

**Mestrado em Enfermagem**  
**Área de Especialização de Enfermagem de**  
**Reabilitação**

Relatório de Estágio

**Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem**  
**de Reabilitação na promoção do autocuidado da pessoa**  
**com doença de Alzheimer**

**Sandra Tomé Bandeira Fonseca Godinho**

**Lisboa**

**2017**



**Mestrado em Enfermagem**  
**Área de especialização de Enfermagem de**  
**Reabilitação**

Relatório de Estágio

**Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem**  
**de Reabilitação na promoção do autocuidado da pessoa**  
**com doença de Alzheimer**

**Sandra Tomé Bandeira Fonseca Godinho**

Orientador: Prof. Dra. Vanda Marques Pinto

**Lisboa**

**2017**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



"Nós, nos primeiros estágios da doença de Alzheimer, ainda não somos completamente incompetentes. Não somos desprovidos de linguagem nem de opiniões importantes, nem de períodos extensos de lucidez. Mas já não temos competência suficiente para que nos sejam confiadas muitas demandas e responsabilidades de nossa vida anterior. Temos a sensação de não estar nem cá nem lá, como um personagem numa terra bizarra. É um lugar muito solitário e frustrante para se estar (...) E não tenho nenhum controle sobre os 'ontens' que conservo e os que são apagados. Não há como negociar com esta doença. Não posso oferecer a ela os nomes dos presidentes dos Estados Unidos em troca dos nomes dos meus filhos. Não posso lhe dar os nomes das capitais dos estados e conservar as lembranças de meu marido (...) meus 'ontens' estão desaparecendo e meus amanhã são incertos. Então, para que eu vivo? Vivo para cada dia. Vivo o presente. Num amanhã próximo, esquecerei que estive aqui diante de vocês e que fiz este discurso. Mas o simples fato de eu vir a esquecê-lo num amanhã qualquer não significa que hoje eu não tenha vivido cada segundo dele. Esquecerei o hoje, mas isso não significa que o hoje não tem importância".  
(Excerto do livro "Para sempre Alice", de Lisa Genova, 2015)

## **Dedico,**

Aos meus pais, pela educação, apoio e presença e que sempre ocuparão um lugar especial no meu coração.

Ao meu pai, por todo o carinho, amor e dedicação e pelo papel importante que tem desempenhado na minha vida.

Ao meu marido, que é e sempre foi a pessoa mais presente na minha vida, sendo o meu melhor amigo e companheiro fiel nesta jornada.

Dedico de uma maneira muito especial ao meu querido filho Afonso, por todos os momentos de alegria e riso, que me fizeram ter força e coragem para terminar esta etapa.

## **Agradecimentos**

À Sr.<sup>a</sup> Prof.<sup>a</sup> Doutora Vanda Marques Pinto pelo apoio e presença constante, por me fazer querer fazer mais e melhor, por não me deixar desistir.

Às Sr<sup>as</sup> Enfermeiras orientadoras dos locais de Ensino Clínico, pela partilha de experiências, pela oportunidade que me deram de desenvolver e aprimorar as competências de EEER.

A todas as pessoas que me despertaram o interesse pessoal e profissional pela temática da doença de Alzheimer.

A todos os amigos que, dentro das minhas ausências, se fizeram estar presentes, apoiando-me, ouvindo-me e encorajando-me a terminar esta etapa do meu percurso formativo.

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACES- Agrupamento de Centros de Saúde;

AURPIS- Associação Unitária de Reformados, Pensionistas e Idosos do Seixal;

AVC- Acidente Vascular Cerebral;

AVD- Atividades de Vida Diárias;

CER- Cuidados de Enfermagem de Reabilitação;

DA- Doença de Alzheimer;

DSM-IV- *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders fourth edition*;

DSM-V- *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders fifth edition*;

EC- Ensino Clínico;

ECCI- Equipa de Cuidados Continuados Integrados;

EE- Enfermeiro Especialista;

EEER- Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação;

ELA- Esclerose Lateral Amiotrófica;

ER- Enfermagem de Reabilitação;

ESEL- Escola Superior de Enfermagem de Lisboa;

FAD- Family Assessment Device;

ICPC- International Classification of Primary Care;

IREX- Interactive Rehabilitation and Exercise System;

LVM- Lesão Vertebral Medular;

MAF- Medida de Adaptação Funcional;

MIF- Medida de Independência Funcional;

MMSE- Mini Mental State Examination;

NINCDS/ADRDA- National Institute of Neurological and Communicative Diseases and Stroke/Alzheimer's Disease and Related Disorders Association;

PM- Prática Mental;

RFR- Reabilitação Funcional Respiratória;

RNCCI- Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados;

RV- Realidade Virtual;

VMI- Ventilação Mecânica Invasiva;

## RESUMO

A demência é uma doença progressiva e incurável, que afeta vários domínios da pessoa: comportamental, cognitivo e motor. Existem vários tipos de demência, sendo a doença de Alzheimer a mais comum.

A pessoa com doença de Alzheimer poderá apresentar perda de memória, dificuldade na resolução de problemas, desorientação, confusão, perda de habilidades e de linguagem com sintomas comportamentais associados.

O diagnóstico no estadio inicial da doença, irá permitir uma intervenção precoce para retardar os défices associados a esta patologia, promovendo a capacidade de autocuidado, maximizando o seu potencial funcional e cognitivo. Deste modo, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, pelo conjunto de competências técnicas, científicas e práticas de que é detentor, adquire um papel primordial no processo de reabilitação da pessoa com doença de Alzheimer. Assim, a compreensão do potencial de reabilitação destas pessoas, permitirá identificar e desenvolver estratégias de intervenção que permitam à pessoa fazer face às suas necessidades de autocuidado, diminuindo a necessidade de assistência de terceiros.

Este relatório tem um carácter descritivo sobre as atividades propostas pelo Projeto de Estágio e que foram desenvolvidas e implementadas em contexto de Ensino Clínico (intra-hospitalar e comunitário), tendo como objetivo refletir sobre as intervenções que permitiram o desenvolvimento de competências comuns de Enfermeiro Especialista e competências específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros.

Palavras-Chave: Demência; Doença de Alzheimer; Autocuidado; Reabilitação; Enfermagem.

## **ABSTRACT**

Dementia is a progressive and incurable disease that affects several domains of person: behavioral, cognitive and motor. There are several types of dementia, Alzheimer's disease is the most common.

The person with Alzheimer's disease may present memory loss, difficulty in solving problems, disorientation, confusion, loss of skills and language abilities with behavioral symptoms associated.

The diagnosis in the initial stage of the disease, allow an intervention to delay the deficits associated with this pathology, promoting the capacity for self-care, maximizing its functional and cognitive potential. This way, Rehabilitation Nursing, due to technical, scientific and practical skills, acquires a role in the process of rehabilitation of person with Alzheimer's disease. Understanding the potential for rehabilitation of this people, will allow to identify and develop intervention strategies that allow the person to cope with their self-care needs, decreasing the need for assistance of another person.

This report has a descriptive nature of the activities proposed by the previous project study and which have been developed and implemented in the context of internship locations (Intrahospital and community), aiming to reflect on the interventions that allowed the development of Nurse Specialist and specific competencies of Rehabilitation Nursing recommended by the Ordem dos Enfermeiros.

**Keywords:** Dementia; Alzheimer's disease; Self-care; Rehabilitation; Nursing.

# ÍNDICE

	Pág
INTRODUÇÃO	10
1. ANÁLISE CRÍTICA DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS	25
2. AVALIAÇÃO	53
CONCLUSÕES E TRABALHO FUTURO	57
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	60
ANEXOS E APÊNDICES	
ANEXO I- Novos Critérios de diagnóstico e guidelines para a doença de Alzheimer	
ANEXO II- Avaliação da orientadora do ensino clínico- Comunidade	
ANEXO III- Avaliação da orientadora do ensino clínico- Hospital	
APÊNDICE I- Projeto de estágio	
APÊNDICE II- Dados colhidos na comunidade sobre a doença de Alzheimer	
APÊNDICE III- Plano de cuidados à pessoa com doença de Alzheimer	
APÊNDICE IV- Plano de cuidados à pessoa com AVC	
APÊNDICE V- Sessão de Educação para a saúde na AURPI da área	
APÊNDICE VI- Jornal de aprendizagem I	
APÊNDICE VII- Jornal de aprendizagem II	
APÊNDICE VIII- Jornal de aprendizagem III	
APÊNDICE IX- Autorização do núcleo de formação para utilizar os dados colhidos	
APÊNDICE X- Apresentação efetuada na comunidade	
APÊNDICE XI- Apresentação efetuada no hospital, sobre a MAF	
APÊNDICE XII- Documento de trabalho para aplicação da MAF	

## ÍNDICE DE FIGURAS

Pág.

Figura 1. Estimativa do número de pessoas com doença de Alzheimer até 2050 15

## **INTRODUÇÃO**

O presente relatório de estágio, com o título “Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na promoção do autocuidado da pessoa com doença de Alzheimer” foi realizado no âmbito da Unidade Curricular “Estágio com relatório” do 6º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação com início a 26 de Setembro de 2016 e término a 10 de Fevereiro de 2017.

O Ensino Clínico (EC) teve como objetivo compreender a intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER), na promoção do requisito universal de autocuidado «manutenção de uma ingestão suficiente de ar, água e comida» da pessoa com doença de Alzheimer (DA).

Para a concretização desse objetivo, foi elaborado previamente um projeto de estágio (APENDICE I), que foi implementado e desenvolvido em contexto intra-hospitalar e na comunidade, através da elaboração de estudos de caso de pessoas com diagnóstico de DA e que possuíssem défice no requisito universal de autocuidado. Para tal, a filosofia e conceção da prática de cuidados que sustentou a minha intervenção baseou-se na Teoria do Déficit de Autocuidado na Enfermagem, de Dorothea Orem (2001).

A metodologia adotada pressupôs o estabelecimento dos objetivos que pretendia atingir, relativamente aos domínios de competências do Enfermeiro Especialista (EE) e do EEER propostos pela Ordem dos Enfermeiros (2010a e b); Enumeração das atividades que desenvolvi para concretizar esses objetivos, tendo em conta os recursos humanos, físicos, materiais e temporais disponíveis; Definição dos indicadores e critérios de avaliação, para monitorização da concretização dos objetivos propostos.

Encontra-se dividido em Introdução, onde é descrito o referencial teórico deste trabalho, a sua problemática e justificação do tema abordado, assim como, uma breve fundamentação teórica sobre a demência, DA e reabilitação na DA; No primeiro capítulo, é descrito todo o percurso de aquisição de competências, com enumeração e descrição das atividades desenvolvidas em função dos objetivos definidos, com respetiva análise reflexiva da aprendizagem efetuada; No segundo capítulo, é efetuada uma avaliação de todo o meu percurso de estágio como futura EEER,

destacando os aspetos positivos deste percurso de aprendizagem, as limitações, dificuldades experienciadas, assim como contributos deste tema para a prática de enfermagem e sugestões de melhoria; E conclusão, onde é efetuada uma avaliação pessoal do percurso formativo desenvolvido, assim como a sua contribuição para o meu desenvolvimento pessoal e profissional.

O EC teve uma componente de prestação de cuidados na comunidade e uma componente de prestação de cuidados intra-hospitalar.

Considero que a pertinência do tema se justifica pela contribuição para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem, através da compreensão e identificação do potencial de reabilitação das pessoas com DA, de modo a conseguirem fazer face ao seu autocuidado, diminuindo a necessidade de assistência de terceiros para a satisfação das suas próprias necessidades.

O presente relatório visa traduzir todo o trabalho desenvolvido e competências adquiridas e consolidadas ao longo desta etapa da formação académica. Neste sentido, centra-se nas competências do EEER adquiridas ao longo do meu percurso de estágio, delineado com o intuito de concretizar os objetivos propostos no Projeto de estágio, para dar resposta à temática “Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na promoção do autocuidado da pessoa com doença de Alzheimer”.

A demência é uma doença incapacitante que afeta vários domínios da pessoa: cognitivo, psicossocial, psiquiátrico, motor e comportamental. Os sintomas associados à demência implicam uma diminuição da vida de relação da pessoa com demência, com declínio progressivo das suas capacidades cognitivas, distúrbios da linguagem, perda de memória e perturbações nas funções executivas do dia-a-dia afetando, conseqüentemente, a sua capacidade para o autocuidado, tornando-se dependente de terceiros.

Mais de 35 milhões de pessoas em todo o mundo vivem com a demência. Este número duplicará até 2030 (65,7 milhões) e mais que triplicar em 2050 (115,4 milhões). A demência afeta pessoas em todos os países, com mais de metade dos casos (58%) em países desenvolvidos (World Health Organization, 2012).

Segundo a Alzheimer’s Disease International (2015) "a distribuição mundial de novos casos de demência é de 4,9 milhões (49% do total) na Ásia, 2,5 Milhões (25%) na Europa, 1,7 Milhões (18%) nas Américas, e 0,8 milhões (8%) em África".

A incidência da demência aumenta exponencialmente com a idade, duplicando a cada 5,9 anos de idade, de 3.1/1000 pessoas com idades compreendidas entre 60-64 anos, para cerca de 175/1000 pessoas com idades acima dos 95 anos (World Health Organization, 2015).

Na Europa e na América o pico de incidência encontra-se nas pessoas com idades compreendidas entre 80-89 anos, na Ásia entre os 75-84 anos, enquanto na África entre os 70-79 anos (World Health Organization, 2015).

O tempo médio de sobrevivência, desde o diagnóstico de demência até ao falecimento da pessoa, é de 4,6 anos (World Health Organization, 2015).

Portugal é um país envelhecido, com um número crescente de casos de demência. Assim:

se em 2005 se estimava cerca de 7,5/1000 pessoas por ano, ou seja, cerca de um novo caso a cada 7 segundos, em 2012 as estimativas apontam para cerca de 7,7/1000 pessoas por ano, o que se traduz em cerca de 1 novo caso a cada 4 segundos (Carvalho *et al*, 2015).

Segundo Umphred (2010) a demência é uma deficiência em alguns ou em todos os aspetos do funcionamento intelectual, em pessoas alertas.

De acordo com a norma nº 053/2011 da Direção Geral da Saúde, a demência consiste no:

desenvolvimento de défices cognitivos múltiplos que incluem obrigatoriamente um compromisso da memória recente e, pelo menos, mais uma perturbação cognitiva (afasia, apraxia, agnosia ou perturbação na capacidade executiva). Estes devem ser suficientemente graves para terem repercussão funcional e representar um declínio em relação a um nível prévio de funcionamento.

A avaliação clínica da pessoa com suspeita de demência deve incluir uma análise do estado de atenção, orientação e concentração, memória a curto e longo prazo, praxia, linguagem e funções executivas, devendo-se utilizar um instrumento de medida, como o *Mini Mental State Examination* (MMSE). O diagnóstico de DA deve ser estabelecido quando a pessoa satisfaz os critérios do *National Institute of Neurological and Communicative Diseases and Stroke/Alzheimer's Disease and Related Disorders Association* (NINCDS/ADRDA). Em alternativa poderá ser utilizado o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders fourth edition* (DSM-IV) no que diz respeito à existência de múltiplos défices cognitivos (National Institute For Health And Clinical Excellence, 2016). Em 2013 a American Psychiatric Association, desenvolveu o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fifth edition* (DSM-V), que inclui a demência nos transtornos neurocognitivos moderados (quando

a pessoa apresenta uma alteração cognitiva ligeira que não interfere com as suas atividades diárias) e maiores (quando a pessoa apresenta uma alteração cognitiva significativa que interfere com a sua independência nas atividades diárias).

Em 2011 foram publicadas novas diretrizes sobre como estabelecer o diagnóstico de DA pela NINCDS/ADRDA, que pressupõem a existência de estádios não demenciais para a doença e a utilização de exames imagiológicos e biomarcadores (como a proteína beta-amilóide e a proteína tau) para se efetuar o diagnóstico. Atualmente, não é necessário ocorrer obrigatoriamente um declínio da memória ou a existência de demência para realizar o diagnóstico de DA. Assim, passam a existir três estádios: doença de Alzheimer pré-clínica, comprometimento cognitivo ligeiro devido a doença de Alzheimer e demência devido a doença de Alzheimer (Alzheimer's Association, 2014). Para cada estadio existem guidelines que definem os critérios de diagnóstico (Alzheimer's Association, 2011) (ANEXO I).

No primeiro estadio (doença de Alzheimer pré-clínica), a pessoa apresenta alterações cerebrais, no líquido cefalorraquidiano e nos biomarcadores, apesar de não apresentar sintomas. Este estadio pode começar cerca de 20 anos antes dos primeiros sintomas ocorrerem (Sperling *et al*, 2011).

No segundo estadio (comprometimento cognitivo ligeiro devido a doença de Alzheimer) a pessoa apresenta alterações mensuráveis, como alterações na memória, pensamento abstrato, capacidade de raciocínio, que influenciam a pessoa e a família, mas não afetam a sua capacidade para executar as tarefas diárias, apenas podem necessitar de mais tempo para as executar (Albert *et al*, 2011).

