, sendo por isso imprescindível o treino de habilidades de comunicação para os cuidadores e profissionais de saúde (Delfino & Cachioni, 2016).

Também é necessário orientar a família sobre as medidas de gestão da ansiedade e da agitação, bem como trabalhar com o idoso as técnicas de orientação para a realidade, para estimulá-lo a manter-se ciente das informações orientadoras corretas (Caldas, 2002). Por sua vez, a terapia de validação defende que em vez de se trazer a pessoa com demência à nossa realidade, é mais benéfico entrarmos na realidade desta, de forma a desenvolver-se empatia com a pessoa, essencial para a construção de confiança e segurança e, por sua vez, redução da ansiedade e dos conflitos (Alzheimer Portugal, 2019). As intervenções à utente M, com diagnóstico de demência, eram planeadas face ao seu estado de alerta, pois muitas vezes encontrava-se sonolenta, sendo necessário entrar na sua realidade para conseguir obter a sua atenção e participação no plano de cuidados de enfermagem de reabilitação.

Tendo presente o Regulamento dos Padrões de Qualidade do EEER (OE, 2015a):

A prática de cuidados de Enfermagem de Reabilitação incorpora os resultados da investigação, as orientações de boas práticas de cuidados de enfermagem de reabilitação, baseados na evidência, [...] imprescindíveis para a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional [...] e da qualidade dos cuidados prestados (p. 16656).

Neste sentido, foram importantes as ações de sensibilização realizadas às equipas multidisciplinares de diversas instituições em contexto de estágio sobre cuidar da pessoa com demência (Apêndice XIV), com o intuito de abordar a evolução da demência e as respetivas manifestações clínicas; sensibilizar sobre o impacto da demência e a sua prevalência; sensibilizar sobre a importância de envolver os cuidadores nos cuidados à pessoa com demência; identificar as intervenções promotoras da reabilitação da pessoa com demência através de partilha dos resultados da revisão *scoping* realizada. No âmbito do estágio na comunidade foi dinamizado um plano de formação sobre cuidar da pessoa com demência, dividido em quatro módulos, direcionado aos profissionais de saúde de duas instituições, equipa técnica e auxiliares de ação médica e limpeza, respetivamente, tendo sido alvo da nossa intervenção o Módulo da gestão comportamental (Apêndice XV). A referida formação teve como objetivos entender os comportamentos desafiadores, referir

as estratégias de prevenção e gestão da agressividade e agitação, bem como as estratégias de promoção de um ambiente seguro e acolhedor e abordar a importância da estimulação cognitiva e das atividades terapêuticas. Esta intervenção permitiu aos destinatários esclarecerem as suas dúvidas, partilharem as suas experiências e dificuldades, adquirirem novos conhecimentos e/ou novas estratégias para a resolução dos problemas/dificuldades e sentirem-se mais confiantes e seguros na prestação de cuidados à pessoa com demência. Garantir a segurança nos cuidados tem sido uma prioridade das organizações de saúde, uma vez que reflete o compromisso dos profissionais com a promoção contínua de um ambiente terapêutico seguro e influencia comportamentos e resultados de segurança tanto para os profissionais como para os utentes (Reis, 2019).

Em ambas as formações, foi notória a dificuldade dos profissionais em lidar com a pessoa que sofre de demência, bem como gerir os comportamentos de agressividade, não só pelas questões que foram colocadas e vivências partilhadas, mas também pela inexistência de soluções face aos conflitos.

A elaboração de um poster (Apêndice XVI) no âmbito das Jornadas de Enfermagem da Egas Moniz com o título "As Intervenções do EEER na Pessoa com Demência: uma Revisão Scoping de Estudos Randomizados Controlados" foi uma mais valia para o desenvolvimento de conhecimentos através da pesquisa de artigos em bases científicas que deram suporte à prática baseada na evidência científica, uma vez que faz parte das intervenções dos enfermeiros conceber, realizar, promover e participar em trabalhos de investigação com vista ao progresso da enfermagem e da saúde (OE, 2015b).

O apoio e a orientação dos enfermeiros orientadores e professores foram basilares para a aquisição e desenvolvimento de competências neste domínio.

2.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO EEER

O EEER tem como objetivo "*a intervenção precoce, a promoção da qualidade de vida, a maximização da funcionalidade, o autocuidado e a prevenção de complicações evitando as incapacidades ou minimizando as mesmas*" (OE, 2015a, p.16656). Deste modo, seguem-se as atividades realizadas para atingir os objetivos específicos definidos no projeto e as competências específicas do EEER.

2.2.1. J1 - Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados

Para o desenvolvimento de competências neste domínio foi estabelecido o seguinte objetivo específico: Identificar e avaliar as limitações à funcionalidade e independência da pessoa com demência nas AVD, recorrendo a instrumentos de avaliação adequados a cada

situação clínica e a indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação. Tendo por base a teoria das consequências funcionais de Carol Miller (2012), que objetiva a capacidade máxima de funcionalidade e a qualidade de vida da pessoa idosa, foram identificadas ao longo dos estágios as consequências funcionais negativas da pessoa com demência resultantes da interação com os fatores de risco e das consequências naturais do envelhecimento, permitindo planejar intervenções adequadas às suas necessidades, com vista ao alcance de resultados de bem-estar, como a segurança, funcionalidade e qualidade de vida (Miller, 2012). Intervir com base numa teoria de enfermagem permite organizar formalmente o conhecimento através de diversos conceitos inter-relacionados, que facilitam a compreensão da realidade, favorecem a reflexão e evitam a generalização das situações observadas, envolvendo a evidência científica em simultâneo com a análise da realidade (Simões & Sapeta, 2019).

Deste modo, sendo a pessoa um ser único e complexo, inserida num determinado contexto, os cuidados de enfermagem devem ser holísticos e contínuos, englobando as respetivas funções fisiológicas, psicossociais e espirituais (Miller, 2012). Assim, os programas de enfermagem de reabilitação foram elaborados em parceria com a pessoa, tendo em consideração a sua história de vida, objetivos de vida e interesses pessoais, para os resultados face às intervenções planeadas e implementadas serem de acordo com as suas expectativas de bem-estar e qualidade de vida, servindo de exemplo os estudos de caso elaborados, intitulados "A promoção da qualidade de vida e funcionalidade da pessoa com demência" (apresentado no projeto de estágio, Apêndice II) e "A promoção da funcionalidade da pessoa com demência nas AVD" (Apêndice XVII). Estes dividiam-se em quatro fases, nomeadamente avaliação inicial, planeamento, execução e avaliação final (Pereira et al., 2024). Na primeira fase era realizada a colheita de dados através de entrevista aos utentes e consulta dos respetivos processos clínicos, de forma a obter-se a identificação, a história de vida e doença atual, a evolução do estado de saúde nesse contexto, os antecedentes pessoais, o esquema terapêutico e os hábitos de vida, seguindo-se o exame físico: inspeção, palpação, percussão e auscultação; a avaliação da função respiratória, com recurso à Escala de Borg modificada (Borg, 1982); e a avaliação neurológica, que engloba a avaliação do estado mental, com recurso à GCS (Teasdale & Jennett, 1970); pares cranianos (Menoita et al., 2012); motricidade, com recurso à Escala de FM MRC (MRC, 1976) para avaliar a FM; à Escala Modificada de Ashworth (Bohannon & Smith, 1987) para avaliar o tónus muscular; e às provas Índice-Nariz e Calcanhar-Joelho para avaliar a coordenação motora (Menoita et al., 2012); sensibilidade, avaliada em todos os segmentos corporais, bilateralmente do distal para o proximal (Menoita et al., 2012); equilíbrio, recorrendo à Escala de Equilíbrio de Berg (Berg, 1989); e marcha, utilizando as categorias funcionais da marcha (Holden et al., 1984). Caso os utentes apresentassem deterioração cognitiva grave, os familiares e/ ou cuidador e a equipa multidisciplinar eram envolvidos, pois em situação de dependência de terceiros, estes passam a ser um foco de cuidados de enfermagem (Miller, 2012). Deste modo, era realizada uma análise da saúde

dos utentes como um todo, identificando-se as AVD afetadas bem como os fatores influenciadores, requerendo por parte do enfermeiro competências clínicas avançadas, capacidades de avaliação holística e de comunicação interpessoal (Pereira et al., 2024).

Na segunda e terceira fase, as decisões eram organizadas segundo as necessidades identificadas a nível motor, sensorial, cognitivo, cardíaco, respiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade, com o intuito de promover a capacitação, a autonomia, a qualidade de vida e a inclusão social, exigindo competências de habilidade técnica, tomada de decisão e capacidade de gestão do tempo (Pereira et al., 2024; OE, 2019a). As intervenções eram, portanto, direcionadas para eliminarem ou modificarem as consequências funcionais negativas dos utentes, resultantes dos fatores de risco e que condicionavam a sua funcionalidade e a qualidade de vida ou aumentavam a sua dependência, para obterem consequências funcionais positivas, que permitissem o seu nível máximo de desempenho e o menor grau de dependência (Miller, 2012).

Na última fase, era reavaliado o contexto da prestação de cuidados e determinados os ganhos em saúde para verificação da necessidade de ajustes, exigindo competências de avaliação crítica, análise de dados e tomada de decisão baseada em evidência científica (Pereira et al., 2024). Serve de exemplo a intervenção à utente A, com diagnóstico de síndrome demencial e que deambulava em cadeira de rodas por diminuição da FM dos MI's, FM grau 3/5 em todos os segmentos, sendo os objetivos do plano de enfermagem de reabilitação aumentar a FM dos MI's e a capacidade de tolerância ao esforço para maior autonomia no autocuidado: higiene e vestuário nos MI's, pois necessitava de apoio de terceiros para as realizar, e melhorar a sua capacidade de memória, visto que a memória recente se encontrava comprometida. Com a implementação do plano de reabilitação verificou-se melhoria da sua capacidade de memória e destreza, através da realização de exercícios de dupla tarefa (por exemplo executar e contar as repetições em simultâneo), delegação de tarefas, tais como preencher diária e autonomamente o quadro com a data para orientação temporal (Apêndice XVIII) e exercícios de estimulação cognitiva com recurso a um tabuleiro de estimulação cognitiva e sensorial (Apêndice XIX). Para aumentar a sua resistência foram implementados exercícios de reeducação funcional respiratória, nomeadamente consciencialização e dissociação dos tempos respiratórios e respiração diafragmática e reeducação costal global com bastão, bem como treino aeróbio com pedaleira, pois esta se usada 3 vezes por semana 30 a 60 minutos, melhora a capacidade funcional, cognitiva e memória (Maia et al., 2019). Para aumentar a FM foram implementados exercícios isométricos dos abdominais, glúteos, quadricípites e isquiotibiais, e exercícios isotónicos passivos, ativos-assistidos, ativos e ativos-resistidos de todos os segmentos corporais na sua amplitude de movimento com recurso a materiais como bandas elásticas, bastão e pedaleira. O ensino, instrução e treino de algumas atividades terapêuticas como rolamento bilateral, rotação controlada da coxofemoral, ponte e levante com carga no cotovelo foram essenciais para conseguir realizá-las de forma autónoma ao longo do dia, aumentando a sua autoestima e confiança. O seu medo de cair

foi reduzindo ao longo das intervenções e a sua FM dos MI's aumentando, grau 4/5 em todos os segmentos, o que possibilitou introduzir o treino de equilíbrio em ortostatismo com o apoio de andarilho e o treino de marcha ao seu plano de enfermagem de reabilitação. No treino de marcha, verificou-se o pé direito ligeiramente pendente entre a fase de aceleração para a fase média da fase oscilante da marcha, prejudicando a eficácia da passada e o ritmo da marcha. Com o consentimento da utente foram aplicadas bandas neuromusculares no pé direito para promover a dorsiflexão (Apêndice XX), com impacto positivo na funcionalidade deste e na distância percorrida com o andarilho. Estes progressos foram partilhados com a equipa multidisciplinar, de forma a darem continuidade aos cuidados e supervisionarem a marcha da utente com andarilho. A delegação a terceiros, a seleção e prescrição de produtos de apoio com vista à capacidade máxima de funcionalidade da pessoa, sejam estas ajudas técnicas ou dispositivos de compensação, e o ensino e supervisão da sua utilização, fazem parte das intervenções do EEER (OE, 2015a). O êxito da reabilitação, segundo Menoita (2012):

Depende da continuidade, coordenação e inter-relação do trabalho desenvolvido por toda a equipa, para que se traduza na resolução dos problemas e na melhoria da qualidade de vida, ou seja, em ganhos no bem-estar. Esta abordagem interdisciplinar permite uma comunicação eficaz, levando a campos de interação e de visibilidade (p. 39).

Entende-se por funcionalidade a capacidade fisiológica e física para executar as AVD, de forma segura e autónoma sem manifestar fadiga, sendo a autonomia a capacidade funcional para realizar as atividades básicas e instrumentais sem a ajuda de outra pessoa e com condições motoras e cognitivas para o desempenho destas (Campo Torregroza et al., 2018; Ferreira et al., 2012). A autonomia é a liberdade para agir e tomar decisões relativamente à própria vida e independência, portanto autonomia e independência não são conceitos interdependentes, uma vez que a pessoa pode ser independente, mas não autónoma, como acontece na demência (Ferreira et al., 2012).

Deste modo, o grau de dependência da pessoa alvo de cuidados de enfermagem e reabilitação ao longo dos estágios foi avaliado através do índice de Barthel (Mahoney & Barthel, 1965), uma vez que avalia a autonomia para a realização das AVD, por observação direta ou questionando o utente ou cuidador (Campo Torregroza et al., 2018). Essa avaliação foi complementada através da aplicação da Medida de Independência Funcional (MIF) (Granger et al., 1986), por ser um instrumento destinado à avaliação da funcionalidade da pessoa e que permite quantificar o apoio de terceiros que a pessoa necessita para realizar as AVD (Ribeiro et al., 2017).

Contudo, sendo o objetivo a intervenção à pessoa com demência, é indissociável a avaliação do seu estado mental através da aplicação do Mini Exame do Estado Mental (MMSE) (Folstein & McHugh, 1975), pois este avalia a função cognitiva, identifica défices cognitivos, avalia a orientação espaço temporal, a memória, a atenção, o cálculo, a produção e a repetição de linguagem, a leitura e a habilidade visual e espacial (Campo

Torregroza et al., 2018). Assim, quanto maior a pontuação no exame, melhor o desempenho cognitivo da pessoa (Oliveira, 2017). No entanto, o autor também refere que é necessário adaptar o resultado ao grau de escolaridade da pessoa, sendo indispensável relacionar os pontos obtidos com os anos de escolaridade do utente, isto é, pessoas altamente alfabetizadas suspeita-se de uma possível demência se o resultado for menor que 24, pessoas com ensino básico se o resultado for inferior a 18 e analfabetos se o resultado for inferior a 14 (Oliveira, 2017). Para uma avaliação completa do estado mental da pessoa também se deve aplicar o *Montreal Cognitive Assessment* (MoCA) (Nasreddine et al., 2005) por ser um instrumento de rastreio cognitivo mais sensível que o MMSE (Folstein & McHugh, 1975) na fase inicial de declínio, nomeadamente o Défice Cognitivo Ligeiro, que facilmente evolui para Demência. Em comparação ao MMSE (Folstein & McHugh, 1975), o MoCA (Nasreddine et al., 2005) avalia mais funções cognitivas e apresenta itens com maior nível de complexidade (Freitas et al., 2010), motivo pelo qual foram aplicados ambos os exames aos utentes com demência ou declínio cognitivo para melhor adequação dos respetivos planos de cuidados de enfermagem de reabilitação. Um plano de reabilitação adequado, estimula devidamente o estado psicobiológico e, por sua vez, gera respostas, adaptações e resultados positivos (Inchauspe et al., 2019). Deste modo, na base de elaboração destes planos tiveram os indicadores sensíveis aos cuidados especializados em ER, com vista à promoção da melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde prestados aos utentes bem como ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem (OE, 2018).

Independentemente da abordagem no âmbito da reabilitação de doenças degenerativas, o conhecimento sobre a doença é imprescindível, assim como a qualidade de vida do utente e respetiva família neste processo (Schlindwein-Zanini, 2010), sendo a qualidade de vida, "a percepção de um indivíduo sobre sua posição na vida no contexto da cultura e dos sistemas de valores em que vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações" (WHO, 2012). Deste modo, a sensibilização sobre a temática aos utentes, familiares, cuidadores e profissionais esteve sempre presente ao longo dos estágios através da partilha de conhecimentos e experiências vivenciadas bem como da identificação das necessidades para a elaboração e divulgação de material informativo adequado às mesmas, nomeadamente folhetos informativos, ações de sensibilização e cadernos de reabilitação cognitiva. A reabilitação cognitiva centra-se nas funções cognitivas deterioradas, melhorando a condição do utente no âmbito neuropsicológico e qualidade de vida (Schlindwein-Zanini, 2010).

Face ao envelhecimento atual da população e ao aumento da prevalência das demências, sendo a mais comum a DA, torna-se fulcral uma visão holística e empática para a demência, onde o papel das equipas multidisciplinares é fundamental para o rastreio precoce e intervenção (Matias et al., 2021; Rodrigues et al., 2020).

A pessoa com demência apresenta diminuição da qualidade de vida associada à perda de autonomia e dependência nas AVD e, conseqüentemente, sobrecarga física e mental para

quem cuida. Além da sobrecarga, há um aumento da responsabilidade de todos os envolvidos no processo à medida que vão surgindo alterações, sendo necessário adaptações em cada fase devido a novas complicações bem como capacidade de reorganização da rotina da pessoa e do ambiente familiar (Rodrigues et al., 2020; Pascoal et al., 2024). Portanto, para melhorar a qualidade de vida da pessoa, família e cuidador é necessário orientar e conhecer a evolução da doença, de modo a agir estimulando a pessoa cognitiva e funcionalmente para promover uma maior independência nas AVD (Matias et al., 2021). Para compensar essa perda cognitiva, a segurança deve ser maximizada através da adequação do ambiente (Miller, 2012).

Com a evolução da demência observam-se também, alterações na deglutição em sequência do déficit cognitivo, uma vez que altera os hábitos alimentares da pessoa e apresenta comportamentos alimentares restritivos (por ex: recusar engolir, cuspir a comida para fora da boca e deixar a boca aberta), tornando-a dependente muito antes do aparecimento dos sintomas de disfagia e com risco aumentado de desnutrição, desidratação e aspiração (Tavares & Carvalho, 2012; Correia et al., 2015). Deste modo, para melhorar a qualidade dos cuidados de saúde bem como a segurança do utente, os enfermeiros devem utilizar impreterivelmente, instrumentos válidos sensíveis e específicos, a fim de detetar atempadamente a presença de disfagia (Ferreira et al., 2018a). Assim, a escala Gugging Swallowing Screen (GUSS) (Trapl et al., 2007) foi utilizada ao longo dos estágios, por ser rápida e não invasiva, permitindo identificar alterações que comprometam uma deglutição eficaz, nomeadamente sonolência, ausência de tosse eficaz, alteração da qualidade da voz, secreções na cavidade oral, entre outros, de forma a serem implementadas intervenções adequadas, tais como não administrar via oral, adequar a consistência da dieta, fornecer suplemento nutricional e sinalizar para uma avaliação mais diferenciada e instrumental através da videofluoroscopia ou videoendoscopia (Ferreira et al., 2018a). A utente M, inicialmente cumpria dieta pastosa por não apresentar tosse após a deglutição nessa consistência nem voz molhada. Após as intervenções de reeducação da deglutição conforme norma de procedimento implementada no serviço hospitalar (Anexo), foi possível a adequação da dieta para mole, sem presença de sinais de aspiração (tosse, rouquidão, voz molhada, presença de resíduos na cavidade oral, diminuição da saturação periférica do oxigénio, entre outros), mantendo os líquidos espessados à consistência néctar.

2.2.2. J2 - Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania

Com o intuito de desenvolver competências neste domínio foi proposto como objetivo específico: Elaborar e implementar programas de treino de AVD à pessoa com demência e

com outras patologias associadas, visando a adaptação às limitações da sua funcionalidade e maximização da qualidade de vida.

A reabilitação, segundo a OE (2019a) abrange:

Um corpo de conhecimentos e procedimentos específicos que permite ajudar as pessoas com doenças agudas, crônicas ou com as suas sequelas a maximizar o seu potencial funcional e independência [...], promover a independência e a máxima satisfação da pessoa e [...] preservar a autoestima (p. 13565).

A pessoa com demência apresenta níveis mais elevados de dependência, aumentando assim a probabilidade de necessidade de assistência nas AVD (Maia et al., 2019). Deste modo, cabe ao EEER elaborar planos de cuidados de enfermagem de reabilitação de acordo com os problemas reais e potenciais da pessoa, uma vez que é detentor de elevado nível de conhecimentos e experiência que lhe possibilitam tomar decisões sobre a promoção da saúde, prevenção de complicações, tratamento e reabilitação (OE, 2019a). Além disso, os planos elaborados em contexto de estágio tiveram sempre em consideração metas realistas, de forma a atenderem as necessidades específicas da pessoa, valorizando sempre a sua história de vida bem como as relações desenvolvidas (Pascoal et al., 2024). A orientação, a disponibilidade e o conhecimento/experiência dos EEER orientadores e docentes foram essenciais para o enriquecimento da aprendizagem e desenvolvimento de competências, uma vez que se aprende pela observação, imitação e reprodução do que é observado em contexto de estágio, não esquecendo da reflexão analítica das ações e do conhecimento teórico-prático (Borssoi, 2008).

As alterações inerentes ao processo de envelhecimento podem causar diminuição ao nível da distensibilidade da parede torácica, do reflexo da tosse (por vezes associado a disfunção neurológica) e da atividade ciliar, aumentando o risco de desenvolver infeções respiratórias e, por sua vez, a incapacidade funcional nas AVD (Alves & Grilo, 2022). Portanto, durante os estágios foram implementadas intervenções no âmbito de reabilitação respiratória através de métodos e técnicas, que visam a prevenção e correção de posições viciosas através do ensino da posição correta para uma ventilação adequada e reeducação posicional frente ao espelho quadriculado; a redução da tensão psíquica e muscular através do ensino de posições de descanso e relaxamento, de forma a atenuar a sobrecarga muscular, a dispneia e a ansiedade e promover a sensação de bem-estar com o controlo da respiração; a permeabilidade das vias aéreas com recurso a técnicas de limpeza das vias aéreas como drenagem postural, percussão e vibrocompressão, ensino da tosse eficaz, tosse assistida, dirigida ou provocada, huffing, aumento do fluxo expiratório, entre outros; controlo ventilatório através da consciencialização e dissociação dos tempos respiratórios, da reeducação abdomino-diafragmática, costal global/seletiva e hemicúpulas e da espirometria de incentivo (muito usada nas patologias neurológicas pelos efeitos positivos nos volumes correntes); e, por fim, reeducação ao esforço através de exercícios de conservação de energia com o treino de AVD (Branco et al., 2012; Ferreira et al., 2018b; Alves & Grilo, 2022). O utente F apresentava tosse produtiva com dificuldade em expelir

as secreções, ferveres à auscultação pulmonar, dispneia a pequenos esforços e com necessidade de oxigenioterapia por óculos nasais a 2l/m. Segundo a escala de Borg Modificada (Borg, 1982) apresentava dispneia grau 7 (dispneia intensa) e com a implementação das intervenções acima referidas de RFR bem como exercícios de RFM: exercícios isométricos e isotônicos ativos e, posteriormente, ativos resistidos, aumentou a sua tolerância ao esforço, verificando-se melhoria da dispneia para grau 3 (Dispneia Moderada). O utente gradualmente foi expelindo as secreções de forma eficaz, não apresentando ruídos adventícios à auscultação pulmonar e conseguindo realizar autonomamente as AVD sem fadiga e sem necessidade de oxigenioterapia.

Uma das intervenções sempre presente ao longo dos estágios aos utentes, em particular na pessoa com demência, foi o treino de AVD, sendo adaptados os produtos de apoio às respetivas limitações da mobilidade, nomeadamente para a higiene utilizaram-se cadeiras de banho, escova de cabo largo, barras de apoio e maca banheira, para o calçado recorreu-se à calçadeira e para a marcha utilizaram-se andarilho, bengala e cadeira de rodas. O objetivo foi potenciar a máxima capacidade funcional da pessoa, uma vez que à medida que o declínio evolui, a dependência aumenta e as incapacidades limitam a realização de simples tarefas do quotidiano (OE, 2019a; Castro et al., 2016). É necessário inserir essa estratégia, visto ser uma ferramenta essencial para a promoção da independência e autonomia da pessoa, além de minimizar incapacidades (Azevedo et al., 2021). Serve de exemplo a intervenção à utente J, com diagnóstico de síndrome demencial, que inicialmente necessitava de apoio de terceiros para o autocuidado higiene e vestuário, por ter dificuldade nos membros inferiores. Deste modo, foi sugerida e disponibilizada a escova de cabo largo para a higiene destes, visto que apresentava dificuldade em apoiar o pé no joelho contrário. Com o treino, a utente conseguiu apoiar o pé no joelho contrário, sendo-lhe possível realizar a higiene dos membros inferiores sem a utilização da escova, bem como vestir-se/despir-se, que outrora não fazia, utilizando apenas a calçadeira para os sapatos. A utente em questão, apesar de não ter essa perceção, também apresentava alteração da sensibilidade superficial ao nível do pé direito, hipoestesia, diminuição da sensibilidade térmica e hipoalgesia, provavelmente sequelas do AVC isquémico que sofrera há vários anos e que não foram identificadas, sendo sensibilizada para a importância da autovigilância do pé direito e respetivo posicionamento, de forma a prevenir o risco de lesão. Também foi alertada para a necessidade de regular a temperatura da água do banho sempre pelo hemicorpo esquerdo.

Outro exemplo foi a intervenção à utente A, também com síndrome demencial e internada por hemorragia subaracnóidea, que inicialmente o autocuidado: higiene era no leito sem a colaboração da própria e, posteriormente, o banho começou a ser realizado no WC com a utente sentada em cadeira de banho, sendo capaz de realizar a higiene do tronco de forma autónoma, mas com necessidade de supervisão porque por vezes esquecia-se de lavar um membro. Estes resultados permitem um planeamento da alta, sendo este um momento importante para a continuidade dos cuidados e recuperação dos utentes, seja através do

regresso ao domicílio com ou sem apoio formal conforme a necessidade, seja pela integração em resposta residencial dada a sua situação de dependência ou incapacidade (Instituto da Segurança Social et al., 2023).

Face ao exposto e realizando uma reflexão sobre todas as intervenções vivenciadas durante os estágios nos diferentes contextos, constata-se que foram diversas as mudanças emocionais e comportamentais dos utentes ao longo do processo terapêutico, sendo estas benéficas para o desempenho do profissional, no sentido de obter estratégias mais assertivas que ajudem os utentes e respetivas famílias a obterem uma maior qualidade de vida (Pascoal et al., 2024).

Em todas as intervenções houve o cuidado de proporcionar um ambiente seguro aos utentes, em especial ao utente com demência, visto que este apresenta maior risco de queda e medo de cair, sendo este um fator de risco para a inatividade (Maia et al., 2019). A prevalência de quedas aumenta em pessoas do sexo feminino, idosos com idade superior a 80 anos, com baixo nível cognitivo e com episódios de quedas anteriores nos últimos seis meses (Smith et al., 2017). Os fatores associados aos episódios de queda segundo a revisão da literatura são alteração da marcha e desequilíbrio, medicação, distúrbios cardiovasculares, ambiente inseguro, diminuição da capacidade visual, status funcional e fatores psicossociais (Tissot & Vergara, 2023).

As quedas podem causar prejuízos físicos e psicológicos para os utentes e respetivas famílias, morte, institucionalização e ter implicações económicas elevadas para as instituições de saúde, sendo fulcral a adoção de medidas preventivas como a avaliação do utente, a identificação do risco, a implementação de intervenções adequadas e de medidas educativas que visem a alteração do risco ambiental, o aumento da FM, o equilíbrio corporal, o treino de marcha e a realização de AVD (Andrade et al., 2019; Fernandes et al., 2020). A avaliação passa pela identificação das necessidades dos utentes através da aplicação de instrumentos de avaliação como a escala de quedas de Morse (Morse, 1989), que avalia se o utente tem elevado, médio ou baixo risco de queda, e a escala de equilíbrio de Berg (Berg, 1989), que testa o equilíbrio e quanto maior for a sua pontuação, melhor o equilíbrio do utente e o seu risco de queda aumenta, a cada ponto a menos na escala (Pimentel & Scheicher, 2009). Deste modo, para reduzir o risco de queda dos utentes foi incentivada a mobilidade através de exercícios de fortalecimento muscular, por terem impacto positivo no equilíbrio corporal (Maia et al., 2019).

Os planos de intervenção no âmbito da reabilitação eram executados em segurança, sensibilizando o utente, família e cuidador para a identificação e eliminação de barreiras arquitetónicas como tapetes, ausência de barras de apoio no WC ou corredores, interruptores de difícil acesso e distantes da porta de acesso, pisos irregulares ou escorregadios, iluminação deficiente, objetos a obstruírem a passagem, entre outros (Tissot & Vergara, 2023), de forma a promover *"a diminuição de fatores de risco ambientais relacionados com alteração da funcionalidade a nível motor, sensorial, cognitivo, cardíaco, respiratório, alimentação, da eliminação e da sexualidade"* (OE, 2019a,

p. 13567). Um ambiente com barreiras arquitetônicas, falta de recursos ou apoio social insuficiente, indica desconforto e insegurança na circulação, falta de percepção, compreensão e utilização dos espaços e dificuldade na realização das AVD, exigindo maior esforço e dependência de terceiros (Tissot & Vergara, 2023; Pereira et al., 2024).

A utente R, amputada ao nível transfemural à direita, já tinha apresentado dois episódios de queda no domicílio por falta de espaço no WC para circular com a cadeira de rodas e não apresentar barras de apoio. A intervenção incidia pelo aumento da resistência através de exercícios de reeducação funcional respiratória, treino de transferências no WC com auxílio do lavatório, exercícios de aumento de FM do MI esquerdo e membros superiores através de *push ups* na cadeira de rodas com MI esquerdo elevado e exercícios isotónicos ativos resistidos com garrafas de água 1,5l e bandas elásticas, e treino de marcha com andarilho com aumento gradual da distância percorrida. A utente apresentava diversos objetos decorativos no chão do corredor, que tiveram de ser colocados na sala para ser possível a marcha com andarilho e a circulação com a cadeiras de rodas em segurança, encontrando-se atualmente sensibilizada bem como o seu marido, para a importância da eliminação das barreiras arquitetônicas. Com a implementação do plano de enfermagem de reabilitação, a utente aumentou a sua FM e a resistência, passando de 1 série de 10 repetições de *push ups* para 3 séries de 10 repetições, e tolerando a marcha com o andarilho desde o quarto até à sala sem necessidade de repouso, o que não acontecia anteriormente. Assim, a intervenção também teve impacto positivo ao nível da autoestima da utente, apresentando-se mais confiante das suas capacidades e com menos medo de cair.

2.2.3. J3 - Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa

No sentido de desenvolver competências neste domínio foram propostos como objetivos específicos, os seguintes: Promover a manutenção ou recuperação da autonomia na marcha, através da implementação e avaliação de programas de treino motor, compreendendo a limitação intrínseca do processo demencial; implementar e avaliar o impacto dos programas de reabilitação funcional respiratória na pessoa com demência; e, por fim, promover o envelhecimento ativo, o bem-estar e o convívio através da prática de exercício físico e atividades de estimulação cognitiva, para retardar a evolução da demência.

Aumentar a longevidade com qualidade de vida é possível através da promoção do envelhecimento com independência e autonomia, com boa saúde física e mental, ou seja, através de um envelhecimento ativo e saudável (Ferreira et al., 2012). Este caracteriza-se pela promoção de oportunidades para a saúde, participação e segurança, com vista à melhoria da qualidade de vida ao longo do envelhecimento bem como promoção do desenvolvimento e manutenção da funcionalidade, sendo esta o resultado da interação das

capacidades físicas e mentais intrínsecas da pessoa, essencial para o seu bem-estar (WHO, 2015).

Assim, a independência funcional é o passo inicial para se alcançar uma melhor qualidade de vida, sendo necessário planejar programas específicos de intervenção, que visem a eliminação dos fatores de riscos relacionados com a incapacidade funcional, bem como realizar ações de promoção da saúde, prevenção de doenças, recuperação e reabilitação, que possibilitem manter a sua capacidade funcional (Ferreira et al., 2012).

A evidência científica demonstra que a prática regular de atividade física é um fator crucial para a prevenção de incapacidade funcional, uma vez que traz ganhos na FM, amplitude de movimento, equilíbrio e coordenação motora, prevenindo ou retardando o desenvolvimento de doenças crônicas e sintomas depressivos (Castro et al., 2016). Portanto, os programas de enfermagem de reabilitação devem incluir atividades que promovam a atividade física adequadas ao estado de saúde e estilo de vida da pessoa, de forma a reduzirem o risco de morbidade e mortalidade bem como melhorarem o prognóstico funcional (Sanhueza Parra et al., 2012). A reintegração às atividades quotidianas e a interação social são outros benefícios referidos resultantes da atividade física, permitindo à pessoa reduzir o isolamento e a depressão e, por sua vez, aumentar o seu bem-estar e autoestima (Paulo et al., 2012; Maia et al., 2019; Sampaio et al., 2024). Deste modo, foram proporcionadas classes de grupo de mobilidade com o intuito de promover o envelhecimento ativo e saudável através do exercício físico em grupo, na posição sentada e preferencialmente no exterior, de forma a potenciar resultados de bem-estar como refere Miller (2012) como aumento da funcionalidade, independência e qualidade de vida dos utentes e promoção das relações interpessoais em diferentes contextos ambientais. Os grupos eram organizados segundo as necessidades e grau de dependência similares para serem homogêneos e equilibrados, mas também reduzidos para ser possível a demonstração e observação, a correção postural, a adaptação dos exercícios face às limitações individuais e as repetições necessárias devido aos esquecimentos e distrações dos utentes com demência. Estas sessões eram realizadas sob música ambiente do agrado dos utentes, uma vez que a musicoterapia durante a realização dos exercícios incentiva à sua concretização (Maia et al., 2019).

Ao longo das classes foram evidentes os progressos dos utentes, nomeadamente aumento da concentração e capacidade de memória, não sendo necessário repetir os exercícios nem solicitar a sua atenção; melhoria na resistência, equilíbrio, amplitude de movimento, flexibilidade e habilidade técnica, uma vez que alguns não conseguiam realizar as 10 repetições de cada exercício ou não realizavam corretamente; e aumento do bem-estar e autoestima por se sentirem ativamente funcionais. Estes progressos refletiram-se também no seu desempenho nas AVD, uma vez que estas exigem força nos membros superiores e inferiores, flexibilidade, coordenação motora fina e equilíbrio (Castro et al., 2016), tornando-os mais independentes e funcionais e necessitando de menor apoio de terceiros.

Em conclusão, o EEER deve conceber, implementar, avaliar e reformular programas de treino motor e cardiorrespiratório, onde a prática de exercício físico está inserida, essenciais para prevenir ou retardar o diagnóstico de demência, visto que aumenta o funcionamento neuropsicológico (OE, 2019a; Maia et al., 2019). Uma vez que ainda não há cura para demência e os tratamentos farmacológicos apresentam diversos efeitos secundários, as intervenções não farmacológicas, como o exercício físico, surgem como estratégias eficazes para a redução dos efeitos avassaladores da demência e do sedentarismo (Heesterbeek et al., 2018). Motivo pelo qual, foram elaborados folhetos informativos, um direcionado às instituições com o intuito de promoverem o envelhecimento ativo e saudável, prevenirem o isolamento e retardarem a incapacidade funcional e dependência dos utentes com a continuidade das classes de grupo, no qual constam exemplos de exercícios de alongamento, coordenação, flexibilidade, amplitude articular, força e de dupla tarefa (Apêndice XXI), e outro direcionado aos cuidadores para promover a saúde de quem cuida e é cuidado (Apêndice XXII). A elaboração destes folhetos teve em consideração as opiniões e avaliação do docente orientador e dos EEER orientadores e foram implementados nos serviços dos respetivos estágios.

2.3. AVALIAÇÃO

De seguida, apresenta-se a avaliação do percurso realizado, recorrendo-se à análise SWOT (tabela 1), visto que esta pode ser aplicada ao nível individual. Serão identificadas as Forças (Strengths) e as Fraquezas (Weaknesses) relacionadas com fatores internos, e as Oportunidades (Opportunities) e as Ameaças (Threats), respeitantes a fatores externos (Teoli et al., 2023), sentidas durante esse período.

Fatores Internos	<p style="text-align: center;">FORÇAS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Elaboração do Projeto de Estágio que orientou e facilitou o processo de aprendizagem e o desenvolvimento de competências para obtenção do grau de Mestre e de EEER; • Desenvolvimento da capacidade reflexiva com a elaboração do relatório, através da descrição e análise das atividades desenvolvidas ao longo dos estágios para o desenvolvimento de competências; • Consolidação de conhecimentos adquiridos nas unidades curriculares do mestrado e pesquisas bibliográficas, e respetiva aplicação na prática clínica suportada pela Teoria de enfermagem de Carol Miller; • Intervenção baseada na evidência científica através da pesquisa em diferentes bases de dados e realização da revisão <i>scoping</i>; • Estágios em contexto hospitalar e comunidade que diversificaram as intervenções de enfermagem de reabilitação implementadas e exigiram 	Fatores Positivos
-------------------------	--	--------------------------

	<p>capacidade de perseverança, adaptação e gestão dos recursos físicos e do ambiente, principalmente nos domicílios;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Experiência e apoio dos EEER orientadores e docentes, que permitiram o crescimento profissional e o desenvolvimento de competências. 	
	<p>FRAQUEZAS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pouco contacto com as necessidades da pessoa com demência e respetivo cuidador tanto em contexto hospitalar como comunidade, devido ao número de utentes com diagnóstico de demência nesse período não corresponder às expectativas; • Meios de transporte insuficientes para o número de utentes abrangidos pela ECCI, condicionando a duração das visitas e planos de enfermagem de reabilitação; • Espaçamento entre os turnos dificultou a continuidade dos planos de enfermagem de reabilitação e a avaliação dos resultados. 	Fatores Negativos
Fatores Externos	<p>OPORTUNIDADES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conhecimento de novas realidades de intervenção, nomeadamente Neurocirurgia e comunidade; • Participação na promoção da saúde no ACES de Almada, dinamizada por EEER, através da sensibilização e ensino de hábitos de vida saudável, articulando com outros profissionais de saúde; • Realização de ações de formação sobre o tema do Projeto, contribuindo para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados à pessoa com demência e divulgação dos resultados da evidência científica; • Incentivo aos profissionais para investirem nesta área, através da realização de mais estudos científicos; • Elaboração de um poster sobre a temática no âmbito das Jornadas da Saúde da ESSEM e respetiva premiação; • Aplicação de vários instrumentos e escalas de avaliação para uma correta avaliação do estado de saúde da pessoa, identificação das necessidades de intervenção no âmbito da enfermagem de reabilitação e definição de objetivos realistas e de acordo com as expectativas da pessoa para a elaboração de planos de cuidados de enfermagem de reabilitação adequados, com vista à obtenção de ganhos em saúde; 	Fatores Positivos

	<ul style="list-style-type: none"> • Elaboração de ferramentas de trabalho (tabuleiro de estimulação cognitiva e sensorial, quadro e cartaz para orientação temporal, cadernos de reabilitação cognitiva, mala de reabilitação, folhas para pintura com água, tecido quadriculado para enfiar cordel e cartaz plastificado com exercícios de reeducação funcional respiratória e motora no pós-operatório) e materiais informativos para os utentes e cuidadores relacionados com o tema; • Concretização da classe de grupo de mobilidade planeada no projeto para promoção do envelhecimento ativo, bem-estar e convívio através do exercício físico; • Aquisição de conhecimentos sobre a Teoria das Consequências Funcionais de Carol Miller para fundamentar a intervenção do EEER à pessoa com demência; • Aplicação de inquéritos aos profissionais de saúde para promoção da melhoria da qualidade e do ambiente organizacional; • Estágio destinado à formação na comunidade relacionado com a demência, enquadrando-se no tema do Projeto. 	
	<p>AMEAÇAS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dificuldade em realizar turno com o EEER orientador nalguns locais de estágio devido a período de férias, greve, trocas e este não se encontrar alocado somente aos cuidados de enfermagem de reabilitação, tornando o processo de aprendizagem e o desenvolvimento de competências mais moroso; • Falta de sensibilização sobre o tema e pouco investimento na prevenção da demência; • Poucos estudos científicos sobre a intervenção na pessoa com demência. 	Fatores Negativos

Tabela 1 - Análise SWOT

Face ao exposto, a avaliação do percurso é bastante positiva, não só pela evolução do desempenho desde a elaboração do projeto de estágio até à sua implementação, como também pela crescente criatividade demonstrada na intervenção, que permitiram diferenciar os planos de cuidados de enfermagem de reabilitação e dignificar a importância do EEER. A pesquisa na evidência científica foi crucial para o desenvolvimento de competências e fortalecimento da intervenção, incutindo a necessidade de divulgar esse conhecimento bem como dar continuidade ao mesmo. O interesse na aquisição e exploração do conhecimento e a capacidade em compreendê-lo e aplicá-lo na prática clínica, não só contribuíram para uma prestação diferenciada como também permitiram a

resolução de problemas, até mesmo os mais complexos, e uma tomada de decisão ponderada e sustentada. O compromisso em manter a equipa multidisciplinar informada vigorou em todos os estágios, favorecendo o desenvolvimento da capacidade de comunicação. Esta também foi demonstrada na abordagem à pessoa com demência, onde o respeito pela sua disposição e ritmo possibilitaram o estabelecimento de relações terapêuticas e, conseqüentemente, sucesso dos planos de cuidados de enfermagem de reabilitação. Essa competência foi igualmente desenvolvida durante as partilhas do conhecimento e resultados da evidência científica com as equipas multidisciplinares dos diferentes contextos hospitalar e comunidade, sensibilizando-as para a necessidade de investigarem novas abordagens à pessoa com demência.

Foi um percurso de aprendizagens enriquecedoras, que fomentaram a continuidade do processo de aprendizagem de forma auto-orientada e autónoma, sob Responsabilidade Profissional, Ética e legal, com vista à Melhoria Contínua da Qualidade e respetiva Gestão dos Cuidados prestados para o Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais.

Envolvemos sempre a pessoa e, se necessário, o cuidador no processo de tomada de decisão e planeamento de estratégias para a resolução de problemas, sendo os resultados evidentes nos estudos de caso elaborados. Em cada intervenção aprimorámos o olhar crítico com a identificação e eliminação das barreiras arquitetónicas, garantindo um ambiente seguro e a prevenção de possíveis quedas.

A procura por melhores práticas e qualidade dos cuidados prestados foi contínua, desenvolvendo-se por um lado, a capacidade de gestão dos recursos disponíveis e proatividade na criação de novos recursos face às necessidades de cada pessoa e, por outro, a capacidade de delegação à equipa a utilização dos mesmos e supervisão. Desenvolvemos estratégias relacionais e comunicacionais para saber lidar, em particular, com a pessoa com demência e com as possíveis oscilações comportamentais, partilhando com a equipa, família e cuidador a abordagem correta e a importância de uma comunicação assertiva. Para tal, foram essenciais a experiência profissional com esta população bem como os conhecimentos adquiridos na evidência científica. A recolha de informação sobre os utentes junto dos familiares ou cuidadores foi muito pertinente para a elaboração dos planos de cuidados de enfermagem de reabilitação. As formações dinamizadas ao longo dos estágios sobre a demência e a exposição do poster sobre a intervenção do EEER na pessoa com demência, contribuíram para a sensibilização da temática como prioridade de saúde pública e de intervenção.

De salientar, que se verificou como lacuna em todos os contextos de estágio, a reabilitação cognitiva, fundamental na pessoa com demência para retardar a sua progressão, mas também a todos os utentes com o intuito de preveni-la. Motivo pelo qual foram elaborados e implementados os cadernos de reabilitação cognitiva com diferentes níveis de complexidade, no sentido de dar resposta às necessidades de cada pessoa, sendo o resultado muito positivo e benéfico.

Todas as experiências vivenciadas ao longo deste percurso formativo permitiram desenvolver competências para o exercício da profissão no âmbito da enfermagem de reabilitação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente relatório espelha todo o percurso desenvolvido ao longo dos estágios, permitindo o alcance dos objetivos propostos para o desenvolvimento de competências, definidos no projeto de estágio, através da descrição, análise e reflexão das atividades realizadas, sustentada em evidência científica. A elaboração do projeto foi a base deste processo de aprendizagem, sendo planeadas as estratégias e as atividades a implementar nos diferentes domínios para dar resposta à problemática identificada, nomeadamente a pessoa com demência, visto que esta causa grande impacto na qualidade de vida da pessoa, família e cuidador.

Em cada intervenção foram prestados cuidados de enfermagem de reabilitação de forma holística e em parceria com a pessoa, de acordo com os princípios éticos, legais e deontológicos e suportada pela Teoria das Consequências Funcionais de Carol Miller (2012), permitindo intervir de forma distinta na pessoa com demência. Foram identificadas as alterações naturais do envelhecimento, as suas consequências funcionais negativas bem como os fatores de risco, de forma a serem implementados programas de reeducação funcional motora, cardiorrespiratória, sensorial, cognitiva, da alimentação e da eliminação, com vista à redução ou eliminação dos fatores de risco, obtendo-se resultados de bem-estar, aumento da funcionalidade e qualidade de vida da pessoa. Concretizou-se o cuidado a pessoas com necessidades especiais em diversos contextos de prática clínica, capacitando-a para a sua reintegração social e exercício da cidadania no seu potencial máximo de funcionalidade, promovendo uma melhor qualidade de vida. Foram implementadas intervenções de prática de exercício físico através de treino aeróbio, FM, equilíbrio, dupla tarefa e movimentos funcionais, atividade social, prevenção de quedas, reabilitação cognitiva, envolvimento do cuidador e motivação, uma vez que foram essas as intervenções do EEER na pessoa com demência, resultantes da revisão *scoping*.

Ao longo dos estágios, as ações de sensibilização sobre a temática desenvolvidas e a criação das ferramentas de trabalho, satisfizeram as necessidades desta população, família e cuidador, contribuindo para a melhoria contínua da qualidade e gestão dos cuidados prestados, em articulação com a equipa multidisciplinar.

Demonstrámos preocupação com o bem-estar da equipa multidisciplinar e do ambiente de trabalho em que atuam, desenvolvendo competências de governança clínica e melhoria contínua da qualidade, através da aplicação de inquéritos sobre Síndrome de *Burnout*, com respetiva análise dos resultados e apresentação de sugestões de intervenção à Direção Técnica da instituição.

A diversidade de contextos de prática clínica foi benéfica para a aplicação dos conhecimentos na prática e aquisição de outros, permitindo o enriquecimento profissional, o treino das diversas técnicas e o aperfeiçoamento da intervenção, no âmbito dos cuidados de enfermagem de reabilitação. Contudo, deve-se investir na investigação sobre a

demência, dada a escassez de evidência científica das intervenções do EEER promotoras da reabilitação da pessoa com demência.

Face ao exposto, o crescimento pessoal e profissional foi concretizado através do desenvolvimento de competências comuns e específicas do EEER definidas pela OE para a atribuição do título profissional de EEER, assim como as competências definidas nos descritores de Dublin para o 2º ciclo de ensino para a atribuição do grau de Mestre.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguiar, A. C. D., & Ribeiro, E. C. D. O. (2010). Conceito e avaliação de habilidades e competência na educação médica: percepções atuais dos especialistas. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 34(3), 371–378. <https://doi.org/10.1590/S0100-55022010000300006>
- Alves, J., & Grilo, E. (2022). Reabilitação respiratória em idosos, em contexto de cuidados agudos: Revisão sistemática da literatura. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 5(1). <https://doi.org/10.33194/rper.2022.186>
- Alzheimer Europe. (2019). *Dementia in Europe Yearbook 2019: Estimating the prevalence of dementia in Europe*. https://www.alzheimer-europe.org/sites/default/files/alzheimer_europe_dementia_in_europe_yearbook_2019.pdf
- Alzheimer Portugal. (2019). *Terapias e abordagens comunicacionais*. <https://alzheimerportugal.org/terapias-e-abordagens-comunicacionais/>
- American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (5ª ed.). Artmed. https://dislex.co.pt/images/pdfs/DSM_V.pdf
- Andrade, D., Oliveira, R. A., Turrini, R. N. T., & Poveda, V. B. (2019). Escalas de avaliação de risco para queda: Revisão integrativa da literatura. *Revista Baiana de Enfermagem*, 33, e27981. <https://doi.org/10.18471/rbe.v33.27981>
- Atherton, N., Bridle, C., Brown, D., Collins, H., Dosanjh, S., Griffiths, F., Hennings, S., Khan, K., Lall, R., Lyle, S., McShane, R., Mistry, D., Nichols, V., Petrou, S., Sheehan, B., Slowther, A.-M., Thorogood, M., Withers, E., Zeh, P., & Lamb, S. E. (2016). Dementia and Physical Activity (DAPA) – an exercise intervention to improve cognition in people with mild to moderate dementia: Study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 17, Article 165. <https://doi.org/10.1186/s13063-016-1288-2>
- Azevedo, S. G. V., Araújo Moreira, A. C., Cunha dos Santos, S. B., Silva de Oliveira, F. E., & Cruz Magalhães Júnior, J. W. (2021). Estratégias efetivas para o autocuidado do idoso: Uma revisão integrativa. *Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento*, 25(2), 171–196. <https://doi.org/10.22456/2316-2171.91676>
- Bajwa, R. K., Goldberg, S. E., van der Wardt, V., Burgon, C., di Lorito, C., Godfrey, M., Dunlop, M., Logan, P., Masud, T., Gladman, J., Smith, H., Hood-Moore, V., Booth, V., das Nair, R., Pollock, K., Vedhara, K., Edwards, R. T., Jones, C., Hoare, Z., ... & Harwood, R. H. (2019). A randomised controlled trial of an exercise intervention promoting activity, independence and stability in older adults with mild cognitive impairment and early dementia (PrAISED) – A protocol. *Trials*, 20(1), 815. <https://doi.org/10.1186/s13063-019-3871-9>
- Baldin, A. D. (2009). *Atividade física e acidente vascular cerebral*. *ComCiência*, (109). http://comciencia.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-76542009000500019
- Bastos, V. S., Martins, J. C., & Faria, C. D. C. M. (2021). Preference of exercises of individuals affected by stroke users of primary health care. *Fisioterapia e Pesquisa*, 28(3), 261–266. <https://doi.org/10.1590/1809-2950/20008528032021>
- Borssoi, B. L. (2008). *O estágio na formação docente: da teoria à prática, ação-reflexão*. In *Anais do 1º Simpósio Nacional de Educação – XX Semana da Pedagogia* (Cascavel, PR). https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/34426298/Artigo_28-libre.pdf
- Branco, P. S., Barata, S., Barbosa, J., Cantista, M., Lima, A., & Maia, J. (2012). *Temas de reabilitação: Reabilitação respiratória*. Porto: Medesign.
- Bremenkamp, M. G., Rodrigues, L. R., Lage, R. R., Laks, J., Cabral, H. W. S., & Morelato, R. L. (2014). Sintomas neuropsiquiátricos na doença de Alzheimer: frequência, correlação e ansiedade do cuidador [Neuropsychiatric symptoms in Alzheimer's disease: frequency, correlation and anxiety among caregivers]. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 17(4), 763–773. <https://doi.org/10.1590/1809-9823.2014.13192>
- Caldas de Almeida, M., Barrios, H. S., Pereira, C., Santos, A. C., Pinto, V., Costa, S., Conde, A., & Pedrosa, H. (2015). *Manual de boas práticas – demência* [PDF]. União das Misericórdias Portuguesas. https://cdn.ump.pt/files/files/Manual_Boas_Praticas_Demencia.pdf
- Caldas, C. P. (2002). O idoso em processo de demência: o impacto na família. In M. C. S. Minayo & C. E. A. Coimbra Jr. (Orgs.), *Antropologia, saúde e envelhecimento*

- (pp.51–71). Rio de Janeiro: Fiocruz. <https://books.scielo.org/id/d2frp/pdf/minayo-9788575413043-05.pdf>
- Campo Torregroza, E., Laguado Jaimes, E., Martin Carbonell, M., & Camargo Hernández, K. del C. (2018). Funcionamiento cognitivo, autonomía e independencia del adulto mayor institucionalizado. *Revista Cubana de Enfermería*, 34(4). http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0864-03192018000400005
- Caramelli, P., Marinho, V., Laks, J., Coletta, M. V. D., Stella, F., Camargos, E. F., ... & Bertolucci, P. H. F. (2022). Tratamento da demência: Recomendações do Departamento Científico de Neurologia Cognitiva e do Envelhecimento da Academia Brasileira de Neurologia. *Dementia & Neuropsychologia*, 16(3 Suppl 1), 88–100. <https://doi.org/10.1590/1980-5764-DN-2022-S116PT>
- Castro, D. C., Pires Nunes, D., Pagotto, V., Varanda Pereira, L., Bachion, M. M., & Nakatani, A. Y. K. (2016). Functional disability for basic activities of daily lives of the elderly: A population study. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 15(1). <https://doi.org/10.4025/ciencucuidsaude.v15i1.27569>
- 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>
- Correia, A., Filipe, J., Santos, A., & Graça, P. (2015). *Nutrição e doença de Alzheimer*. Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável, Direção-Geral da Saúde. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/82649/2/116241.pdf>
- Costa, J., Borges, M., Encarnação, R., Firmino, H., Gonçalves-Pereira, M., Lindeza, P., ... & Silva-Miguel, L. (2021). Custo e carga da doença de Alzheimer nos idosos em Portugal. *Sinapse*, 21(4), 201–211.
- Dalla Nora, C. R., Deodato, S., da Silva Vieira, M. M., & Zoboli, E. L. C. P. (2016). Elementos e estratégias para a tomada de decisão ética em enfermagem. *Texto & Contexto Enfermagem*, 25(2), 1–9. <https://doi.org/10.1590/0104-070720160002600014>
- de Souza, L. C., Hosogi, M. L., Machado, T. H., Carthery-Goulart, M. T., Yassuda, M. S., Smid, J., Pires Barbosa, B. J. A., Schilling, L. P., Balthazar, M. L. F., Frota, N. A. F., Vale, F. A. C., Caramelli, P., Bertolucci, P. H. F., Chaves, M. L. F., Brucki, S. M. D., Nitrini, R., Santoro Bahia, V., & Takada, L. T. (2022). Diagnóstico de demência frontotemporal: Recomendações do Departamento Científico de Neurologia Cognitiva e Envelhecimento da Academia Brasileira de Neurologia. *Dementia & Neuropsychologia*, 16(3 Suppl 1), 40–52. <https://doi.org/10.1590/1980-5764-DN-2022-S103PT>
- Delfino, L. L., & Cachioni, M. (2016). Estratégias comunicativas de cuidadores de idosos com demência: Uma revisão sistemática. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 65(2), 186–195. <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000122>
- Direção-Geral da Saúde. (2023). *Norma clínica n.º 053/2011 – Abordagem diagnóstica e terapêutica do doente com declínio cognitivo ou demência* (Atualização 21 de abril de 2023). Diário da República; direção de publicação. 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
- Fernandes, A. C. (2020). Uma perspectiva sobre o relatório da OCDE “Health at a Glance 2019”. *Acta Médica Portuguesa*, 33(1), 4–6. <https://doi.org/10.20344/amp.13251>
- Fernandes, J. B., Sá, M. C. L., & Nabais, A. S. C. (2020). Rehabilitation nurse interventions that prevent falls in the elderly: Scoping review. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 3(1), 57–63. <https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.n1.7.5761>
- Ferreira, A. M. da S., Pierdevara, L., Ventura, I. M., Gracias, A. M. B., Marques, J. M. F., & Reis, M. G. M. (2018a). *Gugging Swallowing Screen*: Contributo para a validação cultural e linguística para o contexto português. *Revista de Enfermagem Referência, Série IV* (16), 1–10.
- Ferreira, D.S.A., Teodoro, A.D.C.M., Gaspar, L.J.R., Ferreira, M.D.F.A.P., do Rosário Sousa, M., & da Rocha, S.M.P. (2018b). *Guia Orientador de Boa Prática: Reabilitação Respiratória: Reabilitação Respiratória* (Vol. 10). Ordem dos Enfermeiros.
- Ferreira, O. G. L., Maciel, S. C., Costa, S. M. G., Silva, A. O., & Moreira, M. A. S. P. (2012). Envelhecimento ativo e sua relação com a independência funcional. *Texto &*

- Contexto-Enfermagem*, 21(3), 513–518. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072012000300004>
- Firmino, H., Simões, M. R., & Cerejeira, J. (Coords.). (2016). *Saúde mental das pessoas mais velhas*. Lidel.
- Freitas, S., Simões, M. R., Martins, C., Vilar, M., & Santana, I. (2010). Estudos de adaptação do *Montreal Cognitive Assessment* (MoCA) para a população portuguesa. *Avaliação Psicológica: Interamerican Journal of Psychological Assessment*, 9(3), 345–357. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712010000300002
- García-Martín, V., de Hoyos-Alonso, M. C., Ariza-Cardiel, G., Hernández-Melo, E., López de Haro-deTorres, J., Canto de Hoyos-Alonso, M., Delgado-Puebla, R., García-Domingo, P., & del Cura-González, I. (2022). *Neuropsychiatric symptoms and subsyndromes in patients with different stages of dementia in primary care follow-up (NeDEM project): A cross-sectional study*. *BMC Geriatrics*, 22, 71. <https://doi.org/10.1186/s12877-022-02762-9>
- Goldberg, S. E., van der Wardt, V., Brand, A., Burgon, C., Bajwa, R., Hoare, Z., Logan, P. L., & Harwood, R. H. (2019). Promoting activity, independence and stability in early dementia (PrAISED): A multisite, randomised controlled, feasibility trial. *BMC Geriatrics*, 19(1), 353. <https://doi.org/10.1186/s12877-019-1379-5>
- Guirardello, E. de B. (2017). Impacto do ambiente de cuidados críticos no burnout, percepção da qualidade do cuidado e atitude de segurança da equipe de enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 25, e2884. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1472.2884>
- Heesterbeek, M., Van der Zee, E. A., & van Heuvelen, M. J. G. (2018). Passive exercise to improve quality of life, activities of daily living, care burden and cognitive functioning in institutionalized older adults with dementia: A randomized controlled trial study protocol. *BMC Geriatrics*, 18(1), 182. <https://doi.org/10.1186/s12877-018-0874-4>
- Henriques, L. (2023, 13 de fevereiro). *Como melhorar a comunicação com o doente idoso com demência*. Just News. <https://justnews.pt/artigos/como-melhorar-a-comunicacao-com-o-doente-idoso-com-demencia/>
- Inchauspe, R. M., Barbian, P. M., Silva, M. S. da, & Santos, F. L. P. (2019). *Cinesioterapia funcional: Prevenção, reabilitação, treinamento e desempenho*. *Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento*, 4(3), 100–109. <https://www.nucleodoconhecimento.com.br/saude/cinesioterapia-funcional>
- Instituto da Segurança Social, I. P. (ISS, I. P.), Administração Central do Sistema de Saúde, I. P. (ACSS, I. P.), & Direção Executiva do Serviço Nacional de Saúde, I. P. (DE-SNS, I. P.). (2023). *Manual de articulação - Saúde e Segurança Social (S + SS): Para o planeamento das altas hospitalares*. ISS, I. P.; ACSS, I. P.; DE-SNS, I. P.
- Levinger, P., Goh, A. M. Y., Dunn, J., Katite, J., Paudel, R., Onofrio, A., Batchelor, F., Panisset, M. G., & Hill, K. D. (2023). Exercise intervention outdoor project in the cOmmunity - results from the ENJOY program for independence in dementia: A feasibility pilot randomised controlled trial. *BMC Geriatrics*, 23(1), 426. <https://doi.org/10.1186/s12877-023-04132-5>
- Maia, D. V. F., Gaspar, R. M. D. A., Costa, A. M. G., Dias, F. M. G., Pestana, H. C. F. C., & Sousa, L. (2019). Exercício físico na pessoa com demência: Revisão sistemática de literatura. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 2(1), 27–34.
- Martins, J. G. M. C., Carvalho, H. K. S., Silva, N. O., & Santos, M. V. F. (2023). Principais limitações e efeitos do Alzheimer na população idosa: Uma revisão narrativa. *Research, Society and Development*, 12(8), e13812842562. <https://doi.org/10.33448/rsd-v12i8.42562>
- Martins, R., & Santos, C. (2020). *Capacitação do cuidador informal: o papel dos enfermeiros no processo de gestão da doença*. *Gestão & Desenvolvimento*, 28, 117–137. <https://doi.org/10.34632/gestaoedesenvolvimento.2020.9468>
- Matias, I., Pinto, M., Sarmiento, I., Moreira, J., Moura, R., & Abrantes Coutinho, V. (2021). Doença de Alzheimer: Impacto na qualidade de vida do idoso e cuidador. *Research, Society and Development*, 10(3), e5410313007. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i3.13007>
- Matos, M. J., & de Araújo, C. (2021). *Prevenção de lesões músculo-esqueléticas 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>
- Meira, C., Botas, T., & Mendes, A. (2017). *Burnout em enfermeiros portugueses: Uma revisão integrativa*. *Revista Portuguesa de Saúde Ocupacional*. <https://www.rpso.pt/burnout-enfermeiros-portugueses-revisao-integrativa/>
- Middleton, L. E., Black, S. E., Herrmann, N., Oh, P. I., Regan, K., & Lanctot, K. L. (2018). Centre- versus home-based exercise among people with MCI and mild dementia: Study protocol for a randomized parallel-group trial. *BMC Geriatrics*, 18(1), 27. <https://doi.org/10.1186/s12877-017-0684-0>
- Miller, C. A. (2012). *Nursing for wellness in older adults* (6th ed.). Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Monteiro, A., Velon, A. G., Rodrigues, A. M., Oliveira, A., Valadas, A., Nóbrega, C., Cruto, C., Neutel, D., Simões do Couto, F., Morgado, J., Cerejeira, J., Ruano, L., Gago, M., Grunho, M., Tábuas-Pereira, M., Taipa, R., Moiron Simões, R., Araújo, R., Barreto, R., ... Massano, J. (2020). Consenso português para o diagnóstico e gestão clínica da demência com corpos de Lewy (PORTUCALE). *Acta Médica Portuguesa*, 33(12), 844–854. <https://doi.org/10.20344/amp.13696>
- Moreira, M. F., Nóbrega, M. M. L., & Silva, M. I. T. (2003). Comunicação escrita: Contribuição para a elaboração de material educativo em saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 56(2), 184–188. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672003000200015>
- Morris, J. K., Vidoni, E. D., Johnson, D. K., van Sciver, A., Mahnken, J. D., Honea, R. A., Wilkins, H. M., Brooks, W. M., Billinger, S. A., Swerdlow, R. H., & Burns, J. M. (2017). Aerobic exercise for Alzheimer’s disease: A randomized controlled pilot trial. *PLOS ONE*, 12(2), e0170547. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0170547>
- Nascimento, H. G. do, & Figueiredo, A. E. B. (2020). Estratégia de saúde da família e idoso com demência: o cuidado pelos profissionais de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26(1), 119. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020261.40942020>
- Nóbrega, C., Morgado, J., Vitorino, M. L., & Ferreira, J. (Coords.). (2022). *Manual do cuidador da pessoa com demência*. CNS – Campus Neurológico.
- Nunes, L. (2016). *Os limites do agir ético no dia-a-dia do enfermeiro*. *Servir*, 59(2), 7–17. <https://doi.org/10.48492/servir022.23674>
- Oliveira, C. (2023). *Evolução da funcionalidade em utentes seguidos em contexto domiciliário por uma equipa de cuidados continuados integrados*. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 6(2), e329. <https://doi.org/10.33194/rper.2023.329>
- Oliveira, L. S., Morais, R. B. M., Silva, F. A., Neves, M. J. C., Cunha, S. L. F., Camilo, K. C. B., Diniz, K. B. A., Santos, L. A., Pinto, B. L., & Almeida, K. S. (2025). *Neurociência do envelhecimento: Abordagens preventivas para a demência e intervenções baseadas em evidências*. *Revista Brasileira de Neurociência e Enfermagem*, 2(2). <https://doi.org/10.71248/gsv7z487>
- Oliveira, R. (2017, 15 de junho). *Entendendo o mini-mental*. *Dr. Rafael Oliveira Neurocirurgia*. <https://www.rafaeloliveiraneuro.com/post/2017-06-15-entendendo-o-mini-mental>
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: Enquadramento conceptual, enunciados descritivos*. Ordem dos Enfermeiros. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2009). *Guia orientador de boa prática: Cuidados de enfermagem à pessoa com traumatismo vértebro-medular* (Série I, n.º 2). Cadernos OE. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/24587/guia-de-boa-prc3a1tica-de-cuidados-de-enfermagem-c3a0-pessoa-com-traumatismo-vc3a9rtebro-medular.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2015a, 22 de junho). *Regulamento n.º 350/2015: Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação*. *Diário da República*, 2.ª série, (n.º 119), 16655–16660. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoPadQualidadeCuidEspecializEnfReabilitacao_DRJun2015.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2015b, outubro). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE)*. Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_291_02015_VF_site.pdf

Ordem dos Enfermeiros – Conselho Jurisdicional. (2015c, agosto). *Deontologia profissional de enfermagem* (Coord. Sérgio Deodato). Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livroci_deontologia_2015_web.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Bilhetes de identidade dos indicadores que integram o core de indicadores por categoria de enunciados descritivos: Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem de reabilitação* [PDF]. Ordem dos Enfermeiros. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/9748/enfermagem-reabilitacao.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2019a, 3 de maio). *Regulamento n.º 392/2019: Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação*. *Diário da República*, 2.ª série, (n.º 85). <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/11871/1356513568.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2019b, 6 de fevereiro). *Regulamento n.º 140/2019: Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista*. *Diário da República*, 2.ª série, (n.º 26), 4744–4750. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>

Parmera, J. B., & Nitrini, R. (2015). Demências: da investigação ao diagnóstico. *Revista de Medicina (São Paulo)*, 94(3), 179–184. <https://doi.org/10.11606/issn.1679-9836.v94i3p179-184>

Pascoal, B. P. B., Stone, J. B. da S., Silva, L. de F., Govêa, S. L., Silva, R. T. da, & Silva, M. N. (2024). Processos psicoterapêuticos: Suas contribuições na qualidade de vida da pessoa com demência e Alzheimer. *Revista Fisioterapia e Terapia*, 29(141). <https://doi.org/10.69849/revistaft/ni10202412071606>

Paulo, T. R. S. de, Castellano, S. M., Santos, W. L. M. dos, Campos, D. R., & Campos, L. A. S. (2012). O exercício físico funcional para idosos institucionalizados: Um novo olhar para as atividades da vida diária. *Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento*, 17(2), 413–427. <https://doi.org/10.22456/2316-2171.33847>

Pereira, R. S. S., Martins, M. M., Machado, W. C. A., Lourenço, M., Cruz, V. V., & Vargas, C. P. (2024). Reabilitação em enfermagem – processos de inclusão e acessibilidade: Instrumento de avaliação para enfermeiros de reabilitação. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 7(2), Artigo e412. <https://doi.org/10.33194/rper.2024.412>

Pimentel, R. M., & Scheicher, M. E. (2009). Comparação do risco de queda em idosos sedentários e ativos por meio da escala de equilíbrio de Berg. *Fisioterapia e Pesquisa*, 16(1), 6–10. <https://doi.org/10.1590/S1809-29502009000100002>

Pinto, L. C. G. L., & Róseo, F. F. C. (2014). *Envelhecer com saúde: O desafio do cuidar humanizado* [Revisão integrativa]. *Revista Interfaces da Saúde*, 1(1), 20–29. <https://fvj.br/revista/wp-content/uploads/2014/11/Interfaces2.pdf>

Pontes, A. C., Leitão, I. M. T. A., & Ramos, I. C. (2008). Comunicação terapêutica em enfermagem: Instrumento essencial do cuidado. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 61(3), 312–318. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672008000300006>

Portugal, P., Coelho, T., & Gonçalves, C. (2020). Demências. Em Laboratório de Reabilitação Psicossocial (Ed.), *A Doença Mental não é um Bicho de Sete Cabeças – Projeto de Literacia em Saúde Mental e Bem-estar*. Laboratório de Reabilitação Psicossocial FPCEUP/ESTSPIPP.