No terceiro estadio (demência devido a doença de Alzheimer), a pessoa apresenta alterações acentuadas da memória, capacidade de raciocínio e sintomas comportamentais, que impossibilitam a pessoa de executar as tarefas do dia a dia (McKhann *et al*, 2011).

Possíveis causas associadas ao diagnóstico de demência encontram-se relacionadas com baixo nível educacional na infância, ser fumador, diagnóstico prévio de hipertensão arterial e diabetes *mellitus* (World Health Organization, 2015, Alzheimer's Disease International, 2014). Pode-se reduzir o risco de desenvolvimento de demência através da modificação de fatores de risco como: redução do consumo de tabaco, melhor controlo e deteção de hipertensão arterial e diabetes mellitus, assim

como de fatores de risco cardiovasculares. A Alzheimer's Disease International (2014) sugere o seguinte mantra: "o que é bom para o teu coração é bom para o teu cérebro".

A pessoa com demência apresenta um declínio na sua capacidade de se manter em segurança, prestar o seu autocuidado, cuidar das tarefas domésticas, ter momentos de lazer e de interação social, necessitando de assistência no seu dia-a-dia. Essa assistência deve ser providenciada com alguma cautela, satisfazendo a necessidade da pessoa, mas respeitando e promovendo as suas habilidades e preferências.

LeClerc, Streiner & Sidani (2011) propõem, uma “abordagem focada nas habilidades da pessoa”, que implica: identificar e respeitar as habilidades restantes da pessoa, gerir o nível de assistência com as habilidades demonstradas e criar um ambiente de suporte, para garantir o envolvimento da pessoa nas atividades diárias.

A prevalência da demência irá ter um grande impacto em termos socioeconómicos, causados pela extensão e duração da incapacidade, custo dos cuidados e perda de produtividade, tanto para os que vivem com a demência como para os seus cuidadores.

Prevê-se que o custo total da demência em todo o mundo ronde os 818 biliões de dólares e que, em 2018, estes custos ultrapassem o trilião de dólares (Alzheimer's Disease International, 2015 e Alzheimer's Disease International, 2016).

Estima-se que a demência “contribua com mais de 11,9% dos anos vividos com incapacidade nas pessoas acima dos 60 anos, valor superior ao calculado para os acidentes vasculares cerebrais (9,5%), para as doenças cardiovasculares (5,0%) ou para todas as formas de cancro (2,4%)” (Carvalho et al, 2015, World Health Organization, 2008 e 2012).

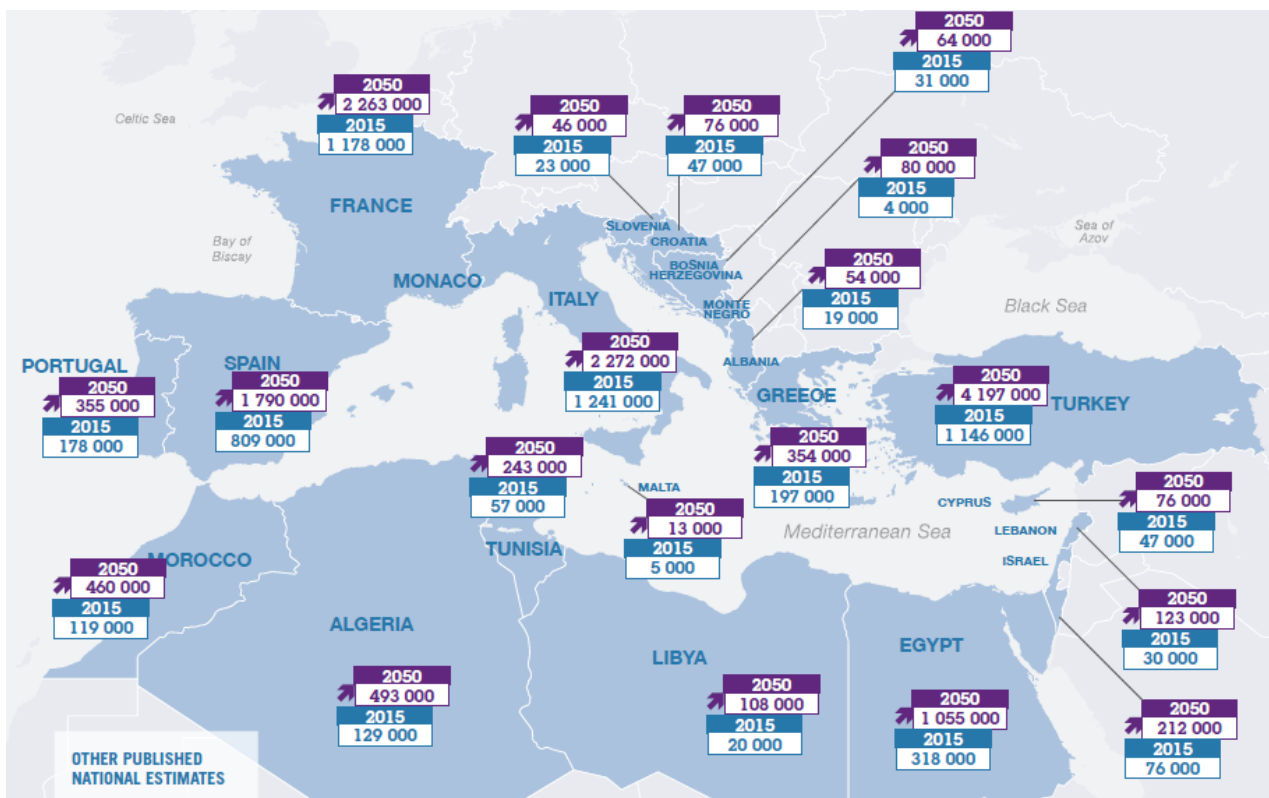
Existem mais de 100 tipos diferentes de demência, sendo a doença de Alzheimer a demência mais comum, correspondendo a cerca de 60% de todos os casos, que tende a levar a um declínio progressivo e gradual ao longo do tempo (Royal College of Nursing, 2013).

As doenças cognitivas, como a DA, são as doenças crónicas que mais implicam um aumento nas necessidades de assistência, incapacidade e cuidados institucionais, entre os idosos (Pitkala *et al*, 2012).

Como afirma Catherine Pastor, presidente da Monegasque Association for Research on Alzheimer's Disease (2016):

Em muitos países mediterrânicos [como Portugal], ainda há muito pouco conhecimento sobre os problemas em torno da doença de Alzheimer, a qual continua subestimada e insuficientemente documentada. Esta situação terá um impacto dramático na saúde e na sociedade, nos próximos anos. Estudos internacionais demonstram que, em 20 anos, o número de pessoas com doença de Alzheimer irá crescer de forma alarmante (Figura 1).

**Figura 1.** Estimativa do número de pessoas com doença de Alzheimer até 2050



Fonte: Monegasque Association for Research on Alzheimer's Disease (2016).

Segundo a Direção Geral da Saúde (2015), "estima-se que em Portugal existam cerca de 182.000 de pessoas com demência, das quais 130.000 representam a doença de Alzheimer", o que representa 1,71% da população portuguesa. Este valor supera a média europeia que ronda os 1,55%.

A DA caracteriza-se pela existência de uma perda sináptica e morte neuronal maciça, observada, histopatologicamente, nas regiões cerebrais responsáveis pelas funções cognitivas, incluindo o córtex cerebral, o hipocampo, o córtex entorrinal e na porção anterior do corpo estriado (Vital & Sereniki, 2008).

No parênquima cerebral, ocorre a acumulação de depósitos fibrilares amiloides nas paredes dos vasos sanguíneos, "associados a uma variedade de diferentes tipos

de placas senis, acumulação de filamentos anormais da proteína tau e consequente formação de novos neurofibrilares, perda neuronal e sináptica, ativação da glia e inflamação” (Vital & Sereniki, 2008).

Para a Direção Geral da Saúde (2015) a DA pode subdividir-se em três tipos: Alzheimer de início precoce (quando a doença é diagnosticada antes dos 65 anos, mais suscetível de se manifestar em pessoas com síndrome de *Down*), Alzheimer de início tardio (forma mais comum, responsável por 90% dos casos, ocorrendo em pessoas após os 65 anos) e Alzheimer familiar (hereditária, se um dos progenitores tiver um gene mutado, cada filho terá 50% de probabilidade de herdá-lo, normalmente entre os 40 e os 60 anos).

Nos três tipos de DA os sintomas são semelhantes e incluem: alterações na memória, na capacidade de raciocínio, julgamento e pensamento abstrato, orientação e dificuldade em executar as atividades do dia a dia.

A pessoa começa a apresentar dificuldades em lembrar conversas recentes, nomes e eventos, com períodos de apatia e depressão. Posteriormente, pode apresentar compromisso da comunicação, desorientação, confusão, alterações comportamentais e, no estágio final, dificuldade em falar, deglutir e andar (Alzheimer’s Association, 2014).

Na DA, a memória para os factos recentes tende a ser a mais afetada, enquanto a memória de longo prazo pode manter-se inalterada durante vários anos após o início da doença.

As pessoas com DA podem perder, de um modo geral, a capacidade para aprender e reter novas informações, devido, precisamente, às alterações que ocorrem na memória. Por isso, o melhor é adaptar a situação, ou o meio em redor, às suas necessidades. Por exemplo, se a pessoa tem tendência a esquecer-se como se fecha a torneira, pode-se implementar um mecanismo adaptado, que permita a saída só de uma determinada quantidade de água de cada vez.

O estabelecimento de uma rotina diária pode ajudar a pessoa a lidar com a situação, pois fazer as coisas sempre do mesmo modo, pode ajudar a prevenir a ansiedade, evitar a confusão e ajudar a pessoa a poupar o seu tempo e os seus esforços para outras atividades e tarefas

Pode apresentar afasia, que consiste na dificuldade ou perda da capacidade de compreender a linguagem oral ou escrita. Na presença de afasia deve-se avaliar

vários domínios como a “fluência do discurso, a compreensão de ordens simples, a nomeação de objetos por confrontação visual, a repetição de palavras, a escrita e a leitura” (Varanda e Rodrigues, 2017).

Uma estratégia pode passar pelo cuidador formal/informal tentar ser o primeiro a tomar a iniciativa de falar com a pessoa sobre qualquer coisa que a interesse, envolvendo-a também nas conversas estabelecidas com outras pessoas.

Durante a progressão da DA, pode ocorrer uma desorientação alopsíquica, em relação ao que a rodeia, devido à confusão causada por alterações cerebrais, perda de memória e por dificuldades em reconhecer pessoas e objetos familiares.

Podem apresentar períodos de comportamento agressivo verbal e físico (apesar da agressão verbal ser mais comum). Contudo, é importante compreender-se que o comportamento agressivo não é dirigido e é causado mais pela doença, do que pela própria pessoa. Esse comportamento agressivo é originado por situações que, normalmente, desencadeiam sentimentos negativos na pessoa, como frustração ou ansiedade, sendo fundamental distrair a pessoa durante esses episódios.

Podem também ocorrer alguns períodos de agitação e nervosismo, andando de um lado para o outro, mexer nas gavetas, abrir as torneiras e mudar as coisas de lugar. Nesses períodos é fundamental tentar evitar conter a pessoa ou impedir que a mesma se desloque para outro lugar, pois tal só vai favorecer ainda mais a agitação e o nervosismo. Também pode ocorrer precisamente o oposto: a apatia, podendo ficar várias horas sentadas numa cadeira, ou ficar em pé, paradas, sem querer fazer nada, sem comunicarem e/ou sem reagirem aos estímulos externos.

A pessoa com DA poderá vir a apresentar incontinência urinária. A incontinência intestinal ocorre ocasionalmente, mas é mais comum na fase tardia da doença e pode acontecer simplesmente porque a pessoa não consegue encontrar a casa de banho a tempo.

Para a Direção Geral da Saúde (2015) a avaliação do risco e estado nutricional das pessoas com DA deverão fazer parte da monitorização da doença, pois a perda de peso e a desnutrição são indicadores da sua progressão e "o agravamento do estado nutricional poderá ser devido a perda de apetite, paladar e olfato que leva à diminuição da ingestão alimentar, negligência nos cuidados com a alimentação e alterações nas preferências alimentares", podendo também ocorrer disfagia, dispraxia e "comportamentos alimentares disruptivos ou restritivos tais como recusar engolir,

cuspir a comida para fora da boca e deixar a boca aberta" (Direção Geral da Saúde, 2015).

Na pessoa com DA, a capacidade de ação pode não ser suficiente para satisfazer as necessidades de cuidado, ocorrendo um défice de autocuidado.

Para Orem (2001) o autocuidado é a utilização deliberada de meios para controlar ou regular os fatores que influenciam a funcionalidade, atividade e desenvolvimento pessoal ou que contribuem para o bem-estar da pessoa. Assim, é um comportamento deliberado, auto-direcionado e auto-permitido, aprendido através das relações interpessoais e comunicacionais, que requer a existência de conhecimentos e de competências (Taylor & Renpenning, 2003).

Para Orem (2001) o conceito de autocuidado pressupõe a existência de três conceitos, nomeadamente: Autocuidado terapêutico; Operações de autocuidado; Requisitos de autocuidado.

O Autocuidado terapêutico diz respeito ao conjunto de "medidas e práticas de autocuidado que são consideradas válidas e de confiança para os requisitos de autocuidados individuais. Diz respeito a métodos, meios e procedidos de cuidados" (Orem, 2001). Já as operações de autocuidado dizem respeito ao limite existente entre as capacidades e as ações de autocuidado da pessoa.

Os requisitos de autocuidado são os objetivos que serão atingidos através do autocuidado. Pressupõe a existência de um equilíbrio entre a atividade e o repouso. Assim, o requisito não será expresso em termos de saúde ou bem-estar, mas em termos de ação para atingir um estado desejado de repouso e atividade (Tomey & Alligood, 2004).

Orem (2001) define a existência de três tipos de requisitos de autocuidados, nomeadamente:

- ✓ Requisitos de autocuidados universais- Comuns a todos os seres humanos em todos os estadios do ciclo de vida, sendo influenciados pela idade, etapa de desenvolvimento, fatores ambientais e estado de saúde de cada pessoa;
- ✓ Requisitos de autocuidado de desenvolvimento- Relacionados com as mudanças de vida da pessoa e/ou com as fases do ciclo de vida em que se encontra;
- ✓ Requisitos de autocuidado por desvios da saúde- Associados com as desordens das estruturas e funcionamento humanos, processos de doença

ativa, os seus efeitos e com a natureza do diagnóstico médico e medidas de tratamento. Estes surgem devido à doença e “são carências que aparecem porque a doença ou a incapacidade impõem uma mudança no comportamento do auto-cuidado” (Vaughan & Pearson, 1992).

Orem (2001) sugeriu a existência de cinco tipos de fatores, que influenciam o autocuidado: Cognitivos (capacidade para aprender, memória, aptidão na resolução de problemas, conhecimento da sua situação e a relação estabelecida com o cuidador); Psicossociais (autoconceito, autoestima, auto disciplina, personalidade, motivação e perceção do ambiente); Físicos (funcionalidade, mobilidade, coordenação e destreza); Demográficos (idade, maturidade, educação e nível socioeconómico); E socioculturais (sistema familiar, crenças, valores, suporte social e recursos disponíveis).

Vaughan & Pearson (1992) sugerem que a prestação de cuidados de enfermagem com vista à promoção do autocuidado deve ser planeada e implementada com os seguintes objetivos: diminuir as exigências de autocuidado para um nível a que a pessoa consiga dar resposta, ou seja, eliminar o deficit de autocuidado; Melhorar a capacidade de resposta à exigência de autocuidado. Quando nenhum destes objetivos poder ser alcançado, as necessidades de autocuidado da pessoa são diretamente satisfeitas pela equipa de enfermagem;

As intervenções de enfermagem no autocuidado devem visar a redução da exigência do autocuidado, quer seja através do desenvolvimento da capacidade de resposta da pessoa às suas necessidades, ou contribuir para a prestação de cuidados pelo cuidador informal, quer seja satisfazendo diretamente a necessidade de autocuidado.

A pessoa com DA pode não conseguir satisfazer as suas necessidades de autocuidado, visto as “alterações cognitivas e comportamentais determinarem a perda progressiva da capacidade para realizar de forma autónoma as atividades de vida diárias até à completa dependência” (Henriques & Ávila, 2017).

É essencial planear e implementar intervenções de reabilitação motora e cognitiva direcionados à pessoa com DA, que permitam manter ou retardar os défices funcionais e cognitivos, através da adaptação e desenvolvimento de habilidades que lhes permitam gerir o seu autocuidado da forma mais autónoma possível, minimizando

a necessidade de assistência de terceiros para satisfazerem as suas necessidades de autocuidado.

Assim, na pessoa com DA, o objetivo da reabilitação motora e cognitiva deverá ser melhorar a capacidade de resposta da pessoa à exigência de autocuidado e/ou diminuir as exigências de autocuidado para um nível a que a pessoa consiga dar resposta, tendo como meta final a sua inserção social. A perda funcional afeta não só a pessoa, mas também a sua família e a sociedade, sendo a “responsabilidade dos profissionais que trabalham com a reabilitação a promoção da adaptação do indivíduo à realidade a ser vivida” (Orsini, 2012).

Para Umphred (2010) no processo de reabilitação deve-se: documentar a presença de competências funcionais; Avaliar e criar resultados específicos mensuráveis para as suas competências funcionais; Identificar e treinar a pessoa em estratégias facilitadoras específicas, melhorando a sua auto-imagem e a perceção cinestésica do eu no espaço e no uso do suporte esquelético (eu no corpo).

Umphred (2010) sugere que o processo de reabilitação (motora e cognitiva) deve basear-se no “Método de Feldenkrais”, técnica de educação somática que permite que a pessoa tome consciência de si como um todo, a partir da experimentação do movimento, através da exploração de movimentos de forma consciente. Consiste num modelo de facilitação neurológica e melhora do conhecimento e capacidade de adaptação da pessoa, através da utilização de movimentos lentos, simplificando ou estimulando as tarefas a executar, progredindo a partir da perceção da pessoa, de modo a que a mesma consiga aprender a detetar e a responder a estímulos cada vez menores, aumentando a sua capacidade de atenção e funcionalidade corporal.

Vieira & Gomes (2013) explicam que este método pode ser aplicado de duas formas: por integração funcional através da manipulação da pessoa fazendo com que o toque crie um estímulo que facilita a integração dessa sensação, permitindo que a pessoa desenvolva a perceção do seu próprio corpo; Por consciência pelo movimento, através do estímulo verbal para o movimento. Assim, este método é aplicado através de sequências de movimentos cuja complexidade vai aumentando progressivamente, permitindo que a pessoa diminuía o esforço associado ao movimento através da tomada de consciência do mesmo. É necessário que ocorra repetição regular da sequência de movimentos para que essa tomada de consciência ocorra e,

consequentemente o processo de reabilitação seja eficaz. Assim, a reabilitação ocorre quando a pessoa reaprende competências antigas, com o objetivo de restaurar ou manter a sua funcionalidade.

Tendo em conta que a DA afeta principalmente os idosos, no programa de reabilitação dever-se-á ter em conta o “Princípio de Arndt-Schultz” (Umphred, 2010). Este princípio identifica as diferenças entre a capacidade do cérebro jovem e do cérebro idoso, em diferenciar e responder aos estímulos externos.

O idoso requer um nível mais alto ou um período mais longo de estimulação antes que o limiar para a resposta fisiológica inicial seja alcançado. O calor demora mais para ser sentido, consequentemente, o idoso torna-se mais exposto a sofrer queimaduras graves.

A resposta fisiológica no idoso é raramente tão grande, tão visível ou tão consistente como na observada nos grupos etários mais jovens. Na presença de hipertermia, o idoso pode não estar quente ao toque, mas em detrimento disso estar muito cansado ou mal-humorado; Em média, o alcance da estimulação terapêutica segura é menor nos idosos do que nos jovens.

As implicações deste princípio para a reabilitação, é que o nível de um estímulo (por exemplo, calor, frio, som, luz ou estímulo emocional) precisa ser ajustado para compensar a fisiologia alterada da pessoa.

O défice de memória é um dos principais sintomas associados à DA, é fundamental o EEER saber avaliar esse défice, identificando que tipo de memória foi afetado e qual a memória que ainda se encontra preservada. Inicialmente é afetada a memória a curto prazo e a memória episódica; progressivamente a memória semântica também é afetada “até não conseguir encontrar palavras para traduzir o seu pensamento, apresentando também perturbações do julgamento, tornando-se indiferente à sua doença e ao que a rodeia” (Varanda e Rodrigues, 2017). A memória afetiva é a última a ser afetada. Neste sentido, “o suporte do processo de reabilitação é tanto mais sustentado, quanto maior a capacidade de adquirir e reter nova informação” (Varanda e Rodrigues, 2017).

O programa de reabilitação, deve incluir intervenções quem tenham em conta: um ambiente de relaxamento, de modo a maximizar as capacidades da pessoa, permitindo e facilitando a sua integração e adaptação ao meio ambiente envolvente; Um equilíbrio entre “períodos de descanso, atividades e nível de esforço, períodos de

sono/vigília, estimulação mental e emocional, ciclos de alimentação e eliminação, durante um período de 24 horas” (Umphred, 2010).

É fundamental integrar a família e os cuidadores no processo de reabilitação, estabelecendo objetivos a curto, médio e longo prazo que sejam compatíveis com a capacidade funcional e cognitiva da pessoa com DA, gerindo as suas expectativas, dúvidas e receios, mas também de modo a garantir que ocorre uma continuidade no plano de reabilitação. Um dos problemas mais significativos dos cuidadores é o aumento do stress associado à necessidade de prestação de cuidados contínua e de supervisão destas pessoas, devido ao seu declínio para executar o seu autocuidado de forma independente (Chesbro, Hoppes & Davis, 2005).

O cuidador não deve supor que as competências atuais refletem a verdadeira capacidade funcional da pessoa com DA. Apesar ser uma doença de carácter progressivamente limitativo e não ter cura, é sempre possível ensinar à pessoa outras estratégias que lhe facilitem o desempenho nos autocuidados e nas atividades instrumentais de vida diárias (Umphred, 2010). A ideia de que a pessoa com DA é incapaz de cuidar si própria e de interagir socialmente no seu meio envolvente, além de ser incorreta, “pode ter um impacto severo na sua capacidade funcional, tornando-se numa espiral descendente, caracterizada por sentimentos de depressão, exacerbação da perda de funcionalidade e de funcionar de forma independente” (Kroll & Naue, 2008). Assim, é fundamental que o processo de reabilitação na pessoa com DA incluía a pessoa e a sua família e que seja direcionado para minimizar as incapacidades funcionais e cognitivas, prevenir e tratar o aparecimento de nova sintomatologia comportamental e para otimizar a qualidade de vida (Alzheimer’s Disease International, 2016).

O processo de reabilitação deve incluir terapêuticas não farmacológicas, como exercícios físicos e técnica da reminiscência, utilizadas, não com o propósito de alterar o curso da doença, mas sim com o objetivo de manter a função cognitiva e ajudar o cérebro a compensar as suas perdas, melhorar a qualidade de vida e reduzir sintomas comportamentais como a depressão, apatia, deambulação, distúrbios do sono, agitação e agressividade (Alzheimer’s Association, 2014).

As terapias não farmacológicas que podem ser utilizadas na pessoa com DA incluem a aromaterapia, estimulação multissensorial, musicoterapia, dança, massagem e terapia assistida por animais (National institute for health and clinical

excellence, 2016). Kroll & Naue (2008) encontraram evidência do benefício de intervenções de reabilitação na área da reabilitação cognitiva, atividade física, musicoterapia e auto-gestão comportamental. Todas essas intervenções demonstraram efeitos benéficos na pessoa com DA, no que diz respeito à memória, humor, interação social, orientação e atividades instrumentais de vida diárias.

Para Fang, Ye, Huangfu & Calimag (2017) podem ser utilizadas várias metodologias na utilização da musicoterapia com evidências de resultados positivos na pessoa com DA. Ouvir a sonata de Mozart e músicas familiares para a pessoa com DA, induziram melhorias nas funções espaço temporais e do pensamento abstrato. O recurso ao Karaoke, permitiu melhorias nos sintomas neurocomportamentais, além disso, a utilização de “músicas tristes” foi mais eficaz para induzir a memória de experiências autobiográficas e memórias remotas, o que pode indicar que a emoção desempenha um papel preponderante na melhoria da memória da pessoa com DA. A utilização de música de fundo é eficaz na memória autobiográfica e na redução de estados de ansiedade, enquanto que a utilização de música com outras atividades (como a dança, tocar instrumentos e utilizar movimentos rítmicos) permitem reduzir os sintomas neurocomportamentais e melhorar as funções cognitivas.

O principal objetivo da reabilitação na pessoa com DA deverá ser quebrar o ciclo da dependência, dando-lhe as condições necessárias para aumentar a sua capacidade funcional, autoestima e confiança, permitindo que a pessoa desempenhe determinadas atividades, em detrimento de assumir que não possui capacidades para as executar. Os cuidadores podem contribuir para a perda funcional destas pessoas, por fazerem as atividades pelos indivíduos, desencorajando a sua independência (Belchior *et al*, 2009).

O processo de reabilitação deve ter em conta que a pessoa com DA pode não funcionar do mesmo modo ou com o mesmo potencial quando é removida do seu ambiente familiar. É necessário avaliar o impacto do meio envolvente na sua performance, pois alterações no meio envolvente podem aumentar ou diminuir o nível de estimulação, o que pode ser muito prejudicial.

O ambiente deve encontrar-se estruturado de modo consistente e regular para facilitar o estado de orientação, resolução de problemas, memória, mobilidade e capacidade social da pessoa com DA (Chesbro, Hoppes & Davis, 2005).

No entanto, não nos podemos esquecer que "cuidar de pessoas implica compreender as formas como cada pessoa ou família vivencia os seus problemas, manifesta as suas necessidades e exprime os seus anseios e angústias" (Ordem dos Enfermeiros, 2015). Deste modo "estimular e incentivar o idoso [com demência], respeitando a sua autonomia em segurança, continua a ser a melhor forma de conviver com o problema" (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

Considero premente desenvolver conhecimentos teórico-práticos na área da reabilitação da pessoa com DA, que permitam reduzir os défices funcionais e cognitivos associados à evolução desta patologia, de modo a garantir a "maximização das capacidades funcionais da pessoa, potenciando o seu rendimento e desenvolvimento pessoal" (Regulamento n.º 350/2015, Ordem dos Enfermeiros).

É imprescindível compreender e identificar o potencial de reabilitação da pessoa com DA, planeando e implementando intervenções que permitam a sua readaptação e reeducação funcional e cognitiva, mantendo a sua independência funcional de modo a conseguir satisfazer as suas necessidades de autocuidado e a permitir a sua reinserção social e familiar.

## **1. ANÁLISE CRÍTICA DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS**

O EC foi realizado em contexto comunitário e intra-hospitalar, foi orientado tendo em conta o projeto de estágio desenvolvido previamente, com vista a dar continuidade ao trabalho desenvolvido durante os semestres anteriores.

Deste modo, teve como objetivo permitir que, como futura EEER, conseguisse desenvolver e implementar um conjunto de competências técnicas, científicas e humanas inerentes à prestação de cuidados especializados de Enfermagem de Reabilitação (ER), em diferentes contextos de cuidados e cujos objetivos deveriam incidir sobre a “manutenção e promoção do bem-estar e da qualidade de vida, a recuperação da funcionalidade, tanto quanto possível, através da promoção do autocuidado, da prevenção de complicações e da maximização das capacidades” (Regulamento n.º 350/2015 , Ordem dos Enfermeiros).

Para o desenvolvimento dessas competências, foram delineados os objetivos que pretendia atingir, assim como um conjunto de atividades inerentes à concretização desses mesmos objetivos (APÊNDICE I).

Em cada objetivo, são descritas as atividades desenvolvidas em contexto de EC, com respetiva análise e reflexão das intervenções implementadas e competências adquiridas, tendo em conta os domínios de competências comuns do EE e as competências específicas EEER propostas pela Ordem dos Enfermeiros (2010a; 2010b). Serão também descritas as dificuldades e intercorrências experienciadas, modo de ultrapassar essas mesmas dificuldades e descrição de possíveis atividades implementadas que não se encontravam planeadas.

Para concretizar o objetivo 1<sup>1</sup> realizei uma visita guiada a ambos os serviços onde realizei o EC para conhecer a estrutura, dinâmica orgânico funcional, valores, missão e princípios de cada local. Também li e analisei os manuais de acolhimento e procedimentos existentes em ambos os serviços.

Senti necessidade de obter o máximo de conhecimento e recolher informações existentes sobre a população abrangida pelos dois serviços de EC, para conseguir identificar e compreender as suas necessidades em termos de CER. Para tal, foram de extrema importância todas as reuniões que tive com a enfermeira orientadora, os

---

<sup>1</sup>Objetivo 1- “Conhecer a estrutura, organização e dinâmica de funcionamento dos serviços onde serão realizados os Ensinos Clínicos”

diálogos estabelecidos com a equipa multidisciplinar, os momentos de passagem de ocorrências, a consulta dos processos clínicos, entrevista informal com os cuidadores e com a própria pessoa dependente de cuidados.

Na Comunidade, articulei com diversos serviços existentes na comunidade (como a Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), Associação Unitária de Reformados, Pensionistas e Idosos da área, Centro de Dia), compreendendo como funcionavam e garantindo uma maior assistência à pessoa no seu domicílio, facilitando e promovendo a sua reintegração social. No hospital, a articulação com a comunidade efetuava-se, essencialmente, através da equipa de gestão de altas e com a referenciação para a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI).

Assim, desenvolvi competências de EE nos domínios: A1.1 “Demonstra tomada de decisão ética numa variedade de situações da prática especializada”; C1.1. “Otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada da decisão”; C2.2. “Adapta o estilo de liderança e adequa-o ao clima organizacional estrito favorecedores da melhor resposta do grupo e dos indivíduos”; C1.2. “Orienta e supervisiona as tarefas delegadas, garantindo a segurança e a qualidade”; D1.2. “Gera respostas, de elevada adaptabilidade individual e organizacional”. E competências de EEER nos domínios: J2.2. “Promove a mobilidade, a acessibilidade e a participação social”.

Para concretizar o objetivo 2<sup>2</sup>, diariamente, em contexto de EC, observava e discutia as estratégias desenvolvidas e implementadas pelo EEER responsável pela pessoa. De modo a compreender melhor o papel do EEER na equipa multidisciplinar e refletir sobre os aspetos do domínio da responsabilidade ética e profissional, procedi à leitura e respetiva análise dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação (Regulamento n.º 350/2015, Ordem dos Enfermeiros), Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Ordem dos Enfermeiros, 2010a) e Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista Em Enfermagem de Reabilitação (Ordem dos Enfermeiros, 2010b).

Particpei nas estratégias desenvolvidas e nas intervenções implementadas pelo EEER, tendo sempre em consideração o respeito pela ética e pelo código

---

<sup>2</sup> Objetivo 2- “Identificar o papel do EEER no seio da equipa multidisciplinar e refletir sobre os aspetos do domínio da responsabilidade profissional ética e legal”

deontológico de enfermagem, com proteção dos direitos e privacidade da pessoa e das relações existentes no seu meio envolvente.

A Ética inerente aos CER deve implicar a existência de uma reflexão constante sobre o modo de assistir a pessoa que se encontra ao nosso cuidado, no respeito integral da pessoa, pela sua dignidade e pelos seus direitos. Implica também, uma reflexão por parte do enfermeiro “acerca de si próprio e do modo como exerce a sua profissão, procurando os valores e os princípios que justificam as suas ações no exercício profissional” (Deodato, 2017). Assim, prestei CER tendo em conta as necessidades reais da pessoa, as crenças, valores, os seus costumes culturais, os seus projetos de vida e, acima de tudo, em concordância com os seus próprios objetivos de reabilitação a curto e médio prazo, respeitando, não só a sua dignidade como pessoa, mas também a sua liberdade de escolha.

Na ausência da capacidade de decidir “nos casos de deficiência mental, de demência, ou de qualquer outra perturbação do estado de consciência, o enfermeiro assume uma responsabilidade redobrada na procura do melhor cuidado” (Deodato, 2017).

O respeito pela ética e dignidade da pessoa, também implica a transmissão da informação, assim, regularmente eu conversava com a pessoa sobre a sua evolução e progresso em termos de funcionalidade, assim como quais os resultados expectáveis para a sua situação. Para Deodato (2017) o enfermeiro deve agir com verdade, mas adaptando a informação a transmitir à capacidade que a pessoa tem para lidar com o que lhe é transmitido.

Considero também que, a prestação de cuidados éticos e deontológicos, implica cuidados centrados na e para a pessoa, a existência de uma tomada de decisão baseada na evidência e sustentada por um suporte teórico válido e fundamentado, prevenindo a ocorrência de situações de risco potencial, garantindo a sua qualidade de vida e maximizando a sua funcionalidade.

Desta forma pude desenvolver competências de EE nos domínios: A1.2. “Suporta a decisão em princípios, valores e normas deontológicas”; A1.3. “Lidera de forma efetiva os processos de tomada de decisão ética de maior complexidade na sua área de especialidade”; A1.4. “Avalia o processo e os resultados da tomada de decisão”; A2.1. “Promove a proteção dos direitos humanos”; A2.2 “Gere na equipa, de forma apropriadas as práticas de cuidados que podem comprometer a segurança, a

privacidade ou a dignidade do cliente” e B3.1. “Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/grupo”.

Para concretizar o objetivo 3<sup>3</sup> desenvolvi e consolidei os conhecimentos teórico práticos sobre a DA, tendo efetuado uma pesquisa teórica na biblioteca da ESEL, utilizando o catálogo existente sobre a doença de Alzheimer e a plataforma EBSCOhost, nas bases de dados CINAHLplus with full text e MEDLINE with full text onde foram pesquisadas as palavras-chave (APÊNDICE 1). Também efetuei pesquisa informática de artigos existentes em publicações eletrónicas e informação fornecida pela própria Alzheimer Portugal, pela Organização Mundial de Saúde e pela Alzheimer’s Disease International. Também efetuei pesquisa empírica, em complementariedade à pesquisa teórica, através da recolha de dados obtidos em discussão de estudos de caso com os enfermeiros orientadores. Deste modo, compreendi melhor a fisiopatologia associada à DA, sintomatologia específica, estádios existentes e qual o papel do EEER na prevenção ou redução dos défices funcionais inerentes à mesma.