<https://www.labrp.pt/setecabeças2/images/FichasInformativas/DEMNCIA.pdf>

Ramalho dos Santos, C. M., & Gomes Paiva, R. C. (2023). Método Pilates na prevenção de lesões musculoesqueléticas: Uma revisão integrativa. *Revista InterScientia*, 9(1), 113–138. <https://doi.org/10.26843/interscientia.v9i01.1352>

Reis, C. T. (2019). Cultura de segurança em organizações de saúde. In P. Sousa & W. Mendes (Comps.), *Segurança do paciente: Criando organizações de saúde seguras* (2ª ed. rev. e atual., pp. 77–109). CDEAD, ENSP, Editora FIOCRUZ. <https://doi.org/10.7476/9788575416426>

Ribeiro, D. K. M. N., Lenardt, M. H., Lourenço, T. M., Betiulli, S. E., Seima, M. D., & Guimarães, C. A. (2017). O emprego da medida de independência funcional em idosos. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 38(4), e66496. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2017.04.66496>

Rodrigues, T. de Q., Castro, A. da S., Conceição, T. F. da, Leite, J. G. A. M., Ferreira, V. H. S., & Faustino, A. M. (2020). Impacto da Doença de Alzheimer na qualidade de vida de pessoas idosas: revisão de literatura. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 12(4), e2833. <https://doi.org/10.25248/reas.e2833.2020>

Ruivo, M. A., Ferrito, C., Nunes, L., & Estudantes do 7º CLE – ESS-IPS. (2010, janeiro-março). *Metodologia de projecto: Colectânea descrita de etapas. Percursos*, 15. https://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf

Salvaro, M. M., Frassetto, M. D., Melo, I. S., Santos, L. B. M., Liberato, L. S., Barros, A. V. V., Frassetto, M. E. G., Jesuíno, M. L., Grings, L. R., Nuernberg, P. V., Zappellini, L. V. A., Vecki, V. C., & Frassetto, E. D. (2023). Dever ético e legal do médico frente ao paciente Testemunha de Jeová. *Perspectivas em Medicina Legal e Perícia Médica*, 8, e230620. <https://doi.org/10.47005/230620>

Sampaio, A. N. B., Bezerra, J. A. O., Mallagoli, M. A. N., Barbosa, I. S. S., Belasco, I. E. B., & Silva, A. G. (2024). Qualidade de vida de pessoas idosas participantes de grupos comunitários na Amazônia Ocidental Brasileira: um estudo transversal. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 27(1), Article e240027. <https://doi.org/10.1590/1981-22562024027.230271>

Sanhueza Parra, M. I. del P., Castro Salas, M., & Merino Escobar, J. M. (2012). Optimizando la funcionalidad del adulto mayor a través de una estrategia de autocuidado. *Avances en Enfermería*, 30(1), 23–31. http://scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-45002012000100003

Santos, B. S., Lira, J. O., & Mangilli, L. D. (2025). Caracterização da deglutição em idosos com demência. *CoDAS*, 37, e20230358. <https://doi.org/10.1590/2317-1782/e20230358pt>

Santos, C. de S., Bessa, T. A. de, & Xavier, A. J. (2020). Fatores associados à demência em idosos: um estudo transversal. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(2), 603–611. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020252.02042018>

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., de Souza, L. C., Vale, F. A. C., Caramelli, P., Bertolucci, P. H. F., Chaves, M. L. F., Brucki, S. M. D., Damasceno, B. P., & Nitrini, R. (2022). *Diagnosis of Alzheimer's disease: Recommendations of the Scientific Department of Cognitive Neurology and Aging of the Brazilian Academy of Neurology*. *Dementia & Neuropsychologia*, 16(3 Suppl 1), 25–39. <https://doi.org/10.1590/1980-5764-DN-2022-S102EN>

Schindwein-Zanini, R. (2010). *Demência no idoso: aspectos neuropsicológicos* [Neuropsychological aspects of dementia in the elderly]. *Revista Neurociências*, 18(2), 220–226. <http://revistaneurociencias.com.br/edicoes/2010/RN1802/262%20revisao.pdf>

Simões, Â., & Sapeta, P. (2019). Conceito de dignidade na enfermagem: Análise teórica da ética do cuidado. *Revista Bioética*, 27(2), 326–334. <https://doi.org/10.1590/1983-80422019272306>

Smid, J., Studart-Neto, A., César-Freitas, K. G., Dourado, M. C. N., Kochhann, R., Barbosa, B. J. A. P., ... & Vale, F. A. C. (2022). Subjective cognitive decline, mild cognitive impairment, and dementia – syndromic approach: recommendations of the Scientific Department of Cognitive Neurology and Aging of the Brazilian Academy of Neurology. *Dementia & Neuropsychologia*, 16(3 Suppl 1), 1–24. <https://doi.org/10.1590/1980-5764-DN-2022-S101PT>

Smith, A. de A., Silva, A. O., Rodrigues, R. A. P., Moreira, M. A. S. P., Nogueira, J. A., & Tura, L. F. R. (2017). Assessment of risk of falls in elderly living at home. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 25, e2754. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.0671.2754>

Sondell, A., Rosendahl, E., Sommar, J. N., Littbrand, H., Lundin-Olsson, L., & Lindelöf, N. (2018). Motivation to participate in high-intensity functional exercise compared with a social activity in older people with dementia in nursing homes. *PLOS ONE*, 13(11), e0206899. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0206899>

Sousa, S. M. (2021). *A importância do cuidador familiar na prestação de cuidados à pessoa idosa – Função do enfermeiro* [Crônica]. Ordem dos Enfermeiros. <https://www.ordemenfermeiros.pt/acoress/noticias/conteudos/a-import%C3%A2ncia-do-cuidador-familiar-na-presta%C3%A7%C3%A3o-de-cuidados-%C3%A0-pessoa-idosa-fun%C3%A7%C3%A3o-do-enfermeiro/>

Tavares, T. E. E., & Carvalho, C. M. R. G. de. (2012). Características de mastigação e deglutição na doença de Alzheimer. *Revista CEFAC*, 14(1), 1–12. <https://doi.org/10.1590/S1516-18462011005000123>

- Teoli, D., Sanvictores, T., & An, J. (2023, 4 de setembro). *SWOT Analysis*. In *StatPearls*. StatPearls Publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK537302/>
- Tissot, J. T., & Vergara, L. G. L. (2023). Estratégias para prevenção de quedas no ambiente de moradia da pessoa idosa com foco no aging in place. *Ambiente Construído*, 23(3), 25–37. <https://doi.org/10.1590/s1678-86212023000300674>
- Villarejo Galende, A., Eimil Ortiz, M., Llamas Velasco, S., Llanero Luque, M., López de Silanes de Miguel, C., & Prieto Jurczynska, C. (2021). *Relatório da Fundação Espanhola do Cérebro sobre o impacto social da doença de Alzheimer e outros tipos de demência*. *Neurología (English Edition)*, 36(1), 39–49. <https://doi.org/10.1016/j.nrl.2017.10.005>
- Waldow, V. R. (2009). Momento de cuidar: momento de reflexão na ação. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 62(1), 140–145. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672009000100022>
- World Health Organization. (2012, 1 de março). *WHOQOL: Measuring quality of life*. WHO. <https://www.who.int/tools/whoqol>
- World Health Organization. (2015). *World report on ageing and health* (ISBN 978-92-4-069481-1) [PDF]. Geneva: Author. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186463/9789240694811_eng.pdf
- 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/10665/259615/9789241513487-eng.pdf;jsessionid=4DA480FA93471AC53988E52B35F416D8?sequence=1>

APÊNDICES

APÊNDICE I – REVISÃO SCOPING

Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Ano letivo 2023/2024

1º ano – 2º semestre

Unidade Curricular Respostas ambientais, sociais e familiares à pessoa portadora de
deficiência

**As Intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de
Reabilitação na Pessoa com Demência: uma Revisão *Scoping* de
Estudos Randomizados Controlados**

Discente:

Filipa Soeiro nº 118609

Docente:

Professor Doutor Júlio Belo Fernandes

Monte da Caparica

Maio 2024

As Intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na Pessoa com Demência: uma Revisão *Scoping* de Estudos Randomizados Controlados

The Interventions of the Specialist Nurse in Rehabilitation Nursing for People with Dementia: A Scoping Review of Randomized Controlled Trials

Filipa Soeiro^{1,2}, Júlio Fernandes²

1 Residência Sênior de Belverde

2 Egas Moniz School of Health & Science

RESUMO

Introdução: A demência é uma das principais causas de incapacidade e dependência da pessoa idosa a nível mundial, que afeta a memória, o pensamento e a capacidade para realizar as atividades de vida diárias. No sentido, de melhorar a qualidade de vida e a funcionalidade da pessoa com demência e retardar a progressão da doença, é fulcral identificar as intervenções promotoras da reabilitação da pessoa com demência.

Metodologia: Esta revisão *scoping* assenta na metodologia proposta por Arksey e O'Malley, utilizando o acrónimo PCC (Population, Concept e Context) para responder à questão de investigação: Quais são as intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação promotoras da reabilitação da pessoa com demência? A pesquisa foi efetuada nas bases de dados MEDLINE, CINAHL, Nursing & Allied Health Collection, Cochrane e MedicLatine, limitando o ano de publicação entre 2014 e 2024, nos idiomas português e inglês, disponibilidade em texto integral e estudos randomizados controlados. A informação foi organizada segundo a declaração dos Principais Itens para Relatar Revisões Sistemáticas e Meta-Análises (PRISMA).

Resultados: Foram identificados 141 artigos, dos quais 8 foram incluídos na revisão. As intervenções identificadas foram agrupadas nas seguintes categorias: exercício físico, atividade social, prevenção de quedas, reabilitação cognitiva, motivação e envolvimento do cuidador.

Conclusão: A demência tem grande impacto na qualidade de vida da pessoa que dela padece, família e cuidador, bem como no desenvolvimento económico mundial, sendo necessário intervir precocemente, através da prestação de cuidados de Enfermagem de Reabilitação, baseados na evidência.

Palavras-Chave: Demência, Exercício físico, Reabilitação cognitiva, Reabilitação, Enfermagem.

ABSTRACT

Introduction: Dementia is one of the main causes of disability and dependence in older people worldwide, affecting memory, thinking and the ability to carry out activities of daily living. In order to improve the quality of life and functionality of people with dementia and slow down the progression of the disease, it is crucial to identify interventions that promote the rehabilitation of people with dementia.

Methodology: This scoping review is based on the methodology proposed by Arksey and O'Malley, using the acronym PCC (Population, Concept and Context) to answer the research question: What are the interventions of the Rehabilitation Nurse Specialist that promote the rehabilitation of people with dementia? The search was carried out in the MEDLINE, CINAHL, Nursing & Allied Health Collection, Cochrane and MedicLatine databases, limiting the year of publication to between 2014 and 2024, in Portuguese and English, availability in full text and randomised controlled studies. The information was organised according to the Principal Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA).

Results: 141 articles were identified, 8 of which were included in the review. The interventions identified were grouped into the following categories: physical exercise, social activity, falls prevention, cognitive rehabilitation, motivation and carer involvement.

Conclusion: Dementia has a major impact on the quality of life of the sufferer, family and carer, as well as on global economic development, and early intervention is needed through evidence-based rehabilitation nursing care.

Keywords: Dementia, Physical exercise, Cognitive rehabilitation, Rehabilitation, Nursing.

1. INTRODUÇÃO

A demência é um conjunto de sinais e sintomas com evolução variável, sendo a doença de Alzheimer a mais comum (60-70% dos casos), seguindo-se a demência vascular, a demência com corpos de Lewy e a demência frontotemporal (Portugal et al., 2020). Apesar dos sinais e sintomas serem similares, a etiologia da demência é diferente, existindo em todos os casos uma doença cerebral adquirida e progressiva com défice cognitivo, perda de autonomia e funcionalidade associados (Caldas de Almeida et al., 2015). Esta síndrome caracteriza-se, portanto, por um declínio progressivo das capacidades intelectuais e funcionamento da pessoa, incapacitando-a de se relacionar eficazmente com os outros e de ser autónoma nas suas atividades de vida diária, culminando de forma semelhante para a dependência total de terceiros e acamamento (Nóbrega et al., 2022).

Mais de 55 milhões de pessoas sofrem de demência e, anualmente, surgem cerca de 10 milhões de novos casos de demência, estimando-se um aumento para 75 milhões em 2030 e 132 milhões em 2050 (World Health Organization [WHO], 2017).

A demência não afeta exclusivamente os idosos nem é uma consequência inevitável do envelhecimento, contudo é uma das principais causas de incapacidade e dependência deste

grupo etário a nível mundial, uma vez que quando é diagnosticada já se encontra numa fase tardia da doença (Portugal et al., 2020; WHO, 2017). À medida que a demência evolui, é inevitável a perda de autonomia e funcionalidade da pessoa, tornando-a totalmente dependente de terceiros, motivo pelo qual é considerada uma das principais causas de institucionalização (Villarejo Galende et al., 2021).

A falta de sensibilização e compreensão sobre a demência resulta em barreiras ao diagnóstico e aos cuidados, com repercussões significativas no desenvolvimento económico mundial, razão pela qual foi elaborado um plano de ação global sobre a resposta de saúde pública à demência com o objetivo de se encarar a demência como uma prioridade de saúde pública (WHO, 2017). Alguns estudos referem que devem ser considerados nos custos das demências, a perda de produtividade dos cuidadores, assim como os custos e a utilização de recursos de saúde pelos próprios (Costa et al., 2021).

Um diagnóstico precoce de demência é fulcral não só para melhorar a qualidade de vida da pessoa portadora de demência, família e cuidador, como também para reduzir os custos dos serviços de saúde e sociais (WHO, 2017). Assim, é fundamental incluir a demência no planeamento dos cuidados, a fim de se minimizar o seu impacto físico, psicológico, social e económico.

Segundo Portugal et al. (2020) os tratamentos não farmacológicos têm benefícios na sintomatologia psicológica e comportamental, os quais devem promover o bem-estar físico, psicológico e social da pessoa com demência e dos respetivos familiares e cuidadores. Firmino et al. (2016) destaca diversas intervenções não farmacológicas, nomeadamente a reabilitação cognitiva, a estimulação sensorial (massagem, musicoterapia, entre outros), as técnicas de controlo comportamental e o exercício físico. Neste sentido, pretende-se com esta revisão *scoping* identificar as intervenções promotoras da reabilitação da pessoa com demência, com vista à melhoria da sua qualidade de vida e funcionalidade e, por sua vez, retardar a progressão da doença.

2. METODOLOGIA

A presente revisão *scoping* assenta na metodologia proposta por Arksey & O'Malley, que engloba cinco fases distintas, nomeadamente: **(1)** Identificação da questão de investigação, **(2)** Identificação dos estudos relevantes, **(3)** Seleção dos estudos, **(4)** Extração dos dados, e **(5)** Recolha, resumo e comunicação dos resultados.

A informação foi organizada segundo as recomendações descritas na lista de verificação PRISMA-ScR (Principais Itens para Relatar Revisões Sistemáticas e Meta-Análises).

2.1. Identificação da questão de investigação

A questão de investigação que orientou esta revisão *scoping* e que teve por base o acrónimo PCC (Population, Concept e Context), foi a seguinte: Quais são as intervenções

do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação promotoras da reabilitação da pessoa com demência?

2.2. Identificação de estudos relevantes

A pesquisa foi efetuada em diversas bases de dados (MEDLINE, CINAHL, Nursing & Allied Health Collection, Cochrane, MedicLatine), acessíveis através da plataforma *EBSCOhost*, com os seguintes limitadores de pesquisa: ano de publicação entre 2014 e 2024, idiomas português e inglês, disponibilidade em texto integral e estudos randomizados. A pesquisa final foi realizada a 3 de Abril de 2024.

Como estratégia de pesquisa foram selecionados descritores, previamente validados através da plataforma Descritores em Ciências da Saúde (DeCS/MeSH), combinados pelos operadores booleanos AND, OR e NOT, na seguinte equação de pesquisa: (*Dementia*) AND (*Cognitive training OR Exercise therapy*) AND (*Rehabilitation*).

Os critérios de inclusão e exclusão foram estabelecidos com base no acrónimo PCC e desenho de estudo, que se encontram apresentados na Tabela 1.

Crítérios de Seleção	Crítérios de Inclusão	Crítérios de Exclusão
População	Pessoa com Demência Idade superior a 18 anos	Outro tipo de doença Idade inferior a 18 anos
Conceito	Intervenções relacionadas com exercício físico e/ou treino cognitivo	Outras intervenções não relacionadas com exercício físico e/ou treino cognitivo
Contexto	Reabilitação	Outros contextos não relacionados com a reabilitação
Desenho de Estudo	Estudos randomizados e controlados que abordem intervenções no âmbito da reabilitação na pessoa com demência	Outro tipo de estudos

Tabela 1 – Critérios de inclusão e exclusão

2.3. Seleção dos estudos

Os estudos duplicados foram identificados e removidos através do programa Mendeley Reference Manager. Um revisor realizou a triagem dos títulos dos estudos com relevância para a presente revisão, seguindo-se a análise dos resumos e, por fim, a leitura do texto integral. Dos estudos elegíveis para a revisão, apenas foram incluídos os estudos

randomizados e controlados, sendo necessário a colaboração de outro revisor (JF), sempre que algum suscitasse dúvidas, para tomar a decisão final.

2.4. Extração dos dados

Os dados recolhidos pelos dois revisores, F.S. e J.F., foram organizados em tabela, onde constam as informações relevantes para a questão e investigação. Os dados apresentam-se da seguinte forma: nome do autor, ano de publicação, título e país, objetivo do estudo e intervenções, destacando-se também o tempo, a frequência e a duração destas. Após a extração dos dados, estes foram rigorosamente analisados, de forma a garantir precisão e relevância da presente revisão.

2.5. Recolha, resumo e comunicação dos resultados

O processo de identificação, triagem e seleção dos estudos encontra-se ilustrado sob a forma de fluxograma PRISMA, na Figura 1.

Para organizar e sintetizar os dados, foi utilizada uma análise temática segundo as directrizes estabelecidas por Braun et al. (2019).

Dois investigadores efectuaram a revisão dos dados de forma independente, procedendo posteriormente à sua análise para identificarem as intervenções semelhantes nestes.

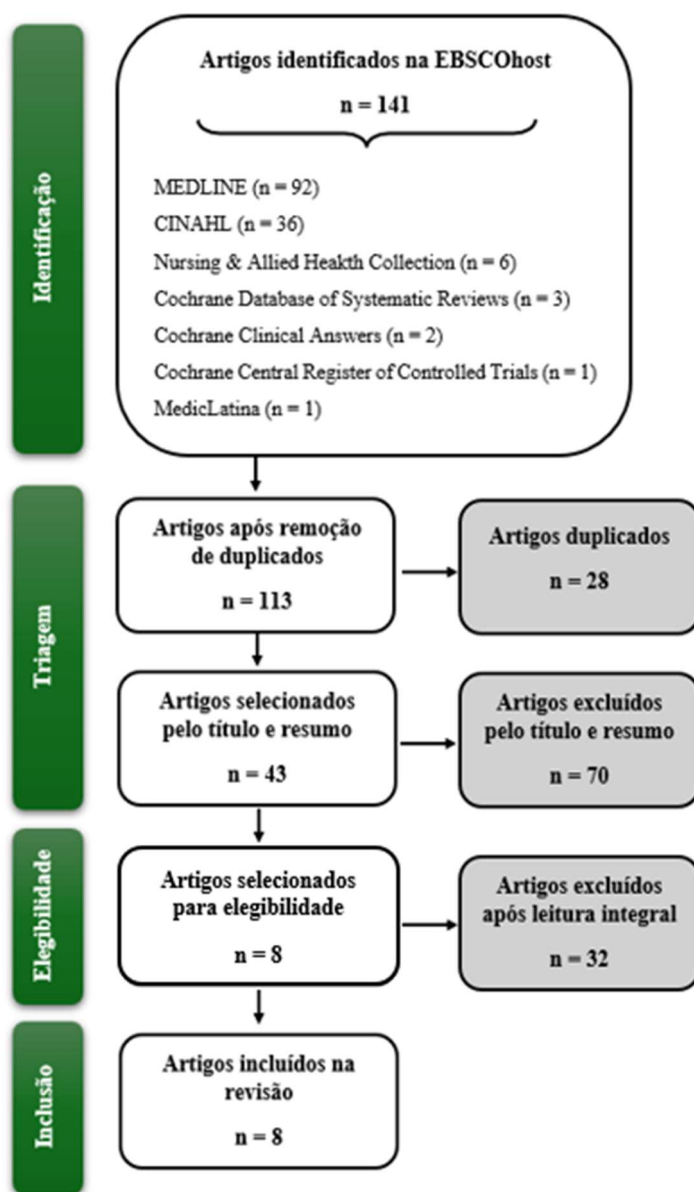


Figura 1 - PRISMA

3. RESULTADOS

A pesquisa inicial identificou 141 estudos em diferentes bases de dados, dos quais 28 eram duplicados, restando assim 113 estudos. Após remoção dos 70 estudos excluídos pelo título e resumos, restaram 43 estudos, dos quais foram excluídos 35 após leitura do texto integral. Portanto, foram incluídos nesta revisão 8 artigos. A Figura 3 ilustra o processo de seleção.

Dos 8 estudos, 4 foram realizados no Reino Unido (Atherton et al., 2016; Bajwa et al., 2019; Clare et al. 2023; Goldberg et al., 2019), 1 na Austrália (Levinger et al., 2023), 1 no Canadá (Middleton et al., 2018), 1 nos Estados Unidos (Morris et al., 2017) e 1 na Suécia (Sondell et al., 2018).

Autor/ Ano/ Título/ País	Objetivo do Estudo	Tempo/ Frequência/ Duração	Intervenções
<p>Atherton, N., et al. (2016)</p> <p>Dementia and Physical Activity (DAPA) - an exercise intervention to improve cognition in people with mild to moderate dementia: study protocol for a randomized controlled trial.</p> <p>Reino Unido</p>	<p>Estudo randomizado e controlado para avaliar o efeito de um programa de exercício físico de moderada a elevada intensidade e subsequente acompanhamento para manter ativa a função cognitiva, a funcionalidade e a qualidade de vida, em pessoas com demência leve a moderada</p>	<p>29 aulas</p> <p>4 meses</p> <p>2 vezes por semana</p> <p>1 hora</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Exercícios aeróbios e de resistência • Avaliação dos cuidados diários • Avaliação do risco de quedas • Estratégias motivacionais para a prática de exercício de forma independente
<p>Bajwa, R. K., et al. (2019)</p> <p>A randomised controlled trial of an exercise intervention promoting activity, independence and stability in older adults with mild cognitive impairment and early dementia (PrAISED) - A Protocol. Trials.</p> <p>Reino Unido</p>	<p>Estudo randomizado e controlado para promover a atividade e a independência e prevenir as quedas das pessoas com demência precoce ou déficit cognitivo ligeiro</p>	<p>52 semanas</p> <p>3 horas por semana</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Exercícios progressivos de força e equilíbrio • Atividades funcionais • Exercícios com dupla tarefa • Avaliação do risco de quedas • Estratégias motivacionais para a prática de exercício de forma independente
<p>Clare, L., et al. (2023)</p> <p>Implementing a home-based personalised</p>	<p>Estudo randomizado e controlado que pretende desenvolver uma base para implementar a</p>	<p>6 sessões</p> <p>1 ano</p> <p>1 hora</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Alcance de metas • Envolvimento do cuidador

<p>cognitive rehabilitation intervention for people with mild-to-moderate dementia: GREAT into Practice. BMC Geriatrics. Reino Unido</p>	<p>intervenção de Reabilitação Cognitiva GREAT em serviços comunitários para pessoas com demência leve a moderada</p>		
<p>Goldberg, S. E., et al. (2019) Promoting activity, Independence and stability in early dementia (PrAISED): a, multisite, randomised controlled, feasibility trial. Reino Unido</p>	<p>Estudo randomizado e controlado para testar a viabilidade de uma intervenção terapêutica complexa que visa promover a atividade e a independência de pessoas com demência precoce</p>	<p>12 meses 3 horas por semana</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Exercícios progressivos de força e equilíbrio • Exercícios com dupla tarefa • Reeducação da marcha • Avaliação do risco de quedas • Estratégias motivacionais para a prática de exercício independente
<p>Levinger, P., et al. (2023) Exercise intervention outdoor project in the community - results from the ENJOY program for independence in dementia: a feasibility pilot randomised controlled trial. Austrália</p>	<p>Estudo randomizado e controlado para testar a viabilidade de um programa de atividade física para pessoas com demência ligeira a moderada, em estruturas residenciais para idosos</p>	<p>12 semanas 2 vezes por semana 1 a 1,5 hora</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Exercícios progressivos de mobilidade, amplitude e equilíbrio • Estratégias motivacionais para a prática de exercício de forma independente

<p>Middleton, L. E., et al. (2018) Centre- versus home-based exercise among people with mci and mild dementia: study protocol for a randomized parallel-group trial. Canadá</p>	<p>Estudo randomizado para comparar a efetividade do exercício realizado num centro e no domicílio para o cumprimento de diretrizes de atividade física entre pessoas com ligeiro défice cognitivo ou demência ligeira</p>	<p>150 minutos por semana 1 vez por semana</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Exercício no domicílio • Exercício em clínicas (aeróbios, de resistência, equilíbrio e flexibilidade) • Estratégias motivacionais para a prática de exercício de forma independente • Envolvimento do cuidador
<p>Morris, J. K., et al. (2017) Aerobic exercise for Alzheimer's disease: A randomized controlled pilot trial. Estados Unidos (Kansas)</p>	<p>Estudo randomizado e controlado para avaliar a eficácia do exercício aeróbio estruturado segundo as diretrizes de saúde pública na Doença de Alzheimer</p>	<p>26 semanas 3 a 5 sessões 150 minutos por semana</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Exercícios aeróbios • Exercícios de alongamento e tonificação muscular
<p>Sondell, A., et al. (2018) Motivation to participate in high-intensity functional exercise compared with a social activity in older people with dementia in nursing homes. Suécia</p>	<p>Estudo randomizado e controlado que pretende avaliar a motivação dos idosos com demência para participar num programa de exercícios funcionais comparativamente a uma atividade social, em estruturas residenciais para idosos</p>	<p>40 sessões 4 meses 5 vezes em 2 semanas 45 minutos</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Exercício físico progressivo • Prevenção de quedas • Atividade social • Estimulação cognitiva • Estratégias motivacionais para interação em grupo

A análise dos resultados demonstrou diversas intervenções para melhorar a qualidade de vida e funcionalidade da pessoa com demência, as quais foram agrupadas em 6 categorias:

exercício físico, atividade social, prevenção de quedas, reabilitação cognitiva, motivação e envolvimento do cuidador.

3.1. Exercício físico

O exercício físico é abordado sob diversas formas e em diferentes contextos.

Atherton et al (2016) abordam um programa de exercício físico de moderada a elevada intensidade, que visa melhorar a função cognitiva das pessoas com demência, através de exercícios aeróbicos em bicicletas estáticas e exercícios de resistência com uso de halteres, cintos e coletes de musculação. Este requer uma avaliação prévia da aptidão física da pessoa através do teste de caminhada de 6 minutos e deve ser realizado 2 vezes por semana durante 1 hora, com um dia de intervalo entre os treinos, num ginásio. A intensidade do exercício aeróbio será mensurada através da escala de Borg ou escala de percepção subjetiva do esforço (PSE) e aumentará consoante a tolerância da pessoa, sendo o objetivo permanecer na bicicleta em baixa intensidade (PSE = 2) por 5 minutos, seguindo-se em intensidade moderada (PSE = 4) por 20 minutos, e por fim, em elevada intensidade (PSE = 6) para aqueles que forem capazes; e nos exercícios de resistência o objetivo é realizar dez repetições com o peso máximo, isto é, com o peso que conseguiu realizar as dez repetições sem dificuldade.

Bajwa et al. (2019) e Goldberg et al. (2019) abordam um programa de exercício físico PrAISED, que diz respeito ao programa para promoção da atividade e independência e prevenção de quedas em pessoas com défice cognitivo leve ou demência precoce. Esta intervenção, segundo Bajwa et al. (2019) visa compreender a limitação da prática de exercício físico por esta população, saber como intervir para promover o exercício e prolongar a independência, e por sua vez, aplicar este programa terapêutico na prática, de forma a que as pessoas com demência vivam com qualidade, previnam crises e adotem estilos de vida saudáveis antes da inevitável progressão da demência. Bajwa et al. (2019) e Goldberg et al. (2019) referem que o programa de exercício deve ser realizado pelo menos 3 horas por semana e este inclui exercícios progressivos de força e equilíbrio, atividades funcionais e análise de riscos, avaliação ambiental e treino com dupla tarefa, dirigidos por uma abordagem motivacional. Goldberg et al. (2019) acrescenta ainda no programa, a reeducação da marcha.

Levinger et al. (2023) referem um programa de exercício físico para idosos sem défice cognitivo num parque com equipamento próprio, sendo o objetivo aplicá-lo em pessoas que sofrem de demência e residem em estruturas residenciais para idosos para promoção da sua independência. Este consiste em exercícios de aquecimento durante 5 a 7 minutos, seguidos de 45 a 75 minutos em circuito com exercícios de mobilidade dos membros superiores e inferiores, amplitude articular, treino de equilíbrio estático e dinâmico (ponte de caminhada instável ou caminhada em viga estreita), flexibilidade (amplitude articular

dos ombros, por exemplo), força ou movimentos funcionais (subir e descer escadas e passar da posição de sentado para posição ortostática).

O nível de dificuldade do exercício é ajustado às capacidades de cada um, tendo sempre em consideração a segurança, e a intensidade é progressiva consoante a tolerância.

Middleton et al. (2018) pretende comparar a efetividade do exercício realizado em contextos de domicílio e clínica, tendo por base as diretrizes de exercício físico para prevenir e retardar a progressão da demência desenvolvido pelo Instituto Ontario Brain, nomeadamente realização de treinos de exercício aeróbio moderado com duração superior a 150 minutos por semana, e de resistência 2 vezes por semana. Na clínica, o exercício aeróbio deve ser realizado na passadeira ou na bicicleta estática, enquanto que o exercício de resistência deve ser com uso de máquinas de exercícios e pesos de mão, bem como através de atividades funcionais. A intensidade do exercício será monitorizada pela frequência cardíaca e escala de Borg (PSE, meta: 12–15/20).

Morris et al. (2017) compara a eficácia da prática de exercício físico aeróbio com o treino de exercício de alongamento e tonificação muscular em pessoas com Doença de Alzheimer, no sentido de avaliar a sua capacidade de memória, a função executiva, a capacidade funcional e os sintomas depressivos. Testes de aptidão cardiorrespiratória e ressonâncias magnéticas cerebrais foram realizadas. O treino de exercício aeróbio consiste em 150 minutos por semana de intensidade moderada, conforme as recomendações de saúde pública, enquanto que os exercícios anaeróbios variam semanalmente, entre fortalecimento do core, bandas de resistência, tai chi modificado ou ioga modificada.

Sondell et al. (2018) aborda um programa de exercício funcional de alta intensidade (HIFE), que tem como objetivo aumentar a força, o equilíbrio e a mobilidade dos membros inferiores em idosos com limitação física através de exercícios funcionais de alta intensidade. O programa é composto por 39 exercícios, agrupados em 5 categorias: 1) exercícios de equilíbrio estático e dinâmico, combinados com exercícios de força dos membros inferiores; 2) exercícios de equilíbrio dinâmico na marcha; 3) exercícios de equilíbrio estático e dinâmico em posição ortostática; 4) exercícios de força dos membros inferiores com suporte contínuo de equilíbrio; e 5) deambulação com apoio contínuo do equilíbrio. O nível de exercício adequado é decidido após resultado de uma caminhada de 5 a 10 metros de distância. A intensidade dos exercícios de força e equilíbrio é aumentada progressivamente através do aumento da carga e dificuldade. Exercícios de força de alta intensidade foram realizados na repetição máxima (RM) de 8 a 12 repetições. A carga foi aumentada até ao máximo (12 kg). Os exercícios de equilíbrio pretendem desafiar a estabilidade postural dos participantes e, progressivamente, reduzir a base de sustentação ou alterar a superfície de apoio. No início de cada sessão são realizados exercícios de aquecimento em grupo, na posição sentado.

3.2. Atividade Social

Sondell et al. (2018) refere como intervenção para as pessoas que sofrem de demência e se encontram a residir em estruturas residenciais para idosos, as atividades sociais em grupo. Nestas, são abordados temas do interesse do grupo (por exemplo, estações do ano, vida selvagem, atividades de lazer, artesanato, entre outros) e sentados, realizam diversas atividades, como conversar, cantar, ouvir música ou poesia, e observar imagens ou objetos alusivos ao tema.

3.3. Prevenção de quedas

Atherton et al (2016), Bajwa et al. (2019) e Goldberg et al. (2019) abordam a intervenção com base nos cuidados diários, de forma a avaliar e prevenir o risco de queda. Pretendem avaliar o ambiente e os episódios de queda, com o intuito de reverem as ações da pessoa com demência e aconselharem a adoção de determinados procedimentos (por exemplo, uso de calçado adequado) e, no caso de falta de segurança, encaminham para serviços locais. Foi solicitado o registo dos episódios de quedas, de forma a facilitar a intervenção. Sondell et al. (2018) refere a necessidade de uso de cintos com alças para que os profissionais possam dar apoio, se necessário, durante o exercício que desafie o limite da estabilidade postural da pessoa, prevenindo assim quedas.

3.4. Reabilitação cognitiva

Sondell et al. (2018) aborda a reabilitação cognitiva através da interação em grupo, onde a pessoa com demência é incentivada a responder às questões, recebendo crachás. Refere também que se deve dar tempo à pessoa para responder, evitar conceitos complexos e que o uso de fotografias é um excelente auxiliar de memória.

Clare et al. (2023) refere a importância da implementação de uma intervenção de reabilitação cognitiva personalizada no domicílio para pessoas com demência leve a moderada. Esta consiste na mudança de comportamento que conduza ao alcance de metas, onde as necessidades identificadas são ultrapassadas através de técnicas de aprendizagem (por exemplo, mudança do ambiente) e abordagens compensatórias (por exemplo, introdução de auxiliares de memória), baseadas na evidência. A reabilitação cognitiva promove a adoção de novas rotinas comportamentais e o sucesso na resolução dos desafios em situações quotidianas (por exemplo, uso de dispositivos, eletrodomésticos, entre outros), incentivando, por sua vez, ao desenvolvimento de uma abordagem focada na solução e tornar-se mais confiante.

3.5. Envolvimento do cuidador

Clare et al. (2023) e Middleton et al. (2018) referem que os cuidadores são incentivados a participar nas sessões de exercício e envolvidos no respetivo planeamento para poderem realizar o exercício de forma independente em conjunto com a pessoa a quem prestam

cuidados. Middleton et al. (2018) refere ainda que os exercícios devem ser registados pelo cuidador, de forma a serem ultrapassadas as barreiras face ao plano de exercícios prescrito.

3.6. Motivação

Atherton et al (2016), Bajwa et al. (2019), Goldberg et al. (2019), Levinger et al. (2023), Middleton et al. (2018) e Sondell et al. (2018) referem a importância de adoção de abordagens motivacionais para a adesão e continuidade da prática de exercício físico de forma independente, de forma a promover a independência. Atherton et al (2016) aborda ainda a necessidade de divulgar instalações e iniciativas locais para a prática de exercício físico de forma independente, por exemplo grupos de caminhadas.

4. DISCUSSÃO

Esta revisão identificou diversas intervenções promotoras da reabilitação da pessoa com demência, com vista a melhorar a sua qualidade de vida e funcionalidade e, por sua vez, retardar a progressão da doença.

A pessoa que sofre de demência apresenta declínio cognitivo (perda de memória, apraxia, disfunção executiva), alteração motora e de equilíbrio, incapacitando-a de realizar as atividades de vida diárias e, conseqüentemente, aumentando o risco de queda. As quedas conduzem à imobilidade, inatividade, perda da independência e aumento da dependência (Bajwa et al., 2019). Uma vez que não há cura para a demência, preveni-la deve ser uma prioridade de saúde pública devido ao seu impacto económico global (Levinger et al., 2023) através da implementação de abordagens preventivas e terapêuticas alternativas (Middleton et al., 2018). A prática de exercício físico é fundamental para a reabilitação da pessoa com demência, não só para melhorar a função cognitiva e reduzir o risco de demência, mas também para melhorar a capacidade física, a independência funcional e a qualidade de vida (Atherton et al., 2016; Middleton et al., 2018), sendo a motivação a essência para a adesão e continuidade desta.

Middleton et al. (2018) recomenda a prática de pelo menos 150 minutos de atividade física para promover o envelhecimento saudável e pelo menos 180 minutos de exercícios de equilíbrio desafiador e fortalecimento progressivo por semana para prevenir quedas, que vai de encontro às recomendações da Organização Mundial da Saúde. Os treinos de força, equilíbrio e de dupla tarefa, realizados 2 a 3 vezes por semana, podem ter benefícios significativos, tais como melhoria na velocidade da marcha e no desempenho das atividades de vida diária, diminuição do défice cognitivo, melhoria do humor e da confiança e, por sua vez, diminuição do risco de queda (Bajwa, et al., 2019). A implementação de exercícios personalizados para pessoas com demência com base no conhecimento do seu percurso de vida e da sua experiência demonstraram ser de extrema importância para

sabermos o que os motiva a exercitarem-se (Sondell et al., 2018). Contudo, também é importante conhecer as preferências individuais da pessoa com demência relativamente à prática de exercício físico. Van der Wardt et al. (2020) refere no seu estudo que a maioria referiu maior prazer na atividade com o uso de instrumentos ou equipamentos de apoio, nomeadamente imagens, vídeos, bicicletas ergométricas. O estudo também defende o desenvolvimento de um plano de exercício englobado na rotina diária da pessoa com demência, de forma a potenciar a sua funcionalidade, envolvendo sempre que possível a família.

A continuidade da prática de exercício físico permite a progressão da intensidade dos exercícios, contudo essa progressão é desafiante devido à dificuldade desta população em reter os exercícios, sendo necessário recorrer a auxiliares de memória como vídeos e imagens que exemplifiquem o que é pretendido (Levinger et al., 2023). A pessoa com demência apresenta a sua liberdade condicionada, dependendo de terceiros para eventuais oportunidades, nomeadamente praticar exercício físico noutros contextos. Os cuidadores devem, por isso, compreender a demência e serem sensibilizados para a importância do exercício físico para retardar a progressão da doença, de forma a potenciarem as oportunidades que visam a promoção da sua saúde (Middleton et al., 2018). As pessoas com demência apresentam um nível de atividade física mais baixo que os idosos que não apresentem défice cognitivo, e as pessoas que residem em estruturas residenciais para idosos (com ou sem demência) apresentam níveis ainda mais reduzidos de atividade física. Portanto, é essencial realizar novas abordagens nas instituições, de forma a promover o exercício físico como parte integrante dos cuidados para a manutenção da saúde e independência da pessoa e, por sua vez, para prevenção da demência precoce. Programas que visem atividades funcionais, como passar da posição de sentado para posição ortostática, transferências, entre outros, podem ser eficazes para melhorar a limitação física. O exercício físico ao ar livre também demonstrou ser uma intervenção benéfica para o bem-estar da pessoa com demência, o qual deve ser incentivado pelas instituições, cuidadores ou familiares para aumentar a adesão à prática de exercício físico (Levinger et al., 2023). As intervenções de reabilitação na pessoa com demência requerem experiência por parte dos profissionais para lidar com esta população e, principalmente, investigação. Fjellman-Wiklund et al (2016) refere no seu estudo que apesar das evidências existentes sobre os benefícios do exercício físico na pessoa com demência, é necessário investigar sobre os exercícios que mais se adequam e como devem ser ensinados a esta população, principalmente, em estruturas residenciais para idosos, sendo imprescindível o conhecimento da complexidade da temática para o sucesso da sua ação. Refere ainda que o profissional deve ser flexível na abordagem, ter capacidade de adaptação e adequação da comunicação (verbal e não verbal) e incentivar à adesão ao exercício.

A reabilitação cognitiva no domicílio demonstrou ser uma intervenção eficaz para o alcance de metas, onde a pessoa com demência e o respetivo cuidador são envolvidos na

identificação dos objetivos relacionados com situações quotidianas, contribuindo para o aumento da confiança e independência (Clare et al., 2023). A pessoa com demência apresenta alteração da memória a curto prazo, dificuldade no pensamento e discurso, falta de insight, sendo fundamental adotar uma atitude de reforços positivos, disponibilizar tempo para ouvir, respeitar as pausas no discurso, evitar o uso de conceitos complexos e ajustar a linguagem e utilizar ferramentas de auxílio à memória (Atherton et al., 2016). A reabilitação cognitiva é tão importante como a reabilitação física, mas muitas vezes é descurada e tal como refere Clare (2017) esta deve ser considerada no plano de reabilitação, dada a inevitabilidade das condições neurodegenerativas progressivas de longo prazo.

Amieva et al. (2016) refere que a intervenção individualizada de reabilitação cognitiva na pessoa com Doença de Alzheimer obteve ganhos mais significativos comparativamente à realizada em grupo, devendo esta ser considerada para que a institucionalização seja adiada o mais possível.

Não se evidenciou alteração da motivação da pessoa com demência em participar nas sessões de exercício físico ou atividade social (Sondell et al., 2018), contudo por ser vulnerável requer uma avaliação contínua da sua capacidade intelectual e da vontade para participação nas atividades, sendo fundamental o envolvimento do cuidador. O cuidador demonstrou ser importante para o registo dos exercícios e das quedas (Clare et al., 2023; Middleton et al., 2018).

Pontos fortes e limitações

As intervenções apresentadas podem ser facilmente aplicadas pelos profissionais de saúde nos seus contextos de prática clínica e servirem de base para a exploração de outras intervenções inovadoras. Outro aspeto relevante desta revisão foi a sensibilização da necessidade de uma nova abordagem nas estruturas residenciais para idosos, que poderá despertar nos profissionais um olhar mais crítico para o trabalho que nelas desenvolvem, a fim de potenciarem a funcionalidade nas AVD e retardarem a progressão da demência. A intervenção focada também na família e/ou cuidador, mostra-se preponderante para a promoção da qualidade de vida de todos os envolvidos, podendo esta impulsionar os cuidadores a adequarem os seus cuidados e, por sua vez, diminuir a sua sobrecarga. Contudo, é fundamental que os profissionais de saúde englobem também os cuidadores, sempre que possível, nas suas práticas, promovendo a capacitação e formação destes, que tanto é descurada.

Deste modo, foram identificadas diversas intervenções que permitirão aos profissionais de saúde melhorar a prestação de cuidados à população com demência e, por sua vez, minimizar o impacto da demência.

Como limitações da revisão, refiro a restrição da pesquisa à plataforma EBSCO-host, que poderá ter excluído artigos com interesse para a temática, assim como os descritores

selecionados para a pesquisa também poderão ter contribuído para a exclusão de artigos relevantes. Outra limitação, foi o pouco aprofundamento nos estudos da descrição dos exercícios, assim como ausência de imagens ilustrativas para melhor compreensão do descritivo.

5. CONCLUSÃO

A demência é um tema muito atual e avassalador pelo seu impacto na vida da pessoa que dela padece, da sua família e/ou cuidador informal. Apresenta elevada incidência que, apesar de se manifestar de formas distintas, a demência culmina igualmente para a dependência total de terceiros, causando grande sofrimento e responsabilidade nos familiares e cuidadores.

Esta revisão *scoping* identificou diversas intervenções promotoras da reabilitação na pessoa com demência, que foram agrupadas nas seguintes categorias: exercício físico, atividade social, prevenção de quedas, reabilitação cognitiva, envolvimento do cuidador e motivação. Estas intervenções visam não só a melhoria da qualidade de vida da pessoa que sofre de demência, família e cuidador, como também a melhoria do planeamento dos cuidados de saúde com vista ao desenvolvimento económico mundial, onde o papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER), será preponderante. O EEER visa retardar a progressão da doença através da promoção da capacidade máxima de funcionalidade e do bem-estar da pessoa e, sensibilizar a família e/ou cuidador informal sobre as diversas manifestações da doença.

A demência é uma temática complexa, sendo um desafio lidar com esta população, pois, apesar dos progressos da investigação nesta área, ainda são diversas as questões sem resposta, em particular, o respetivo tratamento que visa a cura para quem sofre de demência. Assim, devem ser realizados mais estudos neste âmbito.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Amieva, H., Robert, P. H., Grandoulier, A. S., Meillon, C., De Rotrou, J., Andrieu, S., ... & Dartigues, J. F. (2016). Group and individual cognitive therapies in Alzheimer's disease: The ETNA3 randomized trial. *International Psychogeriatrics*, 28(5), 707–717.

Atherton, N., Bridle, C., Brown, D., Collins, H., Dosanjh, S., Griffiths, F., Hennings, S., Khan, K., Lall, R., Lyle, S., McShane, R., Mistry, D., Nichols, V., Petrou, S., Sheehan, B., Slowther, A.-M., Thorogood, M., Withers, E., Zeh, P., & Lamb, S. E. (2016). Dementia and Physical Activity (DAPA) – An exercise intervention to improve cognition in people with mild to moderate dementia: Study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 17, 165. <https://doi.org/10.1186/s13063-016-1288-2>

Bajwa, R. K., Goldberg, S. E., van der Wardt, V., Burgon, C., di Lorito, C., Godfrey, M., Dunlop, M., Logan, P., Masud, T., Gladman, J., Smith, H., Hood-Moore, V., Booth, V., das Nair, R., Pollock, K., Vedhara, K., Edwards, R. T., Jones, C., Hoare, Z., ... Harwood, R. H. (2019). A randomised controlled trial of an exercise intervention promoting activity, independence and stability in older adults with mild cognitive impairment and early dementia (PrAISED) – A protocol. *Trials*, 20(1), 815. <https://doi.org/10.1186/s13063-019-3871-9>

Braun, V., Clarke, V., Hayfield, N., Terry, G., & Liamputtong, P. (2019). Thematic analysis. In P. Liamputtong (Ed.), *Handbook of research methods in health social sciences* (pp. 843–860). Springer.

Caldas de Almeida, M., Barrios, H. S., Pereira, C., Santos, A. C., Pinto, V., Costa, S., Conde, A., & Pedrosa, H. (2015). *Manual de boas práticas – demência* [PDF]. União das Misericórdias Portuguesas. https://cdn.ump.pt/files/files/Manual_Boas_Praticas_Demencia.pdf

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>

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>

Costa, J., Borges, M., Encarnação, R., Firmino, H., Gonçalves-Pereira, M., Lindeza, P., ... & Silva-Miguel, L. (2021). Custo e carga da doença de Alzheimer nos idosos em Portugal. *Sinapse*, 21(4), 201–211.

Firmino, H., Simões, M. R., & Cerejeira, J. (Coords.). (2016). *Saúde mental das pessoas mais velhas*. Lidel.

Fjellman-Wiklund, A., Nordin, E., Skelton, D. A., & Lundin-Olsson, L. (2016). Alcance a pessoa por trás das reflexões e estratégias dos fisioterapeutas com demência ao compor o treinamento físico. *PLOS ONE*, 11(12), e0166686.

Goldberg, S. E., van der Wardt, V., Brand, A., Burgon, C., Bajwa, R., Hoare, Z., Logan, P. L., & Harwood, R. H. (2019). Promoting activity, independence and stability in early dementia (PrAISED): A multisite, randomised controlled, feasibility trial. *BMC Geriatrics*, 19(1), 353. <https://doi.org/10.1186/s12877-019-1379-5>

Levinger, P., Goh, A. M. Y., Dunn, J., Katite, J., Paudel, R., Onofrio, A., Batchelor, F., Panisset, M. G., & Hill, K. D. (2023). Exercise interveNtion outdoor proJect in the cOmmunity – Results from the ENJOY program for independence in dementia: A feasibility pilot randomised controlled trial. *BMC Geriatrics*, 23(1), 426. <https://doi.org/10.1186/s12877-023-04132-5>

Middleton, L. E., Black, S. E., Herrmann, N., Oh, P. I., Regan, K., & Lanctot, K. L. (2018). Centre- versus home-based exercise among people with MCI and mild dementia: Study protocol for a randomized parallel-group trial. *BMC Geriatrics*, 18(1), 27. <https://doi.org/10.1186/s12877-017-0684-0>

Morris, J. K., Vidoni, E. D., Johnson, D. K., van Sciver, A., Mahnken, J. D., Honea, R. A., Wilkins, H. M., Brooks, W. M., Billinger, S. A., Swerdlow, R. H., & Burns, J. M. (2017). Aerobic exercise for Alzheimer's disease: A randomized controlled pilot trial. *PLOS ONE*, 12(2), e0170547. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0170547>

Nóbrega, C., Morgado, J., Vitorino, M. L., & Ferreira, J. (Coords.). (2022). *Manual do cuidador da pessoa com demência*. CNS – Campus Neurológico.

Oliveira, A., & O'Malley, L. (2005). Estudos de escopo: rumo a um referencial metodológico. *International Journal of Social Sciences*, 8, 19–32.

Portugal, P., Coelho, T., & Gonçalves, C. (2020). *Demências*. Em Laboratório de Reabilitação Psicossocial (Ed.), *A Doença Mental não é um Bicho de Sete Cabeças – Projeto de Literacia em Saúde Mental e Bem-estar*. Laboratório de Reabilitação Psicossocial FPCEUP/ESTSPIPP.

<https://www.labrp.pt/setecabecas2/images/FichasInformativas/DEMNCIA.pdf>

Ribeiro, A. C., Oliveira, E., Oliveira, A., Oliveira, J. K., Oliveira, A., Oliveira, D., Oliveira, D., Pereira, M. D. J., Oliveira, A., & Oliveira, L. (2018). PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Lista de verificação e explicação. *Estagiária Ann*, 169, 467–473.

Sondell, A., Rosendahl, E., Sommar, J. N., Littbrand, H., Lundin-Olsson, L., & Lindelöf, N. (2018). Motivation to participate in high-intensity functional exercise compared with a social activity in older people with dementia in nursing homes. *PLOS ONE*, 13(11), e0206899. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0206899>

Van der Wardt, V., Hancox, J., Pollock, K., Logan, P., Vedhara, K., & Harwood, R. H. (2020). Physical activity engagement strategies in people with mild cognitive impairment or dementia – A focus group study. *Aging & Mental Health*, 24(8), 1326–1333.

Villarejo Galende, A., Eimil Ortiz, M., Llamas Velasco, S., Llanero Luque, M., López de Silanes de Miguel, C., & Prieto Jurczynska, C. (2021). Relatório da Fundação Espanhola do Cérebro sobre o impacto social da doença de Alzheimer e outros tipos de demência. *Neurología (English Edition)*, 36(1), 39–49. <https://doi.org/10.1016/j.nrl.2017.10.005>

World Health Organization. (2017). *Global action plan on the public health response to dementia 2017–2025*.

<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/259615/9789241513487-eng.pdf?sequence=1>

APÊNDICE II – PROJETO DE ESTÁGIO



Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Ano letivo 2023/2024

1º ano – 2º semestre

Unidade Curricular Estágio

**A Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na
Pessoa com Demência**
Projeto de Estágio

Filipa Soeiro nº 118609

Monte da Caparica

Julho 2024

Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Ano letivo 2023/2024

1º ano – 2º semestre

Unidade Curricular Estágio

**A Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na
Pessoa com Demência**
Projeto de Estágio

Discente:

Filipa Soeiro nº 118609

Docente:

Dina Peças

Monte da Caparica

Julho 2024

LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E ACRÓNIMOS

APA - American Psychiatric Association

AVD'S - Atividades de vida diárias

EE – Enfermeiro Especialista

EEER - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

MIF - Medida de Independência Funcional

MMSE - MiniMentalState Examination

MoCA - Montreal Cognitive Assessment

MRC- Medical Research Council

OE - Ordem dos Enfermeiros

PSE - Escala de Percepção Subjetiva do Esforço

WHO - World Health Organization

RESUMO

A demência caracteriza-se por um declínio progressivo das capacidades intelectuais e funcionamento da pessoa, incapacitando-a de se relacionar eficazmente com os outros e de ser autónoma nas suas atividades de vida diária. O aumento exponencial do número de casos de demência a nível mundial e a falta de recursos sociais e de saúde para satisfazer as necessidades da pessoa que sofre de demência bem como da sua família e/ou cuidador, reflete a falta de sensibilização sobre a temática. Um diagnóstico precoce de demência e a capacitação da família e/ou cuidador para os cuidados à pessoa com demência bem como para o desfecho inevitável (dependência total de terceiros), contribuem para que a pessoa, família e cuidador usufruam, por mais tempo, de qualidade de vida e, por sua vez, que os encargos para a economia mundial sejam menores. Trata-se, portanto, de uma prioridade de saúde pública, onde a intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação terá um papel crucial.

Neste sentido, a elaboração deste projeto tem como objetivo adquirir e desenvolver competências comuns de Enfermeiro Especialista e específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, com base na evidência científica e em diversos contextos de prática clínica, para a promoção da qualidade de vida e funcionalidade da pessoa com demência, retardando assim a progressão da doença. O referencial teórico que sustentou o desenvolvimento deste projeto e fundamentou o percurso ao longo dos estágios foi a teoria das Consequências Funcionais de Carol Miller, visto que pressupõe a maximização da funcionalidade da pessoa, promovendo o seu bem-estar e, por sua vez, a qualidade de vida.

Palavras-chave: Demência, Intervenção, Reabilitação e Enfermagem.

ABSTRAT

Dementia is characterized by a progressive decline in intellectual abilities and overall functioning, impairing the individual's ability to interact effectively with others and to remain autonomous in activities of daily living. The exponential increase in dementia cases worldwide, combined with the lack of social and healthcare resources to meet the needs of people living with dementia and their families and/or caregivers, reflects a lack of awareness surrounding this issue. Early diagnosis of dementia, along with the empowerment of the family and/or caregiver to provide care for the person with dementia and to prepare for the inevitable outcome (complete dependency on others), contributes to maintaining the quality of life of the person, family, and caregiver for a longer period, and, in turn, helps reduce the burden on the global economy. It is, therefore, a public health priority in which the intervention of the Rehabilitation Nursing Specialist plays a crucial role.

In this regard, the purpose of this project is to acquire and develop both the core competencies of the Nurse Specialist and the specific competencies of the Rehabilitation Nursing Specialist, grounded in scientific evidence and applied across various clinical practice settings, to promote the quality of life and functionality of the person with dementia, thereby delaying disease progression. The theoretical framework that supported the development of this project and guided the clinical internship experience was Carol Miller's Theory of Functional Consequences, as it focuses on maximizing the individual's functionality, promoting well-being, and ultimately enhancing quality of life.

Keywords: Dementia, Intervention, Rehabilitation and Nursing.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	7
1. ENQUADRAMENTO.....	10
1.1. A demência	10
1.2. Causas	12
1.3. Fatores de Risco	13
1.4. Tratamento.....	14
1.5. As intervenções do EEER na pessoa com demência.....	14
1.6. Teoria das consequências funcionais	18
2. PLANO DE ATIVIDADES	21
CONSIDERAÇÕES FINAIS	23
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	25
APÊNDICES	27
APÊNDICE I – PLANO DE ATIVIDADES	
APÊNDICE II – ESTUDO DE CASO	

INTRODUÇÃO

No âmbito da unidade curricular Estágio do 2º Semestre do 1º Ano do Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde Egas Moniz, foi proposto a elaboração deste projeto de estágio intitulado **“A intervenção do EEER na pessoa com Demência”**, constituindo-se como objeto de avaliação da referida unidade curricular. É sobre este tema que se pretende aprofundar conhecimentos ao longo da prática clínica e desenvolver competências comuns e específicas de EEER.

A elaboração de um projeto tem como objetivo primordial a resolução de problemas, sendo a sua metodologia uma relação entre teoria e prática, de forma a adquirir capacidades e desenvolver competências pessoais através de uma situação real (Ruivo et al., 2010). Deste modo, foi realizada primeiramente uma pesquisa sobre a temática, sendo identificada como problemática a pessoa com demência, devido ao impacto significativo da demência na qualidade de vida da pessoa, família e cuidadores.

A demência é um termo genérico para várias doenças que afetam a memória, o pensamento e a capacidade de uma pessoa realizar as suas atividades de vida diárias (World Health Organization [WHO], 2017). Há um declínio progressivo das capacidades intelectuais e funcionamento da pessoa, incapacitando-a de se relacionar eficazmente com os outros e de ser autónoma no seu dia-a-dia (Nóbrega et al., 2022). A nível mundial mais de 55 milhões de pessoas sofrem de demência e todos os anos surgem cerca de 10 milhões de novos casos de demência (WHO, 2017).

A demência é um conjunto de sinais e sintomas com evolução variável, que vão interferindo progressivamente, com a forma de ser e estar da pessoa e com as suas competências, culminando de forma semelhante para a dependência total de terceiros e acamamento. Essa variabilidade de sintomas é determinada pela doença que a causa, pois a demência não é um diagnóstico (Nóbrega et al., 2022). Existem diferentes formas de demência e com manifestações clínicas distintas, sendo a doença de Alzheimer a mais comum (60-70% dos casos), seguindo-se a demência vascular, a demência com corpos de Lewy e a demência frontotemporal (Portugal et al., 2020).

A demência tem impacto físico, psicológico, social e económico, não apenas para as pessoas que sofrem de demência, como também para os cuidadores, famílias e sociedade em geral, sendo um desafio o planeamento dos cuidados de saúde devido ao aumento do número de casos de demência (Portugal et al., 2020).

O tema surge por ser uma área de interesse a nível pessoal e profissional, visto que exercemos funções numa Instituição de apoio à terceira idade, mas também por ser uma prioridade de saúde pública de intervenção urgente, pois a demência encontra-se cada vez mais presente e de forma peculiar, sendo um desafio diário lidar com a mesma.

Assim, tendo presente os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2015), onde a enfermagem de reabilitação tem como alvo a pessoa com necessidades especiais ou com atividade limitada por dependência temporária ou permanente, ao longo do seu ciclo vital, de forma a intervir precocemente, promover a qualidade de vida, maximizar a funcionalidade, prevenir complicações, evitando ou minimizando as incapacidades, pretendo contribuir para o desenvolvimento da profissão, tendo como foco a pessoa com demência, de forma a promover a sua qualidade de vida e retardar a progressão da doença.

Deste modo, foram delineados objetivos com base na problemática identificada, sendo estes fundamentados nas competências gerais do enfermeiro especialista (EE) e nas competências específicas do EEER, conforme Regulamentos n.º 140/2019 e n.º 392/2019. Para desenvolver essas competências, foram propostos objetivos gerais bem como planeadas atividades, sendo estes os seguintes: desenvolver competências do Enfermeiro Especialista para cuidar de pessoas com alterações ao nível motor, sensorial, cognitivo, cardíaco, respiratório, da eliminação e da sexualidade para a sua reinserção e exercício da cidadania; e, desenvolver competências de EEER na promoção da qualidade de vida e independência da pessoa com demência.

A Teoria das Consequências Funcionais, desenvolvida por Carol Miller (2012), será a base para o desenvolvimento deste projeto e fundamentação da intervenção, uma vez que para Miller (2012) a intervenção de Enfermagem deve atenuar os efeitos negativos do envelhecimento e eliminar os fatores de risco, de forma a promover a maximização da funcionalidade, a autonomia e a qualidade de vida, encontrando-se inteiramente relacionada com as competências específicas do EEER.

Foi realizada uma revisão scoping para fundamentar o desenvolvimento deste projeto, que assenta na metodologia proposta por Arksey e O'Malley, utilizando o acrónimo PCC (Population, Concept e Context) para responder à questão de investigação: Quais são as intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação promotoras da reabilitação da pessoa com demência? A pesquisa foi efetuada nas bases de dados MEDLINE, CINAHL, Nursing & Allied Health Collection, Cochrane e MedicLatine, limitando o ano de

publicação entre 2014 e 2024, nos idiomas português e inglês, disponibilidade em texto integral e estudos randomizados controlados.

Foram realizados vários estágios, divididos em dois períodos distintos. O primeiro estágio foi realizado numa Unidade de Cuidados Continuados Integrados entre 20 de Maio a 6 de Junho de 2024, o segundo numa Unidade de Cuidados Continuados na comunidade entre 25 de Junho a 24 de Julho de 2024, e os restantes serão em contexto hospitalar e comunidade escolar entre 2 de Setembro de 2024 a 12 de janeiro de 2025.

Este projeto segue as normas de formatação das teses de mestrado e de doutoramento da Escola Superior de Saúde Egas Moniz e inicia-se com a Introdução, seguida do enquadramento teórico sobre a demência, as intervenções do EEER com base nos resultados da revisão de scoping, a teoria de enfermagem que serviu de base para a minha intervenção, o plano de atividades proposto e, por fim, as considerações finais, as referências bibliográficas que seguem a norma da American Psychological Association 7ª edição, e os apêndices.

1. ENQUADRAMENTO

O presente capítulo pretende abordar a problemática identificada e aprofundar conhecimentos sobre a demência, apresentar as intervenções do EEER promotoras de reabilitação na pessoa com demência e abordar a Teoria das Consequências Funcionais de Carol Miller (2012).

1.1. A demência

A demência é uma síndrome causada por doença cerebral, geralmente crónica e progressiva, caracterizada por um declínio cognitivo significativo, particularmente ao nível de funções mentais como a memória, o pensamento, a orientação, a linguagem, o cálculo e o julgamento. Esta condição conduz usualmente à perda de autonomia e independência, com impacto significativo na vida dos familiares e cuidadores pela sobrecarga e sofrimento (Portugal et al., 2020).

Em 2015, a demência afetou 47 milhões de pessoas em todo o mundo (cerca de 5% da população idosa mundial), estimando-se um aumento para 75 milhões em 2030 e 132 milhões em 2050. A nível mundial, cerca de 9,9 milhões de pessoas por ano desenvolvem a demência, ou seja, há um novo caso a cada três segundos, sendo considerada a sétima maior causa de morte no mundo (WHO, 2017; Portugal et al., 2020).

O envelhecimento populacional tem contribuído para um aumento dos problemas de saúde mental, destacando-se as doenças degenerativas e as síndromes demenciais, verificando-se um aumento exponencial da prevalência média das demências de 2,3% para 42%, no grupo etário dos 65 aos 69 anos (Fernandes, 2020). Segundo os dados de Alzheimer Europe (2019), as pessoas com demência em Portugal representaram 1,88% em 2018 e em 2050 estima-se um aumento para 3,82%. Estima-se, portanto, que em Portugal a demência afete 20 em cada 1000 habitantes, duplicando os casos de demência em 2050 para cerca de 40,5 casos por 1000 habitantes (Fernandes, 2020). Portugal é considerado o quarto país da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico com maior número de casos com demência (Portugal et al., 2020).

A demência é uma das principais causas de incapacidade e dependência nos idosos a nível mundial, interferindo progressivamente na sua capacidade de realizar as atividades de vida diárias (WHO, 2017). Associa-se a uma deterioração cognitiva gradual acompanhada por sintomas psicológicos, como a depressão, ansiedade, delírio ou alucinações, ou por alterações

comportamentais, como a agitação, agressividade ou apatia (Portugal et al., 2020; García-Martín et al., 2022).

A progressão da demência divide-se em fase inicial, intermédia e avançada. Na primeira fase, há alteração da memória a curto prazo e uma certa desorientação espaço temporal, que muitas vezes passam despercebidas ou são desvalorizadas por serem associadas ao processo de envelhecimento. Na fase intermédia, os sintomas são mais evidentes, surgindo dificuldades na comunicação, na resolução de problemas e na identificação de pessoas, onde poderão apresentar alterações do humor e de comportamento bem como dificuldades nas atividades de vida diárias. Na última fase, há uma deterioração severa das funções mentais da pessoa que conduzem à inatividade e dependência total (Portugal et al., 2020; Schilling et al., 2022). Atualmente, segundo a WHO (2017), a demência quando é diagnosticada já se encontra numa fase tardia da doença, existindo uma grande lacuna na prevenção e tratamento desta.

Um diagnóstico precoce de demência é fulcral para se garantir uma melhor qualidade de vida não só da pessoa portadora de demência como também da sua família e cuidadores.

Apesar da idade ser considerada o maior fator de risco para a demência, esta síndrome não afeta exclusivamente os idosos nem é uma consequência inevitável do envelhecimento. Contudo, a demência é uma das principais causas de incapacidade neste grupo etário, sendo um desafio para a sociedade o planeamento de cuidados de saúde e sociais (Portugal et al., 2020).

Verifica-se, ainda, uma falta de sensibilização e compreensão sobre a demência, resultando em barreiras ao diagnóstico e aos cuidados, com custos elevadíssimos para os serviços de saúde e sociais e, por sua vez, com repercussões no desenvolvimento económico mundial (WHO, 2017).

Neste sentido, a WHO (2017) elaborou um plano de ação global sobre a resposta de saúde pública à demência com o objetivo de se encarar a demência como uma prioridade de saúde pública, sensibilizando a população para a sua importância e inclusão, a fim de se minimizar os fatores de risco e proceder-se ao diagnóstico precoce para um tratamento e assistência imediatos. Este plano também visa dar suporte aos cuidadores, desenvolver sistemas de informação em saúde adequados à demência e promover a investigação científica sobre o tema.

1.2. Causas

As causas de demência, segundo Nóbrega et al. (2022), podem ser neurodegenerativas, onde há morte de células cerebrais devido a uma inflamação cerebral numa localização específica por motivos ainda desconhecidos, e por não degenerativas. Fazem parte das doenças neurodegenerativas a Doença de Alzheimer, a demência Frontotemporal e a demência Corpus de Lewy, e das doenças não degenerativas a demência Vascolar. Conforme refere Nóbrega et al. (2022), estas doenças são irreversíveis, contudo há causas reversíveis de demência e quando devidamente identificadas podem resolver os sintomas, nomeadamente: sífilis, infeção pelo vírus de imunodeficiência humana (VIH), défices vitamínicos e minerais (por exemplo: Vitamina B12 e ácido fólico) e alterações hormonais. Os tipos mais comuns de demência são a doença de Alzheimer e a demência vascular.

A doença de Alzheimer é a causa mais comum de demência, afetando 3% das pessoas com 65 a 74 anos, mas atinge um terço daqueles com mais de 85 anos e principalmente as mulheres (Nóbrega et al., 2022). A esperança média de vida após o diagnóstico é cerca de 10 anos, contudo há pessoas que conseguem viver durante 20 anos com esse diagnóstico, sendo a causa de morte a infeção respiratória por aspiração e não a demência propriamente dita (American Psychiatric Association [APA], 2014).

A Doença de Alzheimer é causada pelo depósito de proteínas tau, que originam as tranças neurofibrilares no interior dos neurónios, e de placas do amiloide no exterior dos neurónios, perturbando o funcionamento destes e, progressivamente, conduzem à morte dessas células (Nóbrega, 2022). Pode ser genética e nesta o seu início é mais precoce (mais frequente aos 50 anos), evidenciando-se uma mutação num dos genes causadores da doença, nomeadamente proteína precursora do amiloide, presenilina 1 ou presenilina 2 (APA, 2014).

A demência frontotemporal atinge localizações do cérebro diferentes da Doença de Alzheimer e, portanto, provocam sintomas diferentes como alterações da personalidade, do comportamento, da linguagem e do pensamento (Nóbrega et al., 2022). Este tipo de demência compreende duas variantes, a comportamental e a linguística, causando atrofia dos lobos frontal e temporal de forma distinta. Na primeira variante, a pessoa pode apresentar apatia ou desinibição. Na variante linguística, a pessoa apresenta afasia progressiva primária (APA, 2014). Segundo Nóbrega et al. (2022), há um elevado risco de causa genética, sendo a componente familiar mais evidente nos casos com variante comportamental da doença (48% dos casos) do que com a variante linguística (12% dos casos).

A Demência com Corpos de Lewy deve-se à acumulação de agregados da proteína α -sinucleína no cérebro (corpos e neurites de Lewy), potenciando a perda neuronal (Monteiro et al., 2020). É muito comum, manifestando-se primeiramente com declínio cognitivo e, posteriormente, parkinsonismo espontâneo (APA, 2014). Verifica-se alterações do raciocínio e da atenção que poderão causar alucinações visuais e são frequentes os episódios de síncope, quedas e incontinência urinária (Nóbrega et al., 2022; APA, 2014).

A demência vascular é a segunda forma mais comum de demência depois da doença de Alzheimer, podendo ser causada após um enfarte (20 a 30% dos casos), dependendo do seu tamanho e localização. A prevalência de demência vascular aumenta de 13% aos 70 anos de idade para 44,6% aos 90 anos. São considerados como fatores de risco para a demência vascular, os mesmos das doenças cardiovasculares, nomeadamente hipertensão arterial, diabetes, tabagismo, obesidade, dislipidemia, entre outros (APA, 2014).

1.3. Fatores de Risco

Segundo Nóbrega et al. (2022) existem diversos fatores de risco, não modificáveis e modificáveis. Dos fatores de risco não modificáveis fazem parte a idade, o sexo, a etnia e a genética. O risco de desenvolver Doença de Alzheimer ou Demência Vascular aumenta a partir dos 65 anos e duplica a cada 5 anos, sendo a Doença de Alzheimer mais vulgar nas mulheres (ainda sem motivo aparente) e a Demência vascular nos homens, talvez pelo risco acrescido de desenvolver doença cerebral vascular. Estima-se que a demência afete 1 em cada 14 pessoas acima dos 65 anos e 1 em 6 pessoas com mais de 80 anos.

Pessoas asiáticas e africanas têm maior risco de desenvolver demência vascular. Pessoas que possuem variantes do gene apolipoproteína E (APOE) apresentam maior risco de desenvolver a Doença de Alzheimer em idade avançada. Há também mutações genéticas associadas à demência, caso o progenitor apresente uma dessas mutações significa que o seu descendente terá 50% de probabilidade de herdar essa mutação e, portanto, de desenvolver a doença (Nóbrega et al., 2022).

Relativamente aos fatores de risco modificáveis fazem parte os fatores de risco vasculares, por exemplo Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus tipo II, Dislipidemia e obesidade, bem como os estilos de vida, nomeadamente o sedentarismo, tabagismo, alcoolismo e alimentação desequilibrada (Nóbrega et al., 2022).

Deste modo, a adoção de estilo de vida saudáveis, como a prática de exercício físico regular e o cumprimento de uma dieta mediterrânea, podem reduzir o risco de demência.

1.4. Tratamento

Após os primeiros sintomas da doença, segundo Nóbrega et al. (2022), deve ser procurada ajuda médica, de forma a ser apurada a história clínica e ser realizado o exame neurológico através de testes de rastreio do desempenho cognitivo da pessoa. Após excluídas as alterações cognitivas relacionadas com a medicação em curso ou estados de ansiedade/depressão, são solicitados outros exames para exclusão de outras doenças potencialmente tratáveis, nomeadamente défice de vitamina B12, distúrbio da função tiroideia, doenças infecciosas (por exemplo, a sífilis), tumores cerebrais ou hidrocefalia de pressão normal. Citando ainda Nóbrega et al. (2022), os exames habituais são análises sanguíneas, Tomografia computadorizada do crânio ou Ressonância Magnética cerebral, bem como uma avaliação neuropsicológica, caso seja necessária uma avaliação mais pormenorizada das funções cognitivas da pessoa.

O tratamento da demência depende da sua causa e embora ainda não exista cura ou tratamento que impeça a sua progressão, os tratamentos farmacológicos permitem estabilizar temporariamente e/ou atrasar a deterioração cognitiva, desde que sejam introduzidos precocemente (Portugal et al., 2020). Para o tratamento dos sintomas cognitivos na Doença de Alzheimer, segundo Nóbrega et al. (2022), encontram-se aprovados diversos fármacos, que podem ser usados nos três estágios da doença. Os tratamentos não farmacológicos têm benefícios na sintomatologia psicológica e comportamental, os quais devem promover o bem-estar físico, psicológico e social do doente e dos respetivos familiares e cuidadores (Portugal et al., 2020).

1.5. As intervenções do EEER na pessoa com demência

A intervenção do EEER objetiva a obtenção de *“ganhos em saúde em todos os contextos da prática, expressos na prevenção de incapacidades e na recuperação das capacidades remanescentes, habilitando a pessoa a uma maior autonomia”* (OE, 2015, p. 16656), sendo por isso fulcral a intervenção do EEER, baseada na evidência, na pessoa com demência.

De forma a serem identificadas as intervenções do EEER promotoras da reabilitação da pessoa com demência, foi realizada uma revisão *scoping*, sendo estas agrupadas em 6 categorias: exercício físico, atividade social, prevenção de quedas, reabilitação cognitiva, motivação e envolvimento do cuidador.

- **Categoria 1: Exercício físico**

O exercício físico é abordado sob diversas formas e em diferentes contextos.

Atherton et al (2016) abordam um programa de exercício físico de moderada a elevada intensidade, que visa melhorar a função cognitiva das pessoas com demência, através de exercícios aeróbicos em bicicletas estáticas e exercícios de resistência com uso de halteres, cintos e coletes de musculação. Este requer uma avaliação prévia da aptidão física da pessoa através do teste de caminhada de 6 minutos e deve ser realizado 2 vezes por semana durante 1 hora, com um dia de intervalo entre os treinos, num ginásio. A intensidade do exercício aeróbio será mensurada através da escala de Borg ou escala de percepção subjetiva do esforço (PSE) e aumentará consoante a tolerância da pessoa, sendo o objetivo permanecer na bicicleta em baixa intensidade (PSE = 2) por 5 minutos, seguindo-se em intensidade moderada (PSE = 4) por 20 minutos, e por fim, em elevada intensidade (PSE = 6) para aqueles que forem capazes; e nos exercícios de resistência o objetivo é realizar dez repetições com o peso máximo, isto é, com o peso que conseguiu realizar as dez repetições sem dificuldade.

Bajwa et al. (2019) e Goldberg et al. (2019) abordam um programa de exercício físico PrAISED, que diz respeito ao programa para promoção da atividade e independência e prevenção de quedas em pessoas com défice cognitivo leve ou demência precoce. Esta intervenção, segundo Bajwa et al. (2019) visa compreender a limitação da prática de exercício físico por esta população, saber como intervir para promover o exercício e prolongar a independência, e por sua vez, aplicar este programa terapêutico na prática, de forma a que as pessoas com demência vivam com qualidade, previnam crises e adotem estilos de vida saudáveis antes da inevitável progressão da demência. Bajwa et al. (2019) e Goldberg et al. (2019) referem que o programa de exercício deve ser realizado pelo menos 3 horas por semana e este inclui exercícios progressivos de força e equilíbrio, atividades funcionais e análise de riscos, avaliação ambiental e treino com dupla tarefa, dirigidos por uma abordagem motivacional. Goldberg et al. (2019) acrescenta ainda no programa, a reeducação da marcha.

Levinger et al. (2023) referem um programa de exercício físico para idosos sem défice cognitivo num parque com equipamento próprio, sendo o objetivo aplicá-lo em pessoas que sofrem de demência e residem em estruturas residenciais para idosos para promoção da sua independência. Este consiste em exercícios de aquecimento durante 5 a 7 minutos, seguidos de 45 a 75 minutos em circuito com exercícios de mobilidade dos membros superiores e inferiores, amplitude articular, treino de equilíbrio estático e dinâmico (ponte de caminhada instável ou caminhada em viga estreita), flexibilidade (amplitude articular dos ombros, por

exemplo), força ou movimentos funcionais (subir e descer escadas e passar da posição de sentado para posição ortostática).

O nível de dificuldade do exercício é ajustado às capacidades de cada um, tendo sempre em consideração a segurança, e a intensidade é progressiva consoante a tolerância.

Middleton et al. (2018) pretende comparar a efetividade do exercício realizado em contextos de domicílio e clínica, tendo por base as diretrizes de exercício físico para prevenir e retardar a progressão da demência desenvolvido pelo Instituto Ontario Brain, nomeadamente realização de treinos de exercício aeróbio moderado com duração superior a 150 minutos por semana, e de resistência 2 vezes por semana. Na clínica, o exercício aeróbio deve ser realizado na passadeira ou na bicicleta estática, enquanto que o exercício de resistência deve ser com uso de máquinas de exercícios e pesos de mão, bem como através de atividades funcionais. A intensidade do exercício será monitorizada pela frequência cardíaca e escala de Borg (PSE, meta: 12–15/20).

Morris et al. (2017) compara a eficácia da prática de exercício físico aeróbio com o treino de exercício de alongamento e tonificação muscular em pessoas com Doença de Alzheimer, no sentido de avaliar a sua capacidade de memória, a função executiva, a capacidade funcional e os sintomas depressivos. Testes de aptidão cardiorrespiratória e ressonâncias magnéticas cerebrais foram realizadas. O treino de exercício aeróbio consiste em 150 minutos por semana de intensidade moderada, conforme as recomendações de saúde pública, enquanto que os exercícios anaeróbios variam semanalmente, entre fortalecimento do core, bandas de resistência, tai chi modificado ou ioga modificada.

Sondell et al. (2018) aborda um programa de exercício funcional de alta intensidade (HIFE), que tem como objetivo aumentar a força, o equilíbrio e a mobilidade dos membros inferiores em idosos com limitação física através de exercícios funcionais de alta intensidade. O programa é composto por 39 exercícios, agrupados em 5 categorias: 1) exercícios de equilíbrio estático e dinâmico, combinados com exercícios de força dos membros inferiores; 2) exercícios de equilíbrio dinâmico na marcha; 3) exercícios de equilíbrio estático e dinâmico em posição ortostática; 4) exercícios de força dos membros inferiores com suporte contínuo de equilíbrio; e 5) deambulação com apoio contínuo do equilíbrio. O nível de exercício adequado é decidido após resultado de uma caminhada de 5 a 10 metros de distância. A intensidade dos exercícios de força e equilíbrio é aumentada progressivamente através do aumento da carga e dificuldade. Exercícios de força de alta intensidade foram realizados na repetição máxima (RM) de 8 a 12 repetições. A carga foi aumentada até ao máximo (12 kg).

Os exercícios de equilíbrio pretendem desafiar a estabilidade postural dos participantes e, progressivamente, reduzir a base de sustentação ou alterar a superfície de apoio. No início de cada sessão são realizados exercícios de aquecimento em grupo, na posição sentado.

- **Categoria 2: Atividade Social**

Sondell et al. (2018) refere como intervenção para as pessoas que sofrem de demência e se encontram a residir em estruturas residenciais para idosos, as atividades sociais em grupo. Nestas, são abordados temas do interesse do grupo (por exemplo, estações do ano, vida selvagem, atividades de lazer, artesanato, entre outros) e sentados, realizam diversas atividades, como conversar, cantar, ouvir música ou poesia, e observar imagens ou objetos alusivos ao tema.

- **Categoria 3: Prevenção de quedas**

Atherton et al (2016), Bajwa et al. (2019) e Goldberg et al. (2019) abordam a intervenção com base nos cuidados diários, de forma a avaliar e prevenir o risco de queda. Pretendem avaliar o ambiente e os episódios de queda, com o intuito de reverem as ações da pessoa com demência e aconselharem a adoção de determinados procedimentos (por exemplo, uso de calçado adequado) e, no caso de falta de segurança, encaminham para serviços locais. Foi solicitado o registo dos episódios de quedas, de forma a facilitar a intervenção.

Sondell et al. (2018) refere a necessidade de uso de cintos com alças para que os profissionais possam dar apoio, se necessário, durante o exercício que desafie o limite da estabilidade postural da pessoa, prevenindo assim quedas.

- **Categoria 4: Reabilitação cognitiva**

Sondell et al. (2018) aborda a reabilitação cognitiva através da interação em grupo, onde a pessoa com demência é incentivada a responder às questões, recebendo crachás. Refere também que se deve dar tempo à pessoa para responder, evitar conceitos complexos e que o uso de fotografias é um excelente auxiliar de memória.

Clare et al. (2023) refere a importância da implementação de uma intervenção de reabilitação cognitiva personalizada no domicílio para pessoas com demência leve a moderada. Esta consiste na mudança de comportamento que conduza ao alcance de metas, onde as necessidades identificadas são ultrapassadas através de técnicas de aprendizagem (por

exemplo, mudança do ambiente) e abordagens compensatórias (por exemplo, introdução de auxiliares de memória), baseadas na evidência. A reabilitação cognitiva promove a adoção de novas rotinas comportamentais e o sucesso na resolução dos desafios em situações cotidianas (por exemplo, uso de dispositivos, eletrodomésticos, entre outros), incentivando, por sua vez, ao desenvolvimento de uma abordagem focada na solução e tornar-se mais confiante.

- **Categoria 5: Envolvimento do cuidador**

Clare et al. (2023) e Middleton et al. (2018) referem que os cuidadores são incentivados a participar nas sessões de exercício e envolvidos no respetivo planeamento para poderem realizar o exercício de forma independente em conjunto com a pessoa a quem prestam cuidados. Middleton et al. (2018) refere ainda que os exercícios devem ser registados pelo cuidador, de forma a serem ultrapassadas as barreiras face ao plano de exercícios prescrito.

- **Categoria 6: Motivação**

Atherton et al (2016), Bajwa et al. (2019), Goldberg et al. (2019), Levinger et al. (2023), Middleton et al. (2018) e Sondell et al. (2018) referem a importância de adoção de abordagens motivacionais para a adesão e continuidade da prática de exercício físico de forma independente, de forma a promover a independência. Atherton et al (2016) aborda ainda a necessidade de divulgar instalações e iniciativas locais para a prática de exercício físico de forma independente, por exemplo grupos de caminhadas.

1.6. Teoria das consequências funcionais

A demência não é natural do envelhecimento, contudo atinge maioritariamente os idosos, motivo pelo qual recorri à Teoria das Consequências Funcionais para a Promoção do Bem-Estar da pessoa idosa, desenvolvida por Carol Miller, para fundamentar o presente trabalho. Trata-se de uma abordagem teórica que tem como foco a intervenção dos enfermeiros com vista a melhorar o estado de saúde, a funcionalidade e a qualidade de vida dos idosos (Miller, 2012). Na figura 1 encontra-se representada a teoria de Carol Miller.



Figura 1. Teoria das consequências funcionais

Fonte: Miller, C. (2012). A Nursing Model for Promoting Wellness in Older Adults, p.38

A Teoria das Consequências Funcionais, conforme refere Miller (2012), baseia-se numa avaliação contínua de enfermagem, de forma a serem identificadas as alterações decorrentes do envelhecimento, os fatores de risco e as consequências funcionais, a fim de serem adequadas e individualizadas as intervenções de enfermagem para a obtenção de resultados de bem-estar, nomeadamente aumento da segurança, funcionalidade e qualidade de vida da pessoa.

Segundo Miller (2012), os cuidados de enfermagem devem ser holísticos, promovendo um equilíbrio entre corpo-mente-espírito a cada idoso. A pessoa idosa apresenta uma diminuição da função fisiológica decorrente do processo de envelhecimento, de forma progressiva, irreversível e independente das condições extrínsecas ou patológicas. Encontra-se, portanto, vulnerável às consequências funcionais negativas que interferem com a funcionalidade e

qualidade de vida da pessoa, devido à presença de fatores de risco, tais como ambiente adverso, presença de doenças agudas e crônicas, de condições psicossociais ou de efeitos adversos da medicação, estilos de vida e atitudes baseadas no déficit de conhecimento.

Miller (2012) define os conceitos de pessoa, saúde e ambiente da seguinte forma:

- **Pessoa:** ser complexo e único, sendo o seu funcionamento e bem-estar influenciados pelas alterações decorrentes da idade e dos fatores de risco. Quando os fatores de risco conduzem à dependência do idoso de terceiros para as suas atividades de vida diárias, o cuidador é considerado um foco dos cuidados de enfermagem;
- **Saúde:** capacidade da pessoa em manter a sua máxima funcionalidade, independentemente das alterações decorrentes da idade e dos fatores de risco. A saúde engloba as funções fisiológica, psicossocial e espiritual;
- **Ambiente:** condições externas à pessoa, incluindo os cuidadores, que influenciam o corpo, a mente, o espírito e o funcionamento do idoso.

As consequências funcionais podem ser negativas quando interferem com o nível de funcionalidade, qualidade de vida ou aumentam o nível de dependência da pessoa, ou podem ser positivas quando facilitam um maior nível de funcionalidade, menor dependência e promovam o bem-estar (Miller, 2012).

Deste modo, as intervenções de enfermagem devem minimizar ou até mesmo eliminar as consequências funcionais negativas dos fatores de risco, resultando em consequências funcionais positivas com vista à promoção da saúde do idoso.

O objetivo será alcançar resultados de bem-estar, que potenciem a capacidade máxima de funcionamento dos idosos, apesar da presença de alterações relacionadas com a idade e de fatores de risco, promovendo maior bem-estar, funcionamento, independência e qualidade de vida (Miller, 2012).

2. PLANO DE ATIVIDADES

OS objetivos enquadrados na metodologia do projeto assumem-se como representações prévias à ação a realizar (Ruivo et al., 2010), deste modo foram propostos como objetivos gerais e específicos, com base nas competências comuns de EE e específicas de EEER do Regulamento n.º 140/2019 e n.º 392/2019, respetivamente, os seguintes:

→ OBJETIVOS GERAIS:

- Desenvolver competências de EE para cuidar de pessoas com alterações ao nível motor, sensorial, cognitivo, cardíaco, respiratório, da eliminação e da sexualidade, de forma a promover a funcionalidade, prevenir complicações e evitar incapacidades, para a sua reinserção e exercício da cidadania;
- Desenvolver competências de EEER na promoção da qualidade de vida e independência da pessoa com demência;

→ OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Conhecer o serviço e a equipa multidisciplinar, agindo de acordo com a sua missão e integrando no contexto da prática de cuidados como EEER;
- Desenvolver competências do EEER no cuidar da pessoa com demência, mediante processos de tomada de decisão ética, com base em princípios, valores e normas deontológicas e legais;
- Garantir à pessoa com demência práticas de cuidados com responsabilidade, rigor técnico-científico, segurança e dignidade;
- Identificar e avaliar as limitações à funcionalidade e independência da pessoa com demência nas atividades de vida diárias, recorrendo a instrumentos de avaliação adequados a cada situação clínica e a indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação;
- Promover a divulgação e implementação de iniciativas que fomentem a melhoria contínua da qualidade dos cuidados e, conseqüentemente, melhoria do ambiente organizacional;
- Desenvolver competências de gestão e adequação dos recursos às necessidades da pessoa com demência, promovendo o autocuidado e a articulação com a equipa multidisciplinar;

- Envolver os cuidadores ou familiares nos cuidados à pessoa com demência, de forma a capacitá-los para prestarem cuidados adequados e de qualidade através da aquisição de conhecimentos e desenvolvimento de competências;
- Desenvolver competências do EEER na elaboração e implementação de programas de treino de atividades de vida diárias à pessoa com demência e com outras patologias associadas, visando a adaptação às limitações da sua funcionalidade e maximização da sua independência e qualidade de vida;
- Promover a manutenção ou recuperação da autonomia na marcha, através da implementação de programas de treino motor, compreendendo a limitação intrínseca do processo demencial;
- Implementar e avaliar o impacto dos programas de reabilitação funcional respiratória na pessoa com demência;
- Promover o envelhecimento ativo, o bem-estar e o convívio através da prática de exercício físico e atividades de estimulação cognitiva, para retardar a evolução da demência;
- Desenvolver estratégias relacionais e comunicacionais para lidar com a pessoa que sofre de demência e as respetivas oscilações comportamentais;
- Suportar a prática clínica com base na evidência científica, partilhando com a equipa multidisciplinar esse conhecimento com vista à melhoria contínua dos cuidados prestados;

Para o desenvolvimento das competências comuns do EE e específicas do EEER, foram designados os domínios, os objetivos, as atividades propostas, os indicadores e os recursos, presentes no plano de atividades (Apêndice I). Posteriormente, foram planeadas intervenções específicas face ao problema identificado, nomeadamente a pessoa com demência, através da realização de um estudo de caso focado na promoção da qualidade de vida e funcionalidade da pessoa com demência (Apêndice II), visando alcançar as competências gerais e específicas do EEER.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A demência encontra-se cada vez mais presente e cria um sentimento de impotência devido à inevitabilidade da sua progressão, nomeadamente perda de autonomia e independência da pessoa, dependendo totalmente de terceiros para a satisfação das suas necessidades. Causa impacto a nível global, com repercussões significativas na qualidade de vida da pessoa com demência e, respetiva, família e/ou cuidador informal, que acabam por sofrer tanto ou mais que o próprio.

Neste sentido, a escolha desta temática foi muito pertinente, devido à elevada incidência de casos de demência e, simultaneamente, à falta de sensibilização sobre a temática a nível global.

Deste modo, é importante intervir não só para melhorar a qualidade de vida da pessoa que sofre de demência, família e cuidador, como também melhorar o planeamento dos cuidados de saúde com vista ao desenvolvimento socioeconómico mundial, onde o papel do EEER, dotado de diversas competências gerais e específicas, será preponderante. A demência é uma temática muito complexa e, portanto, torna-se desafiante intervir no âmbito da enfermagem de reabilitação na pessoa com demência. É essencial entender que há ainda um longo caminho a percorrer nesta área ao nível da investigação, pois são diversas as questões sem resposta, nomeadamente a cura para a demência. Assim, a intervenção do EEER deve ter como objetivo retardar a progressão da doença através da promoção da capacidade máxima de funcionalidade e do bem-estar da pessoa e, sensibilizar a família e/ou cuidador informal sobre as diversas manifestações da doença. Estes pressupostos encontram-se presentes na Teoria das Consequências Funcionais de Carol Miller, sendo esse o motivo da escolha desta teoria para a fundamentação deste trabalho.

A realização dos estágios em dois contextos distintos, permitiram consolidar conhecimentos e aplicar a teoria na prática, particularmente na comunidade, onde houve oportunidade de experienciar momentos enriquecedores para o crescimento pessoal e profissional. O conhecimento do percurso de vida da pessoa e das suas limitações físicas, económicas e sociais, contribuíram para o desenvolvimento da capacidade crítica, reflexiva e criativa, no sentido de serem proporcionados programas de reabilitação que potenciassessem a máxima funcionalidade e a reinserção social da pessoa, em diversos contextos de prática clínica. As diversas limitações vivenciadas, nomeadamente estágios de curta duração, espaçamento entre os turnos, recursos disponíveis e o contacto com utentes com demência ser inferior ao

esperado, condicionaram por um lado, o ritmo da implementação e respetiva avaliação das atividades planeadas, mas por outro, contribuíram para o desenvolvimento da capacidade de resiliência e adaptação face às adversidades. O apoio e orientação do docente e EEER orientadores foram fundamentais neste processo de aprendizagem, mas também facilitadores para o desenvolvimento das competências. Contudo, apesar dos estágios serem de curta duração, o trabalho desenvolvido, os resultados obtidos com a intervenção do EEER e as competências adquiridas, foram muito gratificantes. Conclui-se, que os objetivos deste trabalho foram concretizados e que a intervenção do EEER proporciona a maximização da capacidade funcional da pessoa com demência e aumento da sua qualidade de vida e respetiva família e/ou cuidador.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alzheimer Europe. (2019). *Dementia in Europe Yearbook 2019: Estimating the prevalence of dementia in Europe*. https://www.alzheimer-europe.org/sites/default/files/alzheimer_europe_dementia_in_europe_yearbook_2019.pdf

American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (5ª ed.). Artmed. https://dislex.co.pt/images/pdfs/DSM_V.pdf

Fernandes, A. C. (2020). Uma perspetiva sobre o relatório da OCDE “Health at a Glance 2019”. *Acta Médica Portuguesa*, 33(1), 4–6. <https://doi.org/10.20344/amp.13251>

García-Martín, V., de Hoyos-Alonso, M. C., Ariza-Cardiel, G., Hernández-Melo, E., López de Haro-de Torres, J., Canto de Hoyos-Alonso, M., Delgado-Puebla, R., García-Domingo, P., & del Cura-González, I. (2022). *Neuropsychiatric symptoms and subsyndromes in patients with different stages of dementia in primary care follow-up (NeDEM project): A cross-sectional study*. *BMC Geriatrics*, 22, 71. <https://doi.org/10.1186/s12877-022-02762-9>

Miller, C. A. (2012). *Nursing for wellness in older adults* (6th ed.). Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.

Monteiro, A., Velon, A. G., Rodrigues, A. M., Oliveira, A., Valadas, A., Nóbrega, C., Cruto, C., Neutel, D., Simões do Couto, F., Morgado, J., Cerejeira, J., Ruano, L., Gago, M., Grunho, M., Tábuas-Pereira, M., Taipa, R., Moiron Simões, R., Araújo, R., Barreto, R., ... Massano, J. (2020). Consenso português para o diagnóstico e gestão clínica da demência com corpos de Lewy (PORTUCALE). *Acta Médica Portuguesa*, 33(12), 844–854. <https://doi.org/10.20344/amp.13696>

Nóbrega, C., Morgado, J., Vitorino, M. L., & Ferreira, J. (Coords.). (2022). *Manual do cuidador da pessoa com demência*. CNS – Campus Neurológico.

Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Regulamento n.º 350/2015: Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação*. *Diário da República*, 2.ª série, n.º 119, 16655–16660.

Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação* (Regulamento n.º 392/2019). *Diário da República*, 2.ª série, n.º 85. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/11871/1356513568.pdf>

Portugal, P., Coelho, T., & Gonçalves, C. (2020). *Demências*. Em Laboratório de Reabilitação Psicossocial (Ed.), *A Doença Mental não é um Bicho de Sete Cabeças – Projeto de Literacia em Saúde Mental e Bem-estar*. Laboratório de Reabilitação Psicossocial FPCEUP/ESTSIPP. <https://www.labrp.pt/setecabecas2/images/FichasInformativas/DEMNCIA.pdf>

Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro. (2019). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. *Diário da República*, 2.ª série, n.º 26, 4744–4750. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>

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., de Souza, L. C., Vale, F. A. C., Caramelli, P., Bertolucci, P. H. F., Chaves, M. L. F., Brucki, S. M. D., Damasceno, B. P., & Nitrini, R. (2022). *Diagnosis of Alzheimer’s disease: Recommendations of the Scientific Department of Cognitive Neurology*

and Aging of the Brazilian Academy of Neurology. Dementia & Neuropsychologia, 16 (3 Suppl 1), 25–39. <https://doi.org/10.1590/1980-5764-DN-2022-S102EN>

World Health Organization. (2017). *Global action plan on the public health response to dementia 2017–2025*. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/259615/9789241513487-eng.pdf>

APÊNDICES

APÊNDICE I – PLANO DE ATIVIDADES

PLANO DE ATIVIDADES

COMPETÊNCIAS COMUNS DO EE			
<p>A – Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e legal</p> <p>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.</p> <p>A2 – Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.</p>			
Objetivos Específicos	Atividades	Indicadores de Avaliação	Recursos
<ul style="list-style-type: none"> • Conhecer o serviço e a equipa multidisciplinar, agindo de acordo com a sua missão e integrando no contexto da prática de cuidados como EEER; 	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação do serviço e da equipa multidisciplinar; • Leitura do regulamento interno, protocolos, normas e instrumentos de avaliação existentes no serviço; • Recolha de informação sobre rotinas, dinâmicas e recursos humanos, materiais e físicos existentes no serviço; • Conhecimento da intervenção do EEER no serviço e 	<ul style="list-style-type: none"> • Conhece o serviço e a equipa multidisciplinar; • Conhece o regulamento interno, protocolos, normas e instrumentos de avaliação existentes no serviço; • Conhece o funcionamento do serviço e os recursos disponíveis neste, bem como os recursos existentes na comunidade; 	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Humanos</u>: Discente, Docente, EEER Orientador, Equipa Multidisciplinar, pessoa/utente, família e cuidador; • <u>Materiais</u>: regulamento interno, protocolos, normas, instrumentos de avaliação, processo clínico, projetos, registos de enfermagem, artigos científicos, Carta

	<p>respetiva articulação com a equipa multidisciplinar.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Atua em conformidade como EEER em diferentes contextos de prática clínica. 	<p>dos direitos e deveres do Doente, Código Deontológico,</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Desenvolver competências do EEER no cuidar da pessoa com demência, mediante processos de tomada de decisão ética, com base em princípios, valores e normas deontológicas e legais; 	<ul style="list-style-type: none"> • Envolvimento da pessoa no planeamento de estratégias para a resolução de problemas e, na sua impossibilidade, envolvimento do cuidador; • Tomada de decisão suportada pelo conhecimento científico e experiência profissional; • Desempenho do exercício profissional segundo a deontologia profissional; • Participação no processo de tomada de decisão com a equipa multidisciplinar; • Respeito pela privacidade e direitos humanos da pessoa; 	<ul style="list-style-type: none"> • Envolve a pessoa e/ou cuidador no planeamento de estratégias para a resolução e problemas; • Demonstra proatividade na tomada de decisão, fundamentada em evidência científica e na experiência profissional; • Desempenha o exercício profissional segundo princípios éticos, deontológicos e legais; • Revela iniciativa em participar no processo de tomada de decisão com a equipa multidisciplinar; • Respeita a privacidade e os direitos da pessoa bem como as suas crenças religiosas e pessoais; 	<p>Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, Regulamento das Competências comuns do Enfermeiro Especialista e Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação;</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Físicos</u>: UCC, UCCL, Serviço de Neurocirurgia, Serviço de Ortopedia e comunidade.

<ul style="list-style-type: none"> • Garantir à pessoa com demência práticas de cuidados com responsabilidade, rigor técnico-científico, segurança e dignidade; 	<ul style="list-style-type: none"> • Acompanhamento da evolução técnico-científica no cuidar da pessoa com demência com recurso a bases de dados científicas; • Espírito crítico nas intervenções, de forma a promover a melhoria contínua dos cuidados prestados; • Proatividade no processo de tomada de decisão e inovação nas intervenções; • Articulação com o enfermeiro orientador e o docente sobre os aspetos a melhorar nos cuidados prestados; 	<ul style="list-style-type: none"> • Consulta autónoma e regularmente as bases científicas para atualização do conhecimento e acompanhamento da evolução da intervenção com vista à Reabilitação da pessoa com demência; • Desenvolve o espírito crítico e reflexivo para melhorar a sua intervenção; • Demonstra proatividade e criatividade na sua intervenção de acordo com as necessidades e gostos da pessoa; • Esclarece as suas dúvidas e articula com o seu EEER Orientador e docente aspetos a melhorar. 	
--	---	---	--

B – Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade

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.

B3 — Garante um ambiente terapêutico e seguro.

<ul style="list-style-type: none"> • Promover a divulgação e implementação de iniciativas que fomentem a melhoria contínua da qualidade dos cuidados e, conseqüentemente, melhoria do ambiente organizacional; 	<ul style="list-style-type: none"> • Reunião com o Enfermeiro Chefe e EEER Orientador para decisão dos temas com interesse a desenvolver nos serviços no âmbito da melhoria contínua; • Consulta de projetos desenvolvidos nos serviços; • Realização de atividades no âmbito da melhoria da qualidade nos serviços; • Aplicação de inquéritos no âmbito da melhoria contínua da qualidade dos cuidados e ambiente favorável à prática dos profissionais; • Conhecimento do core de indicadores para a avaliação da qualidade dos cuidados e das respectivas metas; • Gestão de um ambiente terapêutico e seguro na prestação de cuidados. 	<ul style="list-style-type: none"> • Desenvolve atividades com vista à melhoria contínua da qualidade dos cuidados, articulando com a chefia e EEER orientador; • Conhece os projetos desenvolvidos nos serviços no âmbito da melhoria contínua da qualidade; • Demonstra disponibilidade em participar e/ou desenvolver programas de melhoria contínua da qualidade; • Aplica inquéritos para promoção da melhoria da qualidade e do ambiente organizacional; • Conhece os indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem, estabelece as metas e avalia a qualidade dos cuidados; 	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Humanos</u>: Discente, Docente, EEER Orientador, Equipa Multidisciplinar, pessoa/utente, família e cuidador; • <u>Materiais</u>: projetos/programas de melhoria contínua, inquéritos, documento para registo de presenças, documento para a avaliação das atividades, artigos sobre governança clínica, artigos científicos sobre reabilitação à pessoa com demência, folheto informativo, computador e projetor; • <u>Físicos</u>: UCC, UCCI, Serviço de Neurocirurgia,
---	--	---	---

		<ul style="list-style-type: none"> • Promove um ambiente terapêutico e seguro para a prestação de cuidados no âmbito da reabilitação. 	Serviço de Ortopedia e comunidade.
<ul style="list-style-type: none"> • Envolver os cuidadores ou familiares nos cuidados à pessoa com demência, de forma a capacitá-los para prestarem cuidados adequados e de qualidade através da aquisição de conhecimentos e desenvolvimento de competências; 	<ul style="list-style-type: none"> • Realização de ações de sensibilização para a equipa multidisciplinar e cuidadores/familiares; • Elaboração de folhetos informativos para ensinar e instruir os cuidadores a prestarem cuidados de qualidade e a promoverem um ambiente seguro; • Elaboração de folhetos informativos “exercitar o corpo e a mente” de forma a promover que os cuidadores/familiares e utentes realizem exercício físico ou treino cognitivo de forma autónoma. 	<ul style="list-style-type: none"> • Sensibiliza a equipa da importância de envolver os cuidadores/familiares nos cuidados; • Promove ferramentas de trabalho para ensinar e instruir os cuidadores/familiares a prestarem cuidados de qualidade e seguros à pessoa com demência; • Promove dispositivos de apoio para ensinar e instruir os cuidadores/familiares a promoverem hábitos saudáveis. 	
C — Domínio da gestão dos cuidados			
C1 — Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde.			

C2 — Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados.

<ul style="list-style-type: none"> • Desenvolver competências de gestão e adequação dos recursos às necessidades da pessoa com demência, promovendo o autocuidado e a articulação com a equipa multidisciplinar; 	<ul style="list-style-type: none"> • Identificação das necessidades da pessoa com demência, articulação com a equipa multidisciplinar e referenciação para outras áreas; • Planeamento e gestão dos recursos existentes nos serviços face às necessidades; • Reforços positivos à equipa multidisciplinar e envolvimento desta nos cuidados; • Delegação de tarefas e supervisão destas, garantindo a segurança e a qualidade dos cuidados; • Participação em reuniões de equipa multidisciplinar. 	<ul style="list-style-type: none"> • Identifica as necessidades da pessoa com demência, planeando e gerindo os recursos face às mesmas, em articulação com a equipa multidisciplinar; • Motiva a equipa durante a prestação de cuidados, contribuindo para um bom ambiente de trabalho e espírito de equipa; • Demonstra capacidade em delegar tarefas e responsabilidade na supervisão das mesmas; • Participa nas reuniões de equipa multidisciplinar. 	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Humanos</u>: Discente, Docente, EEER Orientador, Equipa Multidisciplinar, pessoa/utente, família e cuidador; • <u>Materiais</u>: produtos de apoio, escalas, instrumentos de medida, artigos científicos sobre reabilitação à pessoa com demência e comunicação; • <u>Físicos</u>: UCC, UCCL, Serviço de Neurocirurgia, Serviço de Ortopedia e comunidade.
---	---	--	---

D – Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

D1 — Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade.

D2 – Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica.

<ul style="list-style-type: none"> • Desenvolver estratégias relacionais e comunicacionais para lidar com a pessoa que sofre de demência e as respetivas oscilações comportamentais; 	<ul style="list-style-type: none"> • Identificação das estratégias para estabelecer uma relação empática com a pessoa com demência e respetiva família ou cuidador; • Divulgação das estratégias a adotar na abordagem da pessoa com demência à equipa multidisciplinar, família e cuidador; • Entrevista com a pessoa, família e cuidador para conhecimento das rotinas, gostos e percurso de vida; • Compreensão da complexidade da demência e da necessidade de reajustar as intervenções consoante o comportamento da pessoa; • Reconhecimento das limitações ao nível emocional 	<ul style="list-style-type: none"> • Demonstra capacidade em estabelecer uma relação empática com a pessoa com demência, adaptando as estratégias comunicacionais nos diversos contextos de prática de cuidados; • Divulga à equipa, família e cuidador estratégias importantes na abordagem da pessoa com demência; • Recolhe informações sobre os hábitos, gostos, rotinas e percurso de vida da pessoa com demência junto do própria (quando possível), cuidador ou família; • Apresenta conhecimento científico sobre a demência e capacidade para lidar com as diversas manifestações clínicas, partilhando com a equipa; 	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Humanos</u>: Discente, Docente, EEER Orientador, Equipa Multidisciplinar, pessoa/utente, família e cuidador; • <u>Materiais</u>: documento para recolha de dados, produtos de apoio, escalas, instrumentos de medida, obras bibliográficas sobre a comunicação e a demência, artigos científicos sobre reabilitação à pessoa com demência, computador e projetor; • <u>Físicos</u>: UCC, UCCI, Serviço de Neurocirurgia, Serviço de Ortopedia e comunidade.
---	---	--	--

		<ul style="list-style-type: none"> • Reconhece as suas capacidades e limitações, sabendo identificar quando deve suspender a intervenção ou alterar a sua abordagem. 	
<ul style="list-style-type: none"> • Suportar a prática clínica com base na evidência científica, partilhando com a equipa multidisciplinar esse conhecimento com vista à melhoria contínua dos cuidados prestados; 	<ul style="list-style-type: none"> • Divulgação dos resultados da evidência científica para promoção dos cuidados de enfermagem; • Incentivo para o desenvolvimento da prática baseada na evidência; • Aplicação dos resultados da evidência científica em contexto da prática de cuidados. 	<ul style="list-style-type: none"> • Partilha com a equipa os resultados da evidência científica com vista à melhoria da qualidade dos cuidados, aplicando-os na sua prática de cuidados; • Sensibiliza para a importância da investigação científica e de implementação de uma prática baseada na evidência; 	
COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO EEER			
J1 - Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados			
<ul style="list-style-type: none"> • Identificar e avaliar as limitações à funcionalidade e independência da pessoa com demência nas atividades de vida diárias, recorrendo a instrumentos 	<ul style="list-style-type: none"> • Conhecimento dos indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação; • Pesquisa na literatura sobre o impacto da demência na 	<ul style="list-style-type: none"> • Conhece o core de indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação; • Apresenta conhecimentos sobre a temática que potenciam 	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Humanos</u>: Discente, Docente, EEER Orientador, Equipa Multidisciplinar, pessoa/utente, família e cuidador;

<p>de avaliação adequados a cada situação clínica e a indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação;</p>	<p>funcionalidade e independência da pessoa bem como qualidade de vida;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Avaliação da alteração da funcionalidade ao nível motor, sensorial, cognitivo, alimentação, eliminação e cardiorrespiratório; • Avaliação da capacidade funcional da pessoa na satisfação das necessidades humanas básicas, segundo a Medida de Independência Funcional (MIF); • Avaliação da capacidade de deglutição da pessoa com demência através da escala de GUSS; • Sensibilização do cuidador ou família para os sinais de disfagia, instruindo e ensinando como devem intervir; • Avaliação da força muscular de acordo com a Escala Medical Research Council (MRC); 	<p>ganhos na funcionalidade do desempenho das atividades de vida diária;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conhece e implementa escalas de avaliação adequadas à situação clínica da pessoa com demência; • Ensina a pessoa e o cuidador/família técnicas de adaptação (produtos de apoio, treino de exercícios funcionais e automobilizações) às atividades de vida diária: Higiene, uso do sanitário, vestuário e alimentação, validando sempre os ensinamentos realizados; • Ensina e instrui ao cuidador ou família os sinais de disfagia e a adoção de estratégias nas refeições para promoção da 	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Materiais</u>: escalas, instrumentos de medida, processo clínico, registos de enfermagem, artigos científicos sobre a reabilitação na pessoa com demência; • <u>Físicos</u>: UCC, UCCL, Serviço de Neurocirurgia, Serviço de Ortopedia e comunidade.
---	---	--	--

	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação do risco de queda segundo a Escala de Quedas de Morse; • Avaliação do equilíbrio estático e dinâmico segundo a Escala de Berg; • Avaliação da função cognitiva segundo o Mini Mental State Examination e Montreal Cognitive Assessment (MoCA); • Avaliação dos pares cranianos; • Avaliação da sensibilidade superficial e profunda; • Identificação dos fatores facilitadores e inibidores da funcionalidade e independência da pessoa com demência. 	<p>segurança e qualidade nas intervenções;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifica barreiras arquitetônicas que poderão condicionar a funcionalidade da pessoa com demência para o autocuidado; • Identifica fatores inibidores da concentração e participação da pessoa com demência nos cuidados (ruído e presença de várias pessoas, por exemplo); 	
<p>J2 - Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania</p>			
<ul style="list-style-type: none"> • Elaborar e implementar programas de treino de atividades 	<ul style="list-style-type: none"> • Identificação das necessidades nas atividades de vida 	<ul style="list-style-type: none"> • Recolhe dados sobre as necessidades nas atividades de 	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Humanos</u>: Discente, Docente, EEER Orientador,

<p>de vida diárias à pessoa com demência e com outras patologias associadas, visando a adaptação às limitações da sua funcionalidade e maximização da qualidade de vida;</p>	<p>diárias através de colheitas de dados à pessoa, família e cuidador, consulta do processo clínico e do EEER orientador;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Elaboração do plano de intervenção com a pessoa, família e cuidador, definindo estratégias e os resultados esperados, tendo em conta os fatores facilitadores e inibidores no autocuidado; • Identificação dos recursos necessários, com posterior ensino, treino e supervisão da utilização dos mesmos, para potenciar a maximização da funcionalidade da pessoa com demência; • Implementação do plano de reabilitação: treino específico de atividades de vida diária com recurso a produtos de apoio se 	<p>vida diária através de entrevista à pessoa, família e cuidador;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Elabora planos de intervenção de reabilitação adequados e individualizados face às necessidades identificadas; • Identifica a necessidade de produtos de apoio para o treino de atividades de vida diária, selecionando o(s) mais adequado(s); • Procede à instrução, ensino e treino do uso do produto de apoio pela pessoa com demência; • Relembra as vezes necessárias da atividade pretendida à pessoa com demência e ajusta as intervenções conforme a colaboração desta; • Elabora registos da evolução do plano de treino de 	<p>Equipa Multidisciplinar, pessoa/utente, família e cuidador;</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u> Materiais:</u> documento para recolha de dados, documento com os planos de treino de reabilitação, escalas, instrumentos de medida, processo clínico, registos de enfermagem, artigos científicos sobre a reabilitação na pessoa com demência e produtos de apoio; • <u> Físicos:</u> UCC, UCCL, Serviço de Neurocirurgia, Serviço de Ortopedia e comunidade.
--	---	---	---

	<p>necessário, para reeducar a funcionalidade da pessoa;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Avaliação das intervenções implementadas e reajuste das mesmas, conforme necessidade; • Registos diários do plano de intervenção de reabilitação para comparação da evolução do estado de saúde da pessoa. 	<p>reabilitação à pessoa com demência, mencionando as estratégias ou abordagens mais eficientes;</p>	
J3 - Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa			
<ul style="list-style-type: none"> • Promover a manutenção ou recuperação da autonomia na marcha, através da implementação e avaliação de programas de treino motor, compreendendo a limitação intrínseca do processo demencial; 	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação da força muscular de acordo com MRC; • Avaliação do risco de queda segundo a Escala de Quedas de Morse; • Avaliação do equilíbrio estático e dinâmico segundo a Escala de Berg; • Realização de atividades terapêuticas (ponte, rolamento bilateral, rotação controlada coxa- 	<ul style="list-style-type: none"> • Conhece e implementa escalas de avaliação adequadas antes de iniciar treino de marcha; • Ensina a pessoa e o cuidador/família técnicas de preparação para o treino de marcha, nomeadamente realização de atividades terapêuticas para potenciar ganhos na compreensão e colaboração da pessoa; 	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Humanos</u>: Discente, Docente, EEER Orientador, Equipa Multidisciplinar, pessoa/utente, família e cuidador; • <u>Materiais</u>: documento com os planos de treino de reabilitação, escalas, instrumentos de medida, processo clínico, registos de enfermagem,

	<p>femural, auto-mobilizações dos membros superiores, mobilizações passivas, ativas ou ativas assistidas dos membros inferiores, levante e transferência para cadeira de rodas e cadeira de banho) para preparar a pessoa para a marcha;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Respeito pelo ritmo e vontade da pessoa; • Ensino e implementação de exercícios aeróbios, de fortalecimento muscular, de equilíbrio, movimentos funcionais e de dupla tarefa com base nos fatores inibidores identificados para a autonomia e funcionalidade da marcha; • Realização de treino marcha de acordo com a sua tolerância, recorrendo a produtos de apoio (se necessário); 	<ul style="list-style-type: none"> • Demonstra respeito pelo ritmo e vontade da pessoa, não insistindo se esta não se apresentar colaborante; • Identifica barreiras arquitetónicas que poderão condicionar a funcionalidade e independência da pessoa com demência na marcha; • Identifica fatores inibidores da marcha (diminuição da força muscular, má postura corporal, medo de cair, falta de equilíbrio, por exemplo), implementando exercícios com recurso a produtos de apoio (elástico, pesos, bandas de kinesio, entre outros) que potenciem ganhos na autonomia e funcionalidade da marcha; 	<p>artigos científicos sobre a reabilitação na pessoa com demência e produtos de apoio;</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Físicos</u>: UCC, UCCI, Serviço de Neurocirurgia, Serviço de Ortopedia e comunidade.
--	--	--	---

	<ul style="list-style-type: none"> • Identificação e orientação para a eliminação das barreiras arquitetónicas; • Reunião com EEER Orientador para partilha de opiniões e reajuste das intervenções conforme a necessidade. 		
<ul style="list-style-type: none"> • Implementar e avaliar o impacto dos programas de reabilitação funcional respiratória na pessoa com demência; 	<ul style="list-style-type: none"> • Treino da auscultação pulmonar e da identificação de sons respiratórios; • Realização de reeducação funcional respiratória (dissociação dos tempos respiratórios, reeducação diafragmática posterior, treino de hemicúpulas bilateral, reeducação costal global e seletiva) e mecanismos de limpeza das vias aéreas (ensino da tosse e manobras acessórias de percussão e vibrocompressão); 	<ul style="list-style-type: none"> • Procede à auscultação pulmonar e identifica os sons respiratórios; • Realiza reeducação funcional respiratória e mecanismos de limpeza das vias aéreas, avaliando a sua intervenção. 	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Humanos</u>: Discente, Docente, EEER Orientador, Equipa Multidisciplinar e pessoa/utente; • <u>Materiais</u>: documento com os planos de treino de reabilitação, escalas, instrumentos de medida, processo clínico, registos de enfermagem, obras bibliográficas sobre reabilitação funcional respiratória, estetoscópio e produtos de apoio;

	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação do programa de reeducação funcional respiratória implementado. 		<ul style="list-style-type: none"> • <u>Físicos</u>: UCC, UCCL, Serviço de Neurocirurgia, Serviço de Ortopedia e comunidade.
<ul style="list-style-type: none"> • Promover o envelhecimento ativo, o bem-estar e o convívio através da prática de exercício físico e atividades de estimulação cognitiva, para retardar a evolução da demência; 	<ul style="list-style-type: none"> • Elaboração e implementação de ferramentas de estimulação cognitiva e sensorial, com diferentes texturas, materiais e atividades para a pessoa com demência; • Implementação de uma classe de grupo de mobilidade no exterior (se possível) com o objetivo de promover o bem-estar e a interação em grupo através do exercício físico; • Elaboração de um folheto, onde constam os exercícios da classe de grupo de mobilidade (exercícios de alongamento, coordenação, flexibilidade, amplitude articular, força e de dupla tarefa); 	<ul style="list-style-type: none"> • Realiza atividades de estimulação cognitiva e sensorial individualmente e em grupo, avaliando o impacto destas; • Dinamiza uma classe de grupo de mobilidade com vista à melhoria da qualidade de vida; • Promove ferramentas de trabalho para ensinar e instruir os cuidadores/familiares e incentivá-los bem como à equipa a englobarem o exercício físico nos cuidados; • Promove a orientação temporal e a capacidade de memória através da delegação de tarefas. 	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Humanos</u>: Discente, Docente, EEER Orientador, Equipa Multidisciplinar e pessoa/utente, família e cuidador; • <u>Materiais</u>: tabuleiro de estimulação cognitiva e sensorial, mala de estimulação sensorial e motricidade fina, quadro para colocação da data e o dia da semana, escalas, instrumentos de medida, registos de enfermagem, artigos científicos sobre as intervenções de reabilitação à pessoa com

	<ul style="list-style-type: none"> • Elaboração e implementação de um quadro para estimular a orientação temporal e treinar a delegação de tarefas (alterar diariamente a data). 		<p>demência, obras bibliográficas, coluna de som (música ambiente na classe) e produtos de apoio (cadeiras de rodas e cadeiras);</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Físicos</u>: UCC, UCCI, Serviço de Neurocirurgia, Serviço de Ortopedia e comunidade.
--	---	--	--

Os recursos temporais das atividades encontram-se no cronograma de Gantt, apresentado de seguida.