Para obter conhecimentos sobre a própria DA, também considerei fundamental entrevistar as pessoas com esse diagnóstico assim como os seus cuidadores informais, de modo a compreender qual a sintomatologia apresentada, estadio em que se encontravam, tipo de recursos da comunidade que utilizavam (APÊNDICE 2). No entanto, para conseguir recolher esses dados, tive que, inicialmente, conseguir identificar quais as pessoas que possuíam o diagnóstico de DA. Para tal, na Comunidade, efetuei o cruzamento de dados das pessoas com o diagnóstico de DA, através do programa informático “Medicine One”, que codifica as diversas patologias existentes utilizando a terminologia ICPC (International Classification of PrimaryCare), que consiste na Classificação Internacional de Cuidados de Saúde Primários. Só deste modo é que consegui fazer a distinção dos tipos de demência e, assim, pude chegar ao resultado de 26 pessoas com doença de Alzheimer clinicamente diagnosticada. Realizei entrevistas formais à pessoa com DA e cuidadores informais, de modo a conseguir identificar corretamente o estadio da doença em que se encontravam, identificar fatores que fossem facilitadores e/ou inibidores do

---

<sup>3</sup>Objetivo 3- “Desenvolver conhecimentos teórico práticos sobre a temática dos cuidados à pessoa com doença de Alzheimer e sobre a Teoria do Défice de Autocuidado na Enfermagem”;

autocuidado e avaliar os diferentes défices existentes no autocuidado. Apesar de o meu projeto se focar apenas no requisito universal de autocuidado «manutenção de uma ingestão suficiente de ar, água e comida», durante o EC prestei CER tendo em conta os défices funcionais existentes em todos os requisitos de autocuidado. No hospital não tive a oportunidade de prestar CER direcionados à pessoa com DA, por não existir ninguém com este diagnóstico durante o tempo em que efetuei o EC.

No entanto, ao longo de todo o EC, também tive que efetuar pesquisas bibliográficas sobre várias temáticas de ER e sobre outras patologias, nomeadamente: a Esclerose Lateral Amiotrófica, a Espondilite anquilosante, o Acidente Vascular Cerebral (AVC) e a Lesão Vertebral Medular (LVM), de modo a conseguir interligar os conhecimentos que tinha e, deste modo, conseguir planear e implementar CER adaptados e personalizados à pessoa.

Também promovi o desenvolvimento e transmissão de informação necessária aos restantes enfermeiros e equipa, colaborando nas decisões da equipa multidisciplinar e nas passagens de ocorrências, propondo estratégias adaptativas na prestação de cuidados. Promovi a continuidade de cuidados, transmitindo aos enfermeiros responsáveis todos os CER que tinha implementando, fornecendo instruções sobre procedimentos a adotar, sempre que assim se justificava.

Desta forma pude desenvolver competências de EE nos domínios: A1. “Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção”; C1. “Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional”; C2.2. “Adapta o estilo de liderança e adequa-o ao clima organizacional estrito favorecedores da melhor resposta do grupo e dos indivíduos”; D1. “Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade”; D2.2. “Suporta a prática clínica na investigação e no conhecimento, na área da especialidade”; D2.3. “Provê liderança na formulação e implementação de políticas, padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho”. E competências de EEER nos domínios: J1.1. “Avalia a funcionalidade e diagnostica alterações que determinam limitações da atividade e incapacidades”.

De modo a conseguir a execução do objetivo 4<sup>4</sup>, foi fundamental pesquisar a literatura existente para conseguir compreender de que modo, como futura EEER,

---

<sup>4</sup> Objetivo 4- “Planear, implementar e avaliar os cuidados à pessoa com doença de Alzheimer com défice no requisito universal de autocuidado «manutenção de uma ingestão suficiente de ar, água e comida”;

poderia prestar CER que fossem adequados e adaptados à pessoa com DA, que permitissem melhorar e manter o seu desempenho cognitivo e funcional.

A elaboração de um plano de cuidados dirigido à pessoa com DA (APENDICE III) e outro plano de cuidados dirigido à pessoa com AVC (APENDICE IV), também me permitiu seguir o processo de enfermagem, de modo a sistematizar e a priorizar a minha intervenção.

Para Orsini (2012) é fundamental seguir uma metodologia de trabalho capaz de direcionar e organizar as atividades de enfermagem de acordo com as individualidades da pessoa, sustentadas em referências teóricas. Para tal, foi fundamental efetuar uma colheita de dados referentes à pessoa em questão, através do processo clínico, da entrevista pessoal/familiar e observação dos exames complementares de diagnóstico.

A prestação de CER deve incluir o planeamento, implementação, monitorização e avaliação de “planos de reabilitação diferenciados, baseados na identificação das necessidades específicas da pessoa”, de modo a promover ações preventivas e reabilitadoras que assegurem a capacidade funcional da pessoa, identifiquem e previnam possíveis complicações e evitem ou “minimizem o impacto das incapacidades instaladas (por doença ou acidente), ao nível das funções neurológica, respiratória, cardíaca, motora ou de outras deficiências e incapacidades” (Regulamento n.º 350/2015, Ordem dos Enfermeiros).

O planeamento, implementação e avaliação das atividades desenvolvidas foi efetuado utilizando o processo de enfermagem como método científico de trabalho. Para Hoeman (2011) “as enfermeiras de reabilitação usam o processo de enfermagem quando trabalham com os doentes para prevenir problemas potenciais, aliviar problemas atuais e lidar eficientemente com problemas que não podem ser curados ou resolvidos”.

Na avaliação inicial, é fundamental utilizar o exame neurológico para efetuar uma correta neuroavaliação das alterações reais ou potenciais da pessoa, no que diz respeito aos pares cranianos, coordenação, sensibilidade e equilíbrio. Para Orsini (2012) deve ser considerada a pessoa “no seu aspeto físico, nos contextos familiar, social e ambiental, nos seus valores morais e religiosos, sem formação de juízos de valor”.

De modo a conseguir compreender o impacto real do plano de ER implementado, utilizei escalas e instrumentos de avaliação que permitissem avaliar a funcionalidade da pessoa (Medida de Adaptação Funcional, Medida de Independência Funcional, Escala de Lower, Escala de Ashworth modificada) o estado de consciência (Escala de avaliação do coma de Glasgow e Escala Rancho Los Amigos) e instrumentos de avaliação adaptadas à pessoa com DA<sup>5</sup> (Escala de Avaliação da Incapacidade Funcional na Demência e Escala de Avaliação da Doença de Alzheimer). Tive alguma dificuldade na implementação de escalas na pessoa com DA, visto a maioria apresentar um défice cognitivo bastante acentuado, com necessidade de repetir as instruções necessárias para cada etapa da escala várias vezes e às vezes sem sucesso. Assim, consegui aplicar estas escalas de um modo mais objetivo e concreto no hospital, o que me permitiu identificar os progressos da pessoa e áreas que necessitassem de mais intervenção.

Avaliei a força muscular da pessoa, através da Escala de Força de Lower (realizada bilateralmente e iniciada dos segmentos distais para os segmentos proximais, mas que a força depois de perda surge do proximal para o distal), a espasticidade, através da utilização da Escala de Ashworth modificada (realizada em mobilização passiva, bilateralmente e do distal para o próxima, e avaliação da coordenação motora, através da prova Índice-nariz<sup>6</sup>, prova de indicação de Barany<sup>7</sup>, prova dos movimentos alternados<sup>8</sup> e prova calcanhar-joelho<sup>9</sup>. A coordenação motora é constituída pela sensibilidade profunda postural, pelo cerebelo e pelo sistema vestibular, assim, a avaliação da coordenação motora deverá basear-se na simetria, ritmo, alternância e rapidez (Orsini, 2012).

Avaliei a sensibilidade superficial: tátil (com uma compressa), térmica (com copo com água quente e cubo de gelo), dolorosa (avaliada com monofilamento de 10 gramas de Semmes-Weinstein). Pude observar que na pessoa com lesão neurológica, a sensibilidade tátil, térmica e dolorosa encontrava-se diminuídas ou até mesmo ausentes no hemicorpo/membro afetado, o que poderia contribuir para alterações da percepção da imagem corporal, aumentando o risco de lesões; Avaliei a sensibilidade

---

<sup>5</sup>Grupo de Estudos de Envelhecimento Cerebral e Demência (2008).

<sup>6</sup>Pedir à pessoa, com os membros superiores em abdução, para tocar com o dedo indicador na ponta do nariz.

<sup>7</sup> Pedir à pessoa para tocar com o dedo indicador na ponta do dedo do examinador.

<sup>8</sup> Pedir à pessoa para realizar movimentos rápidos alternados, abrindo e fechando as mãos, bater palmas.

<sup>9</sup> Pedir à pessoa, em decúbito dorsal, para tocar no seu joelho com o calcanhar do lado oposto.

profunda postural em pessoas com lesões neurológicas e pude constatar que, principalmente nas pessoas com o diagnóstico de AVC, do qual resultou hemiplegia, ocorria uma diminuição ou mesmo perda do controlo postural em que a pessoa apresenta dificuldade em compreender a posição exata dos segmentos em relação ao próprio corpo, o que dificultava a manutenção da posição ortostática, a marcha e a execução das atividades de vida diárias.

Também identifiquei fatores que pudessem influenciar o autocuidado: Cognitivos (memória, resolução de problemas e conhecimento da sua situação); Psicossociais (autoconceito, autoestima e motivação); Físicos (funcionalidade, mobilidade, coordenação e destreza); Demográficos (idade, maturidade, educação e nível socioeconómico); Socioculturais (sistema familiar, crenças, valores e recursos disponíveis). O próprio suporte fornecido pelos cuidadores informais desempenhava um papel facilitador ou inibidor do autocuidado, consoante o tipo de assistência prestada (cuidadores que executam todas as atividades de autocuidado pela pessoa, quando a mesma ainda possui capacidade para o fazer, é um fator limitador do autocuidado; Enquanto cuidadores que fornecem a assistência apenas e quando necessária, dando tempo e espaço para que a pessoa desempenhe o seu autocuidado ao seu ritmo e tendo em conta as suas limitações funcionais, é um fator facilitador do autocuidado).

Deste modo pude colocar em prática competências de EEER, no domínio: J1.1. “Avalia a funcionalidade e diagnostica alterações que determinam limitações da atividade e incapacidades”.

Na Comunidade implementei CER à pessoa com DA, nos três estádios da doença. Bottino *et al* (2002) sugerem o recurso:

a estimulação cognitiva (técnicas de orientação para a realidade e treino de competências), estimulação multissensorial (estimulação dos sentidos primários: visão, audição, olfato, tato, gosto e da propriocepção), reabilitação motora, orientação para a estruturação do ambiente, orientação nutricional, promover a atividade física, orientação e suporte psicológico aos familiares e cuidadores.

Assim, planeei e implementei programas de ER orientados, principalmente, para a reeducação da função cognitiva, da função sensório motora e para a gestão das alterações comportamentais, mas também orientados para a promoção do conforto da pessoa e para controlo da sintomatologia apresentada.

Na reeducação da estimulação cognitiva, incentivei a utilização de medidas que facilitassem a memorização da informação necessária (como a elaboração de um diário onde a pessoa registasse o que fizesse e o que era necessário efetuar, um registo escrito das visitas que tinha), técnicas de estimulação da memória (através do recurso a material didático como jogos de memória e puzzle), técnica na reminiscência (com exercícios de memória autobiográfica, onde a pessoa descrevia situações que tinha vivenciado e que lhe fossem significativas), elaboração de um livro de fotografias (onde se encontravam as fotografias das pessoas significativas com os respetivos nomes) e estabelecimento de rotinas diárias (tentando planear o dia a dia da pessoa de um modo estruturado e rotineiro).

Também promovi a orientação da pessoa para a realidade, providenciando o acesso a notícias atuais através da leitura de jornais e revistas, encorajava a participação no processo de tomada de decisão e promovia um equilíbrio entre os períodos de estimulação e de descanso.

Para Gitlin e Earland (2010) a reabilitação cognitiva deve permitir que as pessoas com DA consigam executar as atividades diárias e identificar estratégias específicas para lidar com as dificuldades que resultem das alterações de memória, podendo ser utilizada a técnica de reminiscência, identificar estratégias compensatórias, ou adaptar o ambiente.

No que diz respeito à gestão comportamental, Gitlin e Earland (2010) referem ser fundamental compreender a razão de ocorrer determinado comportamento e quais os fatores que podem contribuir para a sua ocorrência, como a existência de dor (que a pessoa com DA pode ser incapaz de identificar, compreender ou comunicar a sua existência), cansaço (por alterações no ciclo do sono), medo e ansiedade, incompreensão das intervenções implementadas, comorbilidades associadas (como a existência de infeções), depressão, alucinações, alterações sensoriais e desidratação.

Após identificar a origem do comportamento, é fundamental desenvolver um processo comunicacional eficaz, tentando evitar infantilizar a pessoa com DA, e não dar instruções demasiado complexas.

Para Gitlin e Earland (2010), a melhor abordagem para minimizar alterações comportamentais consiste na adoção de um estilo comunicacional eficaz, melhorar a performance da pessoa através de comandos verbais, visuais ou táteis sobre como

executar determinadas tarefas, mas, acima de tudo, dando tempo suficiente à pessoa para compreender e processar as instruções que estamos a comunicar.

Os mesmos autores sugerem algumas estratégias para conseguir implementar um estilo comunicacional eficaz, nomeadamente: mover-se e falar calmamente e devagar; dar apenas 1 ou 2 instruções verbais de cada vez; não apressar, permitir que a pessoa tenha o tempo necessário para conseguir responder adequadamente à instrução dada; assegurar à pessoa que está a fazer um bom trabalho; evitar utilizar abordagens negativas, eliminar barulhos e distrações durante a comunicação; ter cuidado com as expressões faciais, estabelecendo contacto visual e demonstrar expressões de afeto como sorrir, abraçar e segurar a mão da pessoa.

No que diz respeito à reeducação da função sensório motora, planeei e implementei exercícios de treino dos autocuidados, exercícios de coordenação motora, treino de equilíbrio, treino de marcha controlada e reeducação postural.

Henriques e Ávila (2017) reforçam a importância da mobilização precoce “com exercícios terapêuticos de manutenção da amplitude articular e de fortalecimento muscular, para facilitar os autocuidados (...) e intervir de acordo com o seu conteúdo funcional e nível de competência”.

Foi fundamental, a adaptação do ambiente do domicílio da pessoa com DA, tendo instruído a manterem as zonas de passagem desobstruídas, sem mobiliário ou tapetes que pudessem potenciar a ocorrência de acidentes e quedas, manutenção de uma iluminação adequada, utilização de dispositivos de ajuda e utilização de sinalética.

Também instruí à utilização de dispositivos de apoio, como colocar corrimãos nos corredores, rampas de acesso e barras de apoio, colocar telefones em locais acessíveis com números de telefone visíveis.

Na pessoa com DA que se encontrava no estadio final da doença, as intervenções que implementei eram orientadas, essencialmente, para a prevenção das complicações derivadas da imobilidade, prevenção de quedas, prevenção de lesões por pressão e queimaduras, manter a flexibilidade e amplitude articular, prevenir anquiloses, treino vesical e intestinal.

Acima de tudo a minha principal intervenção em contexto comunitário à pessoa com DA, consistiu na sua reintegração familiar. Por diversas vezes as pessoas

verbalizavam que se sentiam sozinhas, que não tinham visitas e que eram excluídas dos encontros familiares.

Assim, considerei fundamental, não só tentar implementar estratégias para facilitar a mudança de papéis exigida pelo défice cognitivo associado à DA (como por exemplo o conjugue, que passa a ter que desempenhar, além de um papel de companheiro e amigo, mas também o papel de cuidador, tendo sido fundamental conseguir avaliar e identificar o potencial do prestador de cuidados para assumir esse papel, em termos de resposta emocional, conhecimentos adquiridos e capacidade de coping e colaboração), promovendo a comunicação entre os vários membros da família, encorajando a resolução de problemas e conflitos, mas acima de tudo, encorajando a participação das pessoas com DA nos eventos familiares, integrando-as nas refeições, nas atividades de lazer, nas tradições familiares.

O maior fator que encontrei que influenciava negativamente o autocuidado, foi a sobre proteção por parte do cuidador informal. De modo inconsciente, o cuidador informal pode, muitas vezes, desincentivar o autocuidado da pessoa com DA, executando o cuidado pela pessoa.

A falta de conhecimentos por parte dos cuidadores informais sobre a doença de Alzheimer, leva a que, muitas vezes, considerem que a pessoa não possui capacidade para se autocuidar e, assim, em detrimento de identificarem e implementarem estratégias e intervenções que a permitam gerir o seu autocuidado, acabam por as substituir nestas atividades, considerando estarem a fazer o que é melhor para eles.