CRONOGRAMA DE GANTT

		2024				2025	
MESES	MAIO/JUNHO	JUNHO/JULHO	PAUSA LETIVA	SETEMBRO	SETEMBRO/NOVEMBRO	PAUSA LETIVA	JANEIRO/FEVEREIRO
DIAS	De 20/5 a 23/6	De 24/6 a 26/7		De 2/9 a 29/9	De 30/9 a 24/11		De 6/1 a 9/2
SEMANAS	Semana 1 a 5	Semana 6 a 10		Semana 11 a 14	Semana 15 a 22		Semana 23 a 27
LOCAL	UCC	UCCI		Serviço Hospitalar de Ortopedia	Serviço Hospitalar de Neurocirurgia		Comunidade
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	1	✓		✓	✓		✓
	2	✓	✓	✓	✓	✓	
	3	✓	✓	✓	✓	✓	
	4	✓	✓	✓	✓	✓	
	5	✓	✓	✓	✓	✓	
	6	✓	✓	✓	✓	✓	
	7	✓	✓	✓	✓	✓	
	8	✓	✓	✓	✓	✓	
	9	✓	✓	✓	✓	✓	
	10	✓	✓	✓	✓	✓	
	11	✓	✓	✓	✓	✓	

	12	✓	✓		✓	✓		✓
	13	✓	✓		✓	✓		✓
OBJETIVOS GERAIS	1	✓	✓		✓	✓		✓
	2	✓	✓		✓	✓		✓

APÊNDICE II – ESTUDO DE CASO



Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Ano letivo 2023/2024

1º ano – 2º semestre

Unidade Curricular Estágio

ESTUDO CASO

A PROMOÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA E FUNCIONALIDADE DA PESSOA COM DEMÊNCIA

Filipa Alexandra Ferreira Gonçalves Soeiro

Almada

Julho 2024



Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Ano letivo 2023/2024

1º ano – 2º semestre

Unidade Curricular Estágio

ESTUDO CASO

A PROMOÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA E FUNCIONALIDADE DA PESSOA COM DEMÊNCIA

Discente: Filipa Alexandra Ferreira Gonçalves Soeiro (nº 118609)

Docente Orientador: Dina Peças

Almada

Julho 2024

LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E ACRÓNIMOS

AVD'S - Atividades de vida diárias

EEER - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

MIF - Medida de Independência Funcional

MMSE - MiniMentalState Examination

MoCA - Montreal Cognitive Assessment

MRC- Medical Research Council

OE - Ordem dos Enfermeiros

ÍNDICE

Introdução.....	5
1. Colheita de Dados.....	7
2. Exame Físico.....	9
3. Avaliação da Função Respiratória.....	9
4. Avaliação Neurológica.....	10
4.1. Estado Mental	10
4.2. Pares Cranianos.....	12
5. Avaliação da Motricidade.....	17
5.1. Força Muscular	17
5.2. Tônus Muscular	19
5.3. Coordenação Motora	20
5.4. Sensibilidade	21
5.5. Equilíbrio Corporal	22
5.5.1. Risco de Queda	23
6. Avaliação da Marcha.....	24
7. Avaliação do grau de dependência no autocuidado.....	26
8. Plano de Cuidados.....	29
8.1. Teoria das Consequências Funcionais de Carol Miller	29
8.2. Plano de Cuidados da utente JL.....	31
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	48
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	49

Introdução

No âmbito da unidade curricular Estágio do 2º Semestre do 1º Ano do Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde Egas Moniz, foi proposta a elaboração do presente estudo de caso. Com este, pretende-se uma abordagem didática sobre uma problemática identificada, aproximando a teoria e a prática (Andrade et al., 2017). A demência caracteriza-se por um declínio cognitivo significativo e progressivo, com manifestações clínicas distintas, mas que culminam de forma semelhante para a perda de autonomia e independência da pessoa (Portugal et al., 2020), sendo um desafio diário gerir a complexidade da demência e, por sua vez, planear os cuidados de saúde pelo aumento do número de casos de demência.

É neste sentido que surge o tema deste estudo caso “A promoção da qualidade de vida e funcionalidade da Pessoa com Demência”, através da prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação em contexto de prática clínica com vista à obtenção de ganhos em saúde, prevenção de complicações e recuperação das suas incapacidades (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2015a), enquadrando-se no tema escolhido para o projeto de estágio, nomeadamente: “As intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) na pessoa com demência”.

Este estudo de caso tem como objetivo o planeamento e a implementação de um programa de Enfermagem de Reabilitação na pessoa com demência com recurso a instrumentos de avaliação adequados segundo os Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação (OE, 2016), sendo a utente J.L. alvo dessa intervenção durante o período de 21/5/24 a 6/6/24, com o objetivo de promover a sua funcionalidade e qualidade de vida e, por sua vez, retardar a progressão da doença. Foram respeitados os princípios éticos e legais da profissão, de forma a preservar a dignidade e a privacidade da utente, bem como da instituição. Para a elaboração do estudo de caso, foi consultado o processo clínico da utente e foram recolhidas informações sobre o seu estado de saúde junto da equipa multidisciplinar.

O presente trabalho inicia-se com a colheita de dados à utente, seguindo-se a avaliação global desta com base na intervenção do EEER na pessoa com demência, tendo por base a Teoria das Consequências Funcionais, desenvolvida por Carol Miller (2012). Para Miller (2012) a intervenção de Enfermagem deve atenuar os efeitos negativos do envelhecimento e eliminar os fatores de risco, de forma a promover a maximização da funcionalidade, a autonomia e a

qualidade de vida, razão pela qual optei por esta teoria para fundamentar a minha intervenção.

O passo seguinte foi a elaboração do plano de cuidados à utente que teve por base o Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (OE, 2015b) e segue a Classificação Internacional para a Prática da Enfermagem (CIPE), no qual constam os diagnósticos, as intervenções do EEER para atingir os objetivos propostos bem como a avaliação dos resultados, seguindo-se as considerações finais.

Este documento segue as normas de formatação das teses de mestrado e de doutoramento da Escola Superior de Saúde Egas Moniz, e as referências bibliográficas seguem a norma da American Psychological Association 7ª edição.

1. Colheita de Dados

Identificação
J.L. de 77 anos de idade, sexo feminino, caucasiana, 7º ano de escolaridade, natural de lisboa.
História de Vida Atual
Ex-comerciante (Não sabe precisar com que idade se reformou) e viúva há mais de 15 anos. Apresenta dois filhos, um filho de 57 anos que reside no Cacém e com quem não mantém contacto regular e uma filha de 55 anos, com quem residia na Amadora, em habitação própria, num apartamento, até ser internada na sequência de uma queda. Antes do internamento a senhora J.L. era uma pessoa independente nas atividades de vida diárias (AVD's) realizando as suas tarefas domésticas.
História de Doença Atual
A senhora J.L. sofreu queda da própria altura quando passeava no exterior, sofrendo fratura do colo do fémur direito a 18/10/2021. Foi submetida a artroplastia com colocação de prótese total da anca à direita, sem intercorrências, numa Unidade Hospitalar. Após alta hospitalar, permaneceu noutra Unidade Hospitalar para recuperação, tendo sido encaminhada para uma Unidade de Cuidados Continuados Integrados (UCCI) da Rede no dia 9/5/2022, na tipologia de Média Duração e Reabilitação, na qual se encontra até ao momento.
Resumo da evolução do estado de saúde na UCCI
Durante a sua permanência na UCCI manteve-se calma, consciente e orientada no tempo, espaço e pessoa e colaborante nos cuidados. À chegada na Unidade, era capaz de deambular com o andarilho, embora com supervisão por apresentar alteração do equilíbrio dinâmico ortostático, mas que deixou de ser capaz por diminuição da força muscular dos membros inferiores, deslocando-se atualmente em cadeira de rodas. Necessitava de ajuda parcial nas transferências cama-cadeirão, encontrando-se atualmente autónoma nas transferências cama-cadeira de rodas e vice-versa. Mantém necessidade de ajuda parcial no autocuidado: higiene e vestuário para o hemicorpo inferior. Encontra-se a aguardar vaga em Estrutura Residencial para Idosos (ERPI).

Antecedentes Pessoais

- Hipertensão Arterial
- Diabetes Mellitus tipo II
- Prótese Total do Joelho direito em 2007
- Acidente Vascular Cerebral Isquêmico Esquerdo em 2000
- Anemia crônica
- Síndrome demencial

Esquema Terapêutico

MEDICAMENTO	Jejum	Pequeno-almoço	Almoço	Lanche	Jantar	Deitar
Esomeprazol 20mg	1cp					
Irbesartan + Hidroclorotiazida 150/12,5mg		1cp				
Sucralfate 1g/5ml		1 saqueta		1 saqueta	1 saqueta	
Tapentadol 50mg		1cp			1cp	
Metformina 850mg			1cp			
Metformina 1g		1cp			1cp	
Espironolactona 25mg		½ cp				
Bisoprolol 2,5mg		1cp				
Sitagliptina 50mg		1cp			1cp	
Sertralina 50mg		1cp				
Bioflavonoides 500mg		1cp				
Ácido Fólico 5mg			1cp			
Ácido Acetilsalicílico 100mg			1cp			
Amlodipina 10mg					1cp	
Cetirizina 10mg					1cp	
Montelucaste 10mg					1cp	
Alprazolam 0,25mg						1cp

Metotrexato 2,5mg 2cp		Às 6ªf				
Alergias						
Nega alergias alimentares ou medicamentosas.						
Hábitos Aditivos						
Nega.						

2. Exame Físico

Dados Antropométricos	
Peso: 55Kg	Altura: 1,65cm
Exame físico sumário	
<p>21/5/2024 – Senhora J.L consciente e orientada no tempo, espaço e pessoa. Discurso coerente e perceptível, embora sejam evidentes os períodos de alteração da memória a curto prazo, verbalizando diversas vezes “<i>tenho a minha cabeça muito falhada</i>” (sic), e com pausas frequentes e ideias inacabadas no seu discurso. Humor eutímico. Pele e mucosas coradas, hidratadas e íntegras.</p> <p>Eupneica em ar ambiente, Frequência Respiratória de 16 ciclos por minuto (cpm) e Saturações Periféricas de oxigénio (SpO2) de 98%. Padrão respiratório misto, simétrico e regular de média amplitude. Hemodinamicamente estável. Normotensa: 120/70 milímetros de mercúrio (mmHg); Normocárdica: 65 batimentos por minuto (bpm); Normoglicémica: 120 miligramas por decilitro (mg/dl); Apirética: 36,4°C de temperatura timpânica.</p> <p>Sem presença de edemas nos membros inferiores ou sinais de trombose venosa profunda. Continente de esfíncter vesical e intestinal, usando fralda apenas no período noturno por perdas ocasionais.</p>	

3. Avaliação da Função Respiratória

Para avaliar a função respiratória da utente JL foi aplicada a Escala de Borg modificada, de forma a identificar-se o seu grau de dispneia (Borg, 1982).

FUNÇÃO RESPIRATÓRIA	21/5/24
Inspeção	Eupneica, padrão respiratório misto, simétrico e regular de média amplitude.
Palpação	Hemitoráx esquerdo e direito sem alterações.
Percussão	Som claro pulmonar presente.
Auscultação	Murmúrio vesicular mantido, ruídos adventícios ausentes.
Tosse	Tosse eficaz, sem presença de secreções.
Escala de Borg Modificada	Nenhuma dispneia (0).

4. Avaliação Neurológica

4.1. Estado Mental

Para avaliar o estado de consciência da utente JL foi aplicada a Escala de Coma de Glasgow e a sua capacidade de memória foi aplicado o exame MiniMentalState Examination (MMSE), tendo sido complementado com o exame Montreal Cognitive Assessment (MoCA).

ESTADO MENTAL (21/5/24 a 6/6/24)	
Estado de consciência	Vígil, Score de 15 na Escala de Coma de Glasgow: Abertura ocular espontânea (4), resposta verbal orientada (5), resposta motora cumpre ordens (6).
Orientação	Orientação auto e alopsíquica sem alteração.
Atenção	Capacidade para soletrar a palavra “Mundo” de trás para a frente, conforme MMSE , contudo apresentou alteração da vigilância (hipervigil com o meio envolvente), da tenacidade (não bateu na mesa sempre que ouvia a letra “A”) e da concentração (realizou apenas 2 subtrações corretas), verificando-se assim hipoprosexia durante a primeira realização do MoCA , mas na segunda realização do MoCA tal já não se verificou, encontrando-se mais concentrada e atenta.
Memória	Memória sensorial e imediata mantida, repetindo corretamente as 3 palavras “Pente, Rua e Azul”. Memória recente com alteração, conseguindo repetir apenas a palavra

	“Pente” após 5 minutos. Memória remota mantida, sendo capaz de relatar as datas dos nascimentos dos filhos e o seu percurso de vida.
Linguagem	Discurso espontâneo, compreensão, nomeação, leitura, linguagem elaborada e escrita sem alterações. A repetição da frase “Nem aqui, nem ali, nem lá” não foi possível.
Capacidades Práticas	Capacidade de realização de gestos simbólicos (ex: gesto do coração), ou icônicos transitivos (ex: pentear) e icônicos intransitivos (ex: dizer adeus) sem alteração.
Negligência hemiespacial unilateral	Ausência de neglet.

O MMSE é considerado um instrumento eficaz no diagnóstico de demência, contudo pode não ser fiável na fase inicial de demência e ser facilmente influenciável por fatores como a idade e a escolaridade da pessoa (Oliveira, 2017), razão pela qual aquando análise dos resultados do MMSE deve-se ter em consideração os dados normativos que considerem essas variáveis (Freitas et al., 2015), recorrendo-se à tabela com esses dados (ANEXO I). Deste modo, será considerada a pontuação total do MMSE entre **28-30**.

MMSE		21/5/24	5/6/24
ORIENTAÇÃO	Orientação Temporal	5/5	5/5
	Orientação Espacial	5/5	5/5
MEMÓRIA	Memória Imediata – Registo de 3 Palavras	3/3	3/3
	Atenção e Cálculo	2/5	5/5
	Memória de Evocação das 3 Palavras	1/3	1/3
LINGUAGEM	Nomeação	2/2	2/2
	Repetição	0/1	0/1
	Comando de estágios	3/3	3/3
	Escrita	1/1	1/1
	Leitura e execução	1/1	1/1
VISUOESPACIAL	Cópia de desenho	0/1	1/1

Pontuação Total = 30	23	27
Pontuação Total Adaptada à idade e escolaridade = 28		

O MoCA é um instrumento de rastreio cognitivo mais sensível que o MMSE, capaz de identificar o déficit Cognitivo Ligeiro (DCL), que fácil e rapidamente progride para Demência (Freitas et al., 2010).

MoCA		22/5/24	6/6/24
VISUOESPACIAL/ EXECUTIVA		1/5	2/5
NOMEAÇÃO		3/3	3/3
ATENÇÃO	Repetição	1/2	2/2
	Concentração	0/1	1/1
	Cálculo	2/3	3/3
LINGUAGEM	Repetição	1/2	1/2
	Fluência Verbal	1/1	1/1
ABSTRAÇÃO		2/2	2/2
EVOCAÇÃO DIFERIDA		3/5	4/5
ORIENTAÇÃO		6/6	6/6
Pontuação Total = 30		20/30	25/30

4.2. Pares Cranianos

Os pares cranianos são doze e podem ser avaliados através de exame neurológico (Menoita et al., 2012).

PARES CRANIANOS (21/5/24)					
Número	Nervo	Função	Componentes	Exame	Avaliação

I	Olfativo	Olfato	Sensitivo	Com os olhos fechados, solicitado à pessoa para identificar o odor do café e canela bilateralmente, ocluindo a narina contralateral.	Sem alterações.
II	Ótico	Visão	Sensitivo	Avaliada a acuidade visual bilateral, solicitando à pessoa que fechasse os olhos alternadamente e realizasse a contagem dos dedos a 1 e 3 metros de distância; Avaliado o campo visual, solicitando à pessoa que referisse em que ângulo deixou de ver o meu dedo, deslocando-o da periferia para o centro.	Sem alteração.
III	Motor ocular comum	Miose, elevação da pálpebra superior, elevação, abaixamento e adução do olho	Motor	Os pares cranianos III, IV e VI foram avaliados em simultâneo. Com o quarto escurecido, incidi, do canto externo para o interno de cada olho a luz da lanterna, de forma a observar a reação	Sem alteração. Apresenta isocoria, com tamanho normal (4mm) e forma arredondada. Realiza os movimentos

IV	Patético	Motricidade do músculo oblíquo superior do bulbo do olho – rotação do olho		pupilar, o seu tamanho e a forma. Testei os movimentos conjugados do globo ocular, solicitando à pessoa para seguir o meu dedo à medida que desenhava um “H” no espaço.	conjugados de forma simétrica.
VI	Motor ocular externo	Motricidade do músculo reto lateral do bulbo do olho – abdução do olho			
V	Trigêmeo	Controlo dos movimentos da mastigação (ramo motor); Percepções sensoriais da face, seios da face e dentes (ramo sensorial)	Sensitivo e motor	Avaliada bilateralmente a sensibilidade tátil, térmica e dolorosa nas divisões oftálmica, maxilar e mandibular. Realizado o teste do reflexo córneo-palpebral com algodão bem como o teste dos movimentos dos músculos mastigadores para avaliar a capacidade da pessoa para encerrar e mover a mandíbula bilateralmente e a simetria destes.	Sensibilidade tátil, térmica e dolorosa mantida nas três divisões do nervo bilateralmente. Reflexo córneo palpebral mantido bilateralmente, apresentando lacrimejo. Sem alteração na sua capacidade para encerrar e mover a mandíbula em ambos os lados e movimentos dos músculos da mastigação simétricos.

VII	Facial	<p>Controlo dos músculos faciais – mímica facial (ramo motor);</p> <p>Perceção gustativa no terço anterior da língua (ramo sensorial)</p>	Sensitivo e motor	<p>Avaliada a simetria facial e apagamento do sulco nasogeniano, solicitando à pessoa para sorrir e franzir o sobrolho, com encerramento firme das pálpebras. Avaliada a dificuldade em manter saliva ou alimentos na cavidade oral. Avaliada a capacidade de reconhecer sabores como doce, salgado e amargo nos dois terços anteriores da língua.</p>	Sem alteração.
VIII	Estatuto-Acústico	<p><u>Vestibular</u>: orientação e movimento;</p> <p><u>Coclear</u>: audição</p>	Sensitivo	<p>Divisão coclear: Com os olhos fechados, solicitado à pessoa para identificar o som do bater de palmas, bilateralmente. Divisão vestibular: Avaliado o equilíbrio estático e dinâmico sentado e na posição ortostática.</p>	<p>Divisão coclear sem alteração. Equilíbrio estático e dinâmico sentada e, equilíbrio estático ortostático sem alteração. Equilíbrio dinâmico ortostático comprometido. Os testes de Rinner e de Weber não foram possíveis de serem realizados.</p>

IX	Glossofaríngeo	Perceção gustativa no terço posterior da língua, percepções sensoriais da faringe, laringe e palato.	Sensitivo e motor	Solicitado à pessoa para identificar os sabores doce (compota) ou salgado (sal) no terço posterior da língua.	Sem alterações.
X	Vago	Percepções sensoriais da orelha, faringe, laringe, tórax e vísceras; Inervação das vísceras torácicas e abdominais	Sensitivo e motor	Avaliada a presença do reflexo de vômito com uma espátula, assim como alterações no tom de voz, fadiga vocal, tosse ineficaz ou dor.	Sem alterações.
XI	Espinhal	Controlo motor da faringe, laringe, palato, dos músculos esternocleidomastóideo e trapézio – rotação e inclinação da cabeça	Motor	Solicitado à pessoa para elevar os ombros e, posteriormente, lateralizar a cabeça, realizando em ambos força contra a resistência das mãos, bilateralmente.	Controlo motor da musculatura cervical mantido. Apresenta força de grau 3-4 nos vários segmentos do membro superior direito segundo a Escala de Força Muscular Medical Research Council MRC e grau 5 no membro superior esquerdo.

XII	Grande hipoglosso	Motricidade dos músculos da língua (mastigação, deglutição e articulação das palavras)	Motor	Solicitado à pessoa que realizasse com a língua propulsão antero-posterior na linha média e a lateralidade para ambos os lados.	Sem alterações nesses movimentos, nem presença de tremores, desvios ou atrofia da língua.
-----	-------------------	--	-------	---	---

5. Avaliação da Motricidade

5.1. Força Muscular

A força muscular da utente JL foi avaliada com base na Escala de Força Muscular MRC (Medical Research Council, 1976) em todos os segmentos corporais na sua amplitude de movimento, no sentido distal para o proximal (Menoita et al., 2012).

FORÇA MUSCULAR					
SEGMENTOS	MOVIMENTOS	21/5/24		6/6/24	
		Esquerdo	Direito	Esquerdo	Direito
CABEÇA E PESCOÇO	Flexão	5/5		5/5	
	Extensão				
	Inclinação				
	Rotação				
MEMBRO SUPERIOR					
ESCAPULO-UMERAL	Flexão	5/5	3/5	5/5	4/5
	Extensão				
	Adução				
	Abdução				
	Rotação Interna				
	Rotação Externa				
COTOVELO	Flexão	5/5		5/5	
	Extensão				
ANTEBRAÇO	Pronação	5/5	4/5	5/5	
	Supinação				

PUNHO	Flexão Palmar	5/5	4/5	5/5	
	Dorsiflexão				
	Desvio Radial				
	Desvio Cubital				
	Circundação				
DEDOS	Flexão	5/5	4/5	5/5	5/5
	Extensão				
	Adução				
	Abdução		3/5	4/5	
	Circundação				
	Oponência do polegar				
MEMBRO INFERIOR					
COXO-FEMURAL	Flexão	4/5	3/5	5/5	4/5
	Extensão				
	Adução				
	Abdução				
	Rotação Interna				
	Rotação Externa				
JOELHO	Flexão	4/5	3/5	5/5	
	Extensão				
TÍBIO-TÁRSICA	Flexão Plantar	4/5	2/5	5/5	3/5
	Flexão dorsal				
	Inversão				
	Eversão				
DEDOS	Flexão	4/5	2/5	5/5	3/5
	Extensão				
	Adução				
	Abdução				

5.2. Tónus Muscular

O tónus muscular da utente JL foi avaliado segundo a Escala Modificada de Ashworth (Bohannon & Smith, 1987) nos vários segmentos corporais na sua amplitude de movimento, bilateralmente do distal para o proximal (Menoita et al., 2012).

TÓNUS MUSCULAR					
SEGMENTOS	MOVIMENTOS	21/5/24		6/6/24	
		Esquerdo	Direito	Esquerdo	Direito
CABEÇA E PESCOÇO	Flexão	0		0	
	Extensão				
	Inclinação				
	Rotação				
MEMBRO SUPERIOR					
ESCAPULO-UMERAL	Flexão	0		0	
	Extensão				
	Adução				
	Abdução				
	Rotação Interna				
	Rotação Externa				
COTOVELO	Flexão	0		0	
	Extensão				
ANTEBRAÇO	Pronação	0		0	
	Supinação				
PUNHO	Flexão Palmar	0		0	
	Dorsiflexão				
	Desvio Radial				
	Desvio Cubital				
	Circundação				
DEDOS	Flexão	0		0	
	Extensão				
	Adução				

	Abdução			
	Circundação			
	Oponência do polegar			
MEMBRO INFERIOR				
COXO-FEMURAL	Flexão	0	0	0
	Extensão			
	Adução			
	Abdução			
	Rotação Interna			
	Rotação Externa			
JOELHO	Flexão	0		0
	Extensão			
TÍBIO-TÁRSICA	Flexão Plantar	0		0
	Flexão dorsal			
	Inversão			
	Eversão			
DEDOS	Flexão	0		0
	Extensão			
	Adução			
	Abdução			

5.3. Coordenação Motora

A coordenação motora da utente JL foi avaliada segundo as provas Índice-Nariz e Calcanhar-Joelho, com os olhos abertos e, posteriormente, fechados (Menoita et al., 2012).

COORDENAÇÃO MOTORA	
21/5/24	6/6/24
Não apresenta dismetria na prova Índice-Nariz de olhos abertos, enquanto de olhos fechados apresenta hipometria à direita. Contudo, na prova Calcanhar-Joelho	Ambas as provas foram realizadas sem dificuldade.

apresenta dismetria no membro inferior direito, enquanto no esquerdo não apresenta alteração.	
---	--

5.4. Sensibilidade

A Sensibilidade da utente JL foi avaliada em todos os segmentos corporais, bilateralmente do distal para o proximal (Menoita et al., 2012).

SENSIBILIDADE (21/5/24 a 6/6/24)								
Segmentos		SUPERFICIAL			PROFUNDA			
		Tátil	Térmica	Dolorosa	Barestesia	Palestesia	Batiestesia	Estereognosia
FACE	Direito	M	M	M	M	NA	M	M
	Esquerd	M	M	M	M		M	M
TRONCO	Direito	M	M	M	M		M	M
	Esquerd	M	M	M	M		M	M
MEMBROS SUPERIORES	Direito	M	M	M	M		M	M
	Esquerd	M	M	M	M		M	M
MEMBROS INFERIORES	Direito	D	D	D	M		M	M
	Esquerd	M	M	M	M		M	M

Legenda: (M) – Mantida; (D) – Diminuída.

5.5. Equilíbrio Corporal

A avaliação do equilíbrio funcional da utente JL foi efetuada através da Escala de Equilíbrio de Berg (Berg, 1989), identificando-se assim o seu risco de queda.

Equilíbrio Funcional		21/5/24	5/6/24
Sentado	Estático	Sem alteração.	Sem alteração.
	Dinâmico		
Posição Ortostática	Estático	Sem alteração. Prova de Romberg negativa.	Sem alteração. Prova de Romberg negativa.
	Dinâmico	Comprometido.	

ESCALA DE EQUILÍBRIO DE BERG		
DESCRIÇÃO DOS ITENS	21/5/24	5/6/24
1) Posição sentada para posição em pé.	0	3
2) Permanecer em pé sem apoio.	0	1
3) Permanecer sentado sem apoio nas costas, mas com os pés apoiados no chão ou num banquinho.	4	4
4) Posição em pé para posição sentada.	1	3
5) Transferências.	3	3
6) Permanecer em pé sem apoio com os olhos fechados.	2	4
7) Permanecer em pé sem apoio com os pés juntos.	0	2
8) Alcançar a frente com o braço estendido permanecendo em pé.	4	4

9) Apanhar um objeto do chão a partir da posição em pé.	0	0
10) Virar-se e olhar para trás por cima dos ombros direito e esquerdo enquanto permanece em pé.	4	4
11) Girar 360 graus.	0	0
12) Posicionar os pés alternadamente no degrau ou banquinho enquanto permanece em pé sem apoio.	0	0
13) Permanecer em pé sem apoio com um pé à frente.	0	1
14) Permanecer em pé sobre uma perna.	0	1
TOTAL = 56	18/56	30/56
RESULTADO 41 a 56 – Baixo risco de queda/ Bom equilíbrio 21 a 40 - Risco de queda médio/ Equilíbrio médio 0 a 20 - elevado risco de queda/ Equilíbrio diminuído	Equilíbrio Diminuído; Elevado Risco de Queda	Equilíbrio Médio; Risco de Queda Médio

5.5.1. Risco de Queda

A avaliação do risco de queda da utente JL foi realizada através da Escala de Quedas de Morse (Morse, 1989).

Escala de Quedas de Morse		
Descrição dos itens	21/5/24	5/6/24

1. História de Quedas, no internamento ou nos últimos 3 meses. <ul style="list-style-type: none"> • Não • Sim 	0	0
2. Diagnósticos secundários <ul style="list-style-type: none"> • Não • Sim 	15	15
3. Ajuda para caminhar <ul style="list-style-type: none"> • Nenhuma/ajuda de enfermeiro/acamado/cadeira de rodas • Muletas/canadianas/bengala/andarilho • Apoia-se no mobiliário para anda 	0	15
4. Terapia intravenosa <ul style="list-style-type: none"> • Não • Sim 	0	0
5. Postura no andar e na transferência <ul style="list-style-type: none"> • Normal/acamado/imóvel • Debilitado • Dependente de ajuda 	20	10
6. Estado mental <ul style="list-style-type: none"> • Consciente das suas capacidades • Esquece-se das suas limitações 	0	0
TOTAL =125	35	45
RESULTADO		
0 a 24 – Baixo Risco de Queda	Risco de Queda	Risco de Queda
25 a 44 – Risco de Queda Médio	Médio	Elevado
≥45 – Elevado Risco de Queda		

6. Avaliação da Marcha

A funcionalidade da marcha da utente JL foi avaliada segundo as categorias funcionais da marcha (Holden et al., 1984), instrumento utilizado para acompanhar, de forma categorizada, a evolução da marcha na reabilitação (Júlio, C. et al., 2020).

CATEGORIAS FUNCIONAIS DA MARCHA				
CATEGORIA	DESCRIÇÃO	23/5/2 4	3/6/2 4	5/6/24
1 Não Funcional	Não é capaz de deambular ou requer assistência física ou supervisão de mais de uma pessoa, ou só deambula em barras paralelas.	X		
2 Dependente Nível II	Requer contacto manual de uma pessoa, sendo este contacto contínuo para suportar o peso corporal, bem como para manter o equilíbrio ou para auxiliar na coordenação.			
3 Dependente Nível I	Requer contacto manual leve, intermitente ou contínuo de uma pessoa para auxiliar no equilíbrio ou coordenação em solo regular.		X	
4 Dependente com supervisão	Deambula em solo regular sem contacto manual de outra pessoa, mas por segurança, requer uma pessoa ao lado, por causa do comprometimento na capacidade de decisão, status cardíaco questionável, ou da necessidade de verbalização para completar a tarefa.			X
5 Independente apenas em superfícies niveladas	Deambula de forma independente em superfície plana, mas requer supervisão ou contacto manual para superfícies irregulares.			
6 Independente em	Deambula em superfícies regulares e irregulares de forma independente.			

superfícies niveladas e desniveladas				
---	--	--	--	--

7. Avaliação do grau de dependência no autocuidado

A avaliação do grau de dependência da utente JL no autocuidado foi realizada através do Índice de Barthel, que avalia o nível de independência da pessoa para a realização de dez atividades básicas de vida (Mahoney & Barthel, 1965) e da Medida de Independência Funcional (MIF), de forma a avaliar a necessidade de apoio de terceiros para realizar as AVD's (Granger et al., 1986).

ÍNDICE DE BARTHEL	21/6/24	6/6/24
ALIMENTAÇÃO 0 = Incapacitado 5 = Precisa de ajuda para cortar, passar manteiga ou dieta modificada 10 = Independente	10	10
TRANSFERÊNCIAS 0 = Incapaz (não tem equilíbrio ao sentar-se) 5 = Grande ajuda (uma ou duas pessoas) física, consegue sentar-se 10 = Pequena ajuda (verbal ou física) 15 = Independente (não necessita qualquer ajuda, mesmo que utilize cadeira de rodas)	15	15
HIGIENE PESSOAL 0 = Necessita de ajuda com o cuidado pessoal 5 = Independente no barbear, dentes, rosto e cabelo (utensílios fornecidos)	5	5
UTILIZAÇÃO DE CASA DE BANHO 0 = Dependente 5 = Necessita de ajuda, mas consegue fazer algumas coisas sozinho	5	10

10 = Independente (senta-se, levanta-se, limpa-se e veste-se sem ajuda)		
TOMAR BANHO 0 = Dependente 5= Independente (lava-se no chuveiro/ banho de emersão/ usa a esponja por todo o corpo sem ajuda)	0	5
MOBILIDADE 0 = Imobilizado 5 = Independente na cadeira de rodas incluindo cantos, etc 10 = Anda com ajuda de uma pessoa (verbal ou física) 15 = Independente (mas pode usar qualquer auxiliar, ex.: bengala)	5	10
SUBIR E DESCER ESCADAS 0 = Incapaz 5 = Necessita de ajuda (verbal, física, transporte dos auxiliares de marcha) ou supervisão 10 = Independente (subir / descer escadas, com apoio do corrimão ou dispositivos ex.: muletas ou bengala)	0 (Não foi possível realizar)	0 (Não foi possível realizar)
VESTIR 0 = Dependente 5 = Necessita de ajuda, mas faz cerca de metade sem ajuda 10 = Independente (incluindo botões, fechos e atacadores)	5	10
CONTROLO INTESTINAL 0 = Incontinente (ou necessita que lhe sejam aplicados clisteres) 5 = Episódios ocasionais de incontinência (uma vez por semana) 10 = Contigente (não apresenta episódios de incontinência)	10	10

CONTROLO VESICAL		
0 = Incontinente ou algaliado		
5 = Episódios ocasionais de incontinência (máximo uma vez em 24 horas)	5	5
10 = Contínente (por mais de 7 dias)		
TOTAL = 100	60	80
RESULTADO		
100 pontos – totalmente independente		
99 a 76 pontos – dependência leve	Dependência	Dependência
75 a 51 pontos - dependência moderada	Moderada	Leve
50 a 26 pontos – dependência severa		
25 e menos pontos – dependência total		

MEDIDA DE INDEPÊNCIA FUNCIONAL	21/6/24	6/6/24
AUTOCUIDADO		
A – Alimentação	6	6
B – Higiene pessoal	7	7
C – Banho	4	5
D - Vestir metade superior	7	7
E - Vestir metade inferior	3	5
F – Utilização da sanita	6	6
CONTROLO DE ESFÍNCTERES		
G – Vesical	6	7
H – Intestinal	7	7
TRANSFERÊNCIA		
I - Cama, cadeira, cadeira de rodas	7	7
J - Sanitário	6	6
K - Banheira, duche	6	6
LOCOMOÇÃO		
L - Marcha, cadeira de rodas	6	6
M – Escadas	NA	NA
COMUNICAÇÃO		

N – Compreensão	7	7
O – Expressão	7	7
COGNIÇÃO SOCIAL		
P - Interação social	7	7
Q - Resolução de problemas	4	5
R – Memória	6	6
TOTAL = 126	102	107
RESULTADO		
0 a 18 pontos - Dependência completa	Dependência modificada, com assistência até 25% da tarefa	Independência completa
19 a 60 pontos - Dependência modificada com assistência até 50% da tarefa		
61 a 103 pontos - Dependência modificada, com assistência até 25% da tarefa		
104 a 126 pontos - Independência completa		

Legenda: **NA** – Não aplicável

8. Plano de Cuidados

8.1. Teoria das Consequências Funcionais de Carol Miller

A demência não é natural do envelhecimento, contudo atinge majoritariamente os idosos, motivo pelo qual recorri à Teoria das Consequências Funcionais para a promoção da qualidade de vida e funcionalidade da utente JL, desenvolvida por Carol Miller (2012), para fundamentar a minha intervenção. Trata-se de uma abordagem teórica que tem como foco a intervenção dos enfermeiros com vista a melhorar o estado de saúde, a funcionalidade e a qualidade de vida dos idosos, tendo em consideração as consequências funcionais, as alterações decorrentes do processo de envelhecimento e os fatores de risco (Miller, 2012). Assim, foi realizada uma avaliação global da utente JL, sendo identificadas como consequências funcionais negativas: a alteração da capacidade de memória recente, o comprometimento do equilíbrio dinâmico ortostático, a diminuição da força muscular principalmente do hemicorpo direito, a diminuição da sensibilidade superficial do membro inferior direito, a dependência de terceiros para o autocuidado: higiene e vestuário no hemicorpo inferior e o elevado risco de queda; como fatores de risco: a síndrome demencial, a falta de acompanhamento pela especialidade de neurologia, a falta de sensibilização da utente sobre a demência e o

sedentarismo; e, por fim, como alterações decorrentes do processo de envelhecimento: diminuição da massa muscular e diminuição da resposta do Sistema Nervoso Central.

Face ao exposto, para o plano de cuidados de enfermagem de reabilitação da utente JL, foram estabelecidos os seguintes objetivos:

- Promover a capacidade de memória e atenção através de atividades de treino cognitivo e de exercícios de dupla tarefa;
- Promover a reabilitação funcional respiratória e motora adequada à utente;
- Promover o aumento de força muscular, particularmente no hemicorpo direito, através de exercícios passivos, ativos assistidos e ativos resistidos, bem como da participação nas classes de grupo de mobilidade;
- Melhorar o equilíbrio dinâmico em posição ortostática;
- Ensinar, treinar e instruir a utente a iniciar a marcha, otimizando a utilização correta do auxiliar de marcha adequado ao seu padrão de marcha (andarilho);
- Promover a funcionalidade, autonomia e independência da utente no autocuidado: higiene e vestuário;
- Reduzir o risco de queda presente, consciencializando a utente das suas capacidades e otimizando o ambiente com a eliminação/gestão das barreiras arquitetónicas;
- Ensinar, instruir e incentivar sobre a prática regular de exercícios musculo-articulares bem como a sua prática de forma autónoma;
- Avaliar o potencial para melhorar o seu conhecimento e capacidade para executar o programa de reabilitação proposto;
- Promover a sensibilidade superficial do hemicorpo direito através de atividades de estimulação sensorial.

8.2. Plano de Cuidados da utente JL

DIAGNÓSTICO	OBJETIVOS	INTERVENÇÕES EEER	AVALIAÇÃO
<p>Memória comprometida:</p> <p>Potencial para melhorar a capacidade de memória com uso de técnicas de estimulação cognitiva.</p>	<p>Memória melhorada</p> <p>Melhorar a capacidade de memória com uso de técnicas de estimulação cognitiva.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar o estado mental da utente através da escala de glasglow, MMSE e MoCA; - Executar estimulação cognitiva com uso de dispositivos para treino cognitivo (tabuleiro de estimulação cognitiva e sensorial) - Estimular a capacidade de memória através da delegação de tarefas (completar diariamente o quadro com a data e o dia da semana); - Estimular a capacidade de memória através de exercícios de dupla tarefa, nomeadamente execução dos exercícios demonstrados e a contagem das repetições em simultâneo. 	<p style="text-align: center;">21/5/24</p> <p>A utente na primeira abordagem apresentava dificuldade na sua concentração e atenção, perdendo o foco com o meio envolvente. Apresenta memória sensorial, imediata e remota mantidas, mas memória recente alterada.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Escala de Coma de Glasgow: 15 • MMSE: 23/28 • MoCA: 20/30 <p style="text-align: center;">3/6/24</p> <p>Foi entregue à utente JL um quadro para diária e autonomamente colar a imagem correspondente ao dia, mês, ano e dia da semana. Conseguiu realizar a atividade sem dificuldade e mostrou-se motivada com a tarefa delegada. Foi-lhe apresentado um tabuleiro de estimulação cognitiva e sensorial, com objetos de diferentes texturas e de uso comum na vida diária de forma a estimular a sua memória</p>

(pedras, arroz, tecidos, penas, esponja, lixa, cordel, molas da roupa e elementos decorativos da época natalícia). A utente gostou muito do tabuleiro, conseguindo identificar os objetos e as texturas, bem como realizar uma trança com o cordel, enfiar os laços e as bolas nos ramos e prender as molas nos ramos.

6/6/24

A utente à minha chegada já tinha o quadro preenchido e de forma correta. Foram novamente aplicados os exames MMSE e MoCA, denotando-se melhoria na sua atenção e concentração.

- Escala de Coma de Glasgow: 15
- MMSE: 27/28
- MoCA: 25/30

<p>Défi ce sensorial:</p> <p>Potencial para melhorar conhecimento sobre estratégias adaptativas ao défi ce sensorial;</p> <p>Potencial para melhorar capacidade para usar estratégias adaptativas ao défi ce sensorial.</p>	<p>Défi ce sensorial:</p> <p>Melhorar conhecimento sobre estratégias adaptativas ao défi ce sensorial;</p> <p>Melhorar capacidade para usar estratégias adaptativas ao défi ce sensorial.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar a sensibilidade ao longo das sessões de reabilitação, através da avaliação da sensibilidade superficial (diminuída) e profunda em todos os segmentos corporais; - Executar estimulação sensitiva tátil, térmica e dolorosa no membro inferior direito (diminuída); - Estimular a perceção sensorial superficial no membro inferior direito; - Aplicar dispositivos auxiliares para estimular a sensibilidade tátil (algodão), térmica (gelo) e dolorosa (tampa de uma caneta); - Avaliar o conhecimento sobre estratégias adaptativas ao défi ce sensorial; - Avaliar capacidade para usar estratégias adaptativas ao défi ce sensorial; - Gerir o ambiente físico para promover a sua segurança; 	<p style="text-align: center;">21/6/24</p> <p>Avaliada a sensibilidade da utente JL através da avaliação superficial e profunda, constatando-se alteração da sensibilidade superficial ao nível do pé direito. Apresenta hipoestesia, tendo sido solicitado à utente com os olhos fechados para mencionar o que sentia e o local, referindo que sentia algo, mas não conseguindo precisar o local nem identificar a textura (macio ou áspero). Foi aplicado gelo no pé direito, apresentando diminuição da sensibilidade térmica e hipoalgesia, não sentindo dor aquando aplicado estímulo doloroso com a ponta da tampa de uma caneta Bic.</p> <p>A utente não tinha a perceção desta alteração da sensibilidade, tendo sido sensibilizada para a importância da autovigilância do pé direito e respetivo posicionamento, de forma a prevenir o risco de lesão. Outra estratégia abordada para prevenir complicações no pé direito, foi para a utente JL ter o cuidado de regular a temperatura da água na higiene sempre pelo hemicorpo esquerdo.</p>
--	--	---	--

		<ul style="list-style-type: none"> - Ensinar, instruir e executar técnica de posicionamento e autovigilância do pé direito; - Ensinar, instruir e treinar sobre estratégias adaptativas ao déficit sensorial; - Ensinar, instruir e treinar sobre medidas de prevenção de complicações pelo déficit sensorial no pé direito. 	<p style="text-align: center;">De 1/6/24 a 6/6/24</p> <p>A utente apresenta-se sensibilizada dos riscos e mostra-se cuidadosa na autovigilância do pé direito e nos posicionamentos. A avaliação da sensibilidade mantém-se sobreponível.</p>
<p>Movimento Muscular diminuído:</p> <p>Potencial para melhorar o conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular;</p> <p>Potencial para melhorar a capacidade para executar técnicas de</p>	<p>Movimento muscular aumentado:</p> <p>Melhorar o conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular;</p> <p>Melhorar a capacidade de executar técnicas de exercício muscular e articular.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar e monitorizar a força muscular ao longo do programa de reabilitação, utilizando a Escala MRC em todos os segmentos corporais; - Avaliar conhecimento sobre técnicas de exercícios musculares e articulares; - Avaliar a capacidade para executar técnicas de exercícios musculares e articulares; - Executar técnica de exercício muscular e articular passivo, ativo-assistido, ativo, ativo-resistido de todos os segmentos 	<p style="text-align: center;">21/05/24</p> <p>Avaliada a força muscular da utente JL, através da Escala MRC. Apresenta força de grau 3 na escapulo-umeral e dedos e força de grau 4 nos restantes segmentos do membro superior direito e força de grau 3 na coxofemural e joelho e grau 2 na tibiotársica e dedos do membro inferior direito. No membro superior esquerdo apresenta força de grau 5 e no membro inferior esquerdo força de grau 4.</p> <p>A utente apresentava-se pouco confiante no seu potencial e capacidade para deambular com auxiliar de marcha, mas mostrou interesse em iniciar o</p>

<p>exercício muscular e articular.</p>		<p>(em particular do hemicorpo direito por ser o mais comprometido), respeitando limiar da dor, amplitude de movimento, planos e eixos, realizando até 3 séries de 10 repetições;</p> <p>- Ensinar, instruir e treinar a execução autónoma de exercícios musculares e articulares: auto mobilização dos membros superiores e inferiores, alongamentos, mobilizações ativas de todos os segmentos corporais, agachamento, fortalecimento muscular, motricidade fina e atividades terapêuticas como rolamento bilateral, rotação controlada da coxofemoral, ponte, levante com carga no cotovelo, treino de equilíbrio e treino de marcha;</p> <p>- Executar exercício muscular e articular com recurso a materiais como bandas elásticas, bastão e pedaleira para aumentar a força e a resistência;</p>	<p>programa de reabilitação e aprender os exercícios. Manifestou-se familiarizada com alguns exercícios demonstrados, contudo não tem hábito de realizá-los de forma autónoma. Foi incentivada a realizar exercícios no leito (por ex: automobilização, ponte, entre outros) e na cadeira de rodas (por ex: pedaleira), de forma autónoma, mostrando-se motivada para tal. Executados exercícios musculares e articulares passivos, ativos assistidos e resistidos (força manual) no membro inferior direito e exercícios musculares e articulares ativos resistidos (banda elástica) no hemicorpo esquerdo e membro superior direito;</p> <p style="text-align: center;">3/6/24 e 5/6/24</p> <p>A utente JL participou na classe de grupo de mobilidade no exterior dinamizada pela estudante, com o objetivo de promover o envelhecimento ativo e saudável através do exercício físico em grupo, na posição sentado durante 30 minutos, de forma a aumentar a funcionalidade e independência da pessoa. Denotou-se evolução no desempenho da</p>
--	--	--	---

		<p>- Aplicar bandas neuromusculares no pé direito para obrigar a dorsiflexão, melhorando a funcionalidade deste.</p>	<p>utente JL na classe de grupo, no dia 3/6/24 não conseguiu finalizar as 10 repetições nalguns exercícios ou noutros tinha dificuldade em executá-los. Apresentou também alguns momentos de desconcentração e/ou esquecimento dos exercícios, sendo necessário repetir a demonstração e incentivá-la a manter o foco. Contudo, no dia 5/6/24 apresentou-se mais empenhada e motivada na realização dos exercícios, conseguindo realizá-los na totalidade ao seu ritmo.</p> <p>A utente nesses dias também realizou a atividade de motricidade fina e movimento muscular e articular dos dedos com a utilização do tabuleiro de estimulação (elaborado pela estudante), conseguindo prender as molas da roupa nos ramos, fazer uma trança com os cordéis, enfiar as bolas e prender os laços nos ramos.</p> <p style="text-align: center;">6/6/24</p> <p>Avaliada a força muscular da utente JL, através da Escala MRC. Apresenta força de grau 4 na escapulo-umeral e dedos e força de grau 5 nos restantes</p>
--	--	--	---

			<p>segmentos do membro superior direito e força de grau 4 na coxofemoral, grau 5 no joelho e grau 3 na tibiotársica e dedos do membro inferior direito. No membro superior esquerdo apresenta força de grau 5 e no membro inferior esquerdo força de grau 4.</p> <p>A utente encontra-se confiante das suas capacidades, com vontade de deambular de andariço, sendo capaz de realizar autonomamente as automobilização no leito e sentada na cadeira de rodas e a pedaleira. Atualmente, tolera exercícios musculares e articulares ativos resistidos com banda elástica, realizando 3 séries de 10 repetições nos membros superiores e 2 séries de 10 repetições nos membros inferiores.</p> <p>Aplicadas bandas neuromusculares no pé direito, com melhoria no movimento dorsiflexão.</p>
<p>Equilíbrio corporal comprometido:</p> <p>Potencial para melhorar conhecimento sobre</p>	<p>Equilíbrio corporal não comprometido:</p> <p>Melhorar o conhecimento sobre</p>	<p>- Avaliar o equilíbrio corporal: equilíbrio sentado estático (posição sentada num dos lados da cama com mãos apoiadas na cama e pés no chão, mantendo os braços esticados para a frente e para os lados) e</p>	<p>21/05/24</p> <p>A utente JL apresenta equilíbrio estático e dinâmico na posição sentada e equilíbrio estático em posição ortostática (Prova de Romberg negativa), tendo o equilíbrio ortostático dinâmico comprometido.</p>

<p>técnica de equilíbrio corporal;</p> <p>Potencial para melhorar capacidade para usar técnica de equilíbrio corporal.</p>	<p>técnica de equilíbrio corporal;</p> <p>Melhorar a capacidade para usar técnica de equilíbrio corporal.</p>	<p>sentado dinâmico (aplicar balanço nas ombros e no dorso para que retome a posição), equilíbrio ortostático estático (manter-se de pé com os membros superiores junto ao corpo, depois esticados e, por fim, com os olhos fechados) e ortostático dinâmico (ao fundo da cama suportar o próprio peso em diferentes posições através de exercícios: flexão do joelho, flexão/extensão coxofemoral, abdução/adução coxofemoral, agachamentos, levantar-se/sentar-se e dorsiflexão/flexão plantar), adoção de posições viciosas, presença de deformidades da coluna, dismetria dedo/nariz, dismetria calcanhar/joelho;</p> <p>- Monitorizar o equilíbrio corporal segundo a Escala de Berg (estático e dinâmico na posição sentada e</p>	<p>Apresentou um score 18/56 na Escala de Berg, portanto equilíbrio diminuído com elevado risco de queda. Não apresenta deformidades na coluna nem adotou posições viciosas. Demonstrou medo quando lhe foi solicitado a realização de exercícios na posição ortostática, sendo possível apenas o treino de levantar-se/sentar-se com o apoio do andarilho. Manteve sempre um discurso que não seria capaz de andar e de realizar exercícios na posição ortostática, contudo mostrou-se recetiva a tentar realizá-los.</p> <p>Na avaliação da coordenação motora, apresentou dismetria na prova Índice-Nariz enquanto tinha os olhos fechados (hipometria à direita) assim como dismetria na prova Calcanhar-Joelho no membro inferior direito.</p> <p style="text-align: center;">De 1/6/24 a 5/6/24</p> <p>A utente JL melhorou o seu desempenho, conseguindo realizar os exercícios flexão do joelho, flexão/extensão coxofemoral, abdução/adução coxofemoral com banda elástica, agachamentos, levantar-se/sentar-se com apoio do andarilho,</p>
--	---	---	---

		<p>ortostática) e avaliação neurológica do VIII par craniano (Estatuto-Acústico);</p> <ul style="list-style-type: none"> - Estimular a manter o equilíbrio corporal, através da correção postural; - Avaliar o conhecimento sobre técnica de equilíbrio corporal; - Avaliar a capacidade para executar técnica de equilíbrio corporal (equilíbrio dinâmico na posição ortostática comprometido); - Ensinar, instruir e treinar técnica de equilíbrio corporal (correção postural, alternância de carga nos membros superiores e inferiores, apoio unipodal, contorno de obstáculos, exercícios de coordenação motora e facilitação cruzada); - Ensinar, instruir e treinar a execução da técnica de treino de equilíbrio corporal de forma autônoma e segura, sempre com o calçado adequado colocado; 	<p>aumentando gradualmente o número de séries e repetições, conseguindo tolerar 2 séries de 10 repetições. Apresenta maior dificuldade em realizar dorsiflexão/flexão plantar, tolerando apenas 1 série de 10 repetições, tendo melhoria no movimento após colocação das bandas neuromusculares no pé direito. Já foi possível realizar treino de marcha, aumentando gradualmente a distância, com supervisão.</p> <p style="text-align: center;">6/6/24</p> <p>A utente JL apresenta melhoria no seu equilíbrio corporal, tendo já adquirido equilíbrio dinâmico funcional na posição ortostática, obtendo um score 30/56 na Escala de Berg, portanto equilíbrio médio com risco médio de queda. Apresenta maior consciencialização da sua postura, conseguindo corrigir a posição do tronco, realizando extensão do mesmo autonomamente.</p> <p>As provas índex/nariz e calcanhar/joelho foram realizadas sem dificuldade.</p>
--	--	--	---

		- Aplicar dispositivo auxiliar (andarilho) para manter equilíbrio (ortostático dinâmico comprometido);	Apresenta-se confiante na sua recuperação e motivada para realizar os exercícios, não tendo mais o discurso que não é capaz.
<p>Andar com auxiliar de marcha comprometido:</p> <p>Potencial para melhorar conhecimento sobre andar com auxiliar de marcha;</p> <p>Potencial para melhorar capacidade para andar com auxiliar de marcha;</p> <p>Potencial para melhorar conhecimento sobre adaptação do espaço</p>	<p>Andar com auxiliar de marcha melhorado:</p> <p>Melhorar o conhecimento sobre andar com auxiliar de marcha;</p> <p>Melhorar a capacidade para andar com auxiliar de marcha;</p> <p>Melhorar a capacidade para adaptar o espaço físico para andar com auxiliar de marcha.</p>	<p>- Avaliar conhecimento sobre andar com auxiliar de marcha (andarilho);</p> <p>- Avaliar capacidade para andar com auxiliar de marcha (andarilho) segundo a Escala das Categorias funcionais de Marcha;</p> <p>- Avaliar capacidade para adaptação do espaço físico para andar com auxiliar de marcha;</p> <p>- Ensinar, instruir e treinar a andar com o andarilho curtas (até 5 metros, médias (até 30 metros) e longas distâncias (>30 metros, subir e descer escadas);</p> <p>- Identificar barreiras arquitetônicas para promover um ambiente seguro e prevenir o risco de queda;</p> <p>- Avaliar a força muscular e a tônus muscular através da escala MRC e a Escala</p>	<p>21/05/24</p> <p>Avaliada a função respiratória da utente JL através da Escala de Borg modificada, não apresentando Dispneia (Nenhuma dispneia = 0). Ensinada técnica de consciencialização dos tempos respiratórios, conseguindo realizar eficazmente, e técnica de descanso e relaxamento</p> <p>Avaliada a força muscular, através da Escala MRC, apresenta força de grau 3 na escapulo-umeral e dedos e força de grau 4 nos restantes segmentos do membro superior direito. No membro inferior direito apresenta força de grau 3 na coxofemural e joelho e grau 2 na tibiotársica e dedos. No membro superior esquerdo apresenta força de grau 5 e no membro inferior esquerdo força de grau 4.</p> <p>Ao nível do tônus muscular não apresenta alteração (0).</p>

<p>físico para andar com auxiliar de marcha.</p>		<p>Modificada de Ashworth, respetivamente;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ensinar, instruir e treinar sobre técnicas de posicionamento para promoção da correção postural; - Ensinar, instruir e treinar técnicas de reeducação funcional respiratória: técnicas de descanso e relaxamento (posição de cocheiro sentado ou em pé), consciencialização e controlo da respiração (inspiração lenta e profunda e expiração lenta, com lábios semicerrados) e respiração diafragmática (em decúbito dorsal com almofada nos joelhos, mão distal em concha na região epigástrica para acompanhar movimento expiratório e mão proximal na parte superior do esterno para controlar a respiração); 	<p>Não foi possível realizar treino de marcha, pois a utente recusou por ter medo de cair.</p> <p style="text-align: center;">3/6/24</p> <p>A utente já se apresenta mais confiante e recetiva a iniciar treino de marcha. Realizado treino de marcha com andarilho curta distância cerca de 3 metros com supervisão, referindo ligeiro cansaço. Denotou-se ligeiramente o pé pendente à direita, entre a fase de aceleração para a fase média da fase oscilante da marcha, dificultando a eficácia da passada e aumentar o ritmo.</p> <p style="text-align: center;">6/6/24</p> <p>A utente JL mantém-se sem Dispneia (Nenhuma dispneia = 0 segundo Escala de Borg modificada) e sem alteração no seu tónus muscular. Melhorou a sua força muscular, apresentando força de grau 4 na escapulo-umeral e dedos e força de grau 5 nos restantes segmentos do membro superior direito e força de grau 4 na coxofemoral, grau 5 no joelho e grau 3 na tibiotársica e dedos do membro inferior</p>
--	--	---	---

		<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar capacidade de tolerância ao esforço através da escala de Borg Modificada; - Definir estratégias adaptativas ao esforço: locais para repouso e distância a percorrer; - Maximizar o potencial funcional no andar com auxiliar de marcha; 	<p>direito. No membro superior esquerdo apresenta força de grau 5 e no membro inferior esquerdo força de grau 4. Este aumento da força muscular e a colocação das bandas neuromusculares no pé direito tiveram impacto muito significativo na marcha da utente, permitindo-lhe percorrer médias distâncias com o andarilho com supervisão, sem necessidade de pausa para repouso. A utente encontra-se muito motivada e orgulhosa da recuperação da marcha.</p> <p>Não foi possível realizar treino de escadas, pois a utente necessita de tempo para ganhar confiança na marcha em piso regular.</p>
<p>Autocuidado: Higiene, Dependente em grau moderado</p> <p>Potencial para melhorar conhecimento sobre usar dispositivo auxiliar para o autocuidado: higiene;</p>	<p>Autocuidado: Higiene, melhorado</p> <p>Melhorar o conhecimento sobre usar dispositivo auxiliar para o autocuidado: higiene;</p>	<p>21/05/2024</p> <ul style="list-style-type: none"> - Avaliar o grau de dependência no autocuidado através do Índice de Barthel e da MIF; - Avaliar o conhecimento e a capacidade sobre adaptação do espaço físico para a higiene, identificando barreiras arquitetónicas; 	<p>21/05/24</p> <p>A utente antes de ir para a casa de banho, confirmou se o espaço se encontrava livre de barreiras arquitetónicas (por ex: cadeira de banho da utente que tomou banho anteriormente, carrinho da roupa suja). Encontra-se familiarizada com a importância da utilização das barras de apoio e da cadeira de banho, contudo necessita de orientação na sua utilização. Apresentou dificuldade na higiene dos membros</p>

<p>Potencial para melhorar capacidade para usar dispositivo auxiliar para o autocuidado: higiene;</p> <p>Potencial para ser independente no autocuidado: higiene.</p>	<p>Melhorar a capacidade para usar dispositivo auxiliar para o autocuidado: higiene;</p> <p>Promover a independência no autocuidado: higiene.</p>	<p>- Ensinar, instruir e treinar a adaptação do espaço para o autocuidado: higiene</p> <p>- Avaliar a necessidade de utilização de equipamentos e/ou materiais de apoio para o autocuidado: higiene (cadeira de banho, barras de apoio, banco sanitário e escova de cabo largo);</p> <p>- Avaliar o conhecimento sobre usar dispositivo auxiliar para o autocuidado: higiene para higiene do hemitorço inferior);</p> <p>- Avaliar a capacidade para usar dispositivo auxiliar para o autocuidado: higiene;</p> <p>- Ensinar, instruir e treinar o uso de equipamentos e/ou materiais de apoio no autocuidado: higiene;</p> <p>- Respeitar o ritmo e gostos da utente na rotina do autocuidado: higiene bem como o uso dos seus objetos pessoais;</p>	<p>inferiores, tendo-lhe sido prestado apoio na higiene dos mesmos. Tentou-se que a utente apoiasse o pé no joelho contrário para realizar a higiene, mas sem sucesso. Foi-lhe então sugerido a utilização da escova de cabo largo, à qual mostrou-se receptiva a experimentar e adaptou-se razoavelmente. A utente utilizou os seus produtos de higiene, no seu ritmo e pela ordem e preferência.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Índice de Barthel: 60; • MIF: 80. <p style="text-align: center;">06/06/24</p> <p>A utente mantém olhar crítico sobre a segurança do espaço. Encontra-se autónoma na utilização das barras de apoio e é capaz de usar o banco de banho com o apoio de terceiros na transferência, necessitando de supervisão, em vez de usar a cadeira de banho. Já consegue apoiar o pé no joelho contrário para realizar a higiene dos membros inferiores, não sendo necessária a utilização da escova.</p>
---	---	---	---

		- Estimular a independência no autocuidado higiene através de reforços positivos;	<ul style="list-style-type: none"> • Índice de Barthel: 80; • MIF: 107.
<p>Autocuidado: vestuário, Dependente em grau moderado</p> <p>Potencial para melhorar conhecimento sobre usar dispositivo auxiliar para o autocuidado: vestuário;</p> <p>Potencial para melhorar capacidade para usar dispositivo auxiliar para o autocuidado: vestuário;</p>	<p>Autocuidado: vestuário, melhorado</p> <p>Melhorar o conhecimento sobre usar dispositivo auxiliar para o autocuidado: vestuário;</p> <p>Melhorar a capacidade para usar dispositivo auxiliar para o autocuidado: vestuário;</p> <p>Promover a independência no autocuidado: vestuário.</p>	<p>21/05/2024</p> <p>- Avaliar o grau de dependência no autocuidado através do Índice de Barthel e da MIF;</p> <p>- Avaliar a necessidade de utilização de equipamentos e/ou materiais de apoio para o autocuidado: vestuário (calçadeira de cabo largo);</p> <p>- Avaliar o conhecimento sobre técnica de adaptação para o autocuidado: vestuário;</p> <p>- Avaliar a capacidade sobre técnica de adaptação para o autocuidado: vestuário;</p> <p>- Ensinar, instruir e treinar a técnica de adaptação para o autocuidado: vestuário;</p> <p>- Avaliar o conhecimento sobre usar dispositivo auxiliar para o autocuidado: vestuário;</p>	<p>21/05/24</p> <p>A utente é autónoma a vestir/despir-se no hemicorpo superior, apresentando dificuldade em vestir-se/despir-se no hemicorpo inferior bem como calçar-se, necessitando de ajuda para tal. A utente não veste meias por não ser capaz e usa calças desportivas por ser mais prático para vestir/despir, embora necessita de ajuda de terceiros. Foi-lhe sugerido usar uma calçadeira de cabo largo para ajudá-la a calçar-se, mostrando-se entusiasmada para experimentar. Necessitou de orientação numa fase inicial para a utilização da calçadeira, conseguindo por fim realizar a tarefa.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Índice de Barthel: 60; • MIF: 80. <p>06/06/24</p>

<p>Potencial para ser independente no autocuidado: vestuário.</p>		<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar a capacidade para usar dispositivo auxiliar para o autocuidado: vestuário; - Ensinar, instruir e treinar o uso de equipamentos e/ou materiais de apoio no autocuidado: vestuário; - Respeitar o ritmo e gostos da utente na rotina do autocuidado: vestuário; - Estimular a independência no autocuidado: vestuário, através de reforços positivos; 	<p>A utente é autónoma a vestir-se/despir-se no hemitorpo inferior, conseguindo vestir as calças e as meias com o pé apoiado no joelho contrário e calçar os sapatos com a ajuda da calçadeira, utilizando-a de forma autónoma. Mantém a utilização de calças desportivas por serem mais práticas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Índice de Barthel: 80; • MIF: 107.
<p>Risco de Queda, em médio grau</p>	<p>Risco de queda, diminuído</p> <p>Promover a recuperação da marcha com o apoio do auxiliar de marcha, de forma segura.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar o risco de queda através das escalas MRC, equilíbrio de Berg, de quedas de Morse e categorias funcionais da marcha; - Avaliar capacidade para realizar treino de marcha devido à presença de medo de cair; - Identificar fatores de risco que potenciem o risco de queda (equilíbrio 	<p style="text-align: right;">21/05/24</p> <p>A Utente JL apresenta ténis apropriados para o treino de marcha e encontra-se sensibilizada para a necessidade de se retirar os carros da medicação e da roupa suja do corredor, onde será realizado o treino de marcha. Contudo, apresenta muito medo de cair e recusou o treino de marcha. Como fatores de risco apresenta a baixa autoestima, diminuição da força muscular no hemitorpo direito e o equilíbrio ortostático dinâmico comprometido.</p>

		<p>ortostático dinâmico comprometido, posição do pé direito e baixa autoestima);</p> <ul style="list-style-type: none"> - Otimizar o ambiente físico, eliminando as barreiras arquitetônicas (por ex: objetos nos corredores); - Sensibilizar sobre a utilização de calçado adequado (fechado e antiderrapante), bem como uso de calças práticas que possibilitem a mobilização e a pega de quem supervisiona; 	<ul style="list-style-type: none"> • Escala Equilíbrio de Berg: 18/56; • Escala Quedas de Morse: 35/125; • Categorias funcionais da marcha: Categoria 1; • Escala de Força Muscular: força de grau 3 na escapulo-umeral e dedos e força de grau 4 nos restantes segmentos do membro superior direito e força de grau 3 na coxofemural e joelho e grau 2 na tibiotársica e dedos do membro inferior direito. No membro superior esquerdo apresenta força de grau 5 e no membro inferior esquerdo força de grau 4. <p style="text-align: center;">De 1/6/24 a 5/6/24</p> <p>A utente encontra-se com autoestima elevada devido à consciencialização do seu potencial, com vontade de realizar treino de marcha, tendo aumentado gradualmente a distância do treino de marcha (iniciou com distâncias curtas e atualmente tolera médias distâncias). Apresenta mais força e</p>
--	--	--	---

			<p>equilíbrio, denotando-se evolução na sua postura, equilíbrio, cadência da marcha, tolerância ao esforço, manuseando corretamente o andarilho.</p> <ul style="list-style-type: none">• Escala Equilíbrio de Berg: 30/56;• Escala Quedas de Morse: 45/125;• Categorias funcionais da marcha: Categoria 3 (3/6/24) e Categoria 4 (5/6/24);• Escala de Força Muscular: força de grau 4 na escapulo-umeral e dedos e força de grau 5 nos restantes segmentos do membro superior direito e força de grau 4 na coxofemoral, grau 5 no joelho e grau 3 na tibiotársica e dedos do membro inferior direito. No membro superior esquerdo apresenta força de grau 5 e no membro inferior esquerdo força de grau 4.
--	--	--	---

Nota: De referir, que as intervenções realizadas tiveram uma duração de 30 a 45 minutos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A elaboração deste estudo de caso foi muito gratificante, mas em simultâneo desafiante. Apesar da limitação temporal do estágio, foi possível a elaboração, implementação e avaliação do programa de reabilitação concretizado à utente JL, com impacto muito significativo na sua funcionalidade, independência e capacidade de memória. Os objetivos propostos e as intervenções realizadas no âmbito da enfermagem de reabilitação tiveram por base as alterações decorrentes do processo de envelhecimento da utente JL assim como as suas consequências funcionais negativas resultantes dos fatores de risco existentes, de forma a ser possível a obtenção de resultados de bem-estar para a utente, nomeadamente melhoria da sua qualidade de vida, maximização da sua funcionalidade e independência e, por sua vez, atraso na progressão da demência, pressupostos presentes na Teoria das Consequências Funcionais de Carol Miller (2012).

Os ganhos em saúde da utente JL, nomeadamente aumento da força muscular, principalmente do hemicorpo direito que se encontrava diminuída, a aquisição de equilíbrio ortostático dinâmico, a independência no autocuidado: higiene e vestuário para o hemicorpo inferior e andar com apoio de andarilho, são um orgulho, pois confesso que me encontrava receosa por ser o primeiro programa de reabilitação a ser implementado com o fator tempo como ameaça à sua concretização. Contudo, tenho consciência que a relação de confiança que se estabeleceu ao longo do programa de reabilitação e o aumento da autoestima da utente quanto ao seu potencial, foram fatores basilares para a evolução do seu desempenho, sendo possível a concretização dos objetivos propostos.

Este estudo de caso foi muito enriquecedor, uma vez que permitiu a mobilização de conhecimentos da teoria para a prática, de forma a adquirir e desenvolver competências de EEER.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Berg, K. O., Wood-Dauphinee, S. L., Williams, J. I., & Maki, B. (1992). Measuring balance in the elderly: validation of an instrument. *Canadian journal of public health = Revue canadienne de sante publique*, 83 Suppl 2, S7–S11. https://www.researchgate.net/publication/21687774_Measuring_balance_in_the_elderly_Validation_of_an_instrument

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. https://journals.lww.com/acsmmsse/Abstract/1982/05000/Psychophysical_bases_of_perceived_exertion.1.2.aspx

Granger, C. V., Hamilton, B. B., Keith, R. A., Zielezny, M. & Sherwin, F. S. (1986). Advances in functional assessment for medical rehabilitation. *Topics in Geriatric Rehabilitation*, 1(3): 59-74. http://journals.lww.com/topicsingeriatricrehabilitation/Abstract/1986/04000/Advances_in_functional_assessment_for_medical.7.aspx

Holden, M. K., Gill, K. M., & Magliozzi, M. R. (1986). Gait assessment for neurologically impaired patients. Standards for outcome assessment. *Physical therapy*, 66(10), 1530–1539. <https://doi.org/10.1093/ptj/66.10.1530>

Júlio, C. E., Cardoso, A., Pereira, G. S., Corrêa, J. C. F., & Silva, S. M. (2020). Associação entre a classificação da deambulação funcional com a velocidade da marcha após acidente vascular cerebral. *Acta Fisiátrica*, 27(2), 95-99.

Mahoney, F. I. & Barthel, D. (1965). "Functional evaluation: the Barthel Index." *Maryland State Med Journal*, 14, 56-61. <https://www.kcl.ac.uk/nmpc/assets/rehab/tools-bi-functional-evaluationthe-barthel-index.pdf>

Medical Research Council. (1976). Aids to the examination of the peripheral nervous system (War Memorandum No. 7). London: Her Majesty's Stationery Office. <https://www.ukri.org/wp-content/uploads/2021/12/MRC-011221-AidsToTheExaminationOfThePeripheralNervousSystem.pdf>

Menoita, E., Sousa, L., Alvo, I. & Vieira, C. (2012). Reabilitar a Pessoa Idosa com AVC: Contributos para um Envelhecer Resiliente (1.ª Edição). Lusociência.

APÊNDICE III – INQUÉRITO “SÍNDROME DE BURNOUT”

Síndrome de Burnout

O objetivo deste questionário é compreender como os Profissionais encaram o seu trabalho e as pessoas com quem trabalham mais de perto. A seguir encontram-se 22 afirmações sobre sentimentos relacionados com a sua atividade profissional. Por favor leia cada frase atentamente e pense se alguma vez se sentiu dessa forma face ao seu trabalho. Se *nunca* teve esse sentimento, escreva “0” (zero). Se já tem tido esse sentimento, escreva o número (de 1 a 6) que melhor descreve *com que frequência* se sente dessa forma. Para a sua resposta tome como referência os últimos 3 meses da sua atividade profissional.

	Nunca	Algumas vezes ou menos por ano	Uma vez ou menos por mês	Algumas vezes por mês	Uma vez por semana	Algumas vezes por semana	Todos os dias
1. Sinto-me emocionalmente exausto com o meu trabalho							
2. Sinto-me cansado no final de um dia de trabalho							
3. Sinto-me cansado quando me levanto para ir trabalhar							
4. Compreendo facilmente como se sentem as outras pessoas							
5. Trato as outras pessoas como se fossem objetos impessoais							
6. Custa-me trabalhar todo o dia com as outras pessoas							
7. Lido eficazmente com os problemas das outras pessoas							
8. Sinto-me fisicamente exausto com o meu trabalho							
9. Sinto que consigo ajudar as outras pessoas com o meu trabalho							
10. Tornei-me mais insensível com os outros desde que faço este trabalho							
11. Sinto-me preocupado porque este trabalho me deixa mais frio emocionalmente							
12. Sinto-me cheio de energia							
13. Sinto-me frustrado no meu trabalho							
14. Sinto que estou a trabalhar demais							
15. Sinto que não me preocupo com o que acontece às pessoas com quem trabalho							
16. Causa-me stress trabalhar diretamente com as pessoas							
17. Consigo criar um ambiente descontraído com as pessoas com quem trabalho							
18. Sinto-me bem depois de contactar com as outras pessoas							
19. Sinto que consigo fazer coisas úteis no meu trabalho							
20. Sinto que estou a atingir os meus limites							
21. Lido calmamente com os problemas emocionais							
22. Sinto que as outras pessoas me culpam pelos seus problemas							

APÊNDICE IV – RESULTADOS DO INQUÉRITO “SÍNDROME DE BURNOUT”

Síndrome de Burnout

No âmbito da promoção da melhoria contínua do ambiente de trabalho e bem-estar da equipa, foi proposto à equipa de enfermagem e auxiliares o preenchimento do inquérito sobre “Síndrome de Burnout”, de forma anónima. A amostra é composta por 21 colaboradores. Os resultados das respostas ao inquérito encontram-se apresentadas em gráfico, conforme mostra o **Gráfico 1**.

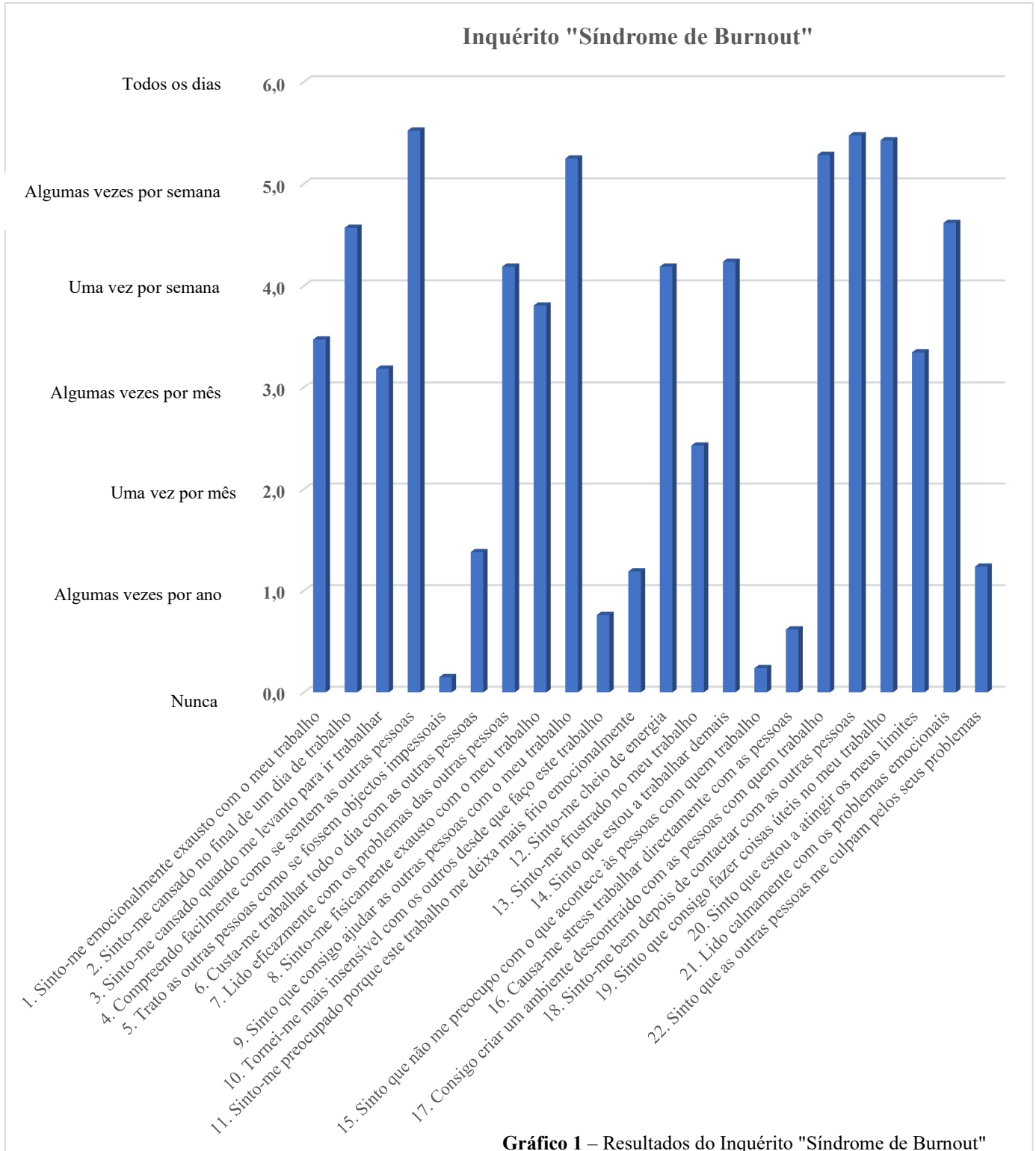


Gráfico 1 – Resultados do Inquérito "Síndrome de Burnout"

Cada inquérito é pontuado, isto é, é realizada a soma de todas as respostas. A pontuação é analisada da seguinte forma:

- **Até 20** – Não apresenta Burnout. Sem necessidade de intervenção;
- **Entre 20 a 40** – Apresenta risco de desenvolver *Burnout*. Deve manter uma rotina saudável e praticar exercício físico;
- **Entre 41 a 60** – Encontra-se em fase inicial de *Burnout*. Deve praticar exercício físico e ter formação sobre como gerir o stress;
- **Entre 61 a 80** – Apresenta *Burnout* estabelecido. Deve ter acompanhamento psicológico e praticar mindfulness para combater o stress;
- **Superior a 80** – Apresenta *Burnout* em fase avançada. Deve considerar tratamento com psicoterapia e técnicas de mindfulness e, caso apresente ansiedade ou depressão, deve considerar farmacoterapia sob acompanhamento médico.

No **Gráfico 2**, encontram-se os resultados do estado da amostra relativamente à síndrome de *Burnout*.

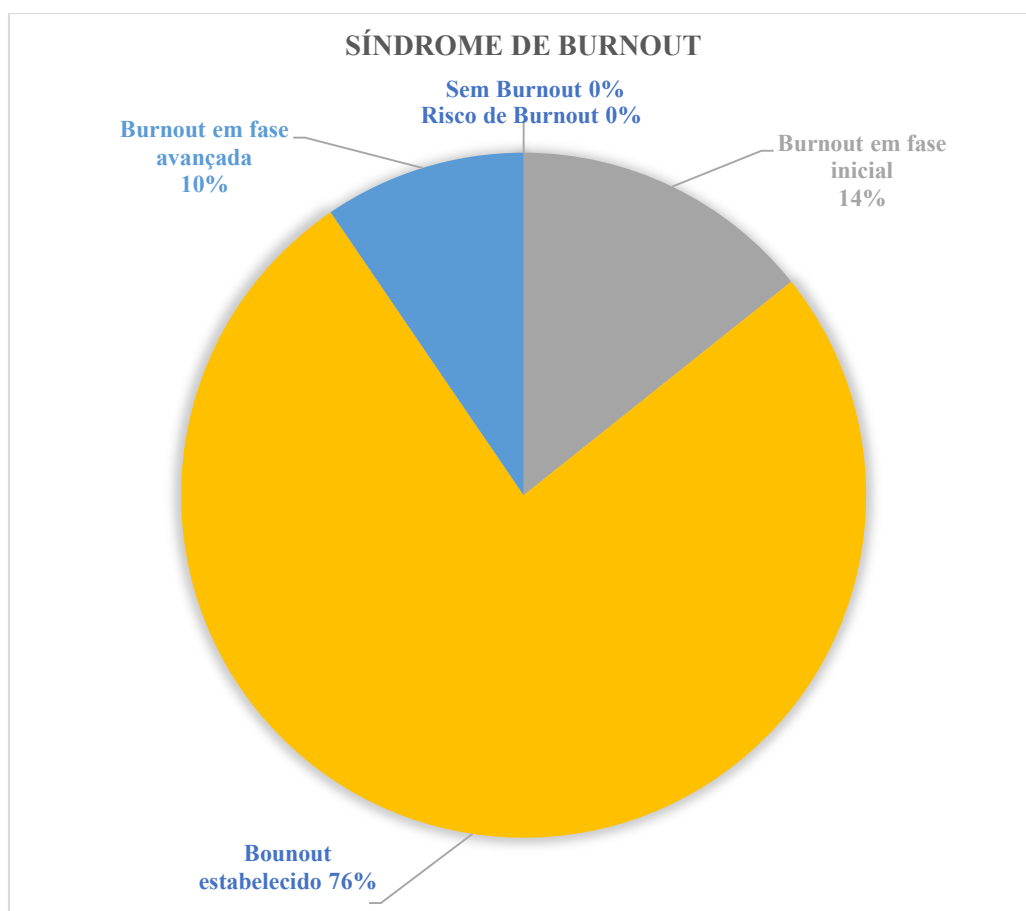


Gráfico 2 – Avaliação da Síndrome de *Burnout* na Equipa

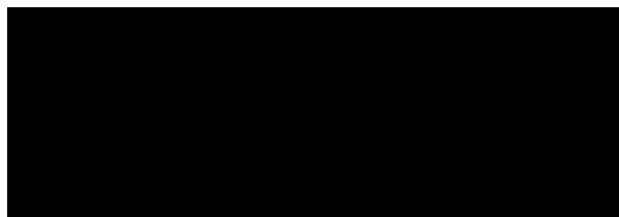
APÊNDICE V - CARTAZ DE ORIENTAÇÃO TEMPORAL

HOJE É...

	de		de	
--	-----------	--	-----------	--

DIA DA SEMANA	
----------------------	--

APÊNDICE VI – CADERNO DE ESTIMULAÇÃO COGNITIVA



REABILITAÇÃO COGNITIVA

CADERNO DE EXERCÍCIOS



Elaborado por:

Filipa Soeiro (Aluna 2º Mestrado Enfermagem de Reabilitação)

Dina Peças (Docente ESSEM)

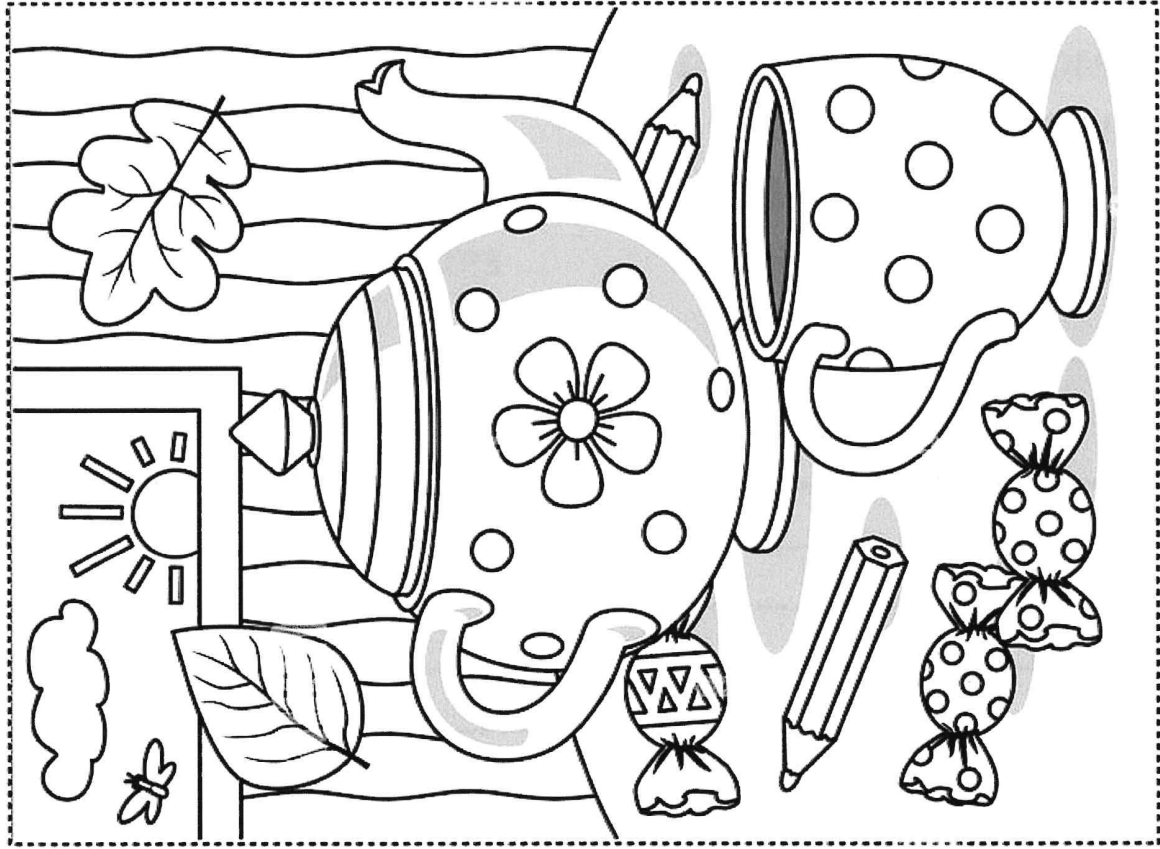
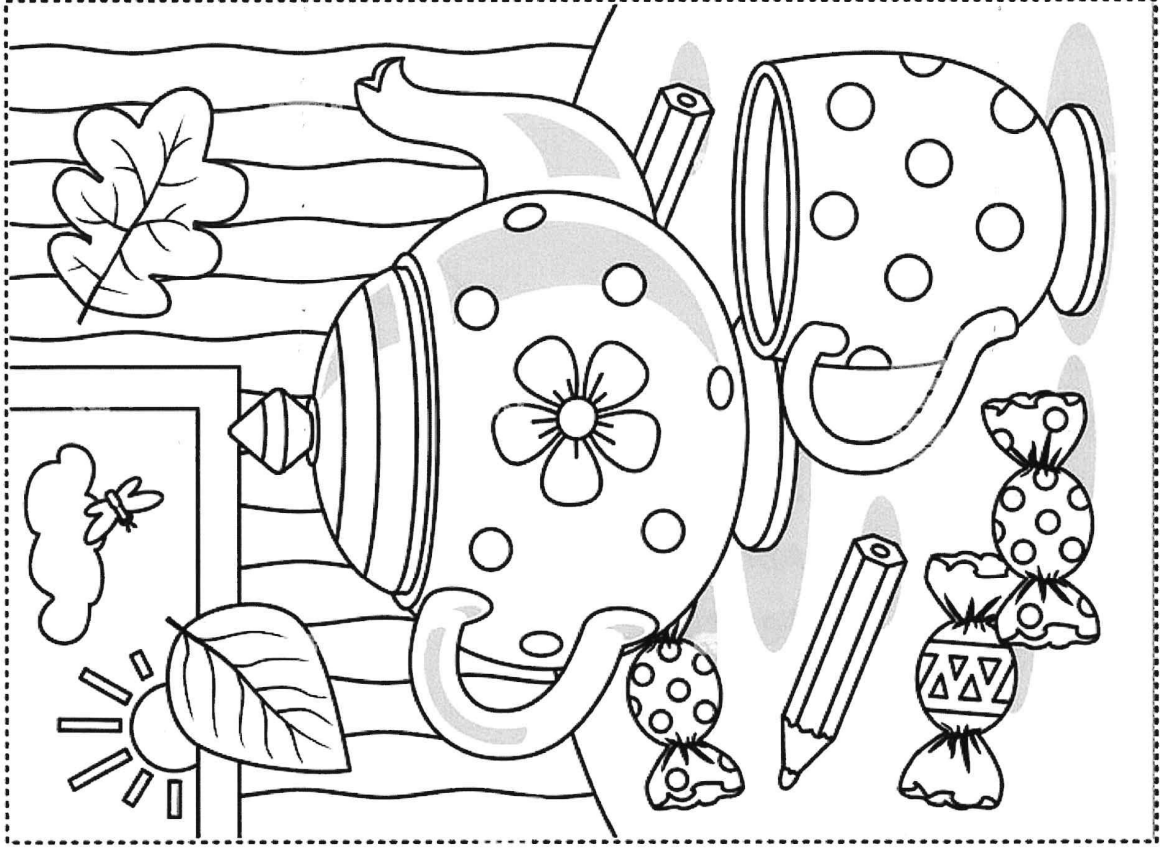
Nelson Pardal (Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação)

CAÇA-PALAVRAS (MESES DO ANO)

JANEIRO JUNHO NOVEMBRO ~~DEZEMBRO~~
MAIO FEVEREIRO JULHO AGOSTO
MARÇO OUTUBRO ABRIL SETEMBRO

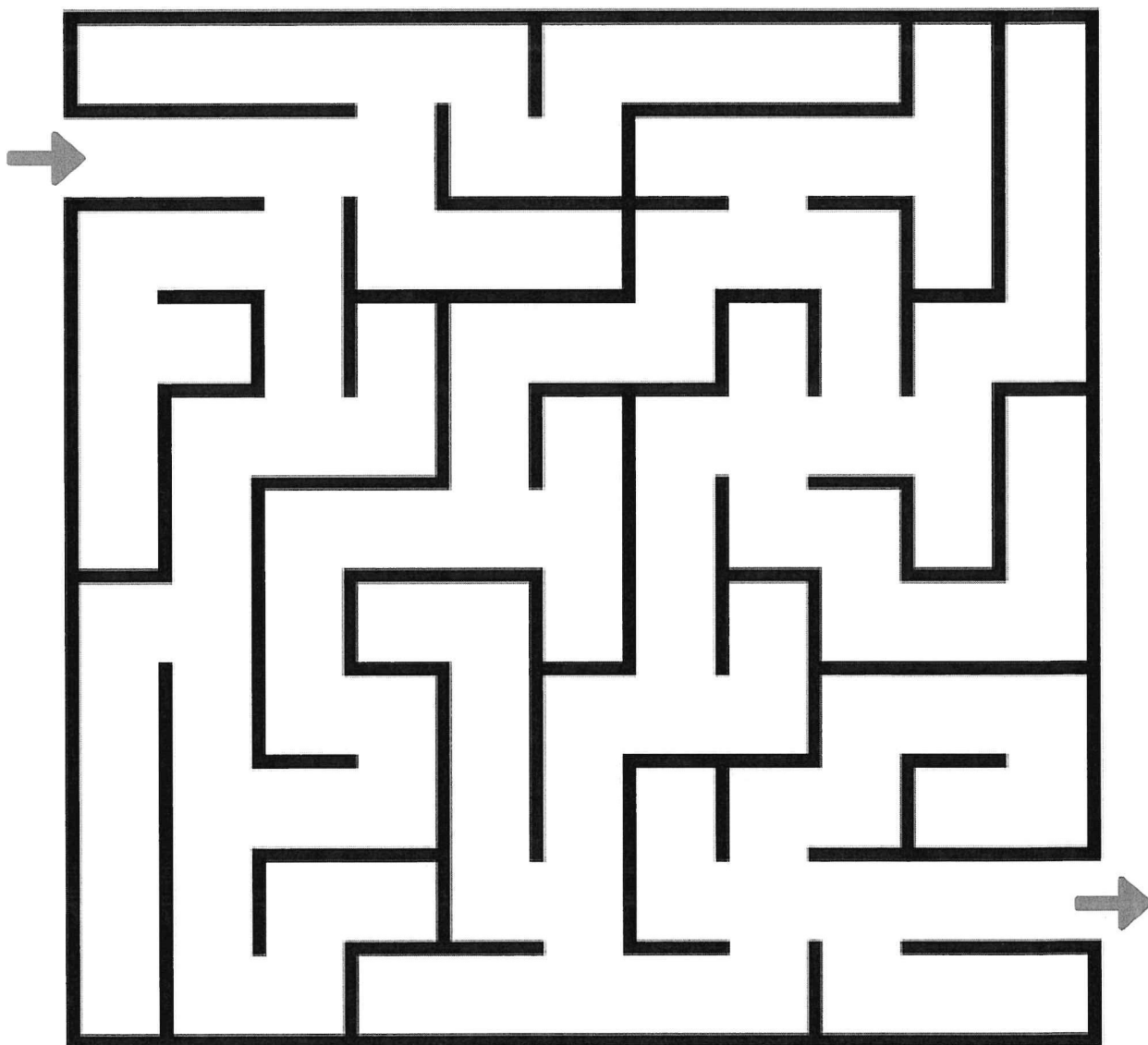
B	S	J	J	A	N	E	I	R	O	E
E	F	F	U	C	N	R	O	E	D	N
R	E	C	L	N	T	V	M	A	I	O
H	V	G	H	A	S	J	U	B	G	V
V	E	F	O	U	T	U	B	R	O	E
A	R	R	E	B	F	N	U	P	A	M
P	E	C	Q	C	D	H	H	L	B	B
N	I	M	A	R	Ç	O	J	M	R	R
D	R	U	N	P	V	O	O	U	I	O
F	O	E	A	G	R	S	E	P	L	S
I	I	V	D	F	U	J	J	V	T	C
A	L	S	S	E	T	E	M	B	R	O

Descubra as 10 diferenças.



LABIRINTO

Encontre o caminho para sair do labirinto



- Responda às seguintes questões.

- Que dia da semana é hoje? _____

- Qual o mês em que estamos? _____

- Qual o ano em que estamos? _____

- Qual a estação do ano em que estamos? _____

- O que tem à sua direita? _____

- Como se chama o nosso Presidente da República?

- Quem foi a Amália Rodrigues? _____

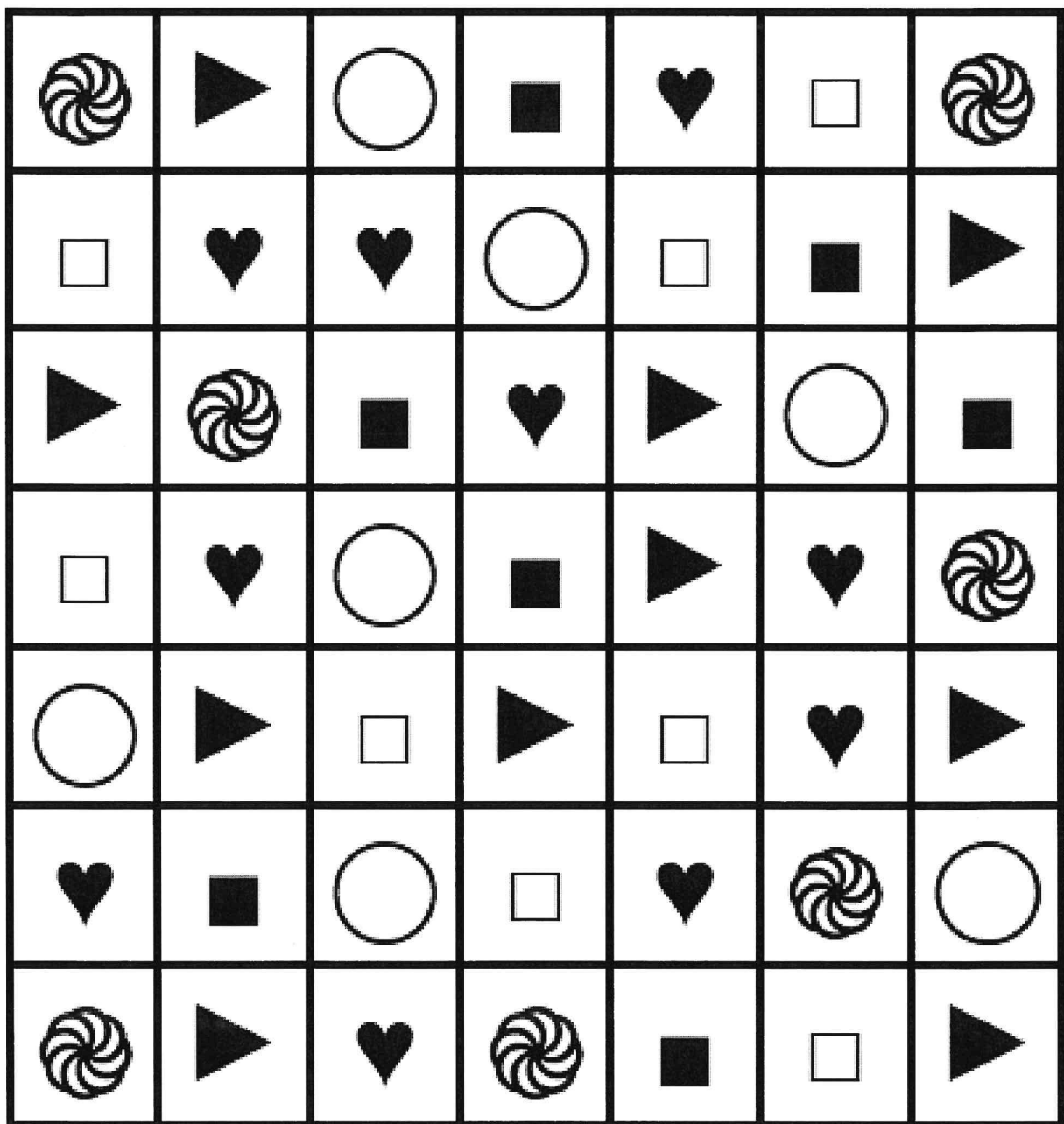
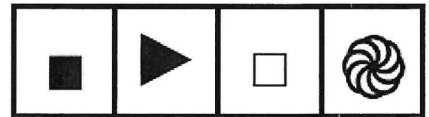
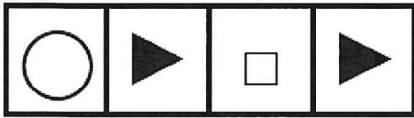
- Paris é a capital de que país? _____

- Complete a seguinte tabela.

Nome de meios de transporte	Nome de profissões	Nome de Frutos

CAÇA-SÍMBOLOS

Localize e circule as sequências de símbolos abaixo:



- Una com setas os seguintes dias e meses por forma a associá-los às festividades correspondentes.

25	Fevereiro	Dia de Ano Novo
6	Dezembro	Dia da Liberdade
1	Junho	Dia de Sto. António
19	Janeiro	Dia do Pai
13	Maio	Dia da Assunção de Nssa. Sra.
14	Março	Dia de Reis
15	Abril	Dia de S. Valentim
25	Agosto	Dia de Natal
1	Janeiro	Dia do Trabalhador

- Faça grupos com as seguintes palavras:

ROSA	SANTARÉM	DÁLIA	ÉVORA
MOSCA	CRAVO	JACINTO	MACACO
LISBOA	LÍRIO	CADEIRA	CANGURU
MEXILHÃO	COIMBRA	SOFÁ	CÓMODA
MESA	LULA	ESTANTE	AVEIRO

FLORES	ANIMAIS	CIDADES	MÓVEIS

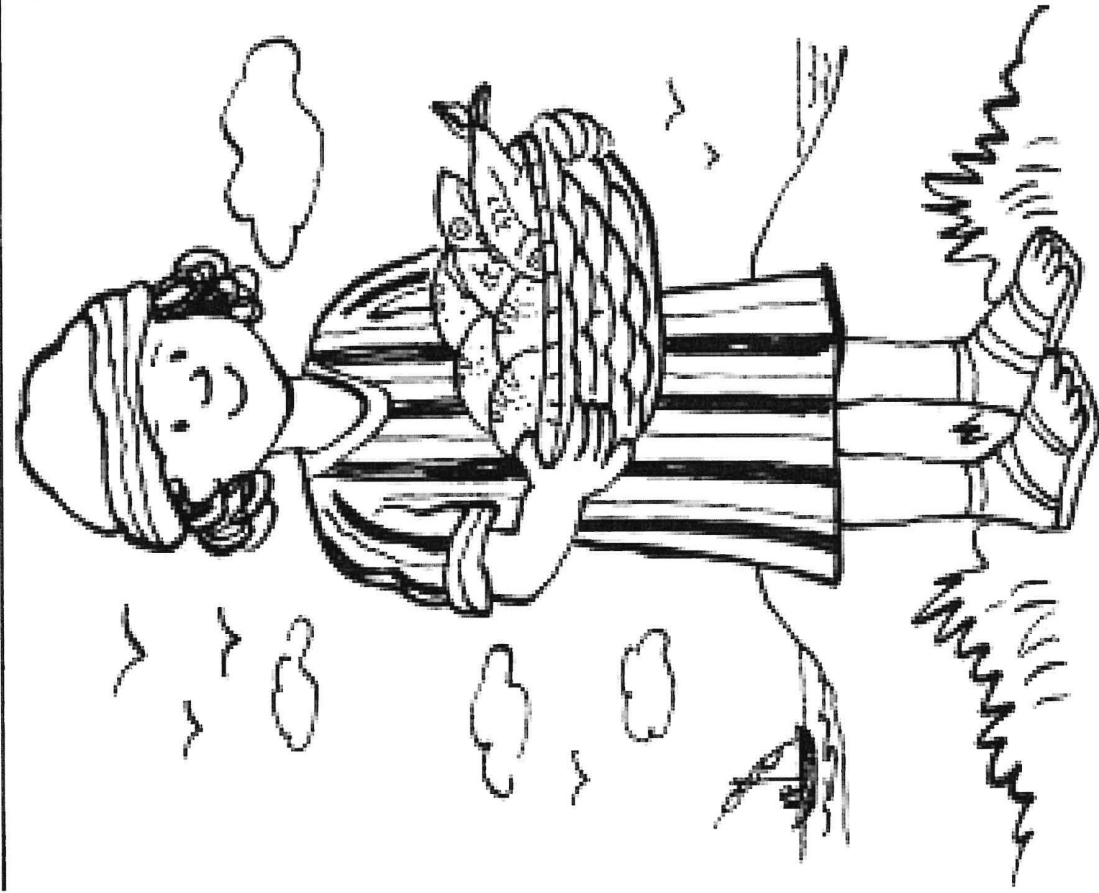
- Complete as seguintes frases.

- Para comer a sopa uso uma _____ .
- O 25 de Abril foi em _____ .
- Para ver as horas uso um _____ .
- As vogais são _____ .
- Para ligar a televisão uso um _____ .
- No São Martinho comem-se _____ .
- Uma dúzia são _____ .
- Coração rima com _____ .
- Azul é uma _____ .
- Pipocas fazem-se com o _____ .
- Para pendurar a roupa uso um _____ .
- O que mais gosto de fazer é _____ .

- Complete os seguintes provérbios.

- A união faz a _____ .
- Quem tudo quer _____ .
- Não deixe para amanhã _____ .
- Cão que ladra _____ .
- Água mole em pedra dura tanto bate _____ .

Descubra as 10 diferenças.

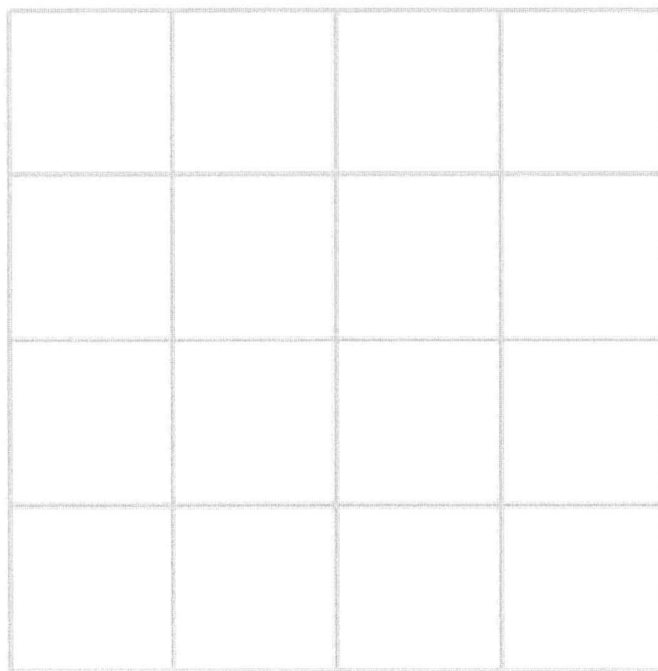
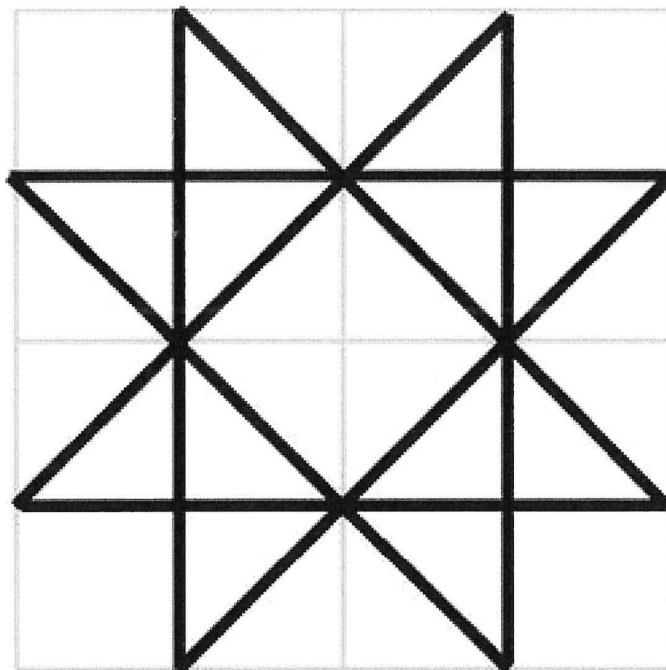


● Na sopa de letras encontre os apelidos de escritores portugueses indicados.

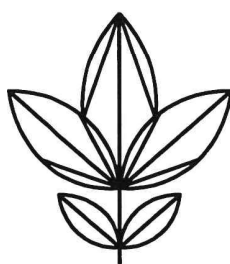
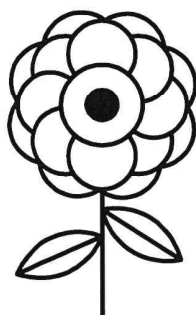
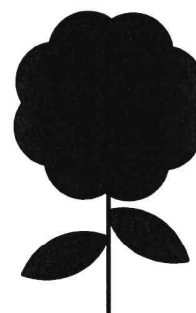
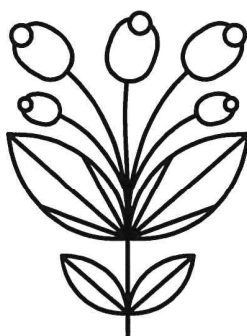
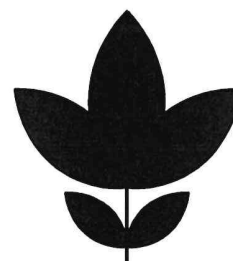
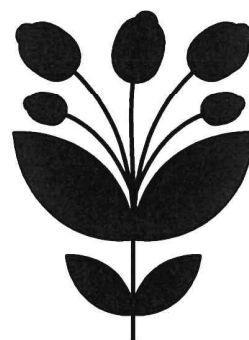
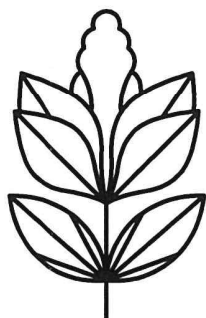
Queirós	Dinis	Pessoa	Lopes
Saramago	Quental	Espanca	Vicente
Garrett	Camões		

P	E	S	S	O	A	E	G	R	E	V	C	C	E
O	F	A	A	I	E	C	V	D	D	I	N	I	S
G	A	R	R	E	T	T	B	S	A	C	I	R	P
T	O	A	T	J	R	A	M	A	ç	E	M	R	A
Q	U	E	I	R	Ó	S	B	R	A	N	B	O	N
V	U	C	N	T	A	B	O	A	E	T	R	ç	C
Q	U	E	N	T	A	L	T	M	B	E	A	G	A
S	E	S	Ú	B	A	O	E	A	E	J	R	D	E
A	A	O	T	O	R	P	P	G	J	A	É	A	S
N	A	V	A	R	E	E	I	O	A	M	A	O	R
S	C	A	M	O	E	S	T	T	R	A	L	C	O

Copie o desenho no quadro abaixo

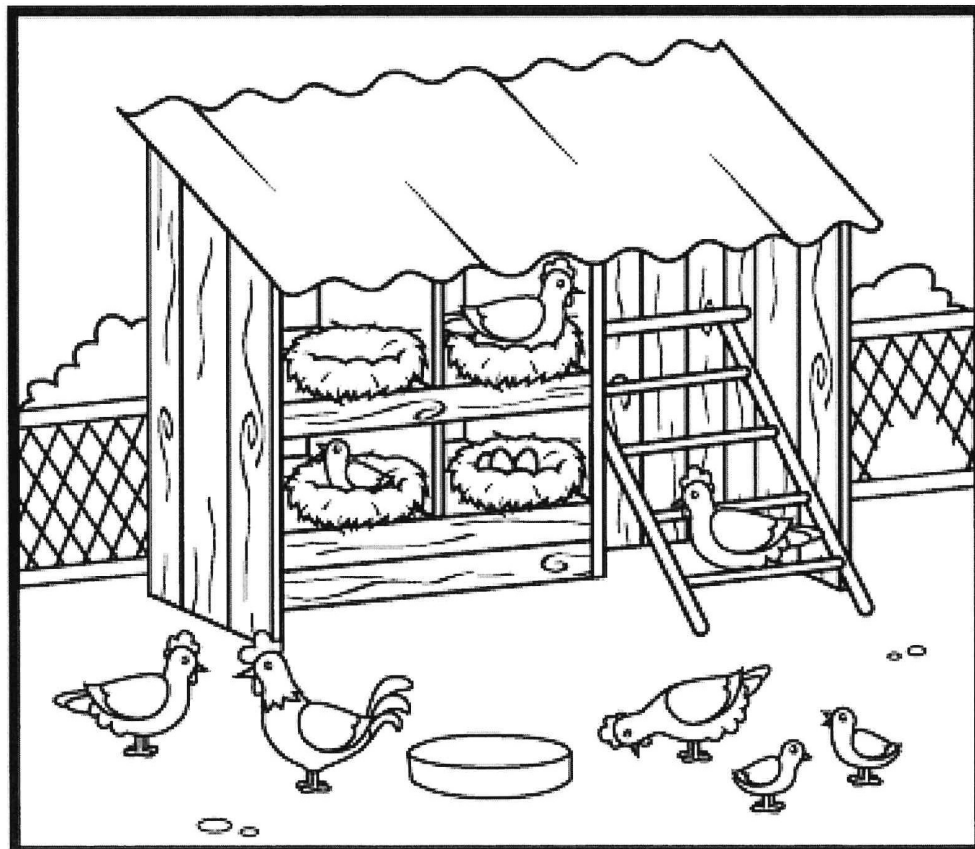
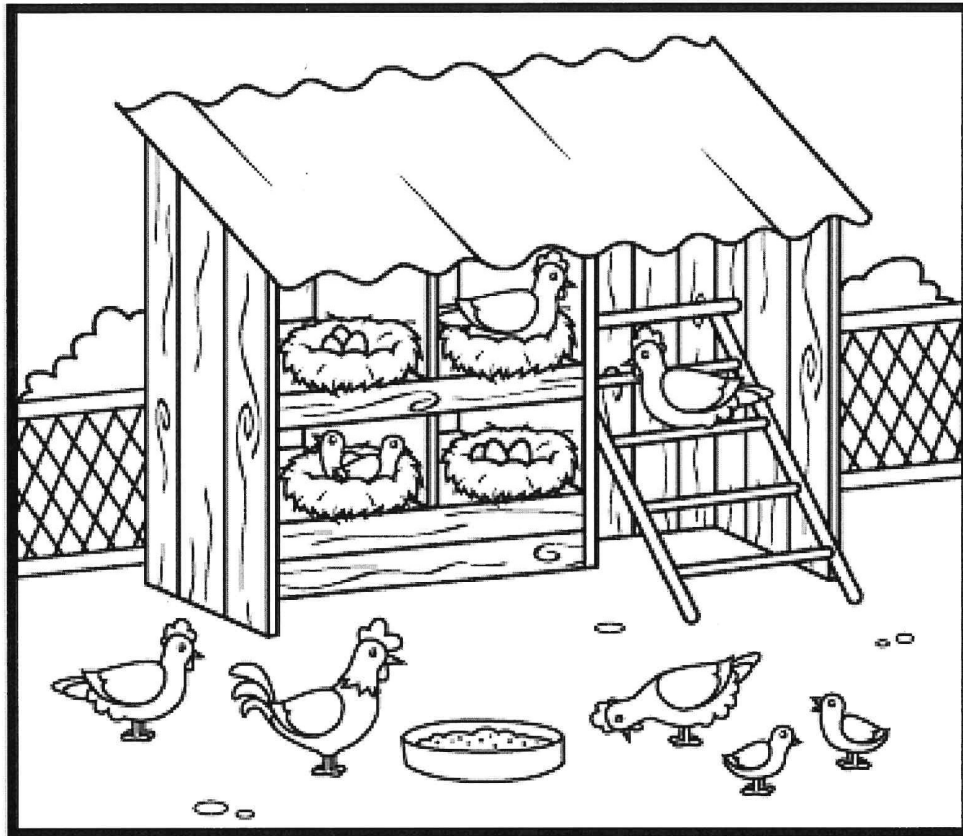


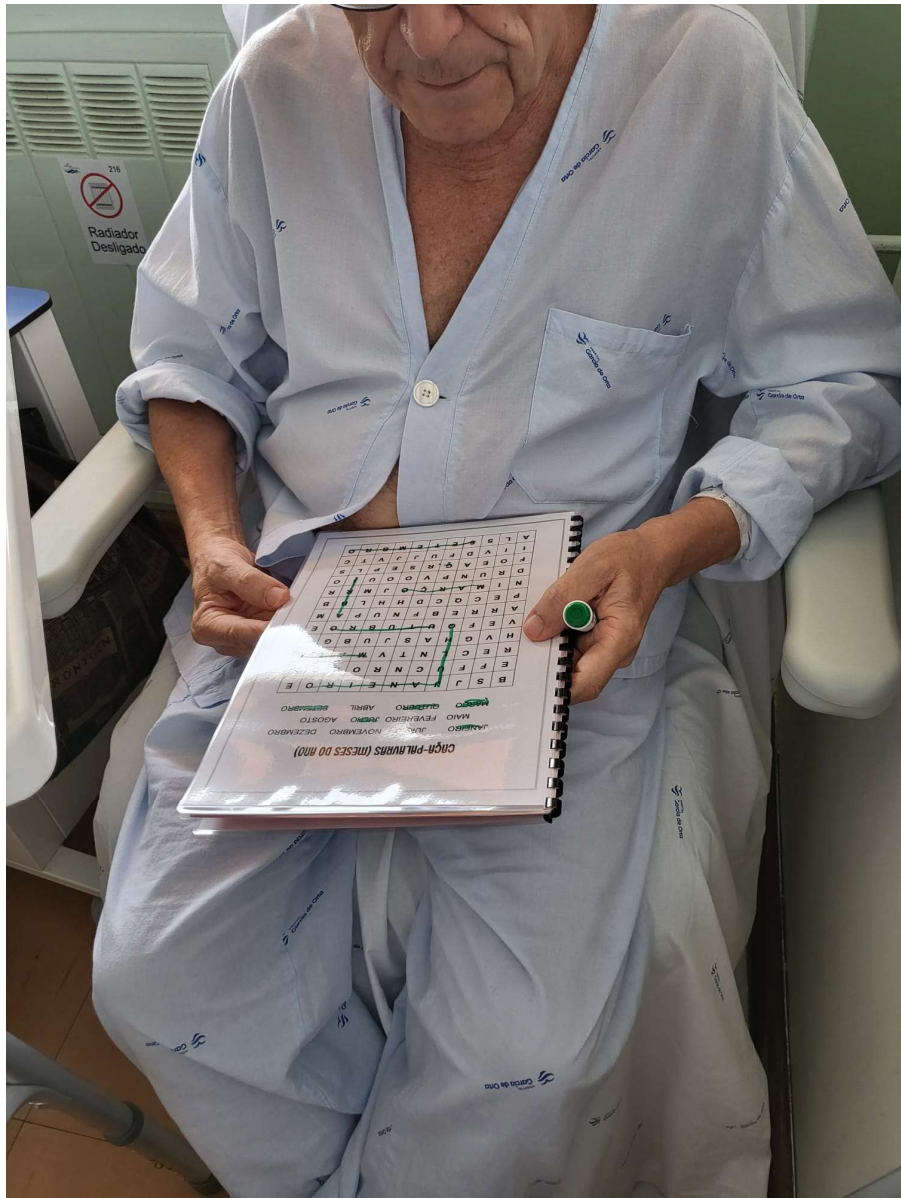
Ligue cada figura à sua sombra



Jogo dos 7 erros

Encontre 7 diferenças entre as duas figuras.





APÊNDICE VII – CADERNO ESTRUTURADO DE REABILITAÇÃO COGNITIVA



REABILITAÇÃO COGNITIVA

CADERNO DE EXERCÍCIOS



Elaborado por:

Filipa Soeiro (Aluna 2º Mestrado Enfermagem de Reabilitação)

Dina Peças (Docente ESSEM)

Sofia Gonçalves (Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação)

Almada, 2024

ÍNDICE

1.	Orientação	3
2.	Fluência	4
3.	Nomeação	5
4.	Cálculo	8
5.	Escrita	10
6.	Memória	11
7.	Atenção	13
8.	Compreensão	17

1. Orientação

- Complete as seguintes frases:

- Hoje é dia _____.

- Estamos no mês de _____.

- O ano em que estamos é _____.

- À minha esquerda está _____.

- O local onde estou chama-se _____.

- A minha morada é _____.

- O primeiro mês do ano é o _____.

- Depois do sábado, vem o _____.

- A seguir à Primavera, vem o _____.

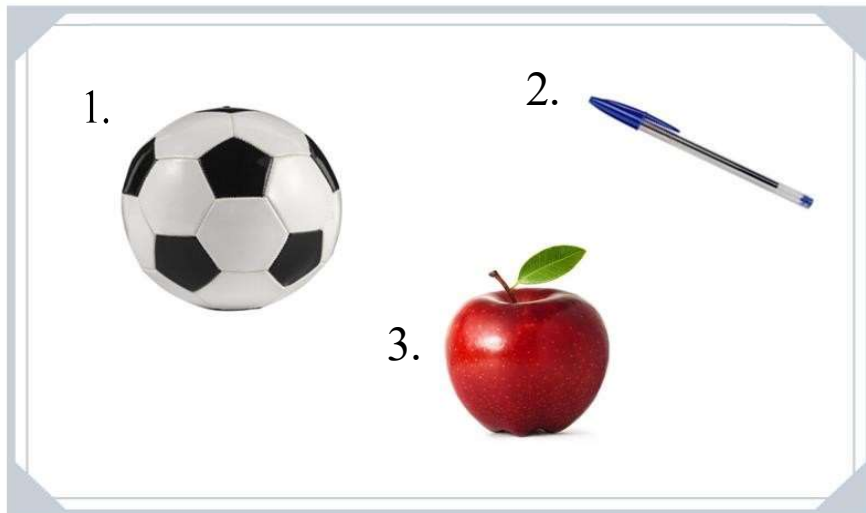
2. Fluência

- Faça uma frase para cada imagem.



3. Nomeação

- Identifique as seguintes imagens.



1. _____

2. _____

3. _____



4. _____ 5. _____ 6. _____

- Indique para que servem os seguintes objetos.

a)



b)



c)



d)



e)



f)



a)

b)

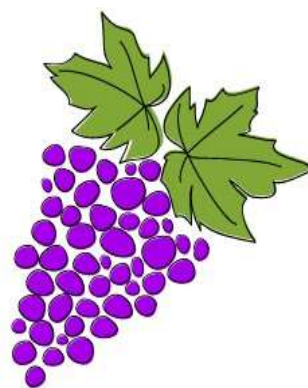
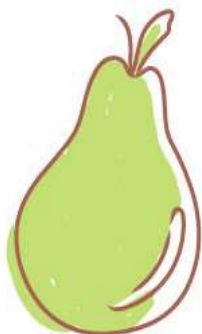
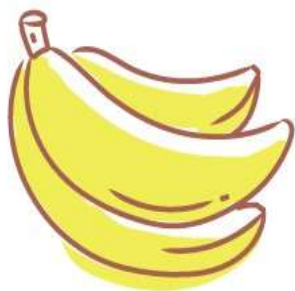
c)

d)

e)

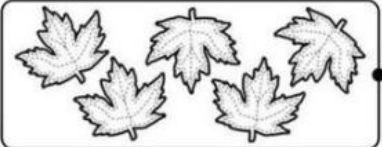
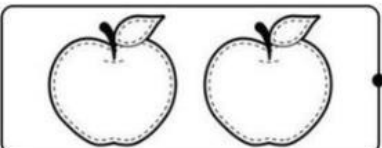
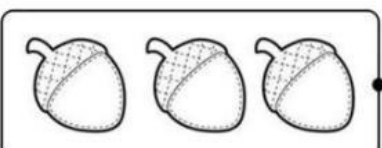
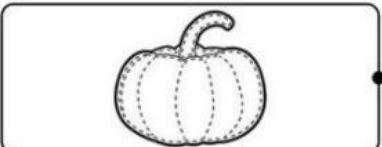
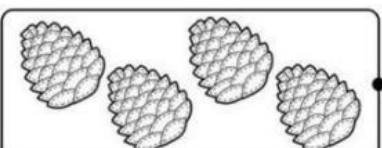
f)

- Identifique as seguintes frutas.

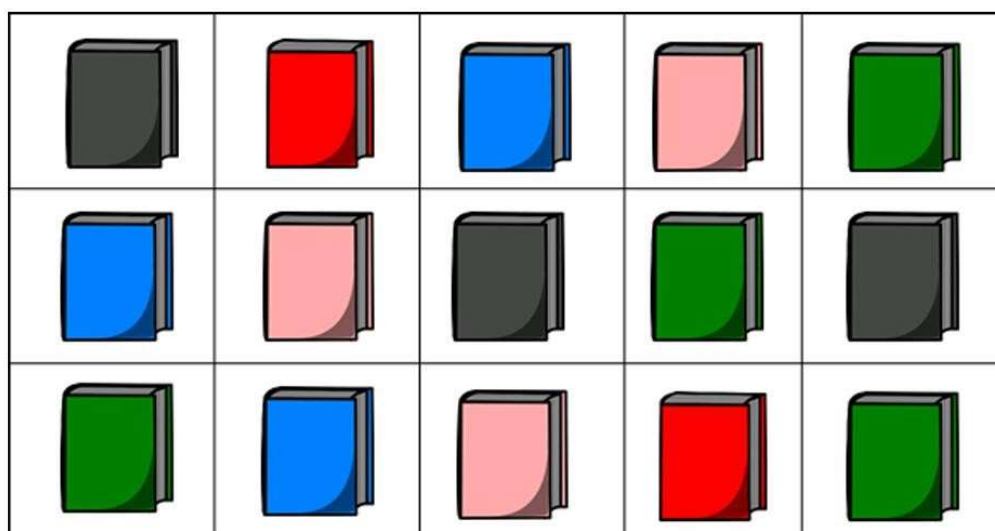


4. Cálculo

- Corresponda as imagens ao número correto.

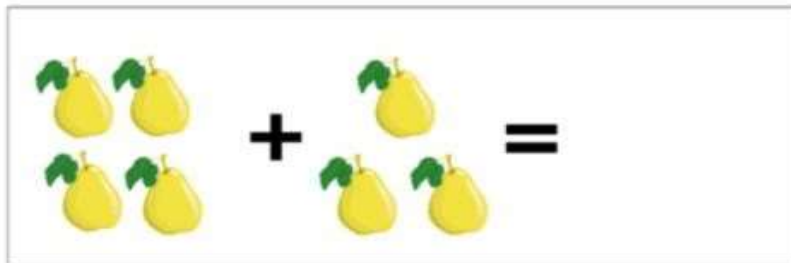
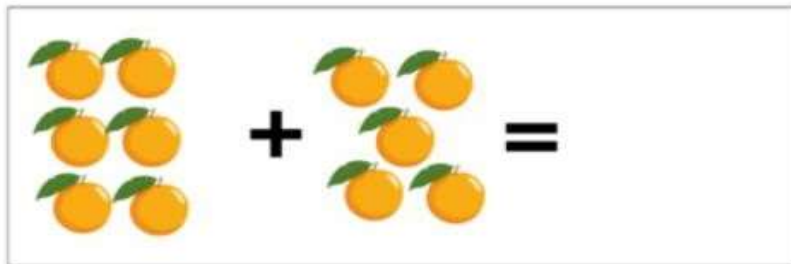
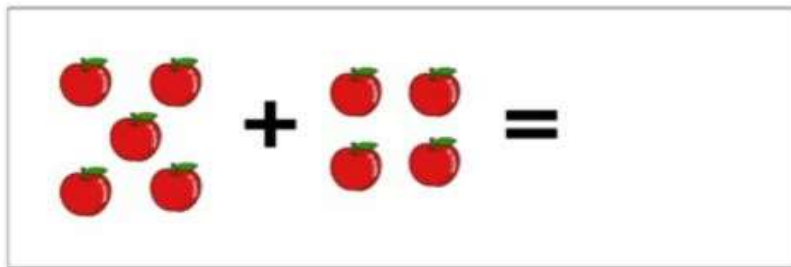
	1
	3
	2
	4
	5

- Assinale os livros verdes.



Quantos livros há no total? _____

- Some as frutas e indique o total.



- Complete a sequência lógica, desenhando as figuras que faltam.

○ □ ○ □ ○ □ ○	
◇ △ ◇ △ ◇ △ ◇	
☾ × ☾ × ☾ × ☾	
⊕ ▽ ⊕ ▽ ⊕ ▽	

5. Escrita

- Escreva 4 palavras começadas pelas seguintes letras:

A

R

- Complete a seguinte tabela.