Ao longo do EC na Comunidade, pude verificar que a sintomatologia associada à DA, implica que ocorra uma perda gradual da capacidade para executar as atividades usuais do dia-a-dia, sendo necessário assistência com os cuidados diários. Essa assistência com os cuidados diários deve ser providenciada com alguma cautela, satisfazendo a necessidade do indivíduo com DA, mas respeitando e promovendo as suas habilidades e preferências.

Com o intuito de minimizar este tipo de intervenção por parte do cuidador informal, propus, planeei e implementei uma ação de formação, incluída no curso de apoio aos cuidadores informais implementado e dirigido pela ECCI, cujo público-alvo eram os cuidadores informais que prestavam apoio domiciliário. Esta ação de formação foi planeada como uma sessão de educação para a saúde (APENDICE V),

de modo a orientar estes cuidadores sobre sintomatologia específica e abordagem à pessoa com DA, com o intuito de diminuir, progressivamente a assistência direta nos cuidados, capacitando a pessoa com DA para o seu próprio autocuidado. Os formandos que foram assistir, demonstraram pleno interesse em tudo o que era transmitido e colocaram várias questões durante a sessão. Referiram que a sessão tinha demonstrado outra perspetiva dos cuidados à pessoa com DA, o que, por sua vez, permitiu que aprendessem intervenções mais específicas e adequadas para lidarem com a sintomatologia manifestada pela pessoa. Mas, acima de tudo, referiram que nunca tinham pensado que poderiam estar a potenciar défices no autocuidado da pessoa, ao prestarem o autocuidado na íntegra por ela, em detrimento de fornecerem tempo e estratégias adaptativas, que permitissem à pessoa com DA fazer face ao seu autocuidado.

Ao longo de todo o EC tive a oportunidade de trabalhar também a pessoa que apresentava alterações da mobilidade, através de mobilizações passivas do hemicorpo/membro afetado, mobilizações ativas, ativas assistidas e ativas contra resistência do hemicorpo menos afetado, sempre com estimulação propriocetiva para o movimento. Para Menoita (2014) “um programa de mobilizações visa manter a integridade das estruturas articulares, manter a amplitude dos movimentos, conservar a flexibilidade, evitar aderências e contracturas, melhorar a circulação de retorno e manter a imagem psico-sensorial e psico-motora da pessoa”.

A propriocepção é fundamental para o processo de reabilitação da pessoa e consiste na “sensação de si próprio (do corpo como um todo) e de suas partes integrantes do corpo, possibilitando ao indivíduo detetar a posição e a interação dos segmentos corporais no espaço e, ainda, sentir os movimentos por ele realizados” (Orsini, 2012). Assim, é fundamental, complementar os exercícios efetuados com estimulação visual, pedindo à pessoa que visualize os movimentos que executa, e estimulação verbal, preparando a pessoa para o movimento e/ou efetuando correções sobre a execução do mesmo.

A reabilitação pode favorecer a reaprendizagem motora, onde os organismos reaprendem temporária ou definitivamente as suas respostas motoras, melhorando o seu desempenho, como resultado do treino sistemático, ocorrendo alterações nas estruturas e funcionamento das células neuronais e das suas conexões, promovendo modificações plásticas. Para Orsini (2012) a reabilitação neurológica apoia-se na

premissa da capacidade regenerativa do Sistema Nervoso, a neuroplasticidade, que consiste na capacidade do sistema nervoso de modificar as conexões sináticas e na capacidade dos neurónios de “se transformar e de adaptar a sua estrutura e função em resposta às exigências externas e internas do organismo (...) [ocorrendo] aumento dos dendritos, das sinapses e de fatores neurotróficos essenciais para a sobrevivência de células nervosas” (Pavan *et al*, 2010). A função motora estimula não só os tecidos envolvidos na motricidade, mas também os mecanismos neurológicos responsáveis pelo controlo motor.

O método de Bobath também se apoia na premissa da neuroplasticidade, onde “a ideia é focar, no membro afetado, a sensação do movimento e não no movimento em si” (Hoeman, 2011).

Utilizei a técnica de prática mental (PM), aquando da realização de mobilizações, que para Orsini (2012) consiste na reprodução interna de um ato motor simulado mentalmente, é repetida extensivamente com a intenção de promover a aprendizagem ou aperfeiçoamento de uma habilidade motora e consiste no acesso de forma consciente à intenção de um movimento. A pessoa pode realizar a PM de dois modos: a partir de uma imagem interna cinestésica na qual a pessoa efetua uma simulação mental tentando sentir o movimento sem o efetuar na realidade; Ou a partir de uma imagem externa visual, na qual a pessoa observa o movimento a ser realizado por outra pessoa ou por segmentos do seu corpo.

Pompeu *et al* (2014) sugerem a utilização de realidade virtual (RV) no processo de reabilitação da pessoa com alterações neurológicas, pois consiste num método de trabalho que promove a interação, motivação e prazer na prática de exercícios específicos para as mais diversas finalidades e que permite obter informações sobre o seu desempenho e as consequências da sua atividade motora.

A RV pode ser utilizada com recurso a várias tecnologias com o objetivo de promover uma estimulação sensorial, visual e proprioceptiva “geradas, artificialmente, por simuladores de objetos e eventos do mundo real” (Terranova, 2011).

Vários estudos que demonstram ainda o benefício deste método na melhoria do equilíbrio e da marcha (através da marcha em esteira associado à RV que simulava o passeio numa cidade apresentando pistas, cruzamentos e passeios no parque virtual e através da utilização da Nintendo Wii), na recuperação da função do membro superior (também através da utilização de jogos da Nintendo Wii), melhoria da

perceção, cognição e redução do *neglet* (através do sistema IREX (Interactive Rehabilitation and Exercise System) que consiste num sistema de *biofeedback* de reabilitação virtual, onde a própria pessoa se transforma numa personagem num mundo virtual) (Pompeu *et al*, 2014).

Pude realizar treino de atividades terapêuticas através da realização da ponte, rolar para o lado afetado, rolar para o lado menos afetado, rotação controlada da anca e automobilizações. Também utilizei a técnica de facilitação cruzada na pessoa com AVC, abordando e tocando-a pelo lado afetado, criando, deste modo, um estímulo multissensorial, de modo a tentar reduzir o *neglet*, incentivando a ação consciente e voluntária dos músculos do tronco do hemicorpo afetado.

Efetuei treino de equilíbrio estático<sup>10</sup> e dinâmico<sup>11</sup>, assim como treino de transferência com carga nos membros inferiores. Os exercícios de equilíbrio permitem “reeducar o mecanismo reflexo-postural; inibir a espasticidade; estimular a sensibilidade postural ao fazer carga no membro superior e inferior, estimular a ação voluntária dos músculos do tronco do lado afetado e preparar para a marcha” (Menoita, 2014). O treino de equilíbrio deve ter em conta as estratégias de equilíbrio adotadas pela pessoa, reflexos posturais, o equilíbrio estático, a distribuição do peso nos membros inferiores, assim como o risco de queda associado (Terranova *et al*, 2011).

A pessoa com AVC apresenta frequentemente alterações do equilíbrio, pois:

o sistema de controle postural envolve componentes do sistema vestibular, proprioceptivo e visual, que são os grandes responsáveis pela orientação da disposição do corpo no espaço e equilíbrio. Lesões que afetam estruturas do sistema vestibular que controlam a postura resultam em quadro clínico com comprometimento no equilíbrio nas reações de endireitamento, podendo ocasionar alterações por lesão em neurónios aferentes, eferentes ou interneurónios envolvidos na produção do tônus postural (Pavan *et al*, 2010).

Para Terranova *et al* (2011) o treino de equilíbrio é mais eficaz quando associado a “técnicas de agilidade e oferece o maior número de experiências sensoriais (...) por exemplo, diferentes tipos de marcha; marcha em oito, marcha com passos de comprimento e velocidade diferentes, andar de lado, andar cruzado, andar sobre obstáculos”.

---

<sup>10</sup> Posição de sentada, com elevação dos membros superiores;

<sup>11</sup> Posição de sentada, com elevação dos membros superiores e pede-se que se movimente na lateral e na diagonal;

À pessoa com LVM pode executar vários exercícios de fortalecimento muscular dos membros superiores, através da utilização de elástico e bastão, além de estimular a pessoa a efetuar *push ups* quando se encontrasse na cadeira de rodas.

Na LVM existe o risco de desenvolver espasticidade e contraturas musculares, devido à menor utilização dos segmentos corporais. No entanto, “algum grau de espasticidade é considerada benéfica (...) porque melhora a função vasomotora e com isso reduz bastante os edemas nos membros inferiores, reduz enormemente o risco de úlceras de pressão e contribui para controlar a hipotensão ortostática” (Henriques e Fumincelli, 2017). A prevenção de contraturas musculares implica “estabelecer um programa de exercícios passivos e auto-assistidos na amplitude do movimento, com o objetivo de manter a amplitude articular. Alongamentos leves mantidos por um período de tempo maior, permitem adaptação das fibras de colagénio e melhores resultados” (Henriques e Fumincelli, 2017).

Também efetuei transferência com recurso a dispositivo de elevação (elevador hidráulico) e treino de marcha controlada, com o objetivo de promover a independência na locomoção e aumentar a segurança na marcha. Na pessoa com AVC, tive oportunidade de avaliar a existência de alterações na marcha, como a marcha hemiparética, onde a pessoa arrasta o membro inferior lesado em semicírculos, devido à existência de espasticidade do membro inferior.

Na pessoa com alteração da marcha, também tive a oportunidade de aconselhar e prescrever auxiliares de marcha, como a bengala, a muleta e os andadores. Para Orsini (2012), a bengala é aconselhada quando a pessoa apresenta uma dificuldade leve na marcha, utilizada na mão oposta ao membro afetado com a função de ampliar a base de sustentação e melhorar o equilíbrio; A muleta é indicada para aumentar o equilíbrio e para alívio completo ou parcial da sustentação do peso sobre o membro inferior, devendo ser utilizadas bilateralmente, aumentando a base de sustentação, melhora a estabilidade e possibilita que os membros superiores transfiram o peso corporal para o solo e não para os membros inferiores; Os andadores devem ser utilizados para melhorar o equilíbrio e para aliviar a sustentação do peso sobre um membro.

Com várias pessoas tive a oportunidade de efetuar programa de reeducação funcional respiratória (RFR), através da utilização de manobras acessórias (como compressão, vibração e percussão), drenagem postural modificada, respiração

diafragmática. Antes de iniciar o programa de RFR instruí a pessoa a adotar uma posição de relaxamento em que se sentisse relaxada e confortável, normalmente o posicionamento em decúbito dorsal, para reduzir a tensão muscular e proporcionar a aquisição do controlo da sua respiração. Iniciava o programa de RFR com a consciencialização e controlo da respiração através da técnica de expiração com os lábios semi-cerrados e através da respiração diafragmática, pois, “a pessoa ao ter perceção da sua respiração consegue controlar a frequência, a amplitude e o ritmo adequados à sua situação, de forma a obter uma melhor ventilação, com um menor dispêndio de energia” (Cordeiro e Menoita, 2012).

Efetuei também exercícios de reeducação diafragmática (com estimulação tátil, colocando a minha mão sobre o abdómen da pessoa, e estimulação auditiva, pedindo para inspirar e expirar durante a técnica) e exercícios de reeducação costal global e seletiva, com recurso a bastão e a faixa elástica de modo a promover a expansão torácica.

Elaborei programas de RFR que favorecessem o desprendimento das secreções brônquicas de modo a eliminá-las, recorrendo a mecanismos de limpeza das vias aéreas como o ensino da tosse (dirigida, dirigida modificada-*huffing* e assistida), drenagem postural modificada, utilização de manobras acessórias (vibração, percussão e compressão). Para Cordeiro e Menoita (2012)

a tosse desempenha um papel primordial como mecanismo de limpeza das vias aéreas (...) pois é através desta que as vias aéreas se libertam (...) de substâncias indesejáveis (...) as manobras acessórias aumentam a eficácia do reflexo da tosse, uma vez que facilitam o desprendimento e a progressão das secreções, auxiliam o fluxo expiratório e a ventilação seletiva de determinadas zonas pulmonares.

Quando a pessoa não conseguia eliminar as secreções por ela própria ou quando estava impossibilitada de tossir, também tive necessidade de efetuar a aspirações de secreções.

Na comunidade, tive a oportunidade de otimizar a terapia inalatória.

Na Unidade de Cuidados Intensivos do hospital implementei programas de reabilitação funcional motora e respiratória à pessoa submetida a Ventilação Mecânica Invasiva (VMI). No entanto a VMI é uma técnica que pode provocar várias complicações respiratórias como a disfunção dos mecanismos de higiene traqueobrônquica, diminuição da expansibilidade torácica, alteração da relação ventilação perfusão, lesão mecânica das vias aéreas, aumento do risco de infeções

respiratórias e o descondicionamento dos músculos respiratórios (Cordeiro e Menoita, 2012). Assim, a implementação de um programa de RFR à pessoa submetida a VMI deve ter como objetivos diminuir a probabilidade de ocorrer complicações respiratórias, facilitando a adaptação da pessoa ao ventilador, diminuir as secreções traqueobrônquicas, corrigir a postura, mas também impedir que a necessidade de ocorrer uma imobilidade prolongada da pessoa, possa dificultar a ventilação e o processo de desmame ventilatório.

Avaliei a deglutição na pessoa com alterações neurológicas. Na Comunidade, prestei cuidados à pessoa com ELA, com alterações na deglutição e disfagia para sólidos e para líquidos. Na ELA, a disfagia é causada por um aumento da fase voluntária da deglutição, alterações motoras da língua, espasmos do músculo cricofaríngeo, fraqueza da musculatura constritora da faringe que atrasa a passagem do bolo alimentar para a faringe e o encerramento inadequado da laringe e nasofaringe, que possibilitam a entrada dos alimentos nas vias respiratórias, causando tosse, regurgitação e até pneumonias de aspiração (Orsini, 2012).

No hospital também prestei CER pré e pós-operatórios com o objetivo de preparar a pessoa o melhor possível para a cirurgia e para o pós-operatório, instruindo sobre os exercícios que poderá fazer de modo a promover uma ventilação pulmonar eficaz, assegurar a permeabilidade das vias aéreas, diminuir secreções brônquicas e promover uma correta expansão pulmonar, além de efetuar ensinamentos para o pós-operatório que facilitassem a manutenção da amplitude de movimentos, o posicionamento da pessoa no leito, o seu levantar precoce e a marcha.

Em ambos os locais de EC efetuei treino de autocuidados e explicação de técnicas específicas à pessoa com alterações da mobilidade, no que diz respeito: treino dos cuidados de higiene (como entrar para a banheira pelo lado do hemicorpo menos afetado, utilização de um estrado de banheira, utilização de cadeira sanitária, ao sair da banheira colocar primeiro o membro inferior afetado para fora, ou efetuar a higiene com recurso a bacia ou ao lavatório) treino do vestir (o hemicorpo afetado deverá ser o primeiro a vestir e o último a despir, adaptar as características do vestuário à lesão) e treino de alimentação (avalei a disfagia através do teste de deglutição da água, promovi o correto posicionamento da pessoa, utilização de superfície de apoio e alinhamento do membro superior afetado sobre a mesa).

Efetuei treino da eliminação vesical e intestinal a pessoas com alteração do padrão de eliminação, mais especificamente à pessoa com LVM e AVC.

A perda de autocontrolo continência intestinal é frequente nas pessoas com lesão medulares, sugerindo que o processo de reabilitação integre modificações na dieta e hidratação da pessoa (através da ingestão de uma dieta rica em fibras e ingestão de dois a três litros de líquidos), estabelecimento de um horário regular (o método de estimulação deverá ocorrer sempre à mesma hora e de preferência após as refeições), posicionamento adequado (a pessoa deve, sempre que possível, ser colocada na posição de sentada para defecar, pois a gravidade favorece o peristaltismo e a expulsão das fezes, não deve ser usada arrastadeira pois existe o risco de ocorrer lesão cutânea por alteração da sensibilidade a nível da região sagrada), utilização de medicação adequada (utilização de supositórios que promovam o esvaziamento reflexo do intestino, sendo desaconselhado a utilização de laxantes pelo risco de induzirem atonia do cólon), massagem do abdómen, podendo também ser utilizada a estimulação digital (nas pessoas que apresentam intestino reflexo), manobra de valsava (nas pessoas que apresentam intestino autónomo) e remoção manual de fezes (Henriques e Fumincelli, 2017).

Nas pessoas com lesão medular que apresentam perda de autocontrolo continência urinária a avaliação dos volumes vesicais, numa fase inicial, permite adequar a intervenção de reabilitação a estabelecer, sendo o cateterismo urinário intermitente uma técnica bastante utilizada. Esta técnica pode ser realizada tanto pela pessoa como pelo seu cuidador, devendo ambos ser alertados para que a diminuição ou ausência de sensibilidade durante a inserção do cateter urinário, e a falta de lubrificação do cateter podem traumatizar a uretra e causar hemorragias uretrais e infeções recorrentes do trato urinário; Assim, o processo de reabilitação deverá incidir “na performance do procedimento, nas dificuldades de aprendizagem e na destreza motora ou sensorial. No caso das mulheres, auxilia-las na anatomia da uretra com o treino do uso de um espelho para a inserção do cateter” (Henriques e Fumincelli, 2017).