Meios de transporte terrestres	Animais domésticos	Utensílios de cozinha

6. Memória

- Complete as seguintes frases.
 - Para comer a sopa uso uma _____.
 - O Natal é em _____.
 - As estações do ano são _____.
 - As vogais são _____.
 - Para ligar a televisão uso um _____.
 - No São Martinho comem-se _____.
 - Para ver as horas uso um _____.
 - Para lavar o chão uso uma _____.
 - O Verde é uma _____.
 - O melão é uma _____.
 - Nos dias de chuva preciso de um _____.
 - Para abrir uma porta uso uma _____.

- Complete os seguintes provérbios.

- A união faz a _____.

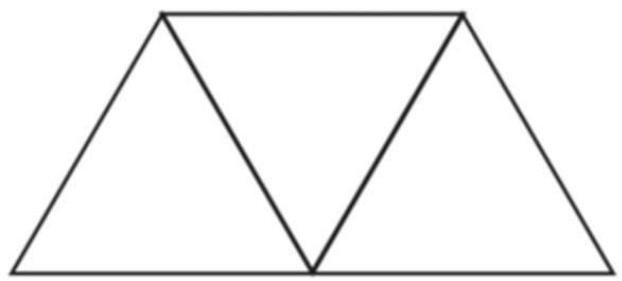
- Quem tudo quer _____.

- Não deixe para amanhã _____.

- Cão que ladra _____.

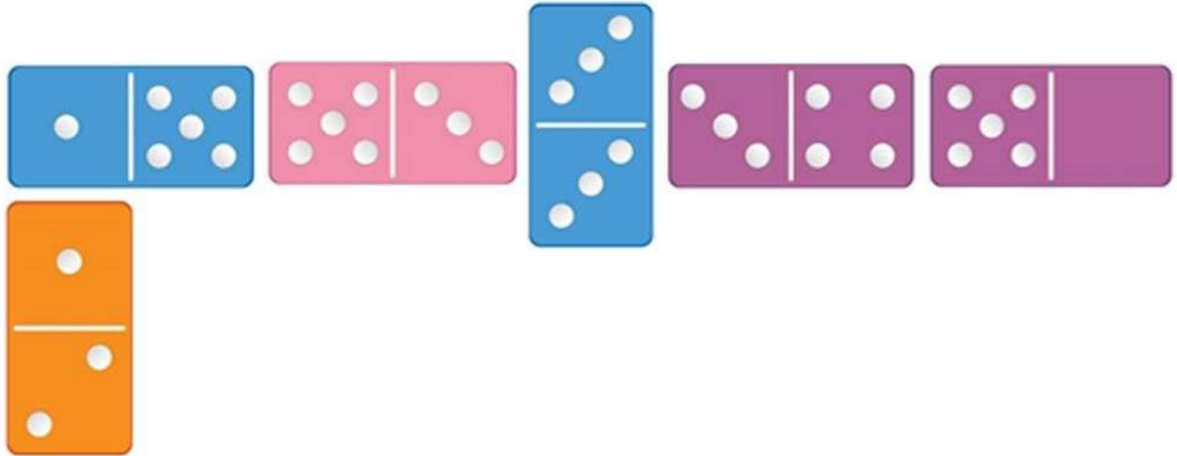
- Água mole em pedra dura tanto bate _____.

- Copie o seguinte desenho.



7. Atenção

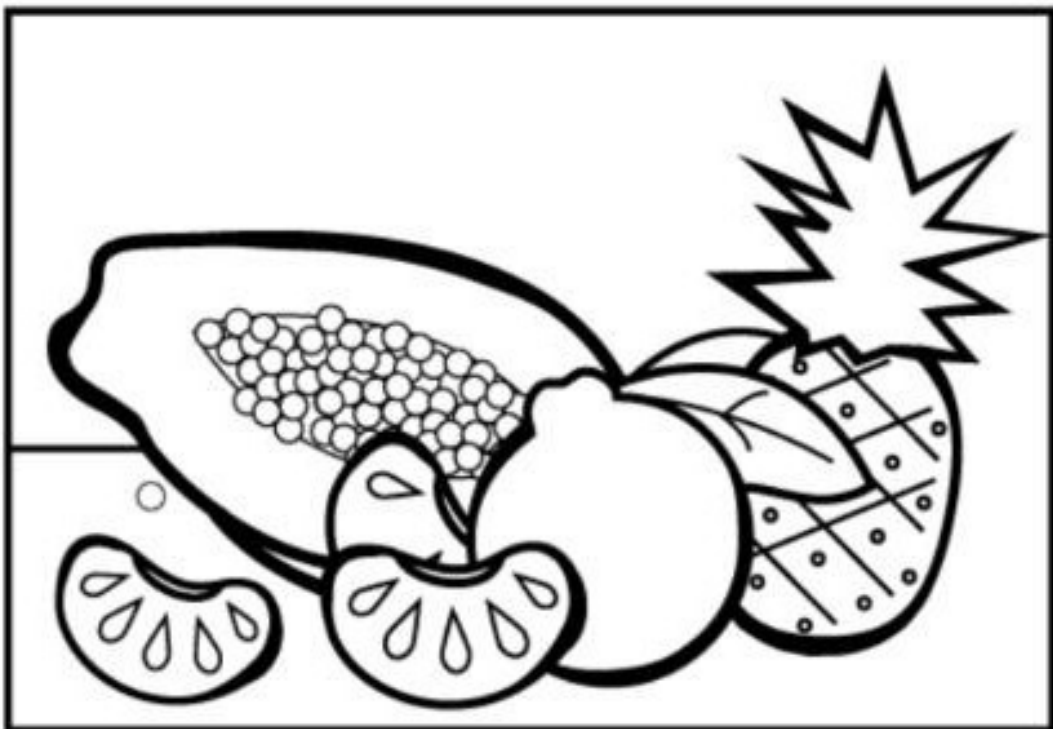
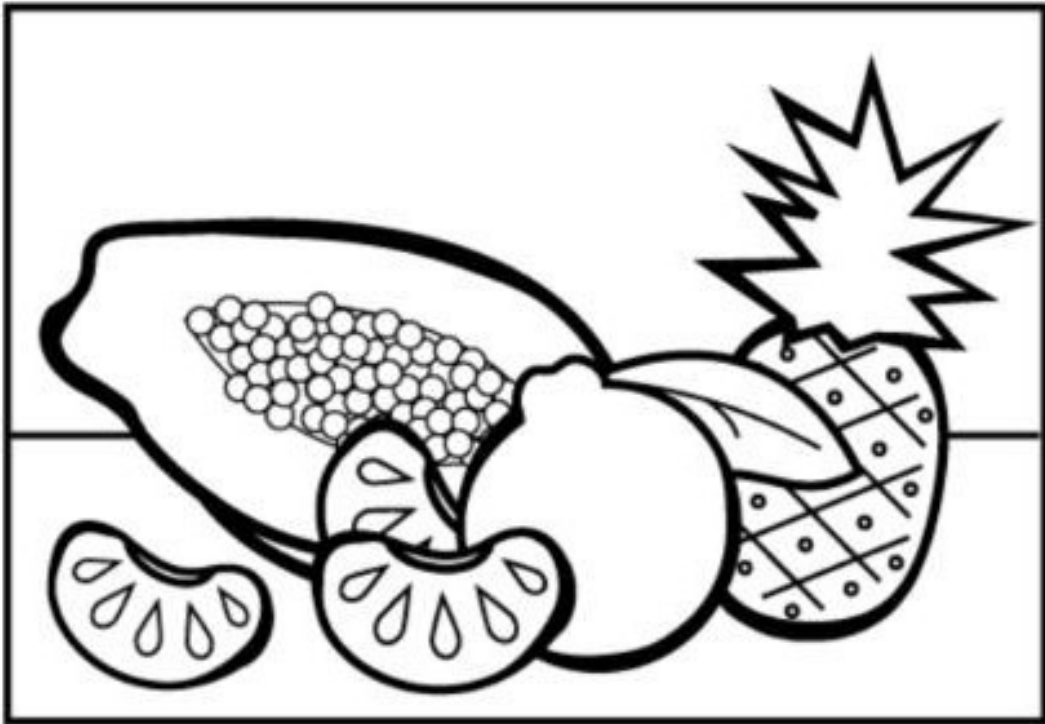
- Observe atentamente este jogo de Dominó e descubra o erro.



- Faça um círculo à volta da letra que se repete em cada linha.

r	t	x	s	r	j	k	u
q	g	b	d	p	t	u	p
s	a	e	a	u	d	o	i
z	s	d	c	o	p	h	c

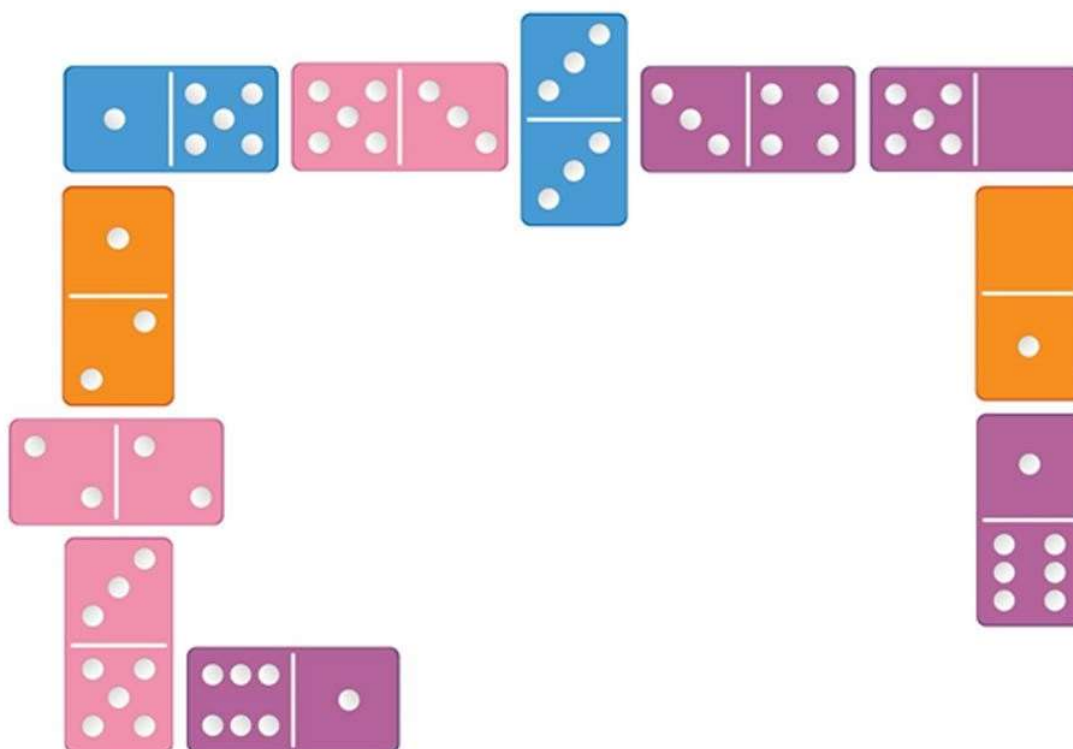
- Descubra as 7 diferenças entre as 2 figuras.



- Corresponda as imagens às sombras respetivas.



- Observe atentamente este jogo de Dominó e descubra os erros.



8. Compreensão

- Complete o quadro abaixo com as seguintes instruções:

No espaço do lado direito escreva o seu primeiro e último nome
Ao lado, escreva a sua data de nascimento.

--	--

- Descubra as palavras usando o código abaixo.

1 = A	2 = D	3 = M	4 = N	5 = O	6 = R
-------	-------	-------	-------	-------	-------

Código	Palavra Correspondente
1 4 5	
2 5 3	
2 5 6	
3 1 6	
4 1 2 5	
4 1 2 1	

- Observe o seguinte quadro:

A	B	C
Carro	Casaco	Computador
Lápis	Peixe	Mesa
Boneca	Pedreiro	Televisão
Cama	Sapato	Árvore
Lisboa	Canalizador	Setúbal

- Sublinhe a terceira palavra da coluna A.
- Faça um círculo nos nomes das cidades.
- Na coluna B faça uma cruz nas duas profissões.
- Sublinhe com dois traços todas as palavras começadas por C.
- Em que coluna está uma coisa que se veste? _____
- Em que coluna está a capital do nosso País? _____
- Quantas palavras há em cada coluna? _____
- Faça uma cruz no alimento apresentado.

- Descubra o nome de cada criança, tendo em conta as pistas que se encontram abaixo, e escreva-as nos espaços em branco.

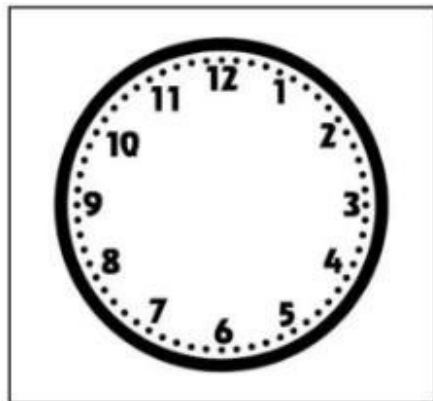


- O André é o mais alto
 - O Tiago usa óculos
 - O Rui gosta muito de futebol
 - O Pedro é um pouco envergonhado
 - O Miguel é o mais pequeno
- Observando a imagem acima apresentada:
 - Faça um círculo na criança que tem roupa cor de laranja.
 - Quantas crianças têm calções? _____
 - Quantas crianças são no total? _____
 - Escreva o número “1” na camisola da criança mais alta.

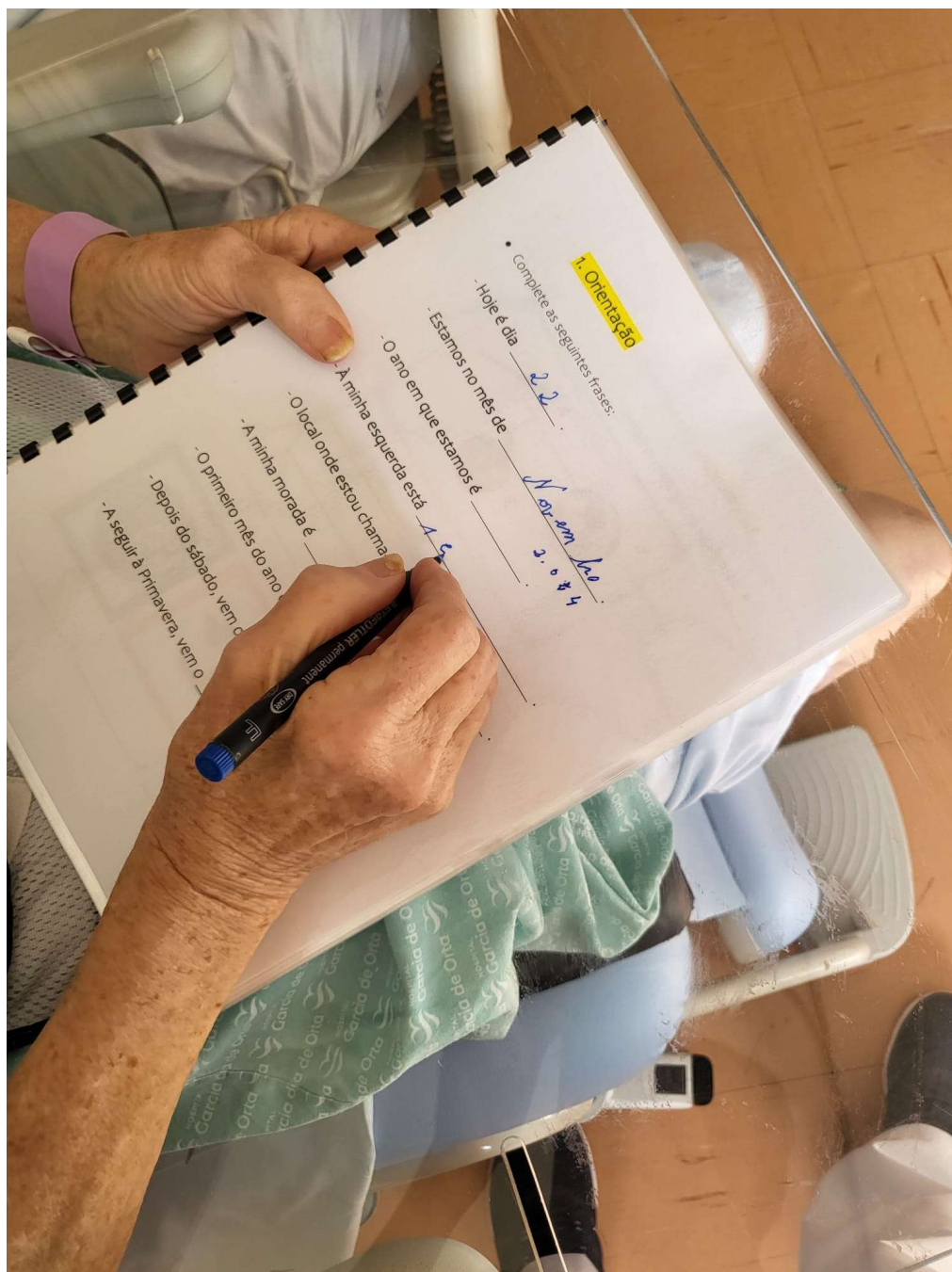
- Complete os relógios com as horas indicadas.



8h25



18h50



1. Orientação

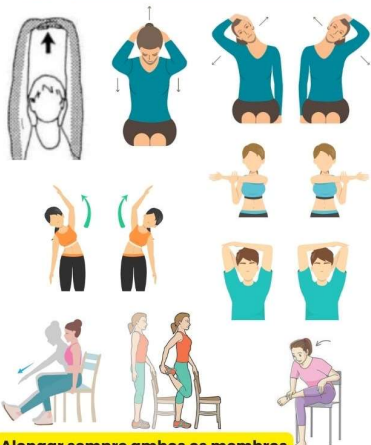
• Complete as seguintes frases:

- Hoje é dia 22
- Estamos no mês de Novembro
- O ano em que estamos é A 5
- A minha esquerda está _____
- O local onde estou chama-se _____
- A minha morada é _____
- O primeiro mês do ano é _____
- Depois do sábado, vem o _____
- A seguir à Primavera, vem o _____

APÊNDICE VIII - FOLHETO "EXERCITAR O CORPO E A MENTE"



3 ALONGAMENTOS



Alongar sempre ambos os membros

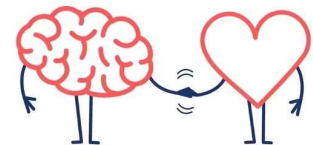
EXERCÍCIOS PARA A REABILITAÇÃO COGNITIVA



- Palavras Cruzadas, Sopa de Letras, Descobrir as diferenças;
- Leitura de livros, jornais ou revistas;
- Treino de escrita e cálculo mental;
- Jogos de cartas, da memória ou dominó;
- Puzzles;
- Pintura ou outra atividade que goste;
- Identificar cheiros e tocar em diferentes texturas;
- Mostrar imagens ou fotografias;

EXERCITAR O CORPO E A MENTE

Fundamental para a saúde de QUEM CUIDA e É CUIDADO



Filipa Soeiro
(Aluna 2º Mestrado Enfermagem de Reabilitação)

Dina Peças
(Docente ESSEM)

Patrícia Vidinha
(Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação)

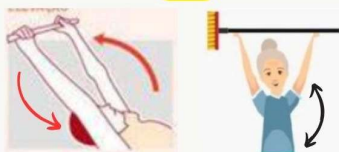


A PRÁTICA DE EXERCÍCIO FÍSICO DEVE SER:

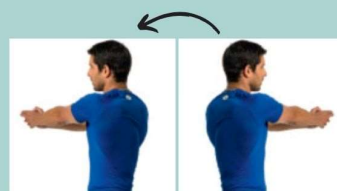
- Regular - **2 a 3 vezes por semana** com duração de 30 minutos;
- Estruturada - Exercícios de **Aquecimento, Parte Principal e retorno à calma/alongamentos**;
- Gradual - **1 a 3 séries de 8 a 10 repetições** (ou as que tolerar), com ou sem carga.

1 AQUECIMENTO

Deitado **OU** De pé



"Cheira a flor" quando sobe, "Sopra a vela" quando desce



1º

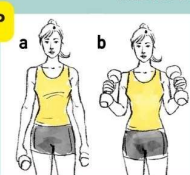
2º



2 PARTE PRINCIPAL

Pode iniciar com pacotes de arroz e, progredir, para garrafas de 1,5L ou halteres

1º



2º

Pode fazer um membro de cada vez ou ambos em simultâneo



Um membro de cada vez



Os dois membros em simultâneo

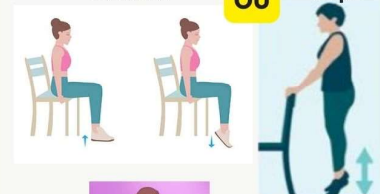


Um membro de cada vez

Sentado

OU

De pé



Contrair 3 a 5 segundos e relaxa

APÊNDICE XIX - FOLHETO "DEMÊNCIA"

Atitudes Importantes

- Promover um ambiente seguro, prevenindo o risco de queda;
- Evitar os confrontos;
- Não contrariar se não houver perigo;
- Não elevar o tom de voz;
- Repetir a informação as vezes necessárias;
- Não estimular demasiado, evitando o excesso de informação;
- Evitar ambientes com muito movimento ou ruído.

Estratégias para retardar a evolução da demência

- Ser acompanhado pela Neurologia;
- Manter as rotinas e cumprir o esquema terapêutico;
- Praticar exercício físico;
- Manter uma dieta mediterrânea;
- Prevenir o isolamento através do convívio e terapia ocupacional;
- Realizar treino cognitivo para prevenir os esquecimentos;
- Ser acompanhado pela Terapia da Fala para prevenir o engasgamento.

É muito importante vigiar sinais de disfagia durante e após a refeição:

- Tosse;
- Dificuldade na deglutição;
- Retenção de comida na boca;
- Alteração da qualidade da voz, por ex: voz molhada;
- Coloração arroxeadada do rosto ou lábios.

SE APRESENTAR ALGUM DESSES SINAIS DEVE CONTACTAR A EQUIPA MULTIDISCIPLINAR

DEMÊNCIA



Filipa Soeiro

(Aluna 2º Mestrado Enfermagem de Reabilitação)

Dina Peças
(Docente ESSEM)

Patrícia Vidinha
(Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação)

ESM
EGAS MONIZ SCHOOL
OF HEALTH & SCIENCE

O que é a Demência?

- É uma das principais causas de incapacidade e dependência nos idosos a nível mundial, interferindo de forma progressiva na sua capacidade de realizar as atividades de vida diárias;
- É acompanhada por sintomas psicológicos, como a depressão, ansiedade, delírio ou alucinações, ou por alterações comportamentais, como a agitação, agressividade ou apatia;
- Conduz à perda de autonomia e independência, com impacto significativo na vida dos familiares e cuidadores pela sobrecarga e sofrimento.

Há diversas formas de demência, sendo a Doença de Alzheimer a mais comum, seguindo-se a Demência Vasculares, a Demência com Corpos de Lewy e a Demência Frontotemporal.

Fases da Demência

1ª Fase inicial

- Alteração da memória a curto prazo;
- Desorientação espaço temporal;
- É muitas vezes desvalorizada por associarem sintomas naturais do processo de envelhecimento.

2ª Fase intermédia

- Dificuldade na comunicação, na resolução de problemas e na identificação de pessoas;
- Alterações do humor e de comportamento;
- Dificuldade em realizar as atividades de vida diárias.

3ª Fase Avançada

- Deterioração severa das funções mentais, aumento da rigidez muscular, desequilíbrio e limitação da amplitude articular, que conduzem à inatividade e dependência total de terceiros.

Um diagnóstico precoce de demência é fulcral para se garantir uma melhor qualidade de vida da pessoa portadora de demência, sua família e cuidadores.

Fatores de Risco

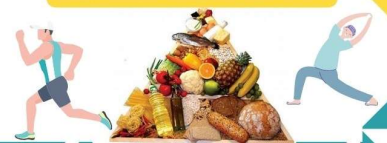
1) Não Modificáveis

- Idade (> risco acima dos 65 anos);
- Sexo (As mulheres apresentam maior risco de desenvolver doença de Alzheimer e os homens demência Vasculares);
- Genética (Presença de variantes do gene apolipoproteína E (APOE) aumenta o risco de desenvolver a Doença de Alzheimer).

2) Modificáveis

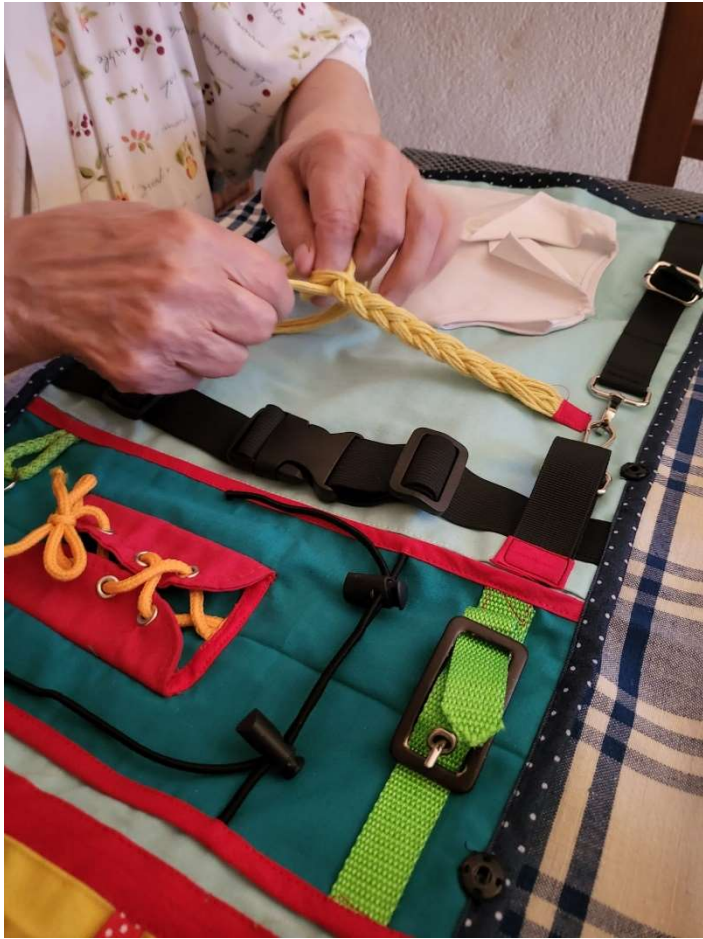
- Fatores de risco vasculares (Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus tipo II, Dislipidemia e obesidade);
- Estilos de vida (Sedentarismo, tabagismo, alcoolismo e alimentação desequilibrada).

Apesar de ainda não existir cura para a demência, a adoção de estilos de vida saudáveis podem reduzir o risco de demência.

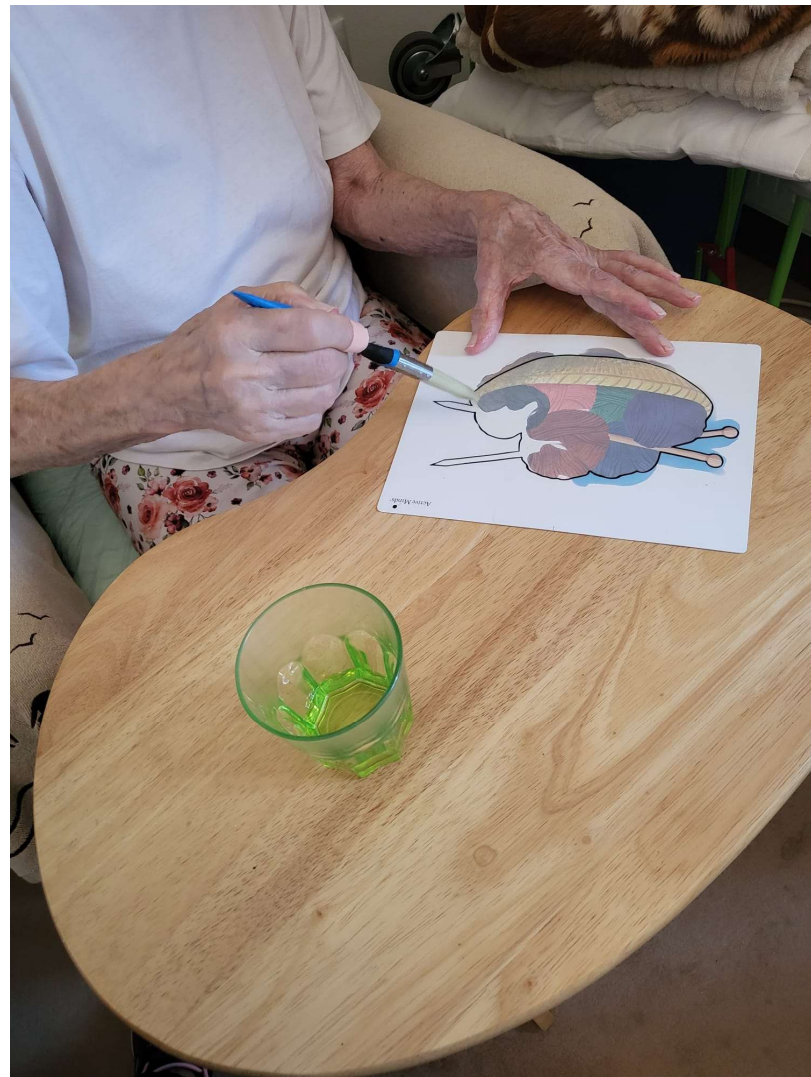


APÊNDICE X - MALA DE REABILITAÇÃO

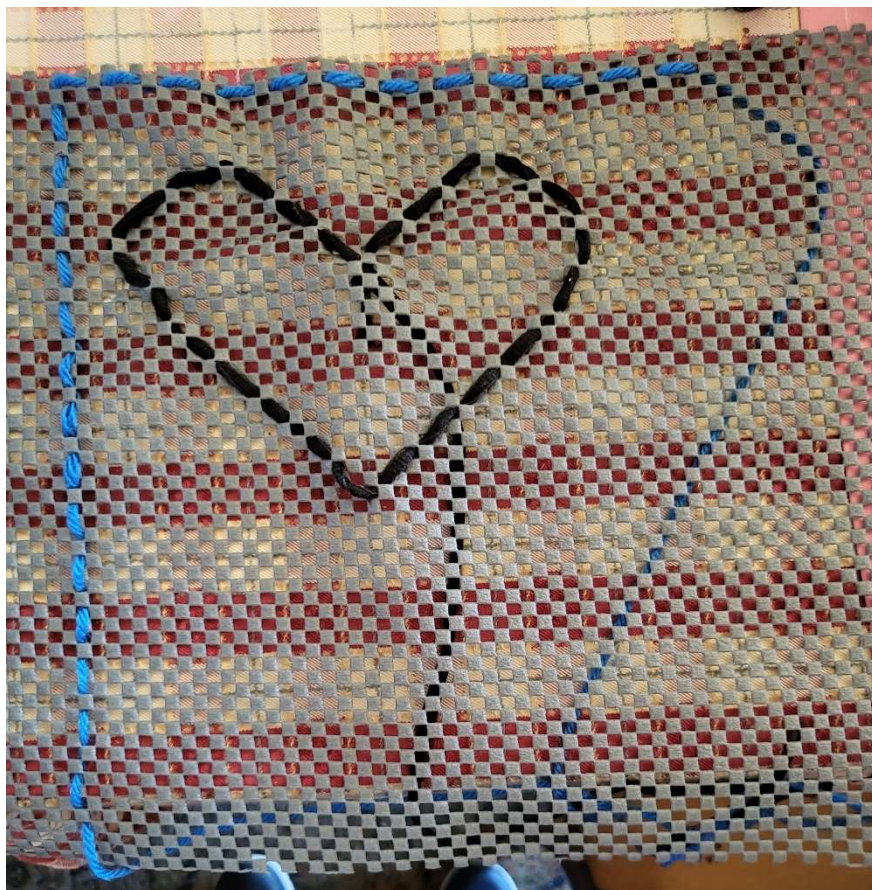




APÊNDICE XI – FOLHAS PARA PINTURA COM ÁGUA



APÊNDICE XII - TECIDO QUADRICULADO PARA ENFIAR CORDEL



APÊNDICE XIII - REEDUCAÇÃO FUNCIONAL RESPIRATÓRIA E MOTORA NO
PÓS-OPERATÓRIO



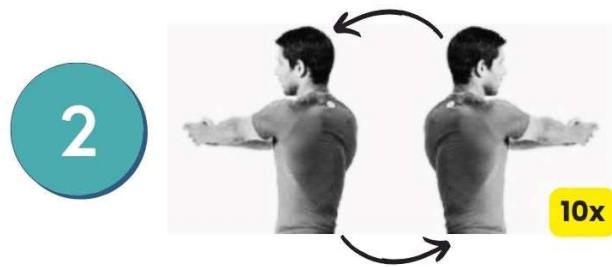
REEDUCAÇÃO FUNCIONAL RESPIRATÓRIA E MOTORA NO PÓS- OPERATÓRIO

Filipa Soeiro
(Aluna do Mestrado em Enfermagem de
Reabilitação)

Dina Peças
(Docente ESSEM)

Nelson Pardal
(Enfermeiro Especialista em Enfermagem
de Reabilitação)

Almada, 2024



APÊNDICE XIV – AÇÃO SENSIBILIZAÇÃO SOBRE A DEMÊNCIA


 II Mestrado em Enfermagem de Reabilitação
 Estágio na UCCI Rainha D. Leonor
 1º Ano – 2º Semestre

Cuidar da pessoa com Demência

Ação de sensibilização

Docente: Filipa Socorro
 Docente: Dina Peixas
 Orientador: Patrícia Fernandes

Maio de 2024


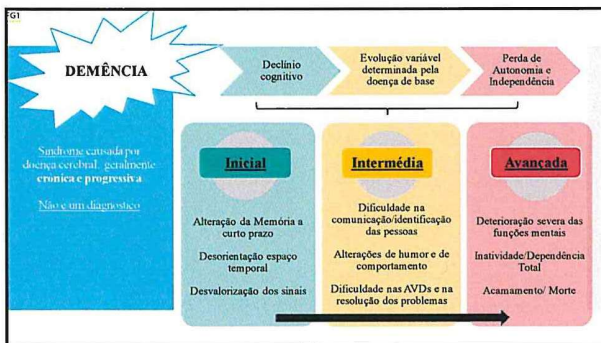


Cuidar da pessoa com Demência

Ação de sensibilização

Objetivos

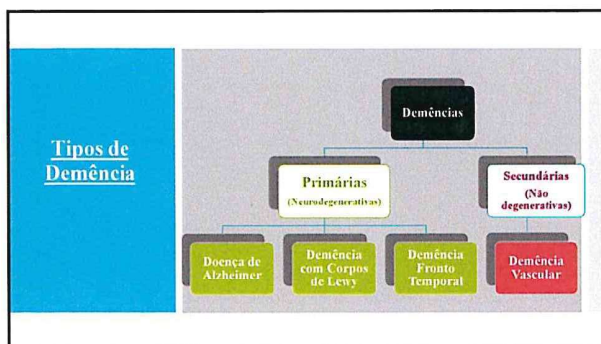
- Abordar a evolução da demência e as respetivas manifestações clínicas;
- Sensibilizar sobre o impacto da demência e a sua prevalência;
- Sensibilizar sobre a importância de envolver os cuidadores nos cuidados à pessoa com demência;
- Identificar as intervenções promotoras da reabilitação da pessoa com demência.

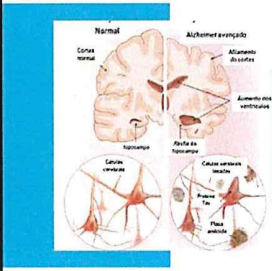
DEMÊNCIA

Prevalência

- Mais de 55 milhões de pessoas sofrem de demência no Mundo (World Health Organization - (WHO), 2017)
- 10 milhões de novos casos por Ano
A cada 3seg. há um novo caso (WHO, 2017)
- 2015 – 47 Milhões (5% da população idosa mundial)
2030 – 75 Milhões
2050 – 132 Milhões (WHO, 2017)
- Em Portugal**
1,88% em 2018 → 2,29% em 2025 → 3,82% em 2050 (Associação Europeia, 2019)



TIPOS DE DEMÊNCIA



DOENÇA DE ALZHEIMER (DA)
 Mais comum (60-70% casos)

Causa genética – início precoce (50anos) Presença de proteína precursora do amiloide, presenilina 1 ou 2

Sintomas: Depressão (fase inicial), agitação psicomotora, agressividade, sintomas psicóticas (fase avançada)

(American Psychiatric Association (APA), 2014)



DEMÊNCIA

Intervenção

A pessoa com demência apresenta alteração da memória a curto prazo, dificuldade no pensamento e discurso e falta de insight, sendo fundamental:

- Adotar uma atitude de reforços positivos;
- Disponibilizar tempo para ouvir;
- Respeitar as pausas no discurso;
- Evitar o uso de conceitos complexos;
- Ajustar a linguagem e utilizar ferramentas auxiliares de memória.

(Alfonso et al., 2016)

Folheto Informativo

CUIDAR DA PESSOA COM DEMÊNCIA

ALGUMAS SUGERÊNCIAS

- PROMOVER UM AMBIENTE SEGURO
- EVITAR OS COMENTÁRIOS
- NÃO EMBARRAAR SE NÃO HOUVER PERIGO
- EVITAR ESCRITÓRIOS COMPLEXOS
- RESPEITAR A INFORMACÃO DAS VEZES NECESSÁRIAS
- NÃO ESTIMULAR REINTEGRAÇÃO, ENTÃO NÃO É CÉLULO DE INFORMACÃO
- EVITAR AMENDESES COM PESSOAS PROXIMAS DO CUIDADO

CUIDADOS À TOMA DA MEDICAÇÃO

- ASSISTIR À TOMA DA MEDICAÇÃO
- RESISTIR ÀS HORAS
- DECIDIR OS MOMENTOS ADEQUADOS SEMPRE QUE NECESSÁRIO
- MANTER O MEMORANDO
- MANTER NECESSIDADE DE TITULAR A MEDICAÇÃO

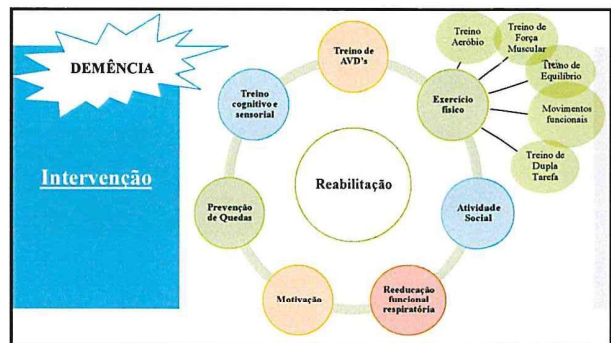
ESTRATÉGIAS PARA RECEBER A AVALIAÇÃO DA DEMÊNCIA

- COMPREENDER A NECESSIDADE DE AVALIAÇÃO E TORNAR-SE ÚTIL
- IDENTIFICAR O NÍVEL DE DEFICIT E AVALIAR O NÍVEL DE DEFICIT
- IDENTIFICAR O NÍVEL DE DEFICIT E AVALIAR O NÍVEL DE DEFICIT
- IDENTIFICAR O NÍVEL DE DEFICIT E AVALIAR O NÍVEL DE DEFICIT
- IDENTIFICAR O NÍVEL DE DEFICIT E AVALIAR O NÍVEL DE DEFICIT

E CUIDAR DE QUEM CUIDA

ESTRATÉGIAS PARA RECEBER A AVALIAÇÃO DA DEMÊNCIA

- COMPREENDER A NECESSIDADE DE AVALIAÇÃO E TORNAR-SE ÚTIL
- IDENTIFICAR O NÍVEL DE DEFICIT E AVALIAR O NÍVEL DE DEFICIT
- IDENTIFICAR O NÍVEL DE DEFICIT E AVALIAR O NÍVEL DE DEFICIT
- IDENTIFICAR O NÍVEL DE DEFICIT E AVALIAR O NÍVEL DE DEFICIT
- IDENTIFICAR O NÍVEL DE DEFICIT E AVALIAR O NÍVEL DE DEFICIT



DEMÊNCIA

Intervenção

Os treinos de força, de equilíbrio e de dupla tarefa, realizados 2 a 3 vezes por semana, podem ter benefícios significativos:

- Melhoria na velocidade da marcha e no desempenho das atividades de vida diária;
- Diminuição do déficit cognitivo;
- Melhoria do humor e da confiança;
- Diminuição do risco de queda.

(Bajwa et al., 2019)

Os cuidadores devem ser sensibilizados para a importância do exercício físico para retardar a progressão da doença, de forma a potenciar oportunidades que visam a promoção da saúde da pessoa que sofre demência.

(Mendes et al., 2019)

DEMÊNCIA

Conclusão

- O Diagnóstico precoce é fundamental para a qualidade de vida da pessoa com demência, família e cuidador
- É um desafio diário no planeamento dos cuidados de saúde devido ao aumento do número de casos de demência
- A intervenção dos profissionais de saúde é crucial para diminuir o impacto da demência: físico, psicológico, social e económico

Obrigado.

Dúvidas?



Referências Bibliográficas

Portugal, A. (2019). O que é demência. *Lisboa: Associação Alzheimer Portugal*. Consultado em: <https://www.lisbp.pt/setecabecas/imagens/FichasInformativas/DEMNGCLA.pdf>

Pelegrino, P. S., & Leal, M. G. S. (2009). Perspectiva biopsicológica do envelhecimento. *55o Paulo: Fundação Padre Anchieta*.

World Health Organization. (2017). Global action plan on the public health response to dementia 2017-2025. Consultado em: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/259615/97892341511457_eng.pdf;jsessionid=4FA410FA32471AC53088F52B335F416D?sequence=3

Europe, A. (2019). Dementia in Europe Yearbook 2019: Estimating the prevalence of dementia in Europe. *Alzheimer Europe, 189*. Consultado em: https://www.alzheimer-europe.org/sites/default/files/alzheimer_europe_dementia_in_europe_yearbook_2019.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2011). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação. Consultado em <https://www.ordemenfemeiros.pt/arquivos/codigos/Documentos/PQCEERreabilitacao.pdf>

American Psychiatric Association (APA). DSM-5: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: Artmed Editora; 2014.

World Health Organization. Global action plan on the public health response to dementia 2017-2025. 2017.

APÊNDICE XV - MÓDULO GESTÃO COMPORTAMENTAL DO PLANO DE
FORMAÇÃO SOBRE CUIDAR DA PESSOA COM DEMÊNCIA



EM

GESTÃO COMPORTAMENTAL

Sumário:

- Entender os comportamentos desafiadores;
- Estratégias de prevenção e gestão da agressividade e agitação;
- Desenvolver um ambiente seguro e acolhedor;
- Estimulação cognitiva e atividades terapêuticas.

EM

Comportamentos desafiadores

Os **Sintomas Comportamentais e Psiquiátricos da Demência (SCPD)** são reconhecidos como uma **manifestação importante da demência**. Estes sintomas são frequentemente a maior causa de **alteração no funcionamento** da pessoa com demência e de marcado **desgaste** nos cuidadores. Assim, o **tratamento** dos sintomas comportamentais é **fundamental**.

EM

Comportamentos desafiadores

- Desenvolvimento ou agravamento de outras doenças;
- Uso de determinados medicamentos;
- Fatores relacionados com a personalidade pré-mórbida;
- Fatores ambientais e sociais.

O reconhecimento dos sintomas comportamentais pelos familiares ou cuidadores é fundamental.

EM

Comportamentos desafiadores

Causa

- Identificar o fator desencadeante;
- Eliminar o fator;

Objetivo

- Incapacidade de transmitir o que quer ou precisa (necessidade de se sentir útil ou ocupada);
- Perceber o que estará a tentar conseguir com o comportamento e tentar ir ao encontro dessa necessidade;

Doença

- Doença cerebral que conduz a um comportamento diferente do habitual;
- Confrontar não é uma solução eficaz; Distrair pode ser a solução.

 UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS

Comportamentos desafiadores – SCPD mais frequentes

Apatia



Está presente em cerca de metade das pessoas com demência nos estádios iniciais e caracteriza-se por falta de interesse nas atividades diárias, diminuição da interação social, diminuição das respostas emocionais e da iniciativa.

 UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS

Comportamentos desafiadores – SCPD mais frequentes

Ansiedade



Manifesta-se por sintomas físicos como desconforto torácico, tensão muscular, palpitações e dificuldade em respirar e/ou por sintomas psíquicos como preocupação excessiva e antecipação excessiva do futuro.

 UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS

Comportamentos desafiadores – SCPD mais frequentes

Depressão



Caracteriza-se por tristeza e/ou falta de interesse pelas atividades habituais, que ocorre na maior parte dos dias, diminuição da vontade e da capacidade de experienciar o prazer, alterações do sono e do apetite, pensamento de morte, entre outros.

 UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS

Comportamentos desafiadores – SCPD mais frequentes

Deambulação



Vaguear sem objetivo ou destino definido; tentativas repetidas de sair de casa acabando por se perder.

 UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS

Comportamentos desafiadores – SCPD mais frequentes

Agitação psicomotora/agressividade



Mais frequente nas fases mais avançadas da demência.


 UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS

Comportamentos desafiadores – SCPD mais frequentes

**Desinibição e
impulsividade**




A pessoa comporta-se de forma impulsiva e inapropriada, manifestando também dificuldade em comportar-se de acordo com as normas sociais (ex. intrometer-se nas conversas dos outros, não esperar pela sua vez, deixar alguém a falar sozinho porque ouviu um barulho na rua); pode também apresentar desinibição social ou sexual, com comportamentos sexuais dirigidos a si mesmo ou a outros.

 ESCOLA DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DE LISBOA

Comportamentos desafiadores – SCPD mais frequentes

Reações catastróficas



A pessoa reage de forma abrupta com raiva, ansiedade intensa, agressão verbal e física a experiências adversas, vivenciadas com frustração; geralmente breves e autolimitadas.

 ESCOLA DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DE LISBOA

Comportamentos desafiadores – SCPD mais frequentes

Alucinações



A pessoa percebe um objeto que não existe, ou seja, pode ver, ouvir, cheirar, degustar ou sentir algo que não existe.

São frequentemente visuais, por vezes auditivas e mais raramente tácteis ou relacionadas com cheiros.

 ESCOLA DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DE LISBOA

Comportamentos desafiadores – SCPD mais frequentes

**Síndromes de identificação delirante / falsos
reconhecimentos**



A pessoa identifica incorretamente estímulos externos e elabora-os e forma delirante. São exemplo a identificação alterada da própria pessoa (não reconhece a própria imagem refletida no espelho) e a identificação alterada de outras pessoas, como familiares, amigos ou cuidadores.

 ESCOLA DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DE LISBOA

Comportamentos desafiadores – SCPD mais frequentes

Ideias delirantes



São crenças falsas que não cedem à argumentação e que não estão em concordância com ambiente social e cultural da pessoa e podem associar-se a episódios de agressividade.

 ESCOLA DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DE LISBOA

Comportamentos desafiadores – SCPD mais frequentes

Insónias



Dificuldade em iniciar e/ou manter o sono, acordando várias vezes durante a noite, acordar muito cedo ou ter a sensação de sono não reparador.

 ESCOLA DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DE LISBOA

Comportamentos desafiadores – SCPD mais frequentes

Sundowning



Consiste no agravamento dos SCPD ao final do dia (ex., a pessoa pode ficar mais inquieta, agitada ou confusa no final da tarde e início da noite).


Comportamentos desafiadores

1. Qual o comportamento mais desafiante para si na pessoa com demência?
2. Que estratégia(s) utilizou para gerir esse comportamento?
3. Sente dificuldade em gerir os comportamentos da pessoa com demência?



Accede a mentimeter | e usa o código 4347 5585

Comportamentos desafiadores



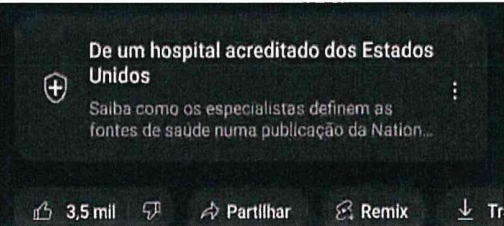
Comportamentos desafiadores




Comportamentos desafiadores



Comportamentos desafiadores






Estratégias de prevenção e gestão da agressividade e agitação



- Evitar confrontos e não valorizar os défices;
- Não contrariar se não houver perigo;
- Não elevar o tom de voz;
- Repetir a informação sempre que necessário;
- Evitar o excesso de informação para não estimular demasiado;
- Evitar ambientes com muita confusão e ruído;
- Explicar todos os procedimentos previamente, tranquilizando a pessoa;

Estratégias de prevenção e gestão da agressividade e agitação



- Planear o dia, sendo as atividades mais exigentes de manhã e à tarde as atividades relaxantes e estruturadas;
- Realizar atividades de estimulação cognitiva e jogos do gosto da pessoa: 
- Realizar exercício físico e passeios; 
- Motivar com reforços positivos; 
- Permitir que a pessoa tome decisões simples;
- Recordar familiares e momentos importantes, mostrando fotografias;
- Evitar fazer perguntas que podem causar confusão e angústia (ex: quem sou eu?)

Estratégias de prevenção e gestão da agressividade e agitação



"O que funcionou ontem pode não funcionar amanhã."



Caldas de Almeida et al. (2015)

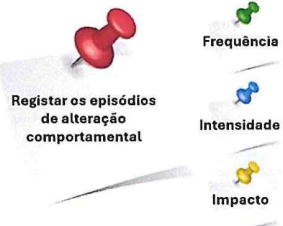
Estratégias de prevenção e gestão da agressividade e agitação



Estratégias Não Farmacológicas Ineficazes



Estratégias Farmacológicas







Estratégias para promover um ambiente seguro e acolhedor






Estratégias para promover um ambiente seguro e acolhedor



- Ligar uma luz de presença durante a noite;
- Fechar portas e janelas; 
- Evitar colocar espelhos; 
- Preferir as bases de duche com chão antiderrapante; 
- Colocar corrimão nas escadas; 

Estratégias para promover um ambiente seguro e acolhedor



- Colocar os medicamentos, objetos corto-perfurantes e produtos de limpeza fora do alcance da pessoa; 
- Identificar as gavetas dos armários, os objetos pessoais e as portas das diversas divisões; 
- Colocar relógios e calendários em diversos espaços para promover a orientação temporal; 

Estratégias para promover um ambiente seguro e acolhedor

Fase Avançada da Demência →

Estratégias para promover um ambiente seguro e acolhedor

Fase Avançada da Demência →

Estimulação Cognitiva

Treino Cognitivo → Estimulação especializada e personalizada das funções cognitivas, como a capacidade de **orientação, atenção, memória, linguagem, cálculo e funções executivas.**

PARÁ QUE SERVE?

- ✓ Estimulação das funções cognitivas afetadas;
- ✓ Identificação e reconhecimento das áreas cognitivas preservadas.

OBJETIVOS

- ✓ Capacitar a pessoa para gerir as limitações e capacidades, de acordo com o seu potencial cognitivo e emocional.

Estimulação Cognitiva

- ✓ Adaptar os exercícios a eventuais limitações que influenciam o desempenho (dificuldades de audição, visão);
- ✓ Estar atento ao estado de alerta e de conforto (nível de sonolência, cansaço, postura correta) e escolher um local calmo, com poucas distrações;
- ✓ Dar tempo para que a pessoa compreenda o que se está a dizer e o que pretende expressar;
- ✓ Identificar sinais de cansaço ou frustração, não insistir na atividade e continuar noutro dia.

Estimulação Cognitiva

ESTRATÉGIAS A UTILIZAR

- ✓ Manter rotinas;
- ✓ Criar um calendário ou agenda;
- ✓ Ambiente calmo e tranquilo;

O Poder do Elogio

- ✓ Usar frases simples e curtas;
- ✓ Elogiar o esforço e o empenho nas atividades;
- ✓ Incentivar atividades que sejam prazerosas;
- ✓ Incentivar o poder de escolha, providenciando 2 ou 3 opções.

Estimulação Cognitiva

Individual ↔ Grupo

Capacidade Cognitiva Reminiscente	Orientação	Interação Social	Readaptação comportamental
Funcionalidade	Autonomia	Bem-estar	Qualidade de Vida

Estimulação Cognitiva

• Muito importante a avaliação da função cognitiva da pessoa com demência

Mini-Exame do Estado Mental (MMSE)

Avaliação Cognitiva de Montreal (MoCA)

The slide displays two cognitive assessment forms. On the left is the Mini-Exame do Estado Mental (MMSE), and on the right is the Avaliação Cognitiva de Montreal (MoCA). Both forms include various test items and a grid for recording scores.

Atividades Terapêuticas

A collage of images representing various therapeutic activities: chess pieces on a board, a group of people exercising in a park, a collection of photographs, a paint palette with brushes, and a crossword puzzle titled 'SOPA DE LETRAS'.

Atividades Terapêuticas

Terapia Snoezelen

Musicoterapia

The slide shows two therapeutic activities. On the left, 'Terapia Snoezelen' is depicted with a person in a sensory room with colorful lights and textures. On the right, 'Musicoterapia' shows two people sitting at a table with musical instruments.

Atividades Terapêuticas

Classe de Grupo de Mobilidade

Exercício Físico **Música Ambiental** **Interação Social** **Contacto com o exterior**

The slide features an image of a group mobility class and a Venn diagram with four overlapping circles representing the benefits: Physical Exercise, Ambient Music, Social Interaction, and Contact with the exterior.

Atividades Terapêuticas

The slide displays several examples of handmade crafts and fabric projects, including a colorful quilt, a bag, and other textile items.

Atividades Terapêuticas

A ROBOTERAPIA

• Qual o impacto na pessoa com demência?

Maior aceitação **Menores níveis de stress** **Maior resposta do sistema imunitário** **Melhor estado de humor** **Maior interação social e verbal** **Menor isolamento** **Maior ativação de memórias**

Gomes et al. (2022)

The slide features a Venn diagram with seven overlapping circles representing the impacts of robot therapy: Greater acceptance, Lower stress levels, Greater immune system response, Better mood, Greater social and verbal interaction, Less isolation, and Greater memory activation.

Atividades Terapêuticas

PARO - O ROBÔ TERAPÊUTICO



Atividades Terapêuticas

PARO - O ROBÔ TERAPÊUTICO



• **Terapia não farmacológica com ganhos muito positivos**

Gestão comportamental → Incentivo a Comunicação Verbal e Não-Verbal → Promoção da Interação Social

Gomes et al. (2023)

Obrigado.

Dúvidas



BIBLIOGRAFIA

Almeida, M. C., Balmos, H. S., Pereira, C., Santos, A. C., Pinto, V., Costa, S., Correia, A., Pedrosa, H. (2015). *Manual de Boas Práticas: Demência*. União das Instituições Portuguesas. <https://doi.org/10.1186/1895-2893-2-8>

Wolfe, C., Morgado, J., Vitório, M. L., & Ferreira, Joaquim. (2022). *Manual do cuidador da pessoa com demência*. Torres Vedras: CNS | Campus Neurológico.

Jórgue, M. D., P. S. D. S., Freitas, C. M., Jesus, B. G. S. D., Santos, J. C. D., & Silva, A. S. E. D. (2022). *PROGRAMAS DE ESTIMULAÇÃO COGNITIVA PARA PESSOAS MAIORES COM O SÍNDROME DE DEMÊNCIA SUBCORTICAL APLICADOS POR ENFERMEIRAS: REVISÃO INTEGRADORA*. *Cogitare Enfermagem*, 27, e78943.

Silva, B. (2021). *Intervenções não farmacológicas como a roboterapia em pessoas com demência*. In III Congresso Internacional de Educação e Saúde da Universidade de Marília (p. 53).

APÊNDICE XVI – POSTER “AS INTERVENÇÕES DO EEER NA PESSOA COM
DEMÊNCIA”

As Intervenções do Enfermeiro Especialista em Reabilitação na Pessoa com Demência: uma Revisão *Scoping* de Estudos Randomizados Controlados

Filipa Soeiro^{1,2}, Júlio Fernandes², Dina Peças²

¹ Residência Sênior de Belverde

² Egas Moniz School of Health & Science

1. INTRODUÇÃO

A demência caracteriza-se por um declínio progressivo das capacidades intelectuais e funcionamento da pessoa, incapacitando-a de se relacionar eficazmente com os outros e de ser autónoma nas suas atividades de vida diária¹. É uma das principais causas de incapacidade e dependência do idoso a nível mundial. Mais de 55 milhões de pessoas sofrem de demência, estimando-se um aumento para 132 milhões em 2050². A demência tem impactos físicos, psicológicos, sociais e económicos, não apenas para as pessoas que sofrem de demência, como também para os cuidadores, famílias e sociedade³. Melhorar a qualidade de vida e a funcionalidade da pessoa com demência e retardar a progressão da doença é fundamental, onde a reabilitação terá um papel preponderante.

OBJETIVO: Identificar as intervenções promotoras da reabilitação da pessoa com demência.

2. METODOLOGIA

Revisão *Scoping* assente na metodologia proposta por Arksey e O'Malley⁴ e as recomendações descritas na lista de verificação PRISMA-ScR⁵ (Fig.1)

QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO: Quais são as intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação promotoras da reabilitação da pessoa com demência?

- **BASES DE DADOS:** MEDLINE, CINAHL, Nursing & Allied Health Collection, Cochrane e MedicLatine - Plataforma *ESBCOhost*
- **DESCRIPTORIOS (DeCS/MeSH):** (*Dementia*) AND (*Cognitive training OR Exercise therapy*) AND (*Rehabilitation*).
- **LIMITADORES DE PESQUISA:** Ano de publicação entre 2014 e 2024, idiomas português e inglês, disponibilidade em texto integral e estudos randomizados. A pesquisa final foi realizada a 3 de Abril de 2024.
- **CRITÉRIOS DE INCLUSÃO:**

População (P)	Conceito (C)	Contexto (C)	Desenho de Estudo
Pessoa com Demência Idade >18 anos	Intervenções relacionadas com exercício físico e/ou treino cognitivo	Reabilitação	Estudos randomizados e controlados que abordem intervenções de reabilitação na pessoa com demência

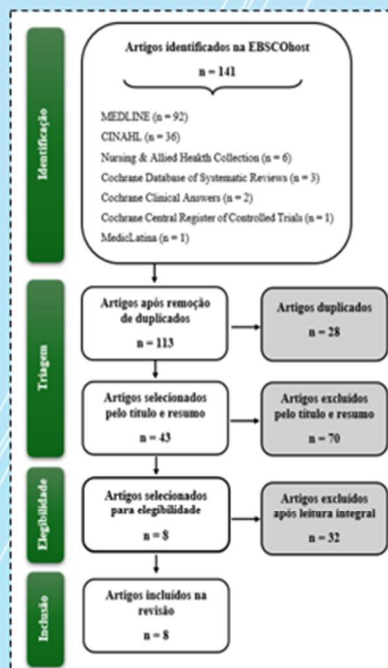


Fig.1 - PRISMA

3. RESULTADOS



4. CONCLUSÃO

Esta revisão *scoping* identificou diversas intervenções promotoras da reabilitação na pessoa com demência, que visam não só melhorar a sua qualidade de vida e da sua família e cuidador, como também retardar a progressão da doença. Sensibilizar sobre o impacto da demência e a importância da sua inclusão no planeamento dos cuidados de saúde é fundamental para o desenvolvimento económico. Contudo, é uma temática complexa e um desafio lidar com esta população, razão pela qual devem ser realizados mais estudos neste âmbito.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS



APÊNDICE XVII – ESTUDO DE CASO “A PROMOÇÃO DA FUNCIONALIDADE
DA PESSOA COM DEMÊNCIA NAS ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIAS”



Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Ano letivo 2024/2025

2º ano – 1º semestre

Unidade Curricular Estágio e Relatório

ESTUDO DE CASO:
A PROMOÇÃO DA FUNCIONALIDADE DA PESSOA COM DEMÊNCIA NAS
ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIAS

Filipa Alexandra Ferreira Gonçalves Soeiro

Almada

Janeiro 2025



Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Ano letivo 2024/2025

2º ano – 1º semestre

Unidade Curricular Estágio e Relatório

ESTUDO DE CASO:
A PROMOÇÃO DA FUNCIONALIDADE DA PESSOA COM DEMÊNCIA NAS
ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIAS

Discente: Filipa Alexandra Ferreira Gonçalves Soeiro (nº 118609)

Docente Orientador: Dina Peças

Almada

Janeiro 2025

LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E ACRÓNIMOS

AVD'S - Atividades de vida diárias

DVE - Drenagem ventricular externa

EEER - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

EOT - Entubação oro-traqueal

GCS - Escala de Coma de Glasgow

GUSS - Gugging Swallowing Screen

HGO - Hospital Garcia de Orta

HSA - Hemorragia subaracnóidea

HSA - Hospital de Santa Maria

MIF - Medida de Independência Funcional

MMSE - MiniMentalState Examination

MoCA - Montreal Cognitive Assessment

MRC- Medical Research Council

NC - Neurocirurgia

OE - Ordem dos Enfermeiros

SNG - Sonda nasogástrica

TAC CE - Tomografia Computorizada Crânio-Encefálica

VMER - Viatura Médica de Emergência e Reanimação

ÍNDICE

Introdução.....	5
1. Colheita de Dados.....	7
2. Exame físico.....	10
3. Avaliação da Função Respiratória.....	10
4. Avaliação Neurológica.....	11
4.1. Estado Mental	11
4.2. Pares Cranianos.....	14
5. Avaliação da Motricidade.....	20
5.1. Força Muscular	20
5.2. Tônus Muscular	22
5.3. Coordenação Motora	23
5.4. Sensibilidade	24
5.5. Equilíbrio Corporal	25
5.5.1. Risco de Queda	26
6. Avaliação da Marcha.....	27
7. Avaliação do grau de dependência no autocuidado.....	29
8. Avaliação da deglutição.....	32
9. Plano de Cuidados.....	33
8.1. Teoria das Consequências Funcionais de Carol Miller	33
8.2. Plano de Cuidados da utente A.M.	36
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	53
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	54
ANEXOS.....	55

Introdução

A elaboração do presente estudo de caso surge no âmbito da unidade curricular Estágio e Relatório do 1º Semestre do 2º Ano do Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde Egas Moniz. Este requer uma investigação aprofundada da realidade, de forma a compreender-se os acontecimentos complexos do quotidiano, numa perspetiva holística e significativa para o conhecimento (Figueiredo et al., 2018).

A demência abrange um grupo de doenças neurológicas progressivas que afetam a memória e outras funções cognitivas, restringido diariamente a funcionalidade da pessoa e, conseqüentemente, incapacitando-a de realizar as atividades de vida diárias (AVD's) à medida que esta síndrome progride (Hancox et al., 2019).

Assim, o tema deste estudo caso intitula-se **“A promoção da funcionalidade da Pessoa com Demência nas AVD's”**, através de cuidados de enfermagem de reabilitação que visam a maximização das capacidades funcionais da pessoa com demência, de forma a melhorar o seu rendimento e, por sua vez, promover o desenvolvimento pessoal (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2015a), o qual se insere na temática do relatório: “As intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) na pessoa com demência”.

O programa de enfermagem de reabilitação implementado à utente A.M. entre 30/9/24 a 22/11/24 teve por base as necessidades identificadas, no âmbito da funcionalidade, com recurso aos instrumentos de recolha de dados para a documentação dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação (OE, 2016), de forma a recuperar a sua funcionalidade nas AVD's, retardando a progressão da demência e, simultaneamente, melhorando a sua qualidade de vida.

A elaboração deste estudo de caso respeitou os princípios éticos e legais da profissão bem como a dignidade e privacidade da utente, sendo consultado o respetivo processo clínico e questionado o familiar de referência (filha) sobre o percurso de vida da utente A.M., visto que não era possível obtê-lo através da utente dada a sua alteração da memória e incoerência no discurso. Este inicia-se com a colheita de dados da utente A.M., seguindo-se a avaliação conforme a intervenção do EEER na pessoa com demência, baseada na Teoria das Consequências Funcionais de Carol Miller (2012). Segue-se, posteriormente, o plano de cuidados à utente A.M. com base no Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (OE, 2015b) e segundo a Classificação Internacional para a Prática da Enfermagem (CIPE), concluindo com as considerações finais. O

presente estudo de caso respeita as normas de formatação das teses de mestrado e de doutoramento da Escola Superior de Saúde Egas Moniz, assim como as referências bibliográficas cumprem a norma da American Psychological Association 7ª edição.

1. Colheita de Dados

Identificação
A.M. de 78 anos de idade, sexo feminino, caucasiana, 7 ^o ano de escolaridade, natural da Ericeira.
História de Vida Atual
<p>Ex-costureira (filha M, que é a familiar de referência da utente, não sabe precisar a data da reforma) e viúva há cerca de 19 anos. Tem 4 filhos, dois dos quais residiam com ela, em habitação própria, num apartamento na Ericeira, até ser encaminhada para o hospital de Santa Maria no dia 13/9/24 por quadro de cefaleia, vômitos e alteração do estado de consciência.</p> <p>Outrora, a senhora A.M., segundo a filha M. era uma pessoa orientada auto e alopsiquicamente, embora com alguns episódios de alteração da memória a curto prazo, mas totalmente independente nas AVD's, realizando de forma autónoma as tarefas domésticas.</p>
História de Doença Atual
<p>No dia 12/9/24 apresentou quadro de cefaleia súbita, sendo encontrada no dia seguinte caída no quarto com diminuição da força dos membros inferiores, a qual recuperou espontaneamente. Posteriormente, apresentou quadro de síncope, autolimitado, mas associado a cefaleia intensa e alteração do estado de consciência, sendo ativada a Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER) de Torres Vedras que recorreu ao domicílio da utente. À chegada da VMER a utente apresentava Escala de Coma de Glasgow (GCS) 3, com dois episódios de vômito e hipertensão. Realizadas diversas tentativas de entubação oro-traqueal (EOT), mas sem sucesso por edema da glote, sendo encaminhada para o Hospital de Santa Maria (HSM). Na sala de reanimação do HSM, apresentava GCS 7, pupilas mióticas e estabilidade hemodinâmica. Realizou Tomografia Computorizada Crânio-Encefálica (TAC CE) que revelou hemorragia subaracnóidea (HSA) aneurismática Fischer IV com hidrocefalia aguda – aneurisma da comunicante posterior, sendo realizada EOT sem intercorrências. Colocada drenagem ventricular externa (DVE) sem intercorrências e por impossibilidade do</p>

HSM realizar angiografia, foi transferida para o Hospital Garcia de Orta (HGO) nesse mesmo dia, 13/9/24.

No HGO realizou estudo por angiografia a 14/9/24, aneurisma embolizado com 3 coils no seu interior, tendo-se documentado exclusão significativa do aneurisma. Vigilância de vasoespasma entre o 7º e o 14º dia após HSA, sem intercorrências. Sob tinzaparina profilática. Colocada sonda nasogástrica (SNG) no dia 15/9/24, tolerando a alimentação entérica. Na TAC CE do dia 24/9/24 observa-se AVC isquémico em território da Artéria Cerebral Média e Artéria Cerebral Posterior direita pós tratamento endovascular de aneurisma. Realizado desmame da DVE com encerramento a 25/9/24. Evolução para extubação a 26/9/24 e desmame progressivo de oxigenioterapia.

Transferida da Unidade de Cuidados Intensivos para o serviço de Neurocirurgia (NC) I no dia 28/9/24. A 13/10/24 foi colocado shunt programável Hakim Codman a 110mmHg.

Resumo da evolução do estado de saúde na NC I

No início do internamento na NC I a utente A.M. apresentava-se consciente, mas não era possível averiguar-se a sua orientação, visto que não despertava quando era abordada, respondendo apenas a estímulos dolorosos. Contudo, apresentou sempre períodos de grande agitação, com necessidade de imobilização dos punhos, visto que exteriorizava os acessos e a SNG e retirava constantemente a fralda. Posteriormente, foi oscilando períodos de sonolência e vigília, apresentando progressivamente abertura ocular espontânea, capacidade para responder ao solicitado e cumprir ordens simples. Encontrava-se inicialmente orientada na pessoa, mas ao longo do internamento melhorou a sua orientação espacial, conseguindo identificar o local onde se encontrava. Era totalmente dependente nas AVD's, no entanto denotou-se melhoria na sua colaboração/participação nos cuidados, sendo capaz de lavar, secar e vestir/despir o hemicorpo superior e de lavar os dentes. A alimentação via oral foi iniciada a 30/10/24, sem intercorrências, cumprindo dieta mole e ingestão de líquidos espessados à consistência néctar. A sua autonomia para o autocuidado: alimentar-se foi alcançada progressivamente, conseguindo atualmente alimentar-se sozinha sob supervisão. Para as transferências cama-cadeirão, cama-cadeira sanitária e vice-versa, necessitava de ajuda total bilateral, no entanto foi-se apresentando mais colaborante nestas, não realizando força contrária devido ao seu medo de cair e conseguindo manter o equilíbrio de tronco na posição sentada, que outrora não se verificava. Apesar de mobilizar

os 4 membros, verificava-se maior dificuldade no hemisfério esquerdo, sobretudo no membro superior esquerdo, mas foi recuperando a funcionalidade deste ao longo do internamento. Começou a realizar levantar para o cadeirão diariamente e era colocada no corredor para maior estímulo e interação com o meio envolvente, sendo o período de permanência neste aumentado de forma gradual. A utente A.M. apresentava-se alerta por períodos de tempo cada vez maiores, conseguindo permanecer no cadeirão até após o almoço. Foi referenciada para a rede de cuidados continuados na Ericeira, encontrando-se a aguardar vaga.

Antecedentes Pessoais

- Hipertensão Arterial
- Dislipidemia
- Operação às cataratas
- Síndrome demencial

Esquema Terapêutico

MEDICAMENTO	Jejum	Pequeno-almoço	Almoço	Lanche	Jantar	Deitar
Esomeprazol 20mg	1cp					
Captopril 50mg		1cp	1cp		1cp	
Carvedilol 25mg		1cp			1cp	
Quetiapina 25mg				1cp		1cp
Memantina 10mg		1cp				
Nolotil 575mg			1cp		1cp	
Paracetamol 1g		1cp		1cp		
Amlodipina 10mg					1cp	
Keppra 1000mg		1cp				
Nimodipina 60mg	1cp (7h)	1cp (11h)	1cp (15h)	1cp (19h)	1cp (23h)	1cp (3h)
Tinzaparina 3500UI	1 SC (7h)					

Alergias

Alergia ao Tramadol? Rash cutâneo na região inguinal e membros inferiores no internamento associado à administração de tramadol.

Hábitos Aditivos

Nega.

2. Exame Físico

Dados Antropométricos

Peso: Não foi possível obter

Altura: Não foi possível obter

Exame físico sumário

30/9/2024 – A senhora A.M. encontra-se consciente, sonolenta, não sendo possível avaliar a sua orientação. Abertura ocular a estímulos dolorosos. Não verbaliza. Não cumpre ordens. Mobiliza espontaneamente os 4 membros, embora de forma mais ativa do hemisfério direito. Pele e mucosas coradas, hidratadas e íntegras. Alimentação por SNG.

Eupneica em ar ambiente, Frequência Respiratória de 17 ciclos por minuto (cpm) e Saturações Periféricas de oxigénio (SpO₂) de 99%. Padrão respiratório misto, simétrico e regular de média amplitude. Hemodinamicamente estável. Tendência para a Hipertensão: 170/98 milímetros de mercúrio (mmHg); Normocárdica: 68 batimentos por minuto (bpm); Normoglicémica: 100 miligramas por decilitro (mg/dl); Apirética: 37°C de temperatura timpânica.

Sem presença de edemas nos membros inferiores ou sinais de trombose venosa profunda. Incontinente vesical e intestinal, usando fralda diariamente.

3. Avaliação da Função Respiratória

A função respiratória da utente A.M. foi avaliada segundo a Escala de Borg modificada, identificando-se assim o seu grau de dispneia (Borg, 1982).

FUNÇÃO RESPIRATÓRIA	30/9/24	30/10/24
Inspeção	Eupneica, com padrão respiratório misto, simétrico e regular de média amplitude.	
Palpação	Hemitoráx esquerdo e direito sem alterações.	
Percussão	Som claro pulmonar presente.	
Auscultação	Murmúrio vesicular mantido, sem ruídos adventícios.	
Tosse	Tosse eficaz, sem presença de secreções.	
Escala de Borg Modificada	Nenhuma dispneia (0).	

4. Avaliação Neurológica

4.1. Estado Mental

O estado de consciência da utente A.M. foi avaliado segundo a GCS e a sua capacidade de memória foi avaliada através da aplicação do exame MiniMentalState Examination (MMSE), complementado com o exame Montreal Cognitive Assessment (MoCA).

ESTADO MENTAL (30/9/24 a 22/11/24)	
Estado de consciência	<p>No primeiro contacto (30/9/24): Sonolenta, GCS score 8: Abertura ocular à dor (2), nenhuma resposta verbal (1), resposta motora localiza a dor (5).</p> <p>No último contacto (22/11/24): Vígil, GSC score 14: Abertura ocular espontânea (4), resposta verbal confusa (4), resposta motora cumpre ordens (6).</p>
Orientação	<p>No primeiro contacto (30/9/24): Não foi possível avaliar orientação (sonolenta).</p> <p>A 24/10/24 orientada autopsiquicamente.</p> <p>No último contacto (22/11/24): Orientada na pessoa e espaço. Desorientada no tempo.</p>
Atenção	Incapaz de soletrar a palavra “Mundo” de trás para a frente, conforme MMSE , nos diversos contactos com a utente.

	<p>Apresentou sempre alteração da vigiância (hipovígil com o meio envolvente, com tendência para fechar os olhos durante a atividade), da tenacidade (não bateu nenhuma vez na mesa ao ouvir a letra “B”) e da concentração (não realizou nenhuma subtração solicitada), verificando-se assim hipoprosexia nas duas realizações do MoCA, embora na segunda já demonstrasse uma postura mais atenta e interessada durante um período de tempo maior, não adormecendo durante a atividade.</p>
Memória	<p>A 24/10/24: Memória sensorial e imediata comprometida, não conseguindo repetir nenhuma palavra das 3 referidas.</p> <p>No último contacto (22/11/24): Memória sensorial e imediata mantida, repetindo corretamente as 3 palavras “Bola, Gato e Verde”. Memória recente com alteração, não conseguindo evocar nenhuma palavra. Memória remota comprometida, não sendo capaz de dizer as datas de nascimento dos filhos, a sua data de nascimento ou relatar o seu percurso de vida.</p>
Linguagem	<p>No primeiro contacto (30/9/24): Não comunica.</p> <p>A 24/10/24: capacidade de nomeação mantida, enquanto que o discurso espontâneo, compreensão, leitura, linguagem elaborada e escrita encontram-se com alteração.</p> <p>No último contacto (22/11/24): Discurso espontâneo com alteração. Sem alteração na compreensão, nomeação, leitura, linguagem elaborada, escrita e repetição da frase “Nem aqui, nem ali, nem lá”.</p>
Capacidades Práticas	<p>No primeiro contacto (30/9/24): Impossível avaliar.</p> <p>No último contacto (22/11/24): Sem alteração na capacidade para realizar gestos simbólicos (ex: gesto do coração e de uma cruz), ou icónicos transitivos (ex: lavar os dentes e pentear) e icónicos intransitivos (ex: mandar beijinhos e dizer adeus).</p>
Negligência hemiespacial unilateral	<p>Ausência de neglet.</p>

O MMSE apesar de ser o instrumento mais utilizado no diagnóstico de demência, os resultados deste devem ter por base os dados normativos do MMSE (ANEXO I) segundo Freitas et al. (2015), razão pela qual foi considerada a pontuação total do MMSE 28 para a utente A.M., tendo em conta a sua idade e escolaridade.

MMSE		24/10/24	22/11/24
ORIENTAÇÃO	Orientação Temporal	0/5	0/5
	Orientação Espacial	0/5	2/5
MEMÓRIA	Memória Imediata – Registo de 3 Palavras	0/3	3/3
	Atenção e Cálculo	0/5	0/5
	Memória de Evocação das 3 Palavras	0/3	0/3
LINGUAGEM	Nomeação	2/2	2/2
	Repetição	0/1	1/1
	Comando de estágios	0/3	2/3
	Escrita	0/1	1/1
	Leitura e execução	0/1	1/1
VISUOESPACIAL	Cópia de desenho	0/1	0/1
Pontuação Total = 30		2	12
Pontuação Total Adaptada à idade e escolaridade = 28			

Face à pontuação do MMSE, a utente A.M. apresenta perda cognitiva moderada, pois segundo Oliveira (2017) MMSE com pontuação entre 21-24 suspeita-se de deterioração cognitiva leve, entre 10-20 deterioração cognitiva moderada e entre 0-9 deterioração cognitiva grave.

O MoCA é considerado o melhor teste adaptado para o rastreio cognitivo da população portuguesa, distinguindo as pessoas que se encontrem cognitivamente íntegras daquelas que apresentem quadros de défice cognitivo ligeiro ou de Demência (Freitas et al., 2010).

MoCA		24/10/24	22/11/24
VISUOESPACIAL/ EXECUTIVA		0/5	1/5
NOMEAÇÃO		2/3	3/3
ATENÇÃO	Repetição	0/2	1/2

	Concentração	0/1	0/1
	Cálculo	0/3	0/3
LINGUAGEM	Repetição	0/2	0/2
	Fluência Verbal	0/1	0/1
ABSTRAÇÃO		0/2	0/2
EVOCAÇÃO DIFERIDA		0/5	0/5
ORIENTAÇÃO		0/6	1/6
Pontuação Total = 30		2/30	6/30

4.2. Pares Cranianos

O exame neurológico avalia os doze pares cranianos (Menoita et al., 2012).

PARES CRANIANOS (24/10/24 a 22/11/24)					
Número	Nervo	Função	Componentes	Exame	Avaliação
I	Olfativo	Olfato	Sensitivo	Com os olhos fechados, solicitado à pessoa para identificar o odor do café bilateralmente, ocluindo a narina contralateral.	Sem alteração.

II	Ótico	Visão	Sensitivo	<p>Avaliada a acuidade visual bilateral, solicitando à pessoa que fechasse os olhos alternadamente e realizasse a contagem dos dedos a 1 e 3 metros de distância;</p> <p>Avaliado o campo visual, solicitando à pessoa que referisse em que ângulo deixou de ver o meu dedo, deslocando-o da periferia para o centro.</p>	Sem alteração.
III	Motor ocular comum	Miose, elevação da pálpebra superior, elevação, abaixamento e adução do olho	Motor	Os pares cranianos III, IV e VI foram avaliados em simultâneo. Com o quarto escurecido, incidi, do canto externo para o interno de cada olho a luz da lanterna, de forma a observar a reação pupilar, o seu tamanho e a forma. Testei os movimentos conjugados do globo ocular, solicitando à pessoa para seguir o meu dedo à	Sem alteração. Apresenta isocoria, com tamanho normal e forma arredondada. Realiza de forma simétrica os movimentos conjugados.
IV	Patético	Motricidade do músculo oblíquo superior do bulbo do olho – rotação do olho			

VI	Motor ocular externo	Motricidade do músculo reto lateral do bulbo do olho – abdução do olho		medida que desenhava um “H” no espaço.	
V	Trigêmeo	Controlo dos movimentos da mastigação (ramo motor); Perceções sensoriais da face, seios da face e dentes (ramo sensorial)	Sensitivo e motor	Avaliada bilateralmente a sensibilidade tátil, térmica e dolorosa nas divisões oftálmica, maxilar e mandibular. Realizado o teste do reflexo córneo-palpebral com algodão bem como o teste dos movimentos dos músculos mastigadores para avaliar a capacidade da pessoa para encerrar e mover a mandíbula bilateralmente e a simetria destes.	Sensibilidade superficial mantida bilateralmente nas três divisões do nervo. Reflexo córneo palpebral mantido bilateralmente, apresentando lacrimejo. Sem alteração na sua capacidade para encerrar e mover a mandíbula bilateralmente e simetria nos movimentos dos músculos da mastigação.

VII	Facial	<p>Controlo dos músculos faciais – mímica facial (ramo motor);</p> <p>Perceção gustativa no terço anterior da língua (ramo sensorial)</p>	Sensitivo e motor	<p>Avaliada a simetria facial e apagamento do sulco nasogeniano, solicitando à pessoa para sorrir e franzir o sobrolho, com encerramento firme das pálpebras. Avaliada a dificuldade em manter saliva ou alimentos na cavidade oral. Avaliada a capacidade de reconhecer sabores como doce (compota), salgado (sal) e amargo (limão) nos dois terços anteriores da língua.</p>	<p>Sem alteração.</p> <p>(A utente já tinha iniciado a alimentação via oral)</p>
VIII	Estatuto-Acústico	<p><u>Vestibular:</u> orientação e movimento;</p> <p><u>Coclear:</u> audição</p>	Sensitivo	<p>Divisão coclear: Com os olhos fechados, solicitado à pessoa para identificar o som do bater de palmas, bilateralmente. Divisão vestibular: Avaliado o equilíbrio estático e dinâmico sentado e na posição ortostática.</p>	<p>Divisão coclear sem alteração. Equilíbrio estático sentada adquirido ao longo do internamento. Equilíbrio dinâmico sentada e equilíbrio estático e dinâmico ortostático com alteração. Os testes de Rinner e de Weber não foram realizados.</p>

IX	Glossofaríngeo	Perceção gustativa no terço posterior da língua, percepções sensoriais da faringe, laringe e palato.	Sensitivo e motor	Solicitado à pessoa para identificar os sabores doce (açúcar) ou salgado (sal) no terço posterior da língua.	Sem alterações. (A utente já tinha iniciado a alimentação via oral)
X	Vago	Percepções sensoriais da orelha, faringe, laringe, tórax e vísceras; Inervação das vísceras torácicas e abdominais	Sensitivo e motor	Avaliada a presença do reflexo de vômito com uma espátula, assim como alterações no tom de voz, fadiga vocal, tosse ineficaz ou dor.	Sem alterações. (A utente já tinha iniciado a alimentação via oral)

XI	Espinhal	<p>Controlo motor da faringe, laringe, palato, dos músculos esterno-cleidomastóideo e trapézio – rotação e inclinação da cabeça</p>	Motor	<p>Solicitado à pessoa para elevar os ombros e, posteriormente, lateralizar a cabeça, realizando em ambos força contra a resistência das minhas mãos, bilateralmente.</p>	<p>Controlo motor da musculatura cervical mantido, embora apresentasse maior dificuldade em lateralizar a cabeça para o lado direito devido à presença de contratura na cervical, mas que reverteu após tratamento. Apresenta força de grau 3/5 e, posteriormente, grau 4/5 nos vários segmentos do membro superior esquerdo e no membro superior direito grau 4/5 e, posteriormente, grau 5/5 segundo a Escala de Força Muscular Medical Research Council MRC.</p>
----	----------	---	-------	---	---

XII	Grande hipoglosso	Motricidade dos músculos da língua (mastigação, deglutição e articulação das palavras)	Motor	Solicitado à pessoa que realizasse com a língua propulsão antero-posterior na linha média e a lateralidade para ambos os lados.	Sem alterações nesses movimentos, bem como inexistência de tremores, desvios ou atrofia da língua.
-----	-------------------	--	-------	---	--

5. Avaliação da Motricidade

5.1. Força Muscular

A força muscular da utente A.M. foi avaliada segundo a Escala de Força Muscular MRC (Medical Research Council, 1976), em todos os segmentos corporais na sua amplitude de movimento, no sentido distal para o proximal (Menoita et al., 2012).

FORÇA MUSCULAR					
SEGMENTOS	MOVIMENTOS	24/10/24		22/11/24	
		Esquerdo	Direito	Esquerdo	Direito
CABEÇA E PESCOÇO	Flexão	4/5		5/5	
	Extensão				
	Inclinação				
	Rotação	4/5	3/5		
MEMBRO SUPERIOR					
ESCAPULO-UMERAL	Flexão	3/5	4/5	4/5	5/5
	Extensão				
	Adução				
	Abdução				
	Rotação Interna				
	Rotação Externa				
COTOVELO	Flexão	3/5	4/5	5/5	
	Extensão				
ANTEBRAÇO	Pronação	3/5	4/5	5/5	
	Supinação				

PUNHO	Flexão Palmar	3/5	4/5	5/5
	Dorsiflexão			
	Desvio Radial			
	Desvio Cubital			
	Circundação			
DEDOS	Flexão	3/5	4/5	5/5
	Extensão			
	Adução			
	Abdução			
	Circundação			
	Oponência do polegar			
MEMBRO INFERIOR				
COXO-FEMURAL	Flexão	4/5	5/5	5/5
	Extensão			
	Adução			
	Abdução			
	Rotação Interna			
	Rotação Externa			
JOELHO	Flexão	4/5	5/5	5/5
	Extensão			
TÍBIO-TÁRSICA	Flexão Plantar	4/5	5/5	5/5
	Flexão dorsal			
	Inversão			
	Eversão			
DEDOS	Flexão	4/5	5/5	5/5
	Extensão			
	Adução			
	Abdução			

5.2. Tónus Muscular

A Escala Modificada de Ashworth (Bohannon & Smith, 1987) permitiu avaliar o tónus muscular da utente A.M., nos diversos segmentos corporais na sua amplitude de movimento, bilateralmente do distal para o proximal (Menoita et al., 2012).

TÓNUS MUSCULAR					
SEGMENTOS	MOVIMENTOS	21/5/24		6/6/24	
		Esquerdo	Direito	Esquerdo	Direito
CABEÇA E PESCOÇO	Flexão	0		0	
	Extensão				
	Inclinação				
	Rotação				
MEMBRO SUPERIOR					
ESCAPULO-UMERAL	Flexão	0		0	
	Extensão				
	Adução				
	Abdução				
	Rotação Interna				
	Rotação Externa				
COTOVELO	Flexão	0		0	
	Extensão				
ANTEBRAÇO	Pronação	0		0	
	Supinação				
PUNHO	Flexão Palmar	0		0	
	Dorsiflexão				
	Desvio Radial				
	Desvio Cubital				
	Circundação				
DEDOS	Flexão	0		0	
	Extensão				
	Adução				
	Abdução				

	Circundação			
	Oponência do polegar			
MEMBRO INFERIOR				
COXO-FEMURAL	Flexão	0	0	0
	Extensão			
	Adução			
	Abdução			
	Rotação Interna			
	Rotação Externa			
JOELHO	Flexão	0		0
	Extensão			
TÍBIO-TÁRSICA	Flexão Plantar	0		0
	Flexão dorsal			
	Inversão			
	Eversão			
DEDOS	Flexão	0		0
	Extensão			
	Adução			
	Abdução			

5.3. Coordenação Motora

As provas Índex-Nariz e Calcanhar-Joelho, com os olhos abertos e, posteriormente, fechados (Menoita et al., 2012) serviram de base para avaliar a coordenação motora da utente A.M.

COORDENAÇÃO MOTORA	
24/10/24	22/11/24
Não apresenta dismetria na prova Índex-Nariz de olhos abertos, enquanto de olhos fechados apresenta hipometria.	A prova Índex-Nariz foi realizada sem dificuldade, bilateralmente.

Na prova Calcanhar-Joelho apresenta dismetria bilateral.	Na prova Calcanhar-Joelho, apresenta hipometria do membro inferior direito e dismetria do membro inferior esquerdo.
--	---

5.4. Sensibilidade

Foi avaliada a sensibilidade da utente A.M. em todos os segmentos corporais, do distal para o proximal, bilateralmente (Menoita et al., 2012).

SENSIBILIDADE (24/10/24 a 22/11/24)								
Segmentos		SUPERFICIAL			PROFUNDA			
		Tátil	Térmica	Dolorosa	Barestesia	Palestesia	Batiestesia	Estereognosia
FACE	Direito	M	M	M	M	NA	M	M
	Esquerdo	M	M	M	M		M	M
TRONCO	Direito	M	M	M	M		M	M
	Esquerdo	M	M	M	M		M	M
MEMBROS	Direito	M	M	M	M		M	M
	Esquerdo	M	M	M	M		M	M
MEMBROS	Direito	M	M	M	M		M	M
	Esquerdo	M	M	M	M		M	M

Legenda: (M) – Mantida; (D) – Diminuída.

5.5. Equilíbrio Corporal

O equilíbrio funcional da utente A.M. foi avaliado segundo a Escala de Equilíbrio de Berg (Berg, 1989), indicando o seu risco de queda.

Equilíbrio Funcional		24/10/24	Entre 18 a 22/11/24
Sentado	Estático	Comprometido.	Sem alteração.
	Dinâmico		Com alteração.
Posição Ortostática	Estático	Comprometido. Prova de Romberg não aplicável.	Comprometido. Prova de Romberg não aplicável.
	Dinâmico		

ESCALA DE EQUILÍBRIO DE BERG		
DESCRIÇÃO DOS ITENS	24/10/24	22/11/24
1) Posição sentada para posição em pé.	0	0
2) Permanecer em pé sem apoio.	0	0
3) Permanecer sentado sem apoio nas costas, mas com os pés apoiados no chão ou num banquinho.	0	3
4) Posição em pé para posição sentada.	0	0
5) Transferências.	0	0
6) Permanecer em pé sem apoio com os olhos fechados.	0	0
7) Permanecer em pé sem apoio com os pés juntos.	0	0
8) Alcançar a frente com o braço estendido permanecendo em pé.	0	0

9) Apanhar um objeto do chão a partir da posição em pé.	0	0
10) Virar-se e olhar para trás por cima dos ombros direito e esquerdo enquanto permanece em pé.	0	0
11) Girar 360 graus.	0	0
12) Posicionar os pés alternadamente no degrau ou banquinho enquanto permanece em pé sem apoio.	0	0
13) Permanecer em pé sem apoio com um pé à frente.	0	0
14) Permanecer em pé sobre uma perna.	0	0
TOTAL = 56	0/56	3/56
RESULTADO 41 a 56 – Baixo risco de queda/ Bom equilíbrio 21 a 40 - Risco de queda médio/ Equilíbrio médio 0 a 20 - elevado risco de queda/ Equilíbrio diminuído	Equilíbrio Diminuído; Elevado Risco de Queda	Equilíbrio Diminuído; Elevado Risco de Queda

5.5.1. Risco de Queda

O risco de queda da utente A.M. foi avaliado segundo a Escala de Quedas de Morse (Morse, 1989).

Escala de Quedas de Morse		
Descrição dos itens	24/10/24	22/11/24

7. História de Quedas, no internamento ou nos últimos 3 meses. <ul style="list-style-type: none"> • Não • Sim 	25	25
8. Diagnósticos secundários <ul style="list-style-type: none"> • Não • Sim 	15	15
9. Ajuda para caminhar <ul style="list-style-type: none"> • Nenhuma/ajuda de enfermeiro/acamado/cadeira de rodas • Muletas/canadianas/bengala/andarilho • Apoia-se no mobiliário para anda 	0	0
10. Terapia intravenosa <ul style="list-style-type: none"> • Não • Sim 	0	0
11. Postura no andar e na transferência <ul style="list-style-type: none"> • Normal/acamado/imóvel • Debilitado • Dependente de ajuda 	0	0
12. Estado mental <ul style="list-style-type: none"> • Consciente das suas capacidades • Esquece-se das suas limitações 	15	15
TOTAL =125	55	55
RESULTADO		
0 a 24 – Baixo Risco de Queda	Risco de Queda	Risco de Queda
25 a 44 – Risco de Queda Médio	Elevado	Elevado
≥45 – Elevado Risco de Queda		

6. Avaliação da Marcha

A utente A.M. não reúne condições para iniciar treino de marcha, visto que ainda não apresenta equilíbrio dinâmico sentada e equilíbrio estático e dinâmico em ortostatismo.

Portanto, para avaliar a funcionalidade da marcha recorre-se às categorias funcionais da marcha (Holden et al., 1984), que no caso da utente A.M. será não funcional, visto que não deambula.

CATEGORIAS FUNCIONAIS DA MARCHA		
CATEGORIA	DESCRIÇÃO	22/11/24
1 Não Funcional	Não é capaz de deambular ou requer assistência física ou supervisão de mais de uma pessoa, ou só deambula em barras paralelas.	X
2 Dependente Nível II	Requer contacto manual de uma pessoa, sendo este contacto contínuo para suportar o peso corporal, bem como para manter o equilíbrio ou para auxiliar na coordenação.	
3 Dependente Nível I	Requer contacto manual leve, intermitente ou contínuo de uma pessoa para auxiliar no equilíbrio ou coordenação em solo regular.	
4 Dependente com supervisão	Deambula em solo regular sem contacto manual de outra pessoa, mas por segurança, requer uma pessoa ao lado, por causa do comprometimento na capacidade de decisão, status cardíaco questionável, ou da necessidade de verbalização para completar a tarefa.	
5 Independente apenas em superfícies niveladas	Deambula de forma independente em superfície plana, mas requer supervisão ou contacto manual para superfícies irregulares.	
6 Independente em superfícies	Deambula em superfícies regulares e irregulares de forma independente.	

niveladas e desniveladas		
-------------------------------------	--	--

7. Avaliação do grau de dependência no autocuidado

O Índice de Barthel avalia o nível de independência da pessoa para a realização de dez atividades básicas de vida (Mahoney & Barthel, 1965), enquanto que a Medida de Independência Funcional (MIF) avalia a necessidade de apoio de terceiros para realizar as AVD's (Granger et al., 1986), razão pela qual foram utilizadas para avaliar o grau de dependência da utente A.M. no autocuidado.

ÍNDICE DE BARTHEL	24/10/24	22/11/24
ALIMENTAÇÃO 0 = Incapacitado 5 = Precisa de ajuda para cortar, passar manteiga ou dieta modificada 10 = Independente	0	10
TRANSFERÊNCIAS 0 = Incapaz (não tem equilíbrio ao sentar-se) 5 = Grande ajuda (uma ou duas pessoas) física, consegue sentar-se 10 = Pequena ajuda (verbal ou física) 15 = Independente (não necessita qualquer ajuda, mesmo que utilize cadeira de rodas)	0	0
HIGIENE PESSOAL 0 = Necessita de ajuda com o cuidado pessoal 5 = Independente no barbear, dentes, rosto e cabelo (utensílios fornecidos)	0	5
UTILIZAÇÃO DE CASA DE BANHO 0 = Dependente 5 = Necessita de ajuda, mas consegue fazer algumas coisas sozinho 10 = Independente (senta-se, levanta-se, limpa-se e veste-se sem ajuda)	0	5

<p>TOMAR BANHO</p> <p>0 = Dependente</p> <p>5= Independente (lava-se no chuveiro/ banho de emersão/ usa a esponja por todo o corpo sem ajuda)</p>	0	0
<p>MOBILIDADE</p> <p>0 = Imobilizado</p> <p>5 = Independente na cadeira de rodas incluindo cantos, etc</p> <p>10 = Anda com ajuda de uma pessoa (verbal ou física)</p> <p>15 = Independente (mas pode usar qualquer auxiliar, ex.: bengala)</p>	0	0
<p>SUBIR E DESCER ESCADAS</p> <p>0 = Incapaz</p> <p>5 = Necessita de ajuda (verbal, física, transporte dos auxiliares de marcha) ou supervisão</p> <p>10 = Independente (subir / descer escadas, com apoio do corrimão ou dispositivos ex.: muletas ou bengala)</p>	NA	NA
<p>VESTIR</p> <p>0 = Dependente</p> <p>5 = Necessita de ajuda, mas faz cerca de metade sem ajuda</p> <p>10 = Independente (incluindo botões, fechos e atacadores)</p>	0	5
<p>CONTROLO INTESTINAL</p> <p>0 = Incontinente (ou necessita que lhe sejam aplicados clisteres)</p> <p>5 = Episódios ocasionais de incontinência (uma vez por semana)</p> <p>10 = Contigente (não apresenta episódios de incontinência)</p>	0	0
<p>CONTROLO VESICAL</p> <p>0 = Incontinente ou algaliado</p>	0	0

5 = Episódios ocasionais de incontinência (máximo uma vez em 24 horas)		
10 = Contínente (por mais de 7 dias)		
TOTAL = 100	0	25
RESULTADO		
100 pontos – totalmente independente	Dependência Total	Dependência Total
99 a 76 pontos – dependência leve		
75 a 51 pontos - dependência moderada		
50 a 26 pontos – dependência severa		
25 e menos pontos – dependência total		

MEDIDA DE INDEPÊNCIA FUNCIONAL	24/10/24	22/11/24
AUTOCUIDADO		
A – Alimentação	1	2
B – Higiene pessoal	1	1
C – Banho	1	1
D - Vestir metade superior	1	2
E - Vestir metade inferior	1	1
F – Utilização da sanita	1	1
CONTROLO DE ESFÍNCTERES		
G – Vesical	1	1
H – Intestinal	1	1
TRANSFERÊNCIA		
I - Cama, cadeira, cadeira de rodas	1	1
J - Sanitário	1	1
K - Banheira, duche	1	1
LOCOMOÇÃO		
L - Marcha, cadeira de rodas	1	1
M – Escadas	NA	NA
COMUNICAÇÃO		
N – Compreensão	1	2
O – Expressão	1	2

COGNIÇÃO SOCIAL		
P - Interação social	1	1
Q - Resolução de problemas	1	1
R – Memória	1	1
TOTAL = 126	17	21
RESULTADO		
0 a 18 pontos - Dependência completa	Dependência completa	Dependência modificada com assistência até 50% da tarefa
19 a 60 pontos - Dependência modificada com assistência até 50% da tarefa		
61 a 103 pontos - Dependência modificada, com assistência até 25% da tarefa		
104 a 126 pontos - Independência completa		

Legenda: **NA** – Não aplicável

8. Avaliação da deglutição

Para avaliar a deglutição da utente A.M. foi utilizada a escala Gugging Swallowing Screen - GUSS (Trapl et al., 2007), que é composta por duas fases: Fase 1 - avaliação preliminar/teste de deglutição indireto; Fase 2 – teste de deglutição direto (Ferreira et al., 2018).

SECÇÃO 1 – TESTE DE DEGLUTIÇÃO INDIRETO (30/10/24)			
	SIM	NÃO	
Vigilância	1		
Tosse e/ou pigarreio	1		
Deglutição de saliva	1		
• Com Sucesso			
• Sialorreia		1	
• Alterações da voz		1	
Total = 5	5/5		
	1–4 = investigação posterior 5 = Continuar para a secção 2		
SECÇÃO 2 - TESTE DE DEGLUTIÇÃO DIRETO			
Seguir a ordem:	1 →	2 →	3 →
	Semi-Sólido*	Líquido**	Sólido***

Deglutição			
<ul style="list-style-type: none"> • Deglutição Impossível (0) • Deglutição demorada (1) • Deglutição com sucesso (2) 	2	1	
Tosse			
<ul style="list-style-type: none"> • Sim (0) • Não (1) 	1	0	
Sialorreia			
<ul style="list-style-type: none"> • Sim (0) • Não (1) 	1	1	
Alteração da Voz			
<ul style="list-style-type: none"> • Sim (0) • Não (1) 	1	0	
Total = 15	5/5	2/5	
	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	12/20		
	Disfagia Moderada/ Risco de Aspiração		

9. Plano de Cuidados

8.1. Teoria das Consequências Funcionais de Carol Miller

A Teoria que serviu de base para fundamentar a minha intervenção na promoção da funcionalidade da utente A.M. nas AVD's foi a Teoria das Consequências Funcionais, desenvolvida por Carol Miller (2012), uma vez que esta visa colmatar as consequências funcionais negativas da utente decorrentes do processo de envelhecimento e do seu atual diagnóstico de doença aguda, tornando-as em consequências funcionais positivas para reduzir o seu nível de dependência e aumentar a sua funcionalidade no quotidiano.

Na utente A.M. foram identificadas diversas consequências funcionais, conforme mostra a tabela 1:

Consequências funcionais negativas	Fatores de Risco	Alterações do processo de envelhecimento
<ul style="list-style-type: none"> • Alteração da capacidade de memória, atenção e linguagem; • Comprometimento do equilíbrio estático e dinâmico na posição sentada; • Diminuição da força muscular do hemicorpo esquerdo (especialmente do membro superior esquerdo); • Dependência total de terceiros para o autocuidado: higiene, vestuário, comer/beber, e para as transferências e pôr-se de pé; • Comprometimento da deglutição; • Elevado risco de queda. 	<ul style="list-style-type: none"> • Síndrome demencial; • Processo de doença atual; • Inclusão social. 	<ul style="list-style-type: none"> • Diminuição da massa muscular; • Diminuição da resposta do Sistema Nervoso Central.

Tabela 1: Consequências Funcionais

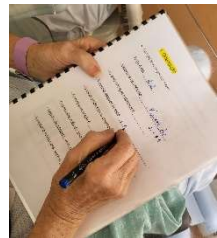
Para dar resposta às necessidades identificadas da utente A.M. foram estabelecidos como objetivos para o seu plano de cuidados de enfermagem de reabilitação, os seguintes:

- Melhorar a sua capacidade de orientação, memória, atenção e linguagem através de atividades de treino cognitivo e de exercícios de dupla tarefa;
- Promover a reabilitação funcional cardiorrespiratória e motora adequada à utente;



- Aumentar a força muscular, particularmente no hemicorpo esquerdo de forma gradual e conforme adesão e tolerância da utente, através de exercícios isométricos e isotônicos passivos, ativos, ativos assistidos e ativos resistidos;
- Melhorar a propriocepção e o seu equilíbrio estático e dinâmico na posição sentada e, posteriormente, o equilíbrio em ortostatismo;
- Ensinar, treinar e instruir a utente a colocar-se na posição ortostática com apoio do auxiliar de marcha (andarilho) e de terceiros;
- Promover a funcionalidade e autonomia da utente no autocuidado: higiene, vestuário e alimentação;
- Realizar treino de reabilitação da deglutição, conforme norma de procedimento do serviço de NC do HGO (ANEXO XIV) para prevenir risco de aspiração;
- Diminuir o risco de queda, demonstrando confiança à utente com a utilização dos recursos físicos e humanos necessários para a otimização da segurança e eliminação das barreiras arquitetónicas;
- Avaliar o seu potencial para melhorar o conhecimento e capacidade para executar o programa de reabilitação proposto.

8.2. Plano de Cuidados da utente A.M.

DIAGNÓSTICO	OBJETIVOS	INTERVENÇÕES EEER	AVALIAÇÃO
<p>Memória comprometida:</p> <p>Potencial para melhorar a capacidade de memória com uso de técnicas de estimulação cognitiva.</p>	<p>Memória melhorada</p> <p>Melhorar a capacidade de memória com uso de técnicas de estimulação cognitiva.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar o estado mental da utente através da escala de glasglow, MMSE e MoCA; - Executar estimulação cognitiva com uso de dispositivos para treino cognitivo (objetos diversos com diferentes texturas para estimulação cognitiva e sensorial e caderno de reabilitação cognitiva), ou recurso à terapia de reminiscência, sendo o envolvimento dos familiares fundamental, para se obter os recursos mnemónicos (por ex: fotografias); - Estimular a capacidade de memória através de exercícios de dupla tarefa (contagem das repetições à medida que executa os exercícios). 	<p style="text-align: center;">30/9/24</p> <p>A utente encontra-se sonolenta. Não comunica. GCS: 8</p> <p style="text-align: center;">24/10/24</p> <p>A utente apresentava dificuldade na sua concentração e atenção, perdendo facilmente o foco com o meio envolvente, pois adormecia. Não foi possível realizar atividades de estimulação cognitiva e sensorial. Apresentava memória sensorial, imediata, recente e remota alterada. Os exames MMSE e MoCA tiveram de ser realizados por períodos, devido à pouca adesão, vigília e concentração.</p> <ul style="list-style-type: none"> • GCS: 12 • MMSE: 2/28 • MoCA: 2/30

			<p style="text-align: right;">22/11/24</p> <p>Foi-lhe apresentado um caderno de reabilitação cognitiva, no qual começou a escrever, mantendo-se alerta e motivada durante a atividade.</p>  <p>Nos exames MMSE e MoCA, denota-se melhoria na sua atenção e concentração.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Escala de Coma de Glasgow: 14 • MMSE: 12/28 • MoCA: 6/30
<p>Movimento Muscular diminuído:</p> <p>Potencial para melhorar o conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular;</p>	<p>Movimento muscular aumentado:</p> <p>Melhorar o conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular;</p>	<p>- Avaliar e monitorizar a força muscular segundo a Escala MRC em todos os segmentos corporais;</p> <p>- Avaliar o conhecimento sobre técnicas de exercícios musculares e articulares;</p> <p>- Avaliar a capacidade para executar técnicas de exercícios musculares e articulares;</p>	<p style="text-align: right;">24/10/24</p> <p>Foi avaliada a força muscular segundo a Escala MRC da utente A.M., apresentando força de grau 3/5 no membro superior esquerdo nos diversos segmentos e força de grau 4/5 na cabeça, pescoço e membro inferior esquerdo. No hemicorpo direito apresenta força de 4/5 na cabeça e pescoço (exceto na rotação que é 3/5 devido à contratura) e membro superior,</p>

<p>Potencial para melhorar a capacidade para executar técnicas de exercício muscular e articular.</p>	<p>Melhorar a capacidade de executar técnicas de exercício muscular e articular.</p>	<p>- Executar técnica de exercício muscular e articular passivo, ativo-assistido, ativo, ativo-resistido de todos os segmentos, sobretudo do hemicorpo esquerdo por se encontrar mais comprometido, respeitando o limiar da dor, amplitude de movimento, planos e eixos, realizando até 3 séries de 10 repetições;</p> <p>- Ensinar, instruir e treinar a execução de exercícios musculares e articulares: auto mobilização dos membros superiores e inferiores, mobilizações ativas de todos os segmentos corporais, fortalecimento muscular, motricidade fina e atividades terapêuticas como alongamentos com bola suíça, rolamento bilateral, rotação controlada da anca, ponte, levante com carga no cotovelo, treino de equilíbrio, transferências e levante para cadeirão;</p>	<p>enquanto que no membro inferior apresenta força de grau 5/5 nos diversos segmentos.</p> <p>A utente apresenta-se muito renitente em realizar os exercícios, mas após algumas mobilizações passivas, começou a realizá-los de forma ativa, sempre com orientação, pois esquecia-se facilmente e perdia o foco. Executados exercícios musculares e articulares passivos, ativos assistidos e resistidos bilateralmente, 2 séries de 10 repetições;</p> <p style="text-align: center;">Entre 4/11/24 a 21/11/24</p> <p>A utente A.M. mantém-se mais empenhada nos exercícios, conseguindo contar as repetições e tolerar as 3 séries de 10 repetições. Mantém-se focada durante as sessões, que outrora não se verificava. Apresentava dificuldade em realizar a ponte e fazer levante com carga no cotovelo, conseguindo atualmente realizar sem dificuldade.</p>
---	--	--	---

		<p>- Realizar massagem terapêutica com aplicação de bandas neuromusculares na cervical para reduzir a dor devido à contratura na cervical e melhorar a sua funcionalidade e conforto.</p>	<p>Foi proposta uma atividade de motricidade fina e estimulação visual ao longo desse período, em que a utente tinha de prender uma mola em cada caixa e colocar as bolinhas dentro da caixa que tivesse a cor respetiva. Inicialmente tinha dificuldade em prender as molas, apanhar as bolinhas e a identificar as cores, mas progressivamente foi ultrapassando essas dificuldades, conseguindo finalizar a atividade corretamente.</p>  <p>Por dor na cervical à direita devido a contratura, foi realizada massagem terapêutica e aplicação de bandas neuromusculares. Após os 5 dias com bandas neuromusculares, a utente apresentou melhoria do quadro algico, conseguindo lateralizar a cervical sem dor.</p> 
--	--	---	---

			<p style="text-align: center;">22/11/24</p> <p>Foi avaliada a força muscular da utente A.M. com base na Escala MRC, denotando-se melhoria significativa desta, agora com força de grau 5/5 em todos os segmentos bilateralmente, exceto na escapulo-umeral esquerda que apresenta força de grau 4/5.</p>
<p>Equilíbrio corporal comprometido:</p> <p>Potencial para melhorar conhecimento sobre técnica de equilíbrio corporal;</p> <p>Potencial para melhorar capacidade para usar técnica de equilíbrio corporal.</p>	<p>Equilíbrio corporal melhorado:</p> <p>Melhorar o conhecimento sobre técnica de equilíbrio corporal;</p> <p>Melhorar a capacidade para usar técnica de equilíbrio corporal.</p>	<p>- Avaliar o equilíbrio corporal: equilíbrio sentado estático (posição sentada num dos lados da cama com mãos apoiadas na cama e pés no chão, mantendo os braços esticados para a frente e para os lados) e sentado dinâmico (aplicar balanço nas ombros e no dorso para que retome a posição), equilíbrio ortostático estático (manter-se de pé com os membros superiores junto ao corpo, depois esticados e, por fim, com os olhos fechados) e ortostático dinâmico (ao</p>	<p style="text-align: center;">30/09/24</p> <p>Não é possível avaliar o equilíbrio. Utente sonolenta.</p> <p style="text-align: center;">24/10/24</p> <p>A utente A.M. apresenta equilíbrio estático na posição sentada comprometido, demonstrando muito medo de cair quando se senta no leito.</p> <p>Apresenta um score 0/56 na Escala de Berg: Equilíbrio Diminuído; Elevado Risco de Queda. Não apresenta deformidades na coluna nem adota posições viciosas.</p>

		<p>fundo da cama suportar o próprio peso em diferentes posições através de exercícios: flexão do joelho, flexão/extensão coxofemoral, abdução/adução coxofemoral, agachamentos, levantar-se/sentar-se e dorsiflexão/flexão plantar), adoção de posições viciosas, presença de deformidades da coluna, dismetria dedo/nariz, dismetria calcanhar/joelho;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Avaliar o equilíbrio corporal através da Escala de Berg (estático e dinâmico na posição sentada e ortostática) e avaliação neurológica do par craniano VIII (Estatuto-Acústico); - Promover o equilíbrio corporal, através da correção postural; - Avaliar o conhecimento sobre técnica de equilíbrio corporal; 	<p>Na avaliação da coordenação motora, não apresenta dismetria na prova Índex-Nariz de olhos abertos, enquanto de olhos fechados apresenta hipometria. Na prova Calcanhar-Joelho apresenta dismetria bilateral.</p> <p style="text-align: center;">Entre 18 a 22/11/24</p> <p>A utente A.M. apresenta ligeira melhoria no seu equilíbrio, mantendo equilíbrio estático na posição sentada, sendo menos evidente o seu medo de cair. Apresenta um score 3/56 na Escala de Berg: Equilíbrio Diminuído; Elevado Risco de Queda.</p> <p>Apesenta também melhoria na coordenação motora, realizando a prova Índex-Nariz sem dificuldade, bilateralmente e na prova Calcanhar-Joelho, apresenta hipometria do membro inferior direito e dismetria do membro inferior esquerdo.</p> <p>Durante este período, foram realizadas tentativas de se manter em posição ortostática com apoio bilateral e de andarilho, denotando-se melhoria na sua</p>
--	--	---	---

		<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar a capacidade para executar técnica de equilíbrio corporal (equilíbrio sentado estático comprometido); - Ensinar, instruir e treinar técnica de equilíbrio corporal (correção postural, alternância de carga nos membros superiores e inferiores, exercícios de coordenação motora e facilitação cruzada), sempre com calçado adequado; - Ensinar, instruir e treinar a execução da técnica de treino de equilíbrio corporal de forma autónoma e segura, sempre com o calçado adequado colocado; - Aplicar dispositivo auxiliar (andarilho) para manter equilíbrio (ortostático estático comprometido); 	<p>postura, nomeadamente menor inclinação do tronco para a frente e conseguir manter-se em ortostatismo até 5 segundos.</p>
<p>Autocuidado: Higiene, Dependente em grau elevado</p>	<p>Autocuidado: Higiene, melhorado Melhorar o conhecimento sobre</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Monitorizar o grau de dependência no autocuidado segundo o Índice de Barthel e a MIF; 	<p style="text-align: center;">30/9/24</p> <p>A higiene foi realizada no leito, sem a colaboração da utente por se encontrar sonolenta.</p>

<p>Potencial para melhorar conhecimento sobre usar dispositivo auxiliar para o autocuidado: higiene;</p>	<p>usar dispositivo auxiliar para o autocuidado: higiene;</p> <p>Melhorar a capacidade para usar dispositivo auxiliar para o autocuidado: higiene;</p>	<p>- Avaliar o espaço físico para o autocuidado: higiene, eliminando as barreiras arquitetônicas;</p> <p>- Avaliar a capacidade para usar dispositivo auxiliar para o autocuidado: higiene;</p> <p>- Avaliar o conhecimento sobre usar dispositivo auxiliar para o autocuidado: higiene;</p>	<p style="text-align: center;">24/10/24</p> <p>O espaço foi devidamente preparado para o autocuidado: higiene, sendo recolhidos os tabuleiros da alimentação assim como guardados os objetos desnecessários para o momento para promover um ambiente seguro. A utente participou na higiene no leito dentro das suas possibilidades, conseguindo lavar os membros superiores e o tronco.</p>
<p>Potencial para melhorar capacidade para usar dispositivo auxiliar para o autocuidado: higiene;</p>	<p>Promover a funcionalidade no autocuidado: higiene.</p>	<p>- Ensinar, instruir e treinar o uso de dispositivo auxiliar para o autocuidado: higiene;</p> <p>- Avaliar a necessidade de utilização de equipamentos e/ou materiais de apoio para o autocuidado: higiene (cadeira de banho, barras de apoio e escova de cabo largo);</p> <p>- Ensinar, instruir e treinar o uso de equipamentos e/ou materiais de apoio no autocuidado: higiene;</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Índice de Barthel: 0 – Dependência Total; • MIF: 17 – Dependência Completa.
<p>Potencial para ser funcional no autocuidado: higiene.</p>			<p style="text-align: center;">Entre 30/10/24 a 22/11/24</p> <p>A utente A.M. realizou a higiene no WC sentada na cadeira sanitária, sendo o espaço devidamente preparado e organizado, sem barreiras arquitetônicas (ex: outras cadeiras sanitárias, cama banheira). A participação da utente foi melhorando progressivamente durante esse período, conseguindo atualmente lavar e secar autonomamente o hemicorpo superior. Foi</p>

		<ul style="list-style-type: none"> - Respeitar o ritmo e gostos da utente na rotina do autocuidado: higiene bem como o uso dos seus objetos pessoais; - Estimular a funcionalidade no autocuidado higiene através de reforços positivos; 	<p>respeitado o seu ritmo e gostos, sendo utilizados os seus produtos de higiene e cremes. É capaz de lavar os seus dentes e pentear-se, que outrora não se verificava. Foram sempre realizados reforços positivos face aos seus progressos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Índice de Barthel: 25 - Dependência Total • MIF: 21 - Dependência modificada com assistência até 50% da tarefa
<p>Autocuidado: vestuário, Dependente em grau elevado</p> <p>Potencial para melhorar conhecimento sobre usar dispositivo auxiliar para o autocuidado: vestuário;</p>	<p>Autocuidado: vestuário, melhorado</p> <p>Melhorar o conhecimento sobre usar dispositivo auxiliar para o autocuidado: vestuário;</p> <p>Melhorar a capacidade para usar dispositivo</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Monitorizar o grau de dependência no autocuidado através do Índice de Barthel e da MIF; - Avaliar a necessidade de equipamentos e/ou materiais de apoio para o autocuidado: vestuário; - Avaliar o conhecimento sobre técnica de adaptação para o autocuidado: vestuário; - Avaliar a capacidade sobre técnica de adaptação para o autocuidado: vestuário; - Ensinar, instruir e treinar a técnica de adaptação para o autocuidado: vestuário; 	<p style="text-align: center;">30/9/24</p> <p>Não foi possível a colaboração da utente por se encontrar sonolenta.</p> <p style="text-align: center;">24/10/24</p> <p>A utente A.M. necessita de ajuda total para vestir/despir-se.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Índice de Barthel: 0 – Dependência Total; • MIF: 17 – Dependência Completa. <p style="text-align: center;">Entre 30/10/24 a 22/11/24</p>

<p>Potencial para melhorar capacidade para usar dispositivo auxiliar para o autocuidado: vestuário;</p> <p>Potencial para ser funcional no autocuidado: vestuário.</p>	<p>auxiliar para o autocuidado: vestuário;</p> <p>Promover a funcionalidade no autocuidado: vestuário.</p>	<p>- Avaliar o conhecimento sobre usar dispositivo auxiliar para o autocuidado: vestuário;</p> <p>- Avaliar a capacidade para usar dispositivo auxiliar para o autocuidado: vestuário;</p> <p>- Ensinar, instruir e treinar o uso de equipamentos e/ou materiais de apoio no autocuidado: vestuário;</p> <p>- Respeitar o ritmo e gostos da utente no autocuidado: vestuário;</p> <p>- Estimular a funcionalidade no autocuidado: vestuário, através de reforços positivos;</p>	<p>A utente melhorou progressivamente o seu desempenho durante esse período, conseguindo despir e vestir a camisola (começando a vestir pelo lado esquerdo, ao contrário do despir que se inicia pelo lado direito), necessitando de ajuda para abotoar/desabotoar os botões e para o hemicorpo inferior.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Índice de Barthel: 25 - Dependência Total • MIF: 21 - Dependência modificada com assistência até 50% da tarefa
<p>Autocuidado: comer/beber, Dependente em grau elevado</p>	<p>Autocuidado: comer/beber, melhorado</p> <p>Melhorar o conhecimento sobre</p>	<p>- Monitorizar o grau de dependência no autocuidado através do Índice de Barthel e da MIF;</p> <p>- Avaliar a necessidade de equipamentos e/ou materiais de apoio para o autocuidado: comer/beber;</p>	<p>Entre 24 a 29/10/24</p> <p>A utente encontra-se com SNG, por oscilar períodos de sonolência e vigília.</p> <p>30/10/24</p>

<p>Potencial para melhorar o conhecimento sobre dispositivo auxiliar para o autocuidado: comer/beber;</p>	<p>dispositivo auxiliar para o autocuidado: comer/beber;</p> <p>Melhorar o conhecimento sobre técnica de adaptação para o autocuidado: beber;</p>	<p>- Avaliar o conhecimento sobre dispositivo auxiliar para o autocuidado: comer/beber;</p> <p>- Avaliar o conhecimento sobre técnica de adaptação para o autocuidado: beber;</p> <p>- Avaliar a capacidade para usar dispositivo auxiliar para o autocuidado: comer/beber (utiliza os utensílios para comer, coloca os alimentos nos utensílios e leva à boca, finaliza a refeição, abre o recipiente, pega e bebe pela garrafa ou copo);</p>	<p>A utente iniciou alimentação via oral cumprindo a ingestão de líquidos espessados à consistência néctar e dieta mole. Retirada SNG à utente, sem intercorrências.</p> <p>A utente depende de terceiros para alimentar-se, pois não consegue comer autonomamente, e não solicita água, tornando-se necessário fornecer água constantemente.</p>
<p>Potencial para melhorar o conhecimento sobre técnica de adaptação para o autocuidado: beber;</p>	<p>Melhorar a capacidade para usar dispositivo auxiliar para o autocuidado: comer/beber;</p>	<p>- Ensinar, instruir e treinar o uso de dispositivo auxiliar para o autocuidado: comer/beber;</p> <p>- Respeitar o ritmo e gostos da utente no autocuidado: comer/beber;</p>	<p style="text-align: center;">Entre 4 a 22/11/24</p> <p>A utente mantém-se a cumprir a dieta mole e ingere líquidos à consistência néctar, sem intercorrências. Denota-se evolução no seu desempenho, conseguindo alimentar-se autonomamente sob supervisão até finalizar a refeição, que outrora não se verificava, pois, a utente devido ao cansaço não comia tudo. É capaz de manusear a garrafa de água, cumprindo a ingestão de água.</p>
<p>Potencial para melhorar a capacidade para usar dispositivo auxiliar</p>	<p>Promover a funcionalidade no</p>	<p>- Estimular a funcionalidade no autocuidado: comer/beber, através de reforços positivos;</p>	

<p>para o autocuidado: comer/beber;</p> <p>Potencial para ser funcional no autocuidado: comer, beber.</p>	<p>autocuidado: comer/beber.</p>		
<p>Deglutição comprometida</p> <p>Potencial para melhorar o conhecimento sobre os exercícios e as técnicas de deglutição;</p> <p>Potencial para melhorar a capacidade para</p>	<p>Deglutição melhorada</p> <p>Melhorar o conhecimento sobre os exercícios e as técnicas de deglutição;</p> <p>Melhorar a capacidade para executar os exercícios e usar as técnicas de deglutição.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar capacidade de deglutição (alterações na qualidade da voz e articulação das palavras, movimentação da língua e os lábios, mantém controlo postural da cabeça, presença de reflexos do vômito e de deglutição, sensibilidade da mucosa oral, simetria facial); - Monitorizar a deglutição através da Escala GUSS; - Planear e gerir a dieta; - Executar técnica de deglutição após posicionar corretamente a utente e supervisionar a deglutição; 	<p style="text-align: center;">Entre 24 a 29/10/24</p> <p>A utente encontra-se com SNG, por oscilar períodos de sonolência e vigília. Foram realizados exercícios para reeducação da deglutição, nomeadamente exercícios de amplitude de movimento e fortalecimento muscular, durante 2 segundos em cada, conforme descrito na norma de procedimento do serviço de NC I (Anexo XIV).</p> <p>A utente A.M. inicialmente mostrou-se renitente em realizar os exercícios e sentia dificuldade em executá-los, mas foi melhorando significativamente o seu desempenho, sendo capaz de executá-los sem dificuldade.</p>

<p>executar os exercícios e usar as técnicas de deglutição</p>		<p>- Avaliar conhecimento sobre exercícios e técnicas de deglutição;</p> <p>- Ensinar, instruir e treinar sobre exercícios de deglutição (exercícios de resistência muscular: lábios, língua, palato mole; exercícios de mobilidade laríngea e exercícios de controlo do bolo alimentar);</p> <p>- Ensinar, instruir e treinar sobre técnicas de deglutição (técnicas de consistência adaptada, técnicas posturais e técnica sensorial);</p> <p>- Avaliar a capacidade para executar os exercícios e usar as técnicas de deglutição;</p>	<p style="text-align: right;">30/10/24</p> <p>Realizado teste de deglutição à utente A.M., com base na na escala GUSS e na norma de procedimento do serviço, cumprindo critérios para iniciar alimentação via oral com necessidade de consistência adaptada, nomeadamente líquidos espessados à consistência néctar e dieta mole. Realizada articulação com a Terapeuta da Fala. Retirada SNG à utente, sem intercorrências.</p> <ul style="list-style-type: none"> • GUSS: 12/20 – Disfagia moderada/ Risco de aspiração. <p style="text-align: right;">22/11/24</p> <p>A utente mantém-se a cumprir a dieta mole e a ingestão de líquidos à consistência néctar, sem intercorrências. Realizados exercícios de fortalecimento muscular e amplitude de movimento dos lábios, língua, mandíbula, laringe e bochechas.</p>
<p>Transferir-se comprometido</p>	<p>Transferir-se melhorado</p>	<p>- Avaliar o conhecimento sobre técnica de adaptação para transferir-se da cama</p>	<p style="text-align: right;">30/9/24</p>

<p>Potencial para melhorar o conhecimento sobre a técnica de adaptação para transferir-se;</p> <p>Potencial para melhorar a capacidade para usar a técnica de adaptação para transferir-se;</p>	<p>Melhorar o conhecimento sobre a técnica de adaptação para transferir-se;</p> <p>Melhorar a capacidade para usar técnica de adaptação para transferir-se;</p> <p>Promover a confiança e a segurança nas transferências;</p>	<p>para cadeirão/ cadeira sanitária ou vice-versa;</p> <p>- Avaliar a capacidade para usar técnica de adaptação para transferir-se da cama para cadeirão/ cadeira de banho ou vice-versa;</p> <p>- Ensinar, instruir e treinar sobre a técnica de adaptação para transferir-se em segurança;</p>	<p>A utente A.M. não realizou transferência, por não apresentar condições de se levantar (sonolenta).</p> <p style="text-align: center;">Entre 24/10/24 a 14/11/24</p> <p>A utente necessita de apoio bilateral para transferir-se da cama para o cadeirão/ cadeira de banho e vice-versa, demonstrando muito medo de cair (exerce força contrária) e equilíbrio comprometido na posição sentada.</p> <p style="text-align: center;">Entre 18 a 22/11/24</p> <p>A utente necessita igualmente de apoio bilateral para transferir-se da cama para cadeirão/ cadeira de banho e vice-versa, contudo apresenta-se mais calma e colaborante no ato da transferência, mantendo o equilíbrio estático na posição sentada.</p>
<p>Pôr-se de pé comprometido</p> <p>Potencial para melhorar o</p>	<p>Pôr-se de pé, melhorado</p> <p>Melhorar o conhecimento sobre a</p>	<p>- Providenciar o uso de dispositivo auxiliar para pôr-se de pé;</p> <p>- Avaliar a utente a pôr-se de pé com apoio bilateral e do andarilho;</p>	<p style="text-align: center;">Entre 18 a 22/11/24</p> <p>Após ensino e exemplificação do uso do andarilho, foi ajustado o andarilho à altura da utente. Foram realizadas várias tentativas de colocar a utente em ortostatismo com apoio bilateral e do andarilho,</p>

<p>conhecimento sobre a técnica de adaptação para pôr-se de pé;</p> <p>Potencial para melhorar o conhecimento sobre o dispositivo auxiliar para pôr-se de pé;</p>	<p>técnica de adaptação para pôr-se de pé;</p> <p>Melhorar o conhecimento sobre o dispositivo auxiliar para pôr-se de pé;</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Incentivar a utente a pôr-se de pé, aumentando a sua confiança e reduzindo o seu medo de cair; - Avaliar o conhecimento sobre o dispositivo auxiliar para pôr-se de pé; - Avaliar o conhecimento sobre a técnica de adaptação para pôr-se de pé; - Avaliar a capacidade para usar o dispositivo auxiliar para pôr-se de pé; - Avaliar a capacidade para usar a técnica de adaptação para pôr-se de pé; - Ensinar, instruir e treinar o uso do andarilho para pôr-se de pé; - Ensinar, instruir e treinar a técnica de adaptação para pôr-se de pé (<p>denotando-se melhoria no seu desempenho durante esse período.</p> <p>A utente foi melhorando a postura do tronco, inclinando-o menos para a frente, e os joelhos já se encontravam menos fletidos. O medo de cair também foi reduzindo ao longo das intervenções.</p>
<p>Risco de Queda, em grau elevado</p>	<p>Risco de queda diminuído</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Monitorizar o risco de queda através das escalas MRC, equilíbrio de Berg, de 	<p>Entre 24/10/24 a 14/11/24</p> <p>A utente apresenta muito medo de cair, não apresenta equilíbrio estático sentada e tem</p>

	<p>Reduzir o risco de queda;</p> <p>Promover a segurança durante a prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação.</p>	<p>quedas de Morse e categorias funcionais da marcha;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Avaliar a capacidade para pôr-se de pé (presença de medo de cair e equilíbrio comprometido); - Reconhecer os fatores de risco que fomentem o risco de queda (equilíbrio sentado e ortostático comprometido, medo de cair, diminuição da força muscular no hemitorpo esquerdo); - Otimizar a segurança do ambiente físico, excluindo as barreiras arquitetónicas (por ex: mesas de cabeceira, objetos nos corredores); - Utilizar as meias antiderrapantes e vestir as calças para auxiliar nas transferências; 	<p>diminuição da força muscular no hemitorpo esquerdo, especialmente do membro superior esquerdo, sendo estes os fatores de risco que potenciam o risco de queda. No cadeirão encontra-se com contenção pélvica e com mesa de trabalho colocada.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Escala Equilíbrio de Berg: 0/56 Equilíbrio Diminuído; Elevado Risco de Queda; • Escala Quedas de Morse: 55/125 Risco de Queda Elevado; • Escala de Força Muscular: força de grau 3/5 no membro superior esquerdo nos diversos segmentos e força de grau 4/5 na cabeça, pescoço e membro inferior esquerdo. No hemitorpo direito apresenta força de 4/5 na cabeça e pescoço (exceto na rotação que é 3/5 devido à contratura) e membro superior, enquanto que no membro inferior apresenta força de grau 5/5 nos diversos segmentos <p style="text-align: center;">Entre 18 a 22/11/24</p>
--	---	---	--

			<p>A utente A.M. já apresenta equilíbrio estático na posição sentada e encontra-se mais confiante, não sendo tão evidente o seu medo de cair. Mantém-se o uso de contenção pélvica e a colocação da mesa de trabalho durante a sua permanência no cadeirão.</p> <ul style="list-style-type: none">• Escala Equilíbrio de Berg: 3/56 Equilíbrio Diminuído; Elevado Risco de Queda;• Escala Quedas de Morse: 55/125 Risco de Queda Elevado;• Categorias funcionais da marcha: Categoria 1 Não Funcional;• Escala de Força Muscular: força de grau 5/5 em todos os segmentos bilateralmente, exceto na escapulo-umeral esquerda que apresenta força de grau 4/5.
--	--	--	--

Todas as intervenções realizadas tiveram uma duração de 60 a 90 minutos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo de caso contribuiu para evidenciar a importância de cuidados de enfermagem de reabilitação na pessoa com demência em situação de doença aguda.