Segundo Menoita (2014), as pessoas após sofrerem um AVC podem apresentar incontinência fecal (intestino neurogénico desinibido) e incontinência vesical (por existência de bexiga neurogénica desinibida). Assim, foi fundamental estabelecer um plano de reeducação intestinal e vesical, que tivesse em conta os

hábitos de eliminação intestinal/vesical anteriores da pessoa. Para reconstituição do padrão de eliminação intestinal, foi fundamental promover uma alimentação variada, rica em fibras e água, promovendo a privacidade e o conforto da pessoa e execução de massagens da região abdominal. Também é importante aproveitar o reflexo gastro e orto-cólico, proporcionar o esvaziamento intestinal aplicando supositório ou microclister e colocar arrastadeira, facilitando o processo de defecação, com inclinação anterior do tronco. Assim, para reconstituição do padrão de eliminação vesical, utilizei dispositivos de apoio, como o urinol e de arrastadeira.

Na pessoa com LVM, ocorreu a necessidade de efetuar treino e esvaziamento vesical com recurso ao cateterismo urinário intermitente em horário regular 3/3horas, e instruí a efetuar terapia comportamental, ensinando a pessoa a separar a perceção da necessidade de urinar, do ato de urinar propriamente dito, incentivando o fortalecimento da musculatura do pavimento pélvico, através da aplicação de exercícios de Kegel.

Instruí na utilização de ajudas técnicas e/ou produtos de apoio (como barras de apoio, assentos de banheira, pinças, vestuário apropriado, copos adaptados, entre outros), que consistem em “qualquer produto, instrumento, equipamento ou sistema técnico usado por uma pessoa com deficiência, (...) que previne, compensa, atenua ou neutraliza a limitação funcional ou de participação” (Decreto-lei nº 93/2009 de 16 de Abril) que permitem compensar ou diminuir, com menor dispêndio de energia, as limitações de atividade resultantes da incapacidade funcional, promovendo a autonomia e a qualidade de vida da pessoa.

No hospital tive a oportunidade de promover a preparação para a alta, abordando temas como a existência de ajudas técnicas, produtos de apoio, barreiras arquitetónicas, apoios financeiros e da comunidade disponíveis, cuidados necessários no domicílio. O planeamento da alta deve ser iniciado no momento de admissão hospitalar, com o envolvimento da equipa interdisciplinar, da qual faz parte a pessoa e a família, onde as parecerias com os cuidados de saúde primários assumem uma posição de relevo, no sentido de facilitar e assegurar a continuidade de cuidados. Para Buchanan e Boylan (2011) “são muitos os desafios que se colocam a profissionais, famílias e doentes ao planear a transição de um serviço de reabilitação de agudos para a comunidade (...) O plano de alta abrangente pode ajudar a evitar reinternamentos”. Uma preparação adequada para a alta pode ajudar a reduzir o

tempo de internamento hospitalar e evitar reinternamentos. Para Cruz (2013) internamentos prolongados aumentam o risco de ocorrer declínio funcional, com:

reflexos na autonomia nos autocuidados, nos custos dos cuidados, e na qualidade de vida das pessoas idosas, não só durante o período de internamento, mas também após a alta clínica, com períodos dilatados de recuperação cognitiva e física e maior sobrecarga para os prestadores de cuidados informais.

Na pessoa com LVM, foi abordado o tema do retorno à sexualidade. As dificuldades de mobilidade e de controlo intestinal/vesical inerentes a este tipo de lesão, podem ter um impacto negativo na auto-imagem e, conseqüentemente, na auto-estima, podendo influenciar negativamente a libido, impedindo a expressão da sexualidade. Assim, foram abordados vários temas inerentes à sexualidade, entre os quais a contraceção, relação sexual e fertilidade, dificuldades que pudessem surgir e estratégias para as ultrapassar.

Também promovi o envolvimento da família na prestação de cuidados.

Na Comunidade, o envolvimento da família da pessoa com DA era efetuado no seu domicílio. Para Buchanan e Boylan (2011) “as enfermeiras de reabilitação que visitam a casa dos doentes encontram um ambiente novo em cada uma (...) têm sempre que ter em conta o ambiente e os recursos domésticos de cada doente”. Neste sentido, é imprescindível que os EEER expandam a sua base de conhecimentos e competências teórico práticas, sejam criativos para atingirem os objetivos delineados, tendo em conta os recursos disponíveis na comunidade e no domicílio da pessoa.

A dependência progressiva e incurável associada à DA, implica obrigatoriamente o envolvimento da família no planeamento e implementação de CER, de modo a conseguir orientá-los para a sintomatologia associada, estádios posteriores da doença, alterações da funcionalidade que sejam previsíveis de ocorrer a curto e médio prazo, fornecendo estratégias e intervenções de modo a minimizá-las e, deste modo, reduzir o seu impacto na rotina e dinâmica familiar. Assim, “cuidadores bem orientados e estruturados emocionalmente têm mais possibilidades de dar continuidade ao uso das técnicas de reabilitação cognitiva e, por conseguinte, contribuem para a melhoria da qualidade de vida” (Buchanan e Boylan, 2011), da pessoa com o diagnóstico de DA mas também da sua própria qualidade de vida.

Algo que pude concluir ao implementar CER à pessoa com DA é que, normalmente os prestadores de cuidados diretos são frequentemente os filhos ou os

conjugues, que normalmente também são idosos e possuem as suas próprias limitações funcionais e comorbilidades associadas.

Para Gitlin e Earland (2010) o envolvimento da família neste processo de reabilitação é fundamental para assegurar que as rotinas de cuidados diários são prestadas em casa, para ajudar a família a compreender o que é a DA e como gerir o seu dia-a-dia, melhorar a qualidade de vida da pessoa e da família e providenciar suporte emocional ao cuidador. Assim, é fulcral estabelecer um relacionamento baseado na colaboração, onde a família deve ser vista como parceiro e membro da equipa de reabilitação, devendo ser estabelecidos objetivos em conjunto, tendo em conta as preocupações e competências dos seus membros.

Neste sentido, a família assume um papel primordial na reinserção social da pessoa e na continuidade de cuidados. No entanto, tendo em conta todas as contingências que o meio pode apresentar no retorno a casa, é fundamental ter em consideração a dinâmica familiar, os padrões de comunicação, os recursos sócio-económicos existentes e os seus mecanismos de coping para lidar com a situação.

É fundamental planear antecipadamente o regresso a casa, desenvolvendo estratégias que melhorem a funcionalidade e capacitando a pessoa e a família para o autocuidado, pois, a situação de dependência requer da pessoa e do prestador de cuidados “uma adaptação que passa pela aquisição de conhecimentos, capacidades e habilidades para lidar com os problemas surgidos, que afetam o bem-estar, o autocuidado” (Menoita, 2014).

Na Comunidade, pude constatar que faz parte da intervenção do EEER promover, não só a reinserção social da pessoa com DA, mas também a sua adaptação ao meio envolvente. Não é a pessoa com DA que tem que se adaptar ao ambiente envolvente, mas sim o meio envolvente é que tem que ser adaptado às suas necessidades, tendo em conta os meios e recursos existentes para o fazer.

Para tal, promovi, em função da pessoa com DA e em conjunto com os seus cuidadores, algumas modificações que pudessem ser implementadas com o intuito de minimizar os efeitos negativos que o meio envolvente pudesse ter na pessoa e que afetasse ou diminuísse a sua capacidade para o autocuidado. Por exemplo, colocar um sinal de STOP na porta da rua, para a pessoa compreender que não deve seguir em frente; Identificar a porta do quarto com o nome e fotografia da pessoa e a casa de banho com uma imagem de um lavatório na porta, para facilitar, por exemplo, a ida

da pessoa do seu quarto até à casa de banho para se autocuidar, diminuindo a sensação de confusão e/ou perda. Adaptação física do meio ambiente, verificando se não existiam tapetes soltos, chão escorregadio, fichas e fios no chão, mobília ou qualquer tipo de obstáculo que pudesse causar algum acidente ou dificultar a liberdade de movimentos dentro do domicílio.

Alem de prestar CER à pessoa com DA, na Comunidade também tive a oportunidade de prestar cuidados de reabilitação regularmente à pessoa com amputação transtibial, espondilite anquilosante (EA) e esclerose lateral amiotrófica (ELA), o que me permitiu aprofundar os conhecimentos teórico-práticos acerca destas patologias e respetivos CER. O que me motivou bastante, pois fiquei a ter uma perceção maior do potencial de reabilitação destes doentes e do quanto a motivação pode ter um papel preponderante no processo de reabilitação. No entanto, senti algumas dificuldades no que diz respeito à prestação de CER à pessoa com ELA, tendo tido necessidade de efetuar pesquisas bibliográficas sobre a fisiopatologia, manifestações clínicas, evolução da doença, CER específicos para cada um dos seis estádios da ELA, tendo em conta o potencial funcional da pessoa, para compreender melhor esta patologia e, conseqüentemente, estabelecer objetivos compatíveis com o prognóstico e evolução desta patologia.

A ELA é uma doença degenerativa do sistema nervoso, caracterizada por lesão do primeiro e do segundo neurónio motor, sendo manifestada por amiotrofia, fasciculações, paralisias, parésias, espasticidade e compromisso dos neurónios motores bulbares. Tem um carácter progressivo e incapacitante, com atrofia progressiva da musculatura respiratória e dos membros, distúrbios do sono, disartria, disfagia e com evolução para o óbito da pessoa. A evolução da ELA pode ser dividida em seis estádios (Orsini, 2012).

Estadio I, a pessoa é independente no seu autocuidado, apesar de poder ocorrer alguma fraqueza muscular.

Estadio II, a pessoa apresenta fraqueza muscular moderada em vários grupos musculares, pode apresentar alterações na marcha e parésia dos músculos intrínsecos da mão, com alterações na motricidade fina.

Estadio III, a pessoa apresenta fraqueza muscular acentuada em vários grupos musculares, podendo apresentar pé caído e uma grave parésia dos músculos intrínsecos da mão, com limitação funcional de leve a moderada nos autocuidados.

Estadio IV, a pessoa apresenta uma fraqueza muscular grave nos membros inferiores e um envolvimento leve dos membros superiores. A pessoa consegue realizar parcialmente o seu autocuidado com o auxílio de uma cadeira de rodas para a locomoção.

Estadio V, a pessoa apresenta uma fraqueza muscular progressiva com deterioração acentuada da mobilidade e da resistência, com fraqueza muscular grave dos membros superiores. A pessoa não consegue realizar a transferência leito/cadeira de rodas autonomamente e necessita de auxílio nos posicionamentos. Pode apresentar um quadro algíco decorrente da espasticidade ou de câibras.

Estadio VI, a pessoa encontra-se restrita ao leito e necessita de ajuda total nos autocuidados e posicionamentos. Pode ocorrer fraqueza dos músculos extensores do pescoço e distúrbios respiratórios.

O processo de ER deverá ter como objetivos evitar a retração tendinosa, a anquilose articular, reeducar a postura, manter a amplitude de movimento e diminuir a dor, além disso, a implementação de um programa de RFR deverá incidir na diminuição das secreções brônquicas, na facilitação da expansão pulmonar, na prevenção da atelectasia, de modo a diminuir o risco de falência respiratória e, inevitavelmente, a necessidade de ventilação mecânica (Orsini, 2012).

Um dos sintomas mais comuns na ELA é a presença de fadiga. Assim, no programa que implementei em conjunto com a pessoa, dava especial ênfase às técnicas de conservação de energia, estimulando períodos de repouso, evitando fazer exercícios quando a pessoa se sentia muito cansada, estabelecendo prioridades nas atividades a implementar, mas também instruindo a pessoa a identificar as tarefas que considerava conseguir realizar.

Desta forma pude desenvolver competências de EE nos domínios: A1. “Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção”; A2.1. “Promove a proteção dos direitos humanos”; B2.1. “Avalia a qualidade dos cuidados de enfermagem nas vertentes de Estrutura, Processo e Resultado”; B3.1. “Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/grupo”; D2.1. “Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, na área da especialidade”; D2.3. “Provê liderança na formulação e implementação de políticas, padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho”. E competências de EEER nos domínios: J1.1.

“Avalia a funcionalidade e diagnostica alterações que determinam limitações da atividade e incapacidades”; J1.2. “Concebe planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao autocontrolo e auto-cuidado nos processos de transição saúde/doença e/ou incapacidade”; J1.3. “Implementa as intervenções planeadas com o objetivo de otimizar e/ou reeducar as funções aos níveis motor, sensorial, cognitivo, cardiorrespiratório, alimentação, eliminação, sexualidade”; J2.1. “Elabora e implementa programa de treino de AVD visando a adaptação às limitações de mobilidade e à maximização da autonomia e da qualidade de vida”; J2.2. “Promove a mobilidade, a acessibilidade e a participação social”; J3.1. “Concebe e implementa programas de treino motor e cardiorrespiratório” e J3.2. “Avalia e reformula programas de treino motor e cardio respiratório em função dos resultados esperados”.

Todas as intervenções desenvolvidas e implementadas em cada sessão de Reeducação Funcional, eram alvo de monitorização dos resultados obtidos, de modo a conseguir avaliar o impacto das mesmas na funcionalidade da pessoa. Sempre que era necessário, procedia à alteração ou adaptação do programa de Reeducação funcional, tendo em conta o gasto energético associado ao mesmo, grau de cansaço da pessoa, grau de colaboração e de motivação assim como, a capacidade da pessoa para o executar.

Deste modo pude colocar em prática as competências específicas do EEER no domínio J1.4. “Avalia os resultados das intervenções implementadas”.

Relativamente ao objetivo 5<sup>12</sup>, este foi sendo alcançado ao longo de todo o EC. Para tal, foi de extrema importância a elaboração, inicialmente, dos planos de cuidados adaptados à pessoa a quem ia prestar CER, de modo a sistematizar e priorizar as intervenções a implementar. Assim, ao analisar os resultados obtidos com as intervenções propostas no plano de cuidados, pude refletir, não só sobre o meu desempenho como futura EEER, mas também sobre a importância que a nossa atuação tem na pessoa, no que diz respeito à sua readaptação funcional e reinserção social.

De um modo geral, notei uma progressão no meu autoconhecimento, não só como pessoa, mas também como futura EEER, o que, conseqüentemente permitiu uma

---

<sup>12</sup> Objetivo 5- “Melhorar o autoconhecimento e autonomia, de modo a promover o desenvolvimento de competências específicas de EEER, refletindo sobre o meu desempenho na prestação de cuidados”

maior autonomia. A elaboração de jornais de aprendizagem (APÊNDICE VI, VII, VIII) permitiu-me analisar criticamente a minha prática de cuidados, identificando dificuldades e modo de as ultrapassar, tendo em conta as situações experienciadas.

Para Barata (2017) a experiência assume grande importância na formação de adultos, desde que seja seguida de reflexão sobre a prática, permitindo que as suas competências se desenvolvam em função do contexto de trabalho, otimizando o potencial formativo das situações de trabalho, permitindo que o EEER transforme as experiências em aprendizagens. Para Cruz (2009) é fundamental promover-se a investigação, que funciona como elemento propulsor para a formação e desenvolvimento da profissão de Enfermagem, permitindo a sua atualização e progressão dos conhecimentos existentes “contrariando o comodismo e promove a consolidação de Enfermagem como disciplina e profissão capaz de garantir as autonomias nos diferentes contextos onde ocorra a sua intervenção”.

Ao analisar criticamente a minha intervenção como futura EEER, consegui identificar dificuldades experienciadas durante a prestação de CER e modo de ultrapassar essas dificuldades, desenvolvendo estratégias de gestão de conflitos, emoções e sentimentos associados à prestação de cuidados. Para tal, foi de extrema importância conseguir desenvolver uma relação de ajuda eficaz durante os programas de ER, que fosse sustentada numa comunicação terapêutica. Para Menoita (2014), a comunicação terapêutica é fundamental para a reabilitação e engloba toda a informação obtida verbalmente, mas também “toda a informação obtida por meio de gestos, posturas, expressões faciais, orientações do corpo, singularidade somática, organização dos objetos no espaço e até pela relação de distância mantida entre as pessoas”, permitindo identificar os sentimentos da pessoa, as suas dúvidas e medos.

Na Comunidade, efetuei uma caracterização da população abrangida pela USF com o diagnóstico de DA, no que diz respeito ao agregado familiar, recursos da comunidade utilizados e sintomatologia apresentada, através de entrevistas realizadas no domicílio da pessoa, por telefone e presencialmente na USF. Todas as pessoas foram contactadas na presença dos seus cuidadores informais, tendo sido explicado que seria mantido o anonimato de todas as informações recolhidas (APÊNDICE II). Também solicitei por escrito ao Núcleo de formação do ACES (Agrupamento de Centros de Saúde), a garantir a confidencialidade de todos os dados

colhidos e a solicitar a autorização para utilizar esses dados neste relatório (APENDICE IX).

No último dia de EC na Comunidade efetuei uma apresentação com suporte em *power point* dirigida a todos os profissionais (onde estiveram presentes médicos, enfermeiros, EEER e assistentes técnicos) com o intuito de apresentar o trabalho que desenvolvi ao longo desse EC (APENDICE X). Esta apresentação teve uma adesão bastante positiva por parte de todos os profissionais, que referiram ter uma perceção maior da população abrangida pela USF com o diagnóstico de DA, sintomatologia apresentada e recursos da comunidade que poderiam utilizar, além de compreender melhor, o potencial de reabilitação da pessoa com DA, assim como o papel desenvolvido pelo EEER. Em contacto presencial posterior, fui convidada pela Sra. Enf<sup>a</sup>. Chefe do núcleo de formação do ACES para efetuar nova apresentação sobre a temática, dirigida a médicos e enfermeiros de todo o agrupamento, com data ainda a indicar.

No hospital, pude constatar que os utentes deste serviço apresentavam alguma sintomatologia semelhante à apresentada pela pessoa com DA: alterações na cognição, no comportamento e na memória. Assim considerei pertinente apresentar a Medida de Adaptação Funcional (MAF), com o intuito de completar a escala atualmente utilizada no Serviço, Medida de Independência Funcional (MIF). A MAF foi desenvolvida com o objetivo de abordar áreas funcionais menos enfatizadas na MIF (cognição, comportamento, comunicação e o acesso à comunidade) acrescentando 12 itens<sup>13</sup>, que não devem ser utilizados isoladamente, mas sim adicionados aos 18 itens já existentes da MIF (Wright, 2000).

Para tal, elaborei uma ação de formação destinada aos EEER sobre a aplicabilidade e pertinência da utilização da MAF, através de uma apresentação em *power point* (APENDICE XI). No final da acção de formação, os formandos referiram que a utilização da MAF em complementariedade à MIF, era de todo pertinente neste serviço e solicitaram que elaborasse um documento que permitisse aos EEER aplicarem esta escala de forma válida e objetiva. Para tal, elaborei um documento de trabalho que permitisse compreender e utilizar de forma correta cada item desta escala, com os respetivos fluxogramas/ árvores de decisão (APÊNDICE XII).

---

<sup>13</sup> Deglutição, transferência: carro, acesso à comunidade, leitura, escrita, compreensão do discurso, estado emocional, adaptação à limitação, empregabilidade, orientação, atenção e avaliação da segurança

Deste modo pude colocar em prática as competências específicas do EEER no que diz respeito: J.1.1 “Avalia a funcionalidade e diagnostica alterações que determinam limitações da atividade e incapacidades”, J.1.4 “Monitoriza a implementação e os resultados dos programas de otimização da função e reeducação funcional” e J.3.2 “Avalia e reformula programas de treino motor e cardio-respiratório em função dos resultados esperados”, pois recolhi informações pertinentes que me permitiram avaliar, através da escala de medida MIF+MAF, não só a capacidade funcional da pessoa para realizar o seu autocuidado de forma independente, mas também o risco de ocorrer alteração da funcionalidade. A utilização da própria escala MIF+MAF irá permitir uma monitorização do impacto e dos resultados dos programas de reabilitação implementados, funcionando como indicadora do progresso da pessoa em termos de funcionalidade. Considero que também pude colocar em prática competências comuns do EE no que diz respeito: A1.3. “Lidera de forma efetiva os processos de tomada de decisão ética de maior complexidade na sua área de especialidade”; A1.4. “Avalia o processo e os resultados da tomada de decisão”; A2. “Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais”; B1. “Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica”; B2.2. “Planeia programas de melhoria contínua”; C2. “Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados”; D1. “Desenvolve o auto-conhecimento e a assertividade”; D2. “Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento”.

Deste modo, participei no diagnóstico de necessidades formativas no serviço (existência de uma escala que permitisse avaliar a funcionalidade em termos cognitivos, sociais e comportamentais), .como dinamizadora e gestora da aquisição do novo conhecimento, após a identificação de lacunas e contribuindo para o desenvolvimento da prática clínica especializada.

Sinto que rentabilizei, ao longo de todo o EC, as oportunidades de aprendizagem, ao tomar a iniciativa na formulação e implementação de processos de formação e desenvolvimento da prática clínica.

Acima de tudo, tive necessidade de identificar aspetos a desenvolver, facilitadores do processo contínuo de aprendizagem, de modo a promover a aquisição

de conhecimentos teóricos válidos que sustentassem a minha prática de ER, garantindo uma correta atualização dos meus conhecimentos. Para Barata (2017) “é impensável considerarmos a autonomia no exercício de enfermagem de reabilitação sem uma contínua atualização dos conhecimentos e aperfeiçoamento das capacidades que permitam reconhecer ao enfermeiro (...) legitimidade para a prestação de cuidados de EEER com qualidade”.

Em síntese, considero ter concretizado todos os objetivos propostos com sucesso, e que, através da concretização dos mesmos, consegui desenvolver competências de EE e de EEER que serão fundamentais, para conseguir prestar cuidados de Enfermagem de Reabilitação válidos, seguros e sustentados por referências teóricas adequadas.

A avaliação efetuada pelos orientadores dos EC encontram-se em anexo (ANEXO II e III).

## **2. AVALIAÇÃO**

A frequência nos dois locais de EC permitiu-me implementar o conjunto de intervenções que tinha planeado no Projeto de Estágio, de modo a atingir os objetivos que tinha definido, permitindo-me desenvolver competências de EE e de EEER, em todas as suas dimensões.

A realização do presente relatório teve como objetivo demonstrar o meu percurso de formação académica neste último semestre, as intervenções implementadas, a aquisição de novos conhecimentos teórico práticos e o desenvolvimento de novas competências e saberes (saber ser, saber fazer, saber estar), que me permitirão efetuar a transição de enfermeira generalista para EEER.

Inicialmente, tinha alguma dificuldade, após efetuar a avaliação inicial da pessoa, de definir objetivos a curto e a médio prazo e, conseqüentemente, delinear um plano de cuidados compatível com esses objetivos e com os próprios objetivos que a pessoa tinha para a sua recuperação funcional. No entanto, com o decorrer do EC, considero ter ultrapassado esta dificuldade, obtendo capacidade para conseguir seguir um raciocínio, de modo a efetuar uma avaliação correta para a pessoa e, a partir daí, planejar as intervenções a implementar, conseguindo interligar conhecimentos adjacentes a várias disciplinas e temáticas, de modo a implementar um plano de cuidados efetivo e global.

Como seria de esperar, durante o EC também vivenciei situações que me emocionaram e, que não sabia bem como reagir às mesmas. Na Comunidade, ao prestar cuidados de reabilitação a uma pessoa com DA, com disartria alternada com períodos de afasia e apatia, a mesma verbaliza o meu nome. Segundo o esposo, desde que a senhora tinha ficado restrita ao leito e com a evolução do estadio da DA, a mesma nunca mais tinha verbalizado nomes. Devo confessar que fiquei emocionada, pois, de algum modo, isto significava que aquilo que eu estava a fazer tinha algum significado para essa pessoa.

Também tive algumas experiências onde tive que desenvolver estratégias de intervenção, como no caso de uma doente com DA com o diagnóstico de fratura do isqueo direito com indicação para restrição no leito por três semanas, cuja cuidadora se apresentava um pouco reticente aos CER e aos ensinamentos efetuados. Foi bastante frustrante este caso, mas não desisti. Continuei a insistir com os ensinamentos. Aos poucos,

consegui sensibilizar a filha a levar a mãe a realizar a radiografia (a fratura já se encontrava consolidada e, portanto, poderia iniciar sessões de reabilitação), a fazer o levantar com meias de contenção, a realizar exercícios ativo-assistidos da articulação tibio-társica aquando do posicionamento no leito. Senti que, com o evoluir da relação de ajuda estabelecida entre mim e esta família, pude constatar que a mesma começou a adquirir mais confiança na minha prestação de cuidados como futura EEER e a alterar os seus comportamentos com base na informação e ensinamentos que efetuava.

Assim, considero que todos os objetivos que delineeii foram atingidos com sucesso, superando as minhas expectativas, não tendo ficado nenhum aspeto do projeto por desenvolver ou aprofundar.

Relativamente aos resultados obtidos mais relevantes devo ressaltar a importância da utilização regular de escalas e instrumentos de avaliação que permitam validar os dados obtidos, mas também avaliar o progresso em termos de funcionalidade da pessoa e, deste modo, avaliar o impacto real do programa de Enfermagem de Reabilitação. Assim, ressalvo a importância da aplicação da escala MAF no hospital, aplicada em conjunto com a MIF, permitindo uma avaliação mais fidedigna em termos cognitivos, comportamentais e de acesso à comunidade.

Deste modo, consegue-se planejar as intervenções de Enfermagem de Reabilitação em função dos resultados obtidos com a utilização da MIF+MAF, avaliar o grau de incapacidade funcional de forma objetiva e mensurável, com intervenções adaptadas ao nível real de funcionalidade da pessoa, além de que, e não menos importante, permite avaliar e monitorizar cientificamente os ganhos em saúde obtidos com as intervenções de ER. Para a monitorização desses ganhos em saúde e da eficácia dos programas de ER implementados, é importante desenvolver indicadores sensíveis aos CER que sejam integrados em programas de melhoria contínua da qualidade, de modo a conseguir identificar-se oportunidades de melhoria dos CER e induzir mudanças nas políticas e das estratégias em Saúde (Regulamento n.º 350/2015, Ordem dos Enfermeiros).

Também considerei de extrema importância incluir a família na prestação de CER, pois esta funciona como fonte de suporte físico, emocional e social à pessoa com alteração da funcionalidade. Para avaliação do suporte familiar da pessoa, pode ser de extrema importância a utilização de um instrumento de percepção do suporte familiar, como o family assessment device (FAD), inventário constituído por:

por sessenta itens, em escala tipo *likert* de quatro pontos (1-concorda totalmente, 2-concorda, 3-discorda e 4-discorda totalmente), que avalia o funcionamento familiar em sete dimensões distintas, dentre as quais solução de problemas, comunicação, funções/papéis, receptividade afetiva, envolvimento afetivo, controle comportamental e funcionamento geral da família. É utilizado em famílias que possuem membros com doenças crônicas e psiquiátricas, e os resultados por item estabelecem o parâmetro com variação de 1 (funcionamento familiar saudável) a 4 (funcionamento familiar não saudável) (Baptista, 2007).

Durante este percurso de EC, pude constatar que a família muitas vezes pode encontrar-se destruída devido ao impacto que a incapacidade derivada da patologia pode apresentar, podendo surgir dúvidas e inseguranças. Para Heriques & Ávila (2017) a “demência é devastadora não só para a pessoa com demência como para o seu cuidador e família (...) sendo determinante o investimento em estratégias que visem o diagnóstico e a intervenção precoce junto da pessoa com demência”. É importante dotar a família de mais conhecimentos e habilidades sobre a patologia, prognóstico e o processo de reabilitação, avaliando a sua capacidade de *coping* perante esta nova realidade, transformando-a numa parceira no cuidar.

Para Ribeiro (2012):

Encontramo-nos perante um aumento da esperança de vida, que nem sempre tem correspondido a um aumento da qualidade da mesma, sendo este um desafio que se nos coloca. Considerando que este fenómeno obriga a reflectir sobre as consequências do aumento da esperança de vida no que respeita a possíveis estados prolongados de doença, de dependência e de fragilidade, levanta igualmente a necessidade de (re)centragem do focus das políticas públicas e das respectivas medidas, no apoio às pessoas idosas em fase de vida caracterizada por grandes dependências

Este EC também me permitiu compreender que ainda existe um longo caminho a percorrer, no que diz respeito ao acesso das pessoas a cuidados de ER, principalmente no período após a alta hospitalar. Apesar de existirem bastantes recursos na comunidade, estes ainda não são suficientes para dar uma resposta adequada à procura existente, principalmente no que diz respeito aos cuidados de ER.

No que diz respeito à DA, é fundamental adequar as intervenções ao estadio em que a pessoa se encontra. Essas intervenções devem ter um suporte teórico válido e a prática deve ser baseada na evidência, de modo a conseguir demonstrar a eficácia dos CER na reabilitação funcional e cognitiva destas pessoas. É fundamental capacitar a pessoa com DA e a sua família a lidar com esta patologia, com a sua

evolução e sintomatologia, fornecendo estratégias adaptativas e preventivas que lhes permitam fazer face ao aumento da dependência associada à DA, melhorando a sua qualidade de vida.

Assim, as intervenções de ER devem ser planeadas de modo a promover a recuperação da funcionalidade física e cognitiva da pessoa com DA, maximizando as capacidades da pessoa, fornecendo estratégias adaptativas, assim como suporte educacional, que lhe permita, acima de tudo, fazer face ao seu autocuidado e prevenir o desenvolvimento de situações potenciais de risco.

No entanto, a capacidade de autocuidado não é inata, mas adquirida ao longo do desenvolvimento de cada pessoa e determinados fatores, como a doença, recursos disponíveis, ambiente e incapacidade funcional/cognitiva, podem induzir um desequilíbrio entre a necessidade de autocuidado e a capacidade da pessoa de satisfazer essa necessidade, ocorrendo um défice de autocuidado (Orem, 2001).

Deste modo, as intervenções direcionadas para melhorar o autocuidado, devem ter em conta o potencial individual da pessoa para o executar, promover a sua autonomia e tentar melhorar a sua qualidade de vida pessoal e familiar. Uma estratégia de promoção do autocuidado da pessoa com DA pode ser dividir as tarefas de autocuidado em unidades sequenciais e permitir que a pessoa complete o máximo que conseguir sem ajuda, sendo importante diminuir os estímulos externos do meio ambiente que possam induzir a distração da tarefa. Deve-se implementar uma rotina consistente e repetitiva que permita à pessoa com DA estabelecer um padrão associado à tarefa a executar.

Por último, gostaria de salientar a importância que a reflexão sobre a ação desempenhou no meu percurso formativo, pois estimulou a curiosidade, o interesse em saber mais, em compreender a razão de determinados comportamentos, desejos e receios, de querer fazer mais e melhor. Foi a refletir sobre as minhas intervenções que mais aprendi e desenvolvi competências como futura EEER.

## **CONCLUSÕES E TRABALHO FUTURO**

O percurso formativo realizado, com conseqüente elaboração deste relatório, implicou um investimento a nível físico, emocional, económico financeiro e pessoal. Não obstante, concluo esta etapa com um sentimento de gratificação por ter chegado até aqui e por ter conseguido concretizar os objetivos que delineei para esta etapa formativa. Assim, considero ter concluído esta etapa com sucesso, tendo correspondido às expectativas que tinha sobre este percurso formativo e tendo atingido todas as competências que pretendia desenvolver. Não obstante, tenho plena noção que ainda tenho um caminho a percorrer para conseguir aperfeiçoar cada vez mais essas competências, como EEER.

Em termos de contribuição para o meu desenvolvimento profissional, é de ressaltar a reflexão sobre a ação. Considero que, após este percurso, aprendi que é fundamental refletir sobre o método como prestamos cuidados, sobre os objetivos que delineamos e sobre as intervenções que implementamos, mas, acima de tudo, a compreender que, para a implementação de um plano de cuidados eficaz, é determinante a participação da pessoa e família, construindo em conjunto objetivos realistas comuns e gerindo as suas expectativas de receção de CER.

Assim, ao desenvolver o meu sentido crítico e capacidade de refletir adequadamente e problematizar sobre as situações experienciadas, consegui melhorar continuamente a qualidade dos CER que prestei, fundamentando sempre os mesmos, tendo em conta alicerces teóricos válidos e sustentados.

Apesar da DA não ter cura nem prevenção, o diagnóstico no estadio inicial da doença irá permitir à pessoa e aos seus familiares que beneficiem precocemente de CER. Assim, os défices e sintomatologia associados à DA, em termos de memória, de alterações da linguagem e alterações das funções executivas constituem um desafio para a prática de cuidados EEER.

A prevalência crescente de pessoas com DA implica que exista um repensar no modo como os cuidados são prestados, sendo fundamental garantir CER que permitam retardar os défices associados a esta patologia, de modo a promover a sua capacidade de autocuidado, maximizando o seu potencial funcional.

É fundamental que o EEER desenvolva e aprimore as competências necessárias ao desempenho da sua profissão de modo a conseguir gerir “situações

de saúde complexas, intervir ao longo do ciclo de vida, aperfeiçoar as competências para melhorar os resultados do doente, estabelecer parcerias com doentes e comunidades, coordenar planos de cuidados interdisciplinares e ir ao encontro dos desafios globais de saúde” (Hoeman, 2011).

Assim, o “desenvolvimento de competências em enfermagem de reabilitação visa a melhoria da qualidade dos cuidados prestados, tendo como objetivo a sua tradução em resultados que quantificam a melhoria da qualidade de vida das pessoas” (Barata, 2017).

O EEER possui um conjunto de competências que lhe permitem intervir ao nível da recuperação, da readaptação, da reeducação e da reinserção social. Para Habel (2011), tem “o dever essencial de providenciar educação de qualidade ao doente e à família”, capacitando a pessoa e família, através da transmissão de conhecimentos e competências, a fazer face ao seu autocuidado, mas também no que diz respeito à adoção de práticas inclusivas, à deteção e eliminação de barreiras arquitetónicas.