A implementação deste programa de reabilitação teve impacto significativo não só na melhoria da funcionalidade da utente nas AVD's como na melhoria da sua qualidade de vida. Estes resultados de bem-estar encontram-se presentes na Teoria das Consequências Funcionais de Carol Miller (2012), que foi basilar para fundamentar a intervenção. Identificar as consequências funcionais negativas da utente A.M. desencadeadas pela existência de fatores de risco e potenciadas por alterações inerentes ao seu processo de envelhecimento, foi fundamental para que as intervenções do EEER na pessoa com demência fossem promissoras, tornando essas consequências funcionais positivas e, por sua vez, retardando a progressão da demência.

A duração do estágio foi crucial para a elaboração, implementação e avaliação do programa de reabilitação adequado à utente A.M., com a obtenção de ganhos em saúde evidentes, nomeadamente melhoria da sua capacidade de memória, melhoria da sua orientação espacial, aumento da funcionalidade no autocuidado: higiene, vestuário e comer/beber, segurança na deglutição, aumento da força muscular no hemicorpo esquerdo, presença de equilíbrio estático na posição sentada, diminuição do seu medo de cair e melhoria da sua postura ao pôr-se de pé. Os resultados deste estudo de caso refletem a relação de confiança estabelecida com a utente e a importância da motivação, com os reforços positivos, nos cuidados de enfermagem de reabilitação.

A elaboração deste estudo de caso permitiu consolidar e aprofundar conhecimentos em contexto de prática clínica, enriquecendo a minha intervenção e desenvolvendo competências de EEER.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Berg, K. O., Wood-Dauphinee, S. L., Williams, J. I., & Maki, B. (1992). Measuring balance in the elderly: validation of an instrument. *Canadian journal of public health = Revue canadienne de sante publique*, 83 Suppl 2, S7–S11. https://www.researchgate.net/publication/21687774_Measuring_balance_in_the_elderly_Validation_of_an_instrument

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. https://journals.lww.com/acsmmsse/Abstract/1982/05000/Psychophysical_bases_of_perceived_exertion.1.2.aspx

Ferreira A.M.S., Pierdevara, L., Ventura, I.M., Gracias A.M.B., Marques J.M.F., Reis M.G.M. (2018) Gugging Swallowing Screen: contributo para a validação cultural e linguística para o contexto português. *Revista de Enfermagem Referência. Série IV - n.º 16 - JAN./FEV./MAR.* pp.85-94 <https://doi.org/10.12707/RIV17090>

Figueiredo, M. D. C., & Amendoeira, J. (2018). O estudo de caso como método de investigação em enfermagem. *Revista da UIIPS–Unidade de Investigação do Instituto Politécnico de Santarém*, 6(2), 102-107.

Granger, C. V., Hamilton, B. B., Keith, R. A., Zielezny, M. & Sherwin, F. S. (1986). Advances in functional assessment for medical rehabilitation. *Topics in Geriatric Rehabilitation*, 1(3): 59-74. http://journals.lww.com/topicsingeriatricrehabilitation/Abstract/1986/04000/Advances_in_functional_assessment_for_medical.7.aspx

Holden, M. K., Gill, K. M., & Magliozzi, M. R. (1986). Gait assessment for neurologically impaired patients. Standards for outcome assessment. *Physical therapy*, 66(10), 1530–1539. <https://doi.org/10.1093/ptj/66.10.1530>

Júlio, C. E., Cardoso, A., Pereira, G. S., Corrêa, J. C. F., & Silva, S. M. (2020). Associação entre a classificação da deambulação funcional com a velocidade da marcha após acidente vascular cerebral. *Acta Fisiátrica*, 27(2), 95-99.

Mahoney, F. I. & Barthel, D. (1965). "Functional evaluation: the Barthel Index." *Maryland State Med Journal*, 14, 56-61. <https://www.kcl.ac.uk/nmpc/assets/rehab/tools-bi-functional-evaluationthe-barthel-index.pdf>

Medical Research Council. (1976). Aids to the examination of the peripheral nervous system (War Memorandum No. 7). London: Her Majesty's Stationery Office. <https://www.ukri.org/wp-content/uploads/2021/12/MRC-011221-AidsToTheExaminationOfThePeripheralNervousSystem.pdf>

Menoita, E., Sousa, L., Alvo, I. & Vieira, C. (2012). Reabilitar a Pessoa Idosa com AVC: Contributos para um Envelhecer Resiliente (1.ª Edição). Lusociência.

ANEXOS

ANEXO I – Escala de Borg

ESCALA DE DISPNEIA DE BORG MODIFICADA	
0	Nenhuma
0,5	Muito, muito leve
1	Muito leve
2	Leve
3	Moderada
4	Pouco intensa
5	Intensa
6	
7	Muito intensa
8	
9	Muito, muito intensa
10	Máxima

ANEXO II – ESCALA DE GLASGLOW

ESCALA DE GLASGLOW		
VARIÁVEIS		SCORE
Abertura ocular	Espontânea	4
	À voz	3
	À dor	2
	Nenhuma	1
Resposta verbal	Orientada	5
	confusa	4
	Palavras inapropriadas	3
	Palavras incompreensivas	2
	Nenhuma	1
Resposta motora	Obedece a comandos	6
	Localiza a dor	5
	Movimento de retirada	4
	Flexão anormal	3
	Extensão anormal	2
	Nenhuma	1
TOTAL		Mínimo 3 Máximo 15

ANEXO III – MiniMentalState Examination (MMSE)

MINI-EXAME DO ESTADO MENTAL

(Folstein, Folstein & McHugh, 1.975)

Paciente: _____

Data da Avaliação: ____/____/____ Avaliador: _____

ORIENTAÇÃO

- Dia da semana (1 ponto)()
- Dia do mês (1 ponto)()
- Mês (1 ponto)()
- Ano (1 ponto)()
- Hora aproximada (1 ponto)()
- Local específico (apartamento ou setor) (1 ponto)()
- Instituição (residência, hospital, clínica) (1 ponto)()
- Bairro ou rua próxima (1 ponto)()
- Cidade (1 ponto)()
- Estado (1 ponto)()

MEMÓRIA IMEDIATA

- Fale 3 palavras não relacionadas. Posteriormente pergunte ao paciente pelas 3 palavras. Dê 1 ponto para cada resposta correta()
Depois repita as palavras e certifique-se de que o paciente as aprendeu, pois mais adiante você irá perguntá-las novamente.

ATENÇÃO E CÁLCULO

- (100 - 7) sucessivos, 5 vezes sucessivamente (1 ponto para cada cálculo correto)()
(alternativamente, soletrar MUNDO de trás para frente)

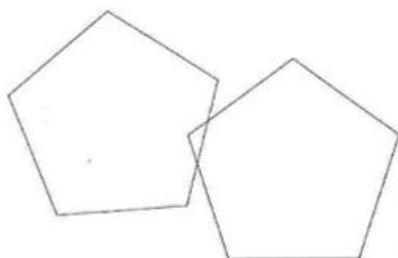
EVOCAÇÃO

- Pergunte pelas 3 palavras ditas anteriormente (1 ponto por palavra)()

LINGUAGEM

- Nomear um relógio e uma caneta (2 pontos)()
- Repetir "nem aqui, nem ali, nem lá" (1 ponto)()
- Comando: "pegue este papel com a mão direita dobre ao meio e coloque no chão (3 pts)()
- Ler e obedecer: "feche os olhos" (1 ponto)()
- Escrever uma frase (1 ponto)()
- Copiar um desenho (1 ponto)()

SCORE: (____/30)



ANEXO IV – DADOS NORMATIVOS DO MMSE

Dados normativos do MMSE (Freitas et al., 2015)					
Idade	Escolaridade				
	1 a 4	5 a 9	10 a 12	>12	Qualquer escolaridade
25-49	27	28	29	29	28
50-64	26	28	28	28	27
≥ 65	26	28	28	28	26
Qualquer idade	26	28	28	29	27

Tabela 1 - Dados normativos do MMSE para a população portuguesa

Fonte: Santana, et al. (2016). Mini-Mental State Examination: Avaliação dos Novos Dados Normativos no Rastreamento e Diagnóstico do Défice Cognitivo, Anexo I

ANEXO V - Montreal Cognitive Assessment (MoCA)

VISUOESPACIAL / EXECUTIVA							Pontos	
<p style="text-align: center;">[] []</p>	<p>Copiar o cubo</p>	Desenhar um RELÓGIO (onze horas e dez minutos) (3 pontos)						
		[]	[]	[]	[]	[]	_ / 5	
NOMEAÇÃO								
							_ / 3	
		[]	[]	[]	[]	[]		
MEMÓRIA	Leia a lista de palavras, O sujeito de repeti-la, faça duas tentativas Evocar após 5 minutos		Rosto	Veludo	Igreja	Margarida	Vermelho	Sem Pontuação
		1ª tentativa						
		2ª tentativa						
ATENÇÃO	Leia a sequência de números (1 número por segundo)	O sujeito deve repetir a sequência em ordem direta [] 2 1 8 5 4 O sujeito deve repetir a sequência em ordem indireta [] 7 4 2					_ / 2	
		Leia a série de letras. O sujeito deve bater com a mão (na mesa) cada vez que ouvir a letra "A". Não se atribuem pontos se ≥ 2 erros.					_ / 1	
		[] F B A C M N A A J K L B A F A K D E A A A J A M O F A A B						
		Subtração de 7 começando pelo 100	[] 93	[] 86	[] 79	[] 72	[] 65	_ / 3
		4 ou 5 subtrações corretas: 3 pontos; 2 ou 3 corretas 2 pontos; 1 correta 1 ponto; 0 correta 0 ponto						
LINGUAGEM	Repetir: Eu somente sei que é João quem será ajudado hoje.	[]	O gato sempre se esconde embaixo do Sofá quando o cachorro está na sala.			[]	_ / 2	
		Fluência verbal: dizer o maior número possível de palavras que comecem pela letra F (1 minuto).					_ / 1	
		[] _____ (N ≥ 11 palavras)						
ABSTRAÇÃO	Semelhança p. ex. entre banana e laranja = fruta	[]	trem - bicicleta		[]	relógio - régua		_ / 2
EVOCAÇÃO TARDIA	Deve recordar as palavras SEM PISTAS	[]	[]	[]	[]	[]	_ / 5	
		Rosto	Veludo	Igreja	Margarida	Vermelho	Pontuação apenas para evocação SEM PISTAS	
OPCIONAL	Pista de categoria							
		Pista de múltipla escolha						
ORIENTAÇÃO	[] Dia do mês [] Mês [] Ano [] Dia da semana [] Lugar [] Cidade						_ / 6	
© Z. Nasreddine MD www.mocatest.org Versão experimental Brasileira: Ana Luisa Rosas Sarmiento Paulo Henrique Ferreira Bertolucci - José Roberto Wajman							TOTAL Adicionar 1 pt se ≤ 12 anos de escolaridade _ / 30	

ANEXO VI – ESCALA DE FORÇA MUSCULAR MRC

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

ANEXO VII – ESCALA MODIFICADA DE ASHWORTH

Escala Modificada de Ashworth	
0	Tónus normal
1	Hipertonia muito ligeira (mínima resistência no final do movimento)
1+	Hipertonia muito ligeira (mínima resistência durante todo o movimento)
2	Hipertonia ligeira durante a maior parte do movimento
3	Hipertonia moderada (o movimento passivo é difícil)
4	Hipertonia grave (o movimento passivo é impossível)

ANEXO VIII – ESCALA DE EQUILÍBRIO DE BERG

Escala de Equilíbrio de Berg		
Descrição dos itens	Pontuação (0-4)	
1) Posição sentada para posição em pé		
2) Permanecer em pé sem apoio		
3) Permanecer sentado sem apoio nas costas, mas com os pés apoiados no chão ou num banquinho		
4) Posição em pé para posição sentada		
5) Transferências		
6) Permanecer em pé sem apoio com os olhos fechados		
7) Permanecer em pé sem apoio com os pés juntos		
8) Alcançar a frente com o braço estendido permanecendo em pé.		
9) Apanhar um objeto do chão a partir da posição em pé.		
10) Virar-se e olhar para trás por cima dos ombros direito e esquerdo enquanto permanece em pé.		
11) Girar 360 graus		
12) Posicionar os pés alternadamente no degrau ou banquinho enquanto permanece em pé sem apoio		
13) Permanecer em pé sem apoio com um pé à frente		
14) Permanecer em pé sobre uma perna		
TOTAL		
Legenda: 0 - incapaz de executar, 4 - capaz de executar de forma independente) obtendo um score total de 56 pontos.		
Legenda: 41-56 = baixo risco de queda / equilíbrio bom; 21-40 = risco de queda médio/ equilíbrio médio; 0 - 20 = elevado risco de queda / equilíbrio diminuído.		

ANEXO IX - ESCALA DE QUEDAS DE MORSE

Tabela 1

Itens da versão portuguesa da Escala de Quedas de Morse

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

ANEXO X – CATEGORIAS FUNCIONAIS DA MARCHA

CATEGORIAS FUNCIONAIS DA MARCHA	
CATEGORIA	DESCRIÇÃO
1 Não Funcional	Não é capaz de deambular ou requer assistência física ou supervisão de mais de uma pessoa, ou só deambula em barras paralelas.
2 Dependente Nível II	Requer contacto manual de uma pessoa, sendo este contato contínuo para suportar o peso corporal, bem como para manter o equilíbrio ou para auxiliar na coordenação.
3 Dependente Nível I	Requer contacto manual leve, intermitente ou contínuo de uma pessoa para auxiliar no equilíbrio ou coordenação em solo regular.
4 Dependente com supervisão	Deambula em solo regular sem contacto manual de outra pessoa, mas por segurança, requer uma pessoa ao lado, por causa do comprometimento na capacidade de decisão, status cardíaco questionável, ou da necessidade de verbalização para completar a tarefa.
5 Independente apenas em superfícies niveladas	Deambula de forma independente em superfície plana, mas requer supervisão ou contato manual para superfícies irregulares.
6 Independente em superfícies niveladas e desniveladas	Deambula em superfícies regulares e irregulares de forma independente.

ANEXO XI – ÍNDICE DE BARTHEL

Escala de Barthel

ATIVIDADE	PONTUAÇÃO
ALIMENTAÇÃO 0 = incapacitado 5 = precisa de ajuda para cortar, passar manteiga, etc, ou dieta modificada 10 = independente	
BANHO 0 = dependente 5 = independente (ou no chuveiro)	
ATIVIDADES ROTINEIRAS 0 = precisa de ajuda com a higiene pessoal 5 = independente rosto/cabelo/dentes/barbear	
VESTIR-SE 0 = dependente 5 = precisa de ajuda mas consegue fazer uma parte sozinho 10 = independente (incluindo botões, zipers, laços, etc.)	
INTESTINO 0 = incontinente (necessidade de enemas) 5 = acidente ocasional 10 = continente	
SISTEMA URINÁRIO 0 = incontinente, ou cateterizado e incapaz de manejo 5 = acidente ocasional 10 = continente	

ANEXO XII – MEDIDA FUNCIONAL DE INDEPENDÊNCIA

Escala de MIF		
Autocuidado	Data de avaliação	
A - Alimentação		
B - Higiene pessoal		
C - Banho		
D - Vestir metade superior		
E - Vestir metade inferior		
F - Utilização da sanita		
Controlo de Esfíncteres		
G - Vesical		
H - Intestinal		
Transferência		
I - Cama, cadeira, cadeira de rodas		
J - Sanitário		
K - Banheira, duche		
Locomoção		
L - Marcha, cadeira de rodas		
M - Escadas		
Comunicação		
N - Compreensão		
O - Expressão		
Cognição Social		
P - Interação social		
Q - Resolução de problemas		
R - Memória		
TOTAL		
Legenda		
Nível	7 - Independência completa (segurança, em tempo normal). 6 - Independência modificada (utilização de produto de apoio)	Sem ajuda /Independente
Dependência modifica (o indivíduo realiza pelo menos 50% do esforço) 5 - Supervisão 4 - Ajuda mínima (indivíduo ≥ 75%)		Ajuda /dependência modificada
3 - Ajuda moderada (indivíduo ≥ 50%) Dependência completa (o indivíduo realiza menos de 50% do esforço) 2 - Ajuda máxima (indivíduo ≥ 25%) 1 - Ajuda total (indivíduo < 25 %)		.

ANEXO XIII – ESCALA 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, gorgolejo, voz molhada ou fraca)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
TOTAL:	(5)	
	1 – 4 = investigação posterior ¹ 5 = Continuar para a secção 2	

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

Seguir a ordem:	1 →	2 →	3 →
	SEMI-SÓLIDO*	LÍQUIDO**	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 ¹ 5 = Continuar para líquido	1 – 4 = investigação posterior ¹ 5 = Continuar para sólido	1 – 4 = investigação posterior ¹ 5 = Normal
TOTAL: (Secção 1 + Secção 2)	(20)		

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

RESULTADOS		GRAVIDADE	RECOMENDAÇÕES
20	Semi-sólido, líquido e sólido com sucesso	Disfagia ligeira / sem disfagia Risco mínimo de aspiração	<ul style="list-style-type: none"> Dieta normal Líquidos normais (primeira refeição com supervisão de enfermeiro)
15–19	Semi-sólido e líquido com sucesso Sólido sem sucesso	Disfagia ligeira Baixo risco de aspiração	<ul style="list-style-type: none"> Dieta passada Líquidos muito devagar (um gole de cada vez) Avaliação especializada¹
10–14	Semi-sólido com sucesso Líquido sem sucesso	Disfagia moderada Risco de aspiração	<ul style="list-style-type: none"> Dieta semi-líquida Líquidos espessados Comprimidos esmagados e misturados em líquido espessado Não administrar medicação líquida Avaliação especializada¹ <p><i>Suplementação com via nasogástrica ou parentérica</i></p>
0-9	Investigação preliminar sem sucesso ou semi-sólido sem sucesso	Disfagia grave Alto risco de aspiração	<ul style="list-style-type: none"> NPO (<i>non per os</i> – proibida alimentação por via oral) Avaliação especializada¹ <p><i>Suplementação com via nasogástrica ou parentérica</i></p>

ANEXO XIV – NORMA DE PROCEDIMENTO

[POL 0XXX OU NPG 1XXX OU NOC 2XXX]

SERVIÇO DE NEUROCIRURGIA I

NORMA DE PROCEDIMENTO

NEUROC – 3087

CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO À PESSOA COM DEGLUTIÇÃO COMPROMETIDA

APROVAÇÃO

[Área reservada para a aprovação]

FINALIDADE	Prevenir complicações associadas à pessoa com deglutição comprometida e promover treino de reabilitação da deglutição
DESTINATÁRIOS	Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação
PALAVRAS-CHAVE	Avaliação, Comprometida, Deglutição, Disfagia, Treino, Reabilitação

[Não escrever nesta zona da página]

Autores	Enf Especialista Enfermagem de reabilitação, Ana Sofia Gonçalves	2024.02.29
Verificação SGQ/COS	[Identificar responsáveis pela verificação]	[Data de Verificação]
Aprovação	Leonor Monteiro	2024.02.29
Divulgação	Sessão formativa e mail	[Data de Divulgação]
Versão	3	2024.02.29

HGO/Mod. 74011 (out. 20)

NP 3087 – Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa com Deglutição Comprometida

Versão 3 Pág. 1 de 17

Este é um documento controlado. A versão eletrónica colocada no servidor do Serviço é a cópia controlada. Qualquer cópia impressa deste documento não é controlada. Deve ser sempre acedido a partir do servidor do Serviço e não deve ser guardado em unidades locais.

1. CONCEITOS

Deglutição, traduz-se na capacidade de ingerir substâncias através da boca, dirigindo-as à faringe e posteriormente ao esófago. É descrita como uma função complexa que exige não só comunicação entre os sistemas nervosos central e periférico como também ações coordenadas entre a cavidade oral, laringe, músculos, nervos cranianos e encéfalo.

Pode ser dividida em quatro fases:

1. Fase oral preparatória – os alimentos são manipulados na boca;
2. Fase oral – o bolo alimentar é posicionado na região mediana da boca e é empurrado para a orofaringe;
3. Fase faríngea – o bolo alimentar atravessa a faringe por ação do reflexo da deglutição;
4. Fase esofágica – o peristaltismo transporta o bolo alimentar até ao estômago.

A deglutição fica concluída durante a Fase Esofágica que demora 8 a 20 segundos.

Segundo a CIPE, **Deglutição** é um tipo de digestão com as características específicas: passagem dos líquidos e dos alimentos fragmentados, pelo movimento da língua e dos músculos, da boca para o estômago através da orofaringe e do esófago.

Disfagia, é um sintoma definido como uma alteração da deglutição em consequência de uma alteração nos mecanismos de controlo neuromuscular ou sensorial da deglutição. Pode também surgir como um sintoma secundário a alguns medicamentos.

A pessoa com diagnóstico de **Deglutição Comprometida** deve ser alvo de ~~uma~~ avaliação/intervenção de enfermagem pelo facto de que do mesmo decorre o diagnóstico de "risco de aspiração". São referidos como sendo fatores de risco para aspiração:

- Cognição ou nível de consciência alterado
- Deglutição comprometida (que pode ocorrer depois de acidente vascular cerebral ou outras doenças neurológicas)
- Vômitos
- Dispositivos e procedimentos gastrointestinais (p. ex. sonda nasogástrica)
- Dispositivos e procedimentos respiratórios (p. ex. tubo endotraqueal)

Pela patologia neurológica, idade e status pós anestésicos, os doentes do serviço de Neurocirurgia apresentam grande probabilidade de compromisso da deglutição e consequente risco de aspiração.

2. DESCRIÇÃO

a. CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO

Crítérios	Exceções	Esclarecimentos
1-Pessoas internadas no serviço de neurocirurgia1 da ULSAS em situação de risco de deglutição comprometida	Pessoas internadas com agendamento cirúrgico previsto num período de 24h Pessoas em situação de pós operatório num período de 12h	<u>Consideram-se pessoas em situação de risco de deglutição comprometida:</u> <ul style="list-style-type: none">• Doentes do foro neurológico, nomeadamente com<ul style="list-style-type: none">◦ Tumor cerebral◦ AVC isquémico ou hemorrágico◦ Traumatismo Craniano• Pós operatório de cirurgia cervical por via anterior• Pessoas com antecedentes de entubação traqueal prolongada
2-Pessoas com deglutição comprometida		

b. COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO (EEER) NOS CUIDADOS À PESSOA COM ALTERAÇÃO DA DEGLUTIÇÃO

Compete ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (ER):

- Avaliar a Deglutição conforme critérios de avaliação;
- Prescrever as intervenções de Enfermagem de Reabilitação e de Enfermagem Geral para a pessoa com **deglutição comprometida**;
- Executar as intervenções de Enfermagem de Reabilitação conforme a presente norma;
- Supervisar o cumprimento das Intervenções pela Enfermagem Geral;
- Realizar Registos inerentes à Avaliação, Diagnóstico e Intervenções;
- Monitorizar registos em base de dados.

c. AVALIAÇÃO DA DEGLUTIÇÃO

Pressupostos para realizar Avaliação da Deglutição:

- ✓ Conhecimento da situação clínica do doente nomeadamente antecedentes de aspiração e fatores de risco como patologias prévias ou uso de medicamentos (anticonvulsivantes, antidepressivos, neurolépticos e antiparkinsonianos).
- ✓ Avaliação neurológica e avaliação dos pares cranianos com envolvimento direto na deglutição.
- ✓ Realização da avaliação com a pessoa consciente, desperta, bem sentada, em ambiente calmo e livre de distrações e com equipamento de aspiração disponível.
- ✓ **Avaliação indireta e direta** da deglutição

1. Avaliação Indirecta da Deglutição

→ **Capacidade para se manter vigil e atento**
→ **Estase de secreções na cavidade oral**
→ Qualidade vocal
→ Simetria facial
→ Sensibilidade facial e da mucosa
→ **Motricidade da língua**
→ **Capacidade para tosse eficazmente**
→ **Capacidade para manter a saliva na boca**

→ Reflexo de deglutição
→ Reflexo de vômito
→ Capacidade para controlar os movimentos da cabeça e pescoço
→ Estado da dentição e/ou adequação de próteses dentárias
→ Motricidade da úvula e palato mole

Caso estejam presentes uma ou mais alterações significativas (assinaladas a negrito), ponderar se é seguro prosseguir para a Avaliação Direta da Deglutição

II. Avaliação Direta da Deglutição

A avaliação direta da deglutição obriga durante a administração de água nas diferentes consistências à vigilância dos seguintes **sinais de alerta para disfagia/aspiração**:

- | | |
|--|---|
| • Tosse | • Lacrimejo |
| • Regurgitação nasal | • Presença de resíduos na cavidade oral após deglutição |
| • Dispneia | • Diminuição da saturação periférica de O ₂ |
| • Rouquidão, voz "molhada" ou nasalada | • Alteração na auscultação cervical |
| • Gorgolejo | |

1. Administrar 1 colher de sobremesa (de metal) com água (**líquido fino**) repetindo o procedimento 3 vezes e monitorizar a presença de sinais de disfagia/aspiração em cada toma.
2. Caso não apresente sinais de alerta solicitar que beba 3 a 4 goles de um copo cheio de água.
3. Se não apresentar sinais de disfagia/aspiração permitir que beba a quantidade restante.
4. Caso não apresente sinais de alerta iniciar dieta pastosa ou mole, supervisionar e reavaliar diariamente e considerar progredir para dieta ligeira conforme avaliação.
5. Se apresentar sinais de alerta, preparar água nas consistências **néctar, mel e pudim**, seguindo as indicações do fabricante de espessante e com recurso a "shaker", para garantir a homogeneidade do preparado.
6. Fornecer 1 colher de sobremesa com água na consistência **néctar**, repetindo o procedimento 3 vezes e monitorizar a presença de sinais de disfagia/aspiração em cada toma.
7. Caso apresente sinais de alerta repetir o procedimento para a consistência **mel** e para a consistência **pudim** se mantiver sinais de alerta.
8. **Definir a dieta de acordo com a avaliação** mantendo supervisão da alimentação.
9. Se apresentar sinais de alerta na consistência pudim a alimentação deverá ser exclusivamente entérica por sonda
10. Reavaliar a deglutição diariamente e sempre que apresente agravamento da situação clínica.
11. **Registos em S.Clinic** © - Avaliar **Foco Deglutição** para aferir o grau de comprometimento (reduzido, moderado ou elevado). → Diário.

ALERTAS:

Avaliada uma deglutição aparentemente segura nos diferentes testes, não implica que não possa ocorrer disfagia quando são misturadas diferentes texturas (exemplo: laranja –sólido e líquido).

A Avaliação da pessoa com risco de disfagia é complexa e dinâmica. **Nem sempre a avaliação à cabeceira do doente é suficiente para garantir a segurança da alimentação oral.** Nesses casos recomenda-se a articulação com a equipa multiprofissional para a realização de outros meios de estudo, como é o caso da videofluoroscopia.

d. INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO À PESSOA COM DISFAGIA

I. Cuidados na Alimentação

Intervenções	Registos (S.Clinico [®])
<ul style="list-style-type: none"> • Assegurar ambiente calmo e vigilância durante a refeição 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Alimentar-se comprometido/ dependente > Supervisionar dieta;
<ul style="list-style-type: none"> • Equipamento de aspiração operacional e testado 	
<ul style="list-style-type: none"> • Sentar a pessoa. Na impossibilidade, garantir cabeça elevada ($\geq 45^\circ$) durante a refeição e nos 30-45 min que se seguem à mesma ($\geq 30^\circ$) 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Deglutição > Deglutição comprometida > Instruir a Posicionar-se; ✓ Deglutição > Deglutição comprometida > Posicionar para a refeição;
<ul style="list-style-type: none"> • Oferecer alimentos em pequenas quantidades e dentro do campo visual da pessoa 	
<ul style="list-style-type: none"> • Utilizar colher de metal 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Deglutição > Deglutição comprometida > Planear a dieta;
<ul style="list-style-type: none"> • Administração de líquidos em copos ou garrafas cheias a mais de metade (evita extensão cervical) • Precaução no uso de palhinhas; 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Alimentar-se > Alimentar-se dependente > Supervisionar a dieta;
<ul style="list-style-type: none"> • Evitar oferecer leites e derivados nas primeiras avaliações e treinos da deglutição; 	
<ul style="list-style-type: none"> • Inspeccionar a cavidade oral durante e após a refeição e garantir os cuidados de higiene oral no final. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Aspiração > Risco de aspiração > inspeccionar a cavidade oral; ✓ Autocuidado > Autocuidado dependente > Lavar a boca; ✓ Autocuidado higiene > Autocuidado higiene dependente > Assistir no autocuidado: higiene da boca.

II. INTERVENÇÕES PARA REEDUCAÇÃO DA DEGLUTIÇÃO

Técnicas Posturais			
Flexão anterior Cervical	Permite esconder a valécula e proteger melhor as vias aéreas, diminuindo o risco de aspiração.	Útil em pessoas com: <ul style="list-style-type: none"> • atraso no reflexo da deglutição; • diminuição na elevação da laringe; • redução da retração da língua; • redução do encerramento laríngeo. 	<p><u>Intervenções em S. Clinic @</u> (Foco > Diagnóstico > Intervenção)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Deglutição > Potencial para melhorar a capacidade para executar técnica de deglutição > Avaliar capacidade para executar técnica de deglutição • Deglutição > Deglutição comprometida > Instruir / Treinar a técnica de deglutição
Rotação cervical para o lado afetado	Potencia a adução das pregas vocais do lado afetado	<ul style="list-style-type: none"> • parestesia unilateral da faringe ou da laringe • lesão unilateral das cordas vocais 	
Flexão lateral para o lado sã	Permite conduzir o bolo alimentar para o lado sã da faringe, reduzindo o risco de aspiração	<ul style="list-style-type: none"> • alterações na fase oral e faríngea homolateral • lesão unilateral da língua e faringe 	
Exercícios de Amplitude de Movimentos e Fortalecimento Muscular (Cada exercício deve ser realizado durante 2 segundos, seguido de período de relaxamento)			
Lábios	Protrair, retrair e lateralizar, emitir o som de estalar, beijinhos, assobiar ou realizar sucção. Segurar uma espátula entre os lábios (em repouso e em protração).		<ul style="list-style-type: none"> • Deglutição > Potencial para melhorar o conhecimento para promover a deglutição > Ensinar sobre exercícios terapêuticos para a deglutição • Deglutição > Potencial para melhorar a capacidade para executar técnica de deglutição > Instruir exercícios terapêuticos para a deglutição • Deglutição > Potencial para melhorar a capacidade para executar técnica de deglutição > Treinar exercícios terapêuticos para a deglutição
Língua	<p><u>Exercícios de amplitude dos movimentos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Exteriorizar o máximo possível durante dois segundos; • Mover para ambas as bochechas e para a face interna dos dentes; • Contornar o palato antero-posteriormente; • Produzir o som "K" ou "G" (treinar a porção posterior da língua). <p><u>Exercícios de fortalecimento ou resistência da língua:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Retrair a língua, gargarejar e bocejar, mantendo língua retraída; • Realizar exercícios resistidos da língua com espátula, ou contra as bochechas, realizando pressão externa com os dedos. 		
Mandíbula	<ul style="list-style-type: none"> • Abrir a boca o máximo possível e mover a mandíbula: para a direita e esquerda e em movimentos circulares. • Solicitar que realize Voz de Falso; 		
Laringe	Exercício de Shaker: em decúbito dorsal, solicitar que a pessoa levante a cabeça do plano, mantendo a boca fechada, sem elevar os ombros e até conseguir ver os dedos dos pés. Deve realizar este exercício três vezes, em séries de um minuto, com o mesmo tempo de intervalo/relaxamento.		
Bochechas	<ul style="list-style-type: none"> • Insuflar as bochechas uni ou bilateral, com ou sem resistência e mantendo os lábios fechados. • Treinar movimentos de sucção. 		
Estimulação Sensitiva			
Mudança no Sabor	O sabor amargo potencia o estímulo oral, podendo reduzir o tempo decorrido na fase oral e faríngea. O ácido cítrico potencia os reflexos envolvidos na deglutição e estimula a secreção de saliva.		<ul style="list-style-type: none"> • Deglutição > Deglutição comprometida > Planejar a dieta • Deglutição > Deglutição comprometida > Estimular a deglutição
Mudança no Volume	O aumento do volume aumenta a estimulação sensitiva, desencadeando mais rapidamente a deglutição. Contudo, maiores volumes podem aumentar o risco de aspiração.		
Temperatura	O frio aumenta o estímulo sensitivo na área onde se desencadeia o reflexo de deglutição sendo útil quando ocorre atraso do mesmo.		
Bebidas Gaseificadas	O ácido carbônico estimula os receptores da boca acelerando o reflexo da deglutição		

* GRELHA DE AVALIAÇÃO DA DEGLUTIÇÃO

1º AVALIAÇÃO INDIRECTA

Itens a avaliar	S	N	NT
1. Capacidade para se manter vigil e atento			
2. Ausência de estase de secreções na cavidade oral			
3. Qualidade vocal mantida (solicitar que diga "a")			
4. Simetria facial (sorrir, elevar as sobrancelhas, franzir a testa e os lábios, assobiar e soprar)			
5. Sensibilidade facial e da mucosa (mastigar, mover maxilar inferior para os lados; identificar estímulos táteis na testa, face e bochechas)			
6. Motricidade da língua (mover para os lados e para dentro e fora)			
7. Capacidade para tossir eficazmente			
8. Capacidade para manter a saliva na boca			
9. Reflexo de deglutição			
10. Reflexo de vômito (tocar na úvula)			
11. Capacidade para controlar os movimentos da cabeça e pescoço na posição de sentado (elevar os ombros e rodar a cabeça contra a resistência)			
12. Estado da dentição e/ou adequação de próteses dentárias			
13. Motricidade da úvula e palato mole (úvula e palato mole elevam-se quando diz "ah")			

S – SIM; N – NÃO; NT – NÃO TESTADO

Caso estejam presentes uma ou mais alterações significativas (assinaladas a negrito), ponderar se é seguro prosseguir a Avaliação Direta da Deglutição

2º - AVALIAÇÃO DIRETA /TESTE DE INGESTÃO ORAL

A pessoa deve estar em posição sentada e deve ser assegurado ambiente calmo e equipamento de aspiração. Utiliza-se 1 colher de sobremesa de metal (+/- 10 ml)

Considerar os seguintes **Sinais de aspiração (podem surgir 1' após deglutição):**

Tosse, Regurgitação oral, Dispneia, Rouquidão, voz "molhada ou nasalada, gorgolejo, lacrimejo, Presença de resíduos na cavidade oral após deglutição, Diminuição da saturação periférica de oxigênio, Alteração na auscultação cervical

Avaliar na seguinte ordem modificando a consistência progressivamente através da adição de espessante até concluir qual a consistência segura.

	Líquido			Néctar			Mel			Pudim		
	S	N	NT	S	N	NT	S	N	NT	S	T	NT
1-Ausência de sinais de aspiração após 10 ml 3x consecutivas												
2-Ausência de sinais de aspiração após 3 goles												
3-Ausência de sinais de aspiração após beber restante copo												
4-Ausência de alteração na oximetria												
5-Ausência de alteração na auscultação cervical												

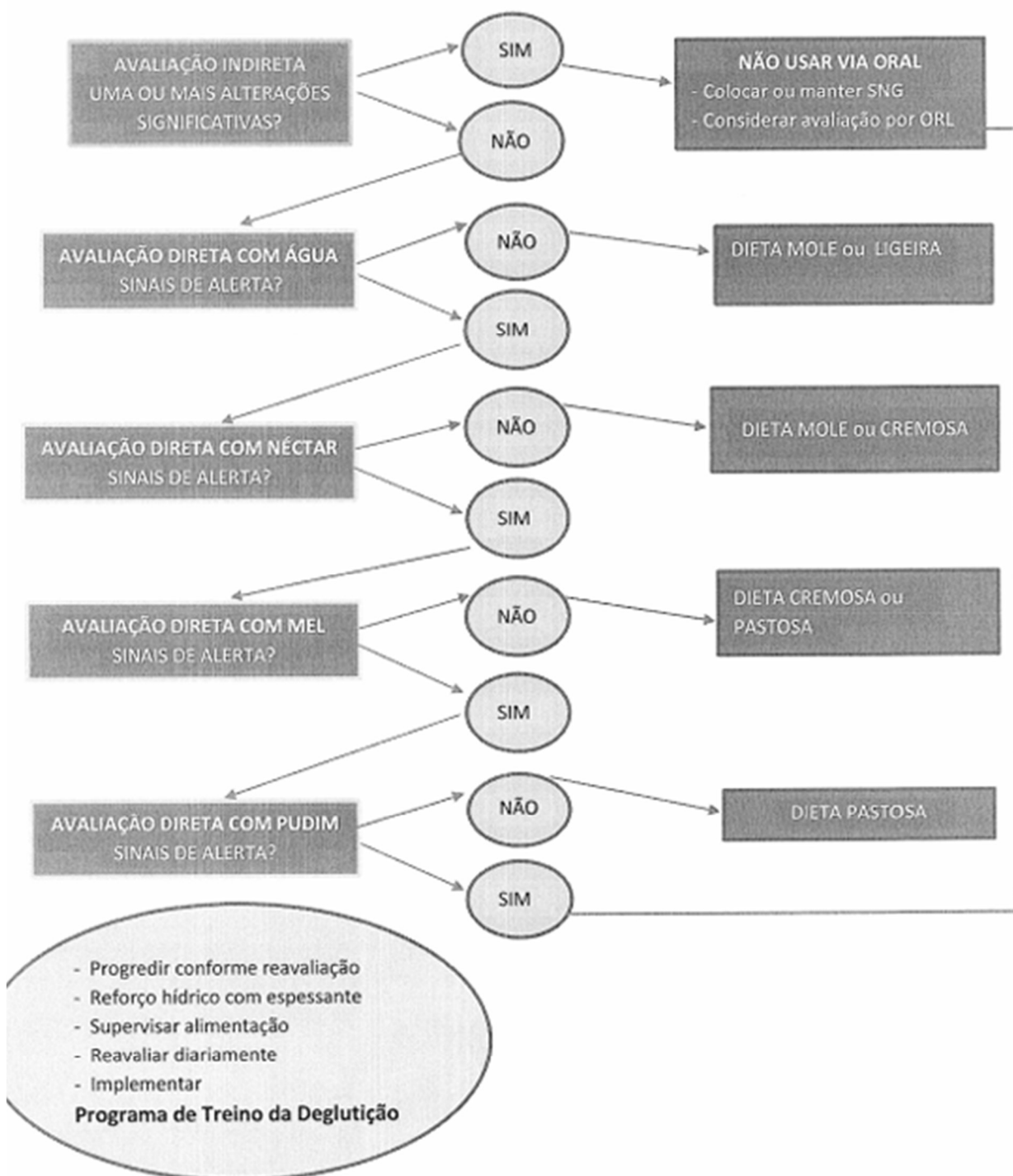
S – SIM;

N – NÃO;

NT – NÃO TESTADO

ANEXO 2

FLUXOGRAMA DE TOMADA DE DECISÃO NA "AVALIAÇÃO DA DISFAGIA"



ANEXO 3

▪ LISTA DE VERIFICAÇÃO DE APLICAÇÃO DA NORMA

Identificação:

Data:

Itens a avaliar	Conformidade			Observações
	C	NC	NA	
Evidência da realização a utente elegível				
Evidência da realização da avaliação da deglutição				
Evidência da implementação de pelo menos um cuidado geral na alimentação da pessoa com disfagia				
Evidência da implementação de pelo menos uma intervenção de reeducação de deglutição (técnicas posturais, exercícios de amplitude do movimento e fortalecimento muscular, estimulação sensitiva)				

ANEXO 4

▪ TABELA DE CONSISTÊNCIA DAS DIETAS

	XAROPE / NÉCTAR	MEL / CREME	PUDIM
CONSISTÊNCIA			
DIETA	MOLE	CREMOSA	PASTOSA

APÊNDICE XVIII – QUADRO DE ORIENTAÇÃO TEMPORAL



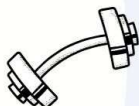
APÊNDICE XIX - TABULEIRO DE ESTIMULAÇÃO COGNITIVA E SENSORIAL



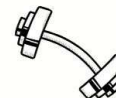
APÊNDICE XX – APLICAÇÃO PRÁTICA DE BANDAS NEUROMUSCULARES



APÊNDICE XXI – CLASSE DE GRUPO DE MOBILIDADE



CLASSE DE GRUPO DE MOBILIDADE



Objetivo: Promover o envelhecimento ativo e saudável através do exercício físico em grupo, na posição sentado e no exterior (se possível), de forma a aumentar a funcionalidade e independência da pessoa.

Exercício	10 Repetições
-----------	---------------

<p>Flexão</p> <p>Extensão</p>	<p>Rotação</p> <p>Lateralização</p>	<p>Elevação</p>	<p>Inclinação</p>	<p>Flexão</p>
<p>Abdução/Adução Horizontal</p>	<p>Abdução/Adução</p>			<p>Flexão/Extensão</p>
<p>Circundação</p>	<p>Flexão/Extensão</p>	<p>Flexão/Extensão</p>		<p>Flexão/Extensão</p>
<p>Flexão/Extensão</p>	<p>Extensão/Flexão</p>			<p>Dorsiflexão</p> <p>Flexão plantar</p>
	<p>Extensão/Flexão Bilateral</p>			



FILIPA SOEIRO, ALUNA DE Mestrado de Enfermagem de Reabilitação
DINA PEÇAS, DOCENTE ESSEM
PATRÍCIA FERNANDES, ENFERMEIRA ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO



APÊNDICE XXII – FOLHETO “CUIDAR DA PESSOA COM DEMÊNCIA E
CUIDAR DE QUEM CUIDA”

CUIDAR DA PESSOA COM DEMÊNCIA



ATITUDES IMPORTANTES

- PROMOVER UM AMBIENTE SEGURO
- EVITAR OS CONFRONTOS
- NÃO CONTRARIAR SE NÃO HOUVER PERIGO
- EVITAR ELEVAR O TOM DE VOZ
- REPETIR A INFORMAÇÃO AS VEZES NECESSÁRIAS
- NÃO ESTIMULAR DEMASIADO, EVITANDO O EXCESSO DE INFORMAÇÃO
- EVITAR AMBIENTES COM MUITO MOVIMENTO OU RUÍDO



CUIDADOS A TER COM A MEDICAÇÃO

- ASSISTIR À TOMA DA MEDICAÇÃO
- RESPEITAR OS HORÁRIOS
- REGISTRAR OS SINTOMAS APRESENTADOS SEMPRE QUE INICIAR UM MEDICAMENTO NOVO
- VIGIAR NECESSIDADE DE TRITURAR A MEDICAÇÃO

ESTRATÉGIAS PARA RETARDAR A EVOLUÇÃO DA DEMÊNCIA

- CUMPRIR A ALIMENTAÇÃO MEDITERRÂICA E HIDRATAÇÃO (PREVENIR A DESNUTRIÇÃO E DESIDRATAÇÃO)
- PRATICAR EXERCÍCIO FÍSICO (PREVENIR O RISCO DE QUEDA)
- TREINO COGNITIVO (PREVENIR OS ESQUECIMENTOS)
- TERAPIA OCUPACIONAL (PREVENIR O ISOLAMENTO)
- TERAPIA DA FALA (PREVENIR O ENGASGAMENTO)
- ACOMPANHAMENTO PELA NEUROLOGIA



E CUIDAR DE QUEM CUIDA



ESTRATÉGIAS NAS REFEIÇÕES

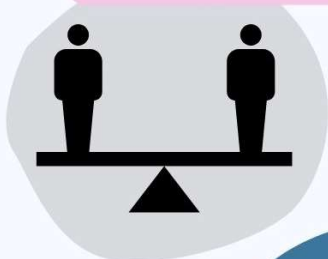
- COMEÇAR A REFEIÇÃO PELOS ALIMENTOS MAIS DOCES
- ADAPTAR AS CONSISTÊNCIAS ALIMENTARES DE FORMA APELATIVA
- USAR UM TOM DE VOZ TRANQUILO
- RESPEITAR O RITMO DA PESSOA
- ALTERAR O HORÁRIO DA REFEIÇÃO SE APRESENTAR SONOLÊNCIA OU AGITAÇÃO
- ORIENTAR A PESSOA SEMPRE QUE NECESSÁRIO, RELEMBRANDO COMO SE COME
- EVITAR DISTRAÇÕES (EX: TELEVISÃO, TELEMÓVEL)
- FORNECER ALIMENTOS RICOS EM FIBRAS PARA PREVENIR A OBSTIPAÇÃO

É MUITO IMPORTANTE VIGIAR SINAIS DE DISFAGIA DURANTE E APÓS A REFEIÇÃO

- TOSSE
- DIFICULDADE NA DEGLUTIÇÃO
- RETENÇÃO DE COMIDA NA BOCA
- ALTERAÇÃO DA QUALIDADE DA VOZ
- COLORAÇÃO ARROXEADA DO ROSTO OU LÁBIOS

SE APRESENTAR ALGUM DESSES SINAIS DEVE CONTACTAR A EQUIPA MULTIDISCIPLINAR

O EQUILÍBRIO ENTRE CUIDAR E SER CUIDADO É FUNDAMENTAL PARA A PROMOÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA E DIGNIDADE DA PESSOA COM DEMÊNCIA

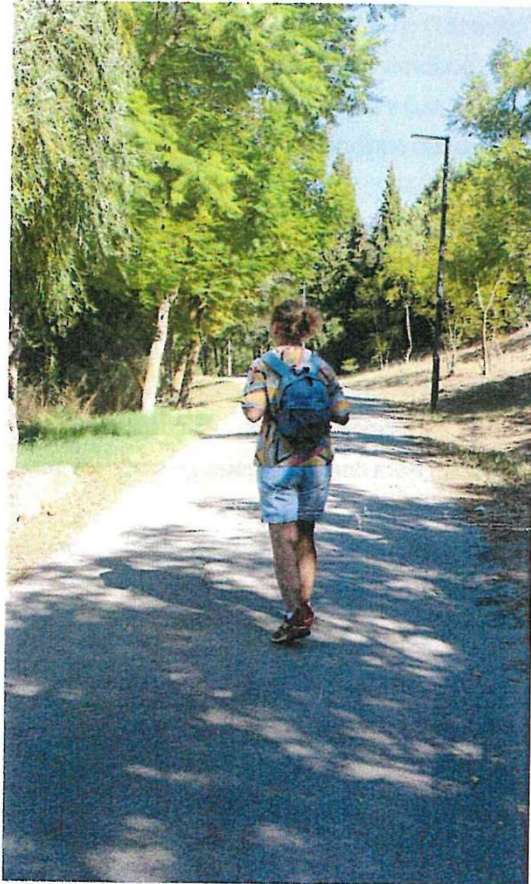


EGAS MONIZ SCHOOL
OF HEALTH & SCIENCE

Filipa Soeiro, Aluna 2º Mestrado Enfermagem de Reabilitação
Dina Peças, Docente ESSEM
Patrícia Fernandes, Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação

ANEXOS

ANEXO I - FOLHETOS INFORMATIVOS



Estilos de vida saudáveis, para uma coluna saudável

Folheto informativo para doentes

- Pratique **atividade física** (caminhada, pilates, natação, ou outra do seu agrado), para **fortalecer e alongar os músculos**.
- Apanhe **sol**, pelo menos, 20 minutos/dia. A **Vitamina D** ajuda na absorção do cálcio.
- Adote **posturas corretas** ao caminhar, em repouso, ao computador e ao telemóvel.
- Use **calçado confortável e baixo** (2 a 5 cm) Evite saltos altos.
- Mantenha uma **alimentação equilibrada e combata o excesso de peso**.
- **Evite fumar**, pois o tabagismo provoca perda de densidade óssea.
- Ao **levantar objetos**, dobre as pernas (e não a coluna), e **transporte-os** junto ao corpo, à altura da cintura. Para **deslocar pesos**, empurre em vez de puxar.
- Se utilizar **mochila**, esta **não deve ultrapassar 10% do seu peso corporal**, e deve ficar bem encostada às costas.



Contactos e indicações específicas deste folheto
Tel.: 212 727141
Esclarecimento de dúvidas e horário de atendimento 9h - 16h

Serviço: Serviço de Neurocirurgia
Elaborado por: Enfermeiros Especialistas de Reabilitação do Serviço de Neurocirurgia I
Data de elaboração/revisão: Setembro 2023
Versão: 1
Verificado por: GC e SGO/CQS

HGO-INF-04_01E.v01_2023
Hospital Garcia de Orta, EPE
Av. Torrado da Silva, 2805-267 Almada
Tel.: 212 940 294 | Fax: 212 957 004
geral@hgo.min-saude.pt
www.hgo.min-saude.pt

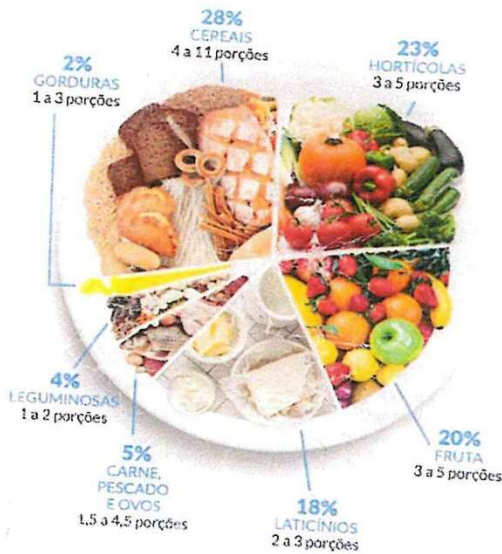




Alimentação Saudável

O excesso de peso pode causar vários problemas na coluna, pelo que importa conhecer o seu índice de Massa Corporal (IMC).

$$\frac{\text{Peso (kg)}}{\text{Altura (m)} \times \text{Altura (m)}}$$



ADULTOS	IMC	IDOSOS
<18,5	Baixo Peso	<22
18,5 - 24,9	Peso Normal	22-26,9
25 - 29,9	Excesso de peso	♂ 27 - 30 ♀ 27 - 32
>30	Obesidade	♀ > 32 ♂ > 30
30 - 34,9	Obesidade I	-
35 - 39,9	Obesidade II	-

Adote uma **alimentação equilibrada e variada**, que inclua **todos os grupos de alimentos**. Deixamos-lhe algumas recomendações:

- Opte por confeções simples, com pouca adição de azeite, de outras gorduras e sem molhos;
- Aumente o consumo de hortofrutícolas (legumes, saladas e fruta) e de leguminosas;
- Evite produtos açucarados e com adição de açúcar;
- Reduza a adição de sal e prefira as ervas aromáticas;
- Opte pela água como bebida de eleição beba, pelo menos, 1,5L por dia.

Cuidados com a alimentação para uma coluna saudável

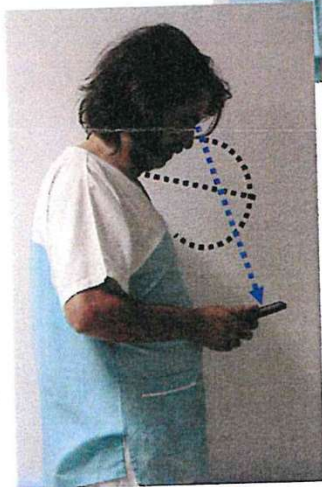
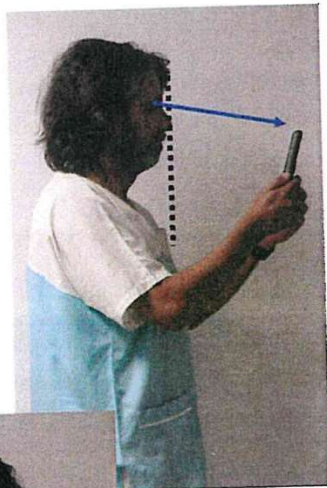
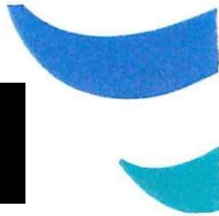
Folheto informativo para doentes

Contactos específicos deste folheto
Serviço de Nutrição | 212 726 844 | nutricao@hgo.min-saude.pt

Serviço: Serviço de Nutrição
Elaborado por: Patrícia Heitor
Data de elaboração/revisão: Setembro de 2023
Versão: 1
Verificado por: GC e SGQ/CQS

HGO-INF-10.011.v01.2023

Hospital Garcia de Orta, EPE
Av. Torrado da Silva, 2805-267 Almada
Tel.: 212 940 294 | Fax: 212 957 004
geral@hgo.min-saude.pt
www.hgo.min-saude.pt



Postura correta ao telemóvel, para uma coluna saudável

Folheto informativo para doentes

- **Segure o telemóvel com as duas mãos, ou coloque uma mão a apoiar um cotovelo.**
- **Escreva e leia mensagens ou veja outro tipo de informação utilizando os polegares.**
- **Mantenha sempre o telemóvel à altura do rosto, com o ecrã na direção dos olhos. Evite inclinar a cabeça sobre o telemóvel.**
- **Tempo máximo de utilização aconselhado de 2 horas por dia.**
- **Evite segurar o telemóvel entre o ombro e a cabeça para atender chamadas. Use auriculares ou coloque em alta voz.**



Contactos e indicações específicas deste folheto
Tel.: 212 727 141
Esclarecimento de dúvidas e horário de atendimento : 9h - 16h

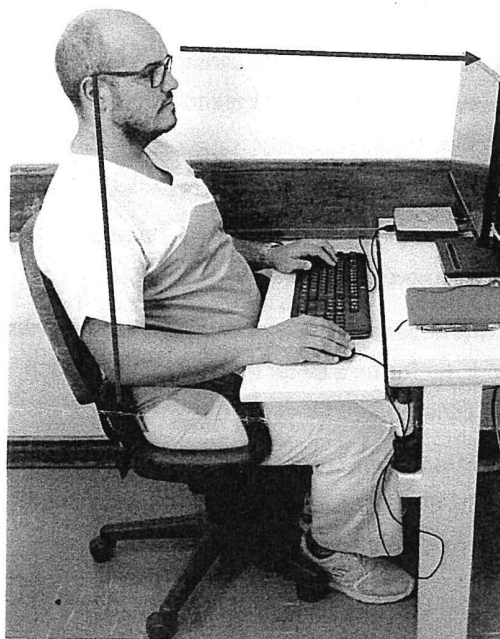
HGO-INF-04-020-v01-2023

Serviço: Serviço de Neurocirurgia
Elaborado por: Enfermeiros Especialistas de Reabilitação do Serviço de Neurocirurgia I
Data de elaboração/revisão: Setembro 2023
Versão: 1
Verificado por: GC e SGQ/CQS

Hospital Garcia de Orta, EPE
Av. Torrado da Silva, 2805-267 Almada
Tel.: 212 940 294 | Fax: 212 957 004
geral@hgo.min-saude.pt
www.hgo.min-saude.pt



- Sente-se com os pés apoiados no chão em posição neutra (pode utilizar uma base inclinada), com os joelhos levemente dobrados, sem cruzar as pernas.
- Sente-se com as pernas dobradas a 90°, com os joelhos a uma distância de 3 a 4 dedos da cadeira, e evite inclinar o corpo para a frente.
- Encoste toda a coluna na cadeira. Se necessário, coloque um rolo/almofada na região lombar.
- Apoie os braços na mesa ou nos braços da cadeira, com os cotovelos a 90° (linha reta da orelha, cotovelo e anca).
- A parte superior do monitor deve estar ao nível dos olhos, de forma a evitar inclinar a sua cabeça para cima ou para baixo.
- O ecrã do computador deve estar a uma distância de 50 a 60 cm (ao esticar o braço deve conseguir tocar no ecrã).
- Coloque perto de si o rato, o teclado e objetos que utilize com frequência.
- Faça pausas a cada hora e realize exercícios de alongamento muscular.



Postura correta ao computador, para uma coluna saudável

Folheto informativo para doentes

Contactos e indicações específicas deste folheto
Tel.: 212 727 141
Esclarecimento de dúvidas e horário de atendimento: 9h - 16h

Serviço: Serviço de Neurocirurgia
Elaborado por: Enfermeiros Especialistas
de Reabilitação do Serviço de Neurocirurgia I
Data de elaboração/revisão: Setembro 2023
Versão: 1

Verificado por: GC e SGQ/CQS

Hospital Garcia de Orta, EPE
Av. Torrado da Silva, 2805-267 Almada
Tel.: 212 940 294 | Fax: 212 957 004
geral@hgo.min-saude.pt
www.hgo.min-saude.pt