Neste sentido a prestação de CER na comunidade onde a pessoa se encontra inserida adquire um papel primordial na capacitação da pessoa e da família para fazer face às suas necessidades de autocuidado, pois tem como ponto de partida a realidade da pessoa e os recursos disponíveis no seu dia-a-dia, sendo o ambiente ideal para a prática de cuidados individualizados e centrados na pessoa, e para os ensinamentos necessários à continuidade de cuidados. “Uma educação eficaz ajuda o doente a aprender a viver com uma condição crónica ou incapacitante no seu próprio ambiente, da maneira mais independente possível”, ajudando-os a desenvolverem a sua capacidade de autocuidado, a desenvolverem comportamentos de adaptação para gerir a doença e a incapacidade resultante da mesma (Habel, 2011). Não obstante, a prestação de CER no domicílio promove o conforto e o bem-estar da pessoa, pois encontra-se num ambiente que lhe é familiar e pessoal, proporcionando motivação, mas também a própria inclusão da família na prestação de cuidados.

É fundamental delinear o plano de CER em conjunto com a pessoa dependente de cuidados, tendo em conta o seu potencial de reabilitação a curto e médio prazo, mas também os próprios objetivos e expectativas da pessoa, assim como os recursos materiais e humanos existentes, garantindo que a pessoa se mantém motivada e num ambiente seguro durante o processo de reabilitação.

Para concluir, gostaria de referir, que em termos de perspetiva de desenvolvimento e de continuidade do trabalho, pretendo elaborar um projeto profissional sobre a temática da DA e, conseqüentemente, pedir transferência do serviço onde me encontro (Bloco de Exames de Gastroenterologia), para um serviço onde possa prestar os cuidados de Enfermagem de reabilitação inerentes ao grau académico de EEER que estou prestes a obter e onde possa aplicar e desenvolver esse mesmo projeto.

Não obstante, gostaria também de referir que tenho duas perspetivas futuras: desenvolver um trabalho sobre a temática da intervenção do EEER na promoção do autocuidado da pessoa com DA; No que diz respeito à segunda perspetiva, um pouco mais ambiciosa, gostaria de aprofundar a temática da Reabilitação Funcional e Cognitiva à pessoa com DA, através da abordagens de vários temas inerentes a esta patologia, nomeadamente: definição, fisiopatologia, epidemiologia, critérios de diagnóstico, estádios, diferença entre a DA e outras demências, manifestações clínicas, avaliação inicial de enfermagem de reabilitação que inclua avaliação da função cognitiva e funcional, abordagem das escalas que podem e devem ser utilizadas na avaliação da pessoa com DA, cuidados de enfermagem de reabilitação específicos para cada manifestação clínica, assim como CER direcionados para a reinserção social e familiar da pessoa com DA.

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- Albert, M. *et al* (2011). The diagnosis of mild cognitive impairment due to Alzheimer's disease: Recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. *Alzheimer's & Dementia*. 7(3), 270-279. **DOI:** 10.1016/j.jalz.2011.03.008.
- Alzheimer's Association (2011). *New Diagnostic Criteria and Guidelines for Alzheimer's Disease*. Chicago: Alzheimer's Association.
- Alzheimer's Association (2014). *Alzheimer's Disease- Facts and Figures*. Chicago: Alzheimer's Association.
- Alzheimer's Disease International (2014). *World Alzheimer Report 2014- Dementia and Risk Reduction- An analysis of protective and modifiable factors*. London: Alzheimer's Disease International.
- Alzheimer's Disease International (2015). *World Alzheimer Report 2015- The Global Impact of Dementia- An analysis of prevalence, incidence, cost and trends*. London: Alzheimer's Disease International.
- Alzheimer's Disease International (2016). *World Alzheimer Report 2016- Improving healthcare for people living with dementia- coverage, Quality and costs now and in the future*. London: Alzheimer's Disease International.
- American Psychiatric Association (2013). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-V*. United States: Artmed.
- Baptista, M. (2007). Inventário de Percepção de Suporte Familiar (IPSF): Estudo Comporcional em duas Configurações. *Psicologia ciência e profissão*. 27 (3). 496-509 **DOI:** 10.1590/S1414-98932007000300010.
- Barata, L. (2017). Aquisição e desenvolvimento de competências ao longo da vida profissional- A importância da formação contínua. In Marques-Vieira, C. & Sousa, L., *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp. 123-135). Loures: Lusodidacta.
- Belchior, P. *et al* (2009). Feasibility of machine-based prompting to assist persons with dementia. *Assistive technology*. 21 (4). 196-207 **DOI:** 10.1080/104004309032460506

- Bottino, c. *et al.* (2002). Reabilitação cognitiva em pacientes com doença de Alzheimer- relato de trabalho em equipa multidisciplinar. *Arquivos de neuropsiquiatria*. 60 (1). 70-79. **DOI:** 10.1590/S0004-282X2002000100013.
- Buchanan, L. & Boylan, L. (2011). Reabilitação de base comunitária. In Shirley, H., *Enfermagem de reabilitação- prevenção, intervenção e resultados esperados* (pp. 187-200). Loures: Lusodidacta
- Carvalho, A. *et al* (2015). Epidemiologia da Demência e da Doença de Alzheimer em Portugal: Estimativas da Prevalência e dos Encargos Financeiros com a Medicação. *Revista Científica da Ordem dos Médicos*. 28 (2), 182-188. **DOI:** 10.20344/amp.6025.
- Chesbro, S., Hoppes, S. & Davis, L. (2005). Cognitive-communicative and Independent Living Skills Assessment in Individuals With Dementia. *Topics in Geriatric Rehabilitation*. 21(2). 136-143. Acedido em 04/01/2017. Disponível em: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=256b9152-c440-484c-8f87-1689cd92c2c2%40sessionmgr4002&vid=0&hid=4209>.
- Cordeiro, M. & Menoita, E. (2012). *Manual de boas práticas na reabilitação respiratória-Conceitos, Princípios e técnicas*. Loures: Lusociência.
- Cruz, A. (2009). Editorial. *Revista Investigação em Enfermagem*. Série II (20). s.p. Acedido em 10/04/2017. Disponível em: <http://www.sinaisvitais.pt/index.php/revista-sinais-vitais/revista-investigacao-enfermagem/31-2008-a-2011/440-revista-de-investigacao-no-20>.
- Cruz, A. (2013). Editorial. *Revista Investigação em Enfermagem*. Série II (5). 7. Acedido em 10/04/2017. Disponível em: [http://sinaisvitais.pt/formasau/documents/rie/Rie5\\_r.pdf](http://sinaisvitais.pt/formasau/documents/rie/Rie5_r.pdf).
- Decreto-lei nº 93/2009 de 16 de Abril (2009). Ajudas técnicas e tecnologias de apoio. *Diário da República 1.ª série*, N.º 74 (16-04-2009). 2275 - 2277.
- Deodato, S. (2017). Ética nos cuidados de enfermagem de reabilitação. In Marques-Vieira, C. & Sousa, L., *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp. 35-39). Loures: Lusodidacta.
- Direção Geral da Saúde (2015). *Nutrição e doença de Alzheimer*. Lisboa: Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável, Direção Geral da Saúde.

- Fang, R., Ye S., Huangfu, J. & Calimag, D. (2017). Music therapy is a potential intervention for cognition of Alzheimer's Disease: a mini-review. *Translational Neurodegeneration*. 6 (2), 1-8. **DOI:** 10.1186/s40035-017-0073-9.
- Gitlin, L. & Earland, T. (2010). Dementia (Improving Quality of Life in Individuals with Dementia: The Role of Nonpharmacologic Approaches in Rehabilitation). *Center for International Rehabilitation Research Information and Exchange*. Disponível em <http://cirrie.buffalo.edu/encyclopedia/en/article/28/#s10>.
- Grupo de Estudos de Envelhecimento Cerebral e Demência. (2008). *Escalas e Testes na Demência* (2ª edição). Porto: Grupo de Estudos de Envelhecimento Cerebral e Demência.
- Habel, M. (2011). Educação do doente e da família orientada para resultados. In Shirley, H., *Enfermagem de reabilitação- prevenção, intervenção e resultados esperados* (pp. 61-72). Loures: Lusodidacta
- Henriques, C. & Ávila, R. (2017). A pessoa com demência: Uma perspectiva de reabilitação. In Marques-Vieira, C. & Sousa, L., *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp. 587-604). Loures: Lusodidacta.
- Henriques, F. & Fumincelli, L. (2017). A pessoa com lesão medular. In Marques-Vieira, C. & Sousa, L., *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp. 433-450). Loures: Lusodidacta.
- Hoeman, S. (2011). *Enfermagem de reabilitação- prevenção, intervenção e resultados esperados*. Loures: Lusodidacta
- Instituto da Segurança Social (2005). Situação Social dos doentes de Alzheimer- Um estudo exploratório. Portugal: Fundação Montepio Geral.
- Kroll, T. & Naue, U. (2008). 'The demented other': identity and difference in dementia. *Nursing Philosophy*. 10 (1). 26-33. **DOI:** 10.1111/j.1466-769X.2008.00379.x
- LeClerc, C., Streiner, D. & Sidani, S. (2011). Evaluating the effectiveness of the abilities-focused approach to morning care of people with dementia. *International Journal of Older People Nursing*. 7 (1). 37-45. **DOI:**10.1111/j.1748-3743.2011.00273.x.
- Marques-Vieira, C. & Sousa, L. (2017). *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida*. Loures: Lusociência.

- McKhann, G. *et al* (2011). The diagnosis of dementia due to Alzheimer's disease: Recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. *Alzheimer's & Dementia*. 7(3), 270-279. **DOI:** 10.1016/j.jalz.2011.03.005.
- Menoita, E. (2014). *Reabilitar a pessoa idosa com AVC-Contributos para um envelhecer resiliente*. Loures: Lusociência.
- Monegasque Association for Research on Alzheimer's Disease (2016). *Alzheimer and the Mediterranean report 2016*. Mónaco: Mediterranean Alzheimer Alliance.
- National institute for health and clinical excellence (2016). *Dementia: supporting people with Dementia and their carers in health and social care-Clinical guideline*. London: National institute for health and clinical excellence.
- Norma nº 053/2011 de 27 de Dezembro (2011). *Abordagem terapêutica das alterações cognitivas*. Lisboa: Direção Geral da Saúde
- Ordem dos Enfermeiros (2010a). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2010b). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista Em Enfermagem de Reabilitação*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2015). *Cuidar do idoso com demência*. Madeira: Ordem dos Enfermeiros
- Orem, D. (2001). *Nursing: concepts of practice* (6ª edição). St. Louis: Mosby.
- Orsini, M. (2012). *Reabilitação nas Doenças Neuromusculares- Abordagem interdisciplinar*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Pavan, K. *et al* (2010). Reabilitação vestibular em pacientes neurológicos. *Medicina de reabilitação*. 29 (2), 31-36. Acedido em 29/03/2017. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0103-5894/2010/v29n2/a001.pdf>.
- Pitkala, K. *et al* (2012). Psychosocial group intervention to enhance self-management skills of people with dementia and their caregivers: study protocol for a randomized controlled trial. *BioMed Central*. 13 (S/n). 2-7. **DOI:** 10.1186/1745-6215-13-133.
- Pompeu, J. *et al* (2014). Os efeitos da realidade virtual na reabilitação do acidente vascular encefálico: Uma revisão sistemática. *Motricidade*. 10(4), 111-122. **DOI:** 10.6063/motricidade.10(4).3341.

- Radwanski, M. (2011). enfermagem de reabilitação gerontológica. In Shirley, H., *Enfermagem de reabilitação- prevenção, intervenção e resultados esperados* (pp. 695-714). Loures: Lusodidacta.
- Regulamento nº 350/2015 de 22 de Junho (2015). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Enfermagem de Reabilitação-Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República 2.ª série*, N.º 119 (22-06-2015). 16655- 16660.
- Ribeiro, P. (2012). *A natureza do processo de conforto do doente idoso crónico em contexto hospitalar construção de uma teoria explicativa- Projecto Integrado de Vivência e Cuidado Co-criado*. Tese de doutoramento. Universidade Católica Portuguesa, Lisboa.
- Royal College of Nursing (2013). *Commitment to the care of people with dementia in hospital settings*. London: Royal College of Nursing Foundation.
- Sperling, R. *et al* (2011). Toward defining the preclinical stages of Alzheimer's disease: Recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. *Alzheimer's & Dementia*. 7(3), 280-292. **DOI:** 10.1016/j.jalz.2011.03.003.
- Taylor, S. & Renpenning, K. (2003). *Self-care Theory in Nursing- Selected papers of Dorothea Orem*. New York: Springer Publishing Company.
- Terranova, T. *et al* (2012). Acidente vascular cerebral crônico: reabilitação. *Ata de Fisiatria*. 19(2), 50-59. **DOI:** 10.5935/0104-7795.20120011
- Tomey, A. & Alligood, M. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a sua obra- Modelos e teorias de Enfermagem* (5ª edição). Loures: Lusociência.
- Umphred, D. (2010). *Reabilitação Neurológica* (5ª edição). Rio de Janeiro: Mosby Elsevier.
- Varanda, E. & Rodrigues, C. (2017). Avaliação da pessoa com alterações da função cognitiva: avaliar para educar e readaptar. In Marques-Vieira, C. & Sousa, L., *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp. 145-158). Loures: Lusodidacta.
- Vaughan, B. & Pearson, A. (1992). *Modelos para o exercício de Enfermagem*. Londres: Heinemann Nursing.
- Vieria, C., Streiner, D. & Sidani, S. (2011). Evaluating the effectiveness of the abilities-focused approach to morning care of people with dementia. *International*

*Journal of Older People Nursing*. 7 (1). 37-45. DOI:10.1111/j.1748-3743.2011.00273.x.

Vital, A. & Gomes, L. (2013). Método Feldenkrais e o equilíbrio de idosos: uma revisão sistemática. *Revista educação física*. 24 (3), 465-473. DOI: 10.4025/reveducfis.v24.3.20156.

Wright, J. (2000). Thre functional Assessment Measure. [Em linha] The center for Outcome Measurement in Brain Injury. Acedido a 4 de Janeiro, 2017, em <http://www.tbims.org/combi/FAM>.

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

World Health Organization (2015). *The epidemiology and impact of dementia- Current state and future trends*. Genebra: World Health Organization.

## **ANEXOS E APÊNDICES**

**ANEXO I- NOVOS CRITÉRIOS DE DIAGNÓSTICO E GUIDLINES  
PARA A DOENÇA DE ALZHEIMER**

## New Diagnostic Criteria and Guidelines for Alzheimer's Disease

Expert workgroups spearheaded by the Alzheimer's Association and the National Institute on Aging of the National Institutes of Health have developed new criteria and guidelines for the diagnosis of Alzheimer's disease which are now available online through the *Alzheimer's & Dementia: The Journal of the Alzheimer's Association*. Go to [alz.org/detectionDX](http://alz.org/detectionDX) for more information.

The new criteria and guidelines include recommendations for clinical office settings and research settings as illustrated by the following Summary Table.

*Summary Table. Criteria and Guidelines for Alzheimer's Disease*

		Clinical Use	Research Use
	<i>Stage of Alzheimer's Disease</i>	<i>Tests/Criteria</i>	<i>Clinical or Research Use</i>
<i>Intro</i>	Introduction (Jack et al, 2011)	Notable differences from 1984 NINCDS-ADRDA criteria include formulation of 3 AD stages and inclusion of biomarkers.	Broad consensus that use of biomarkers must be validated and standardized before routine clinical application.
<i>Dementia due to AD</i>	Dementia due to Alzheimer's Disease (McKhann et al, 2011)  Includes 3 sets of criteria:	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Probable AD dementia (core clinical criteria) – includes meeting the clinical criteria for all-cause dementia along with insidious onset; clear history of worsening of cognition by report or observation; and initial and most prominent cognitive deficits include amnesic presentation and/or deficits in language presentation, visuospatial presentation and executive function.</li> <li>2. Possible AD dementia – diagnosis for patients who meet core clinical criteria but exhibit an atypical course of cognitive decline or mixed etiological presentation.</li> <li>3. Probable AD dementia with evidence of AD pathophysiology</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Probable AD dementia criteria retained the framework of the 1984 NINCDS-ADRDA criteria and can be used in the clinical setting.</li> <li>2. Possible AD dementia criteria can be used in the clinical setting. Any patient with previous possible AD dementia per the 1984 NINCDS-ADRDA criteria should be reevaluated with the updated criteria.</li> <li>3. It is not recommended to use biomarker tests for routine AD diagnosis. If undertaken, biomarker evidence may increase the certainty that clinically assessed dementia is due to the AD pathological process.</li> </ol>

**Summary Table. Criteria and Guidelines for Alzheimer's Disease (continued)**

	Clinical Use	Research Use
<i>Stage of Alzheimer's Disease</i>	<i>Tests/Criteria</i>	<i>Clinical or Research Use</i>
<i>MCI due to AD</i>	<p>Mild Cognitive Impairment due to Alzheimer's Disease (Albert et al, 2011)</p> <p>Includes 2 sets of criteria:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Core clinical criteria</li> <li>Research criteria</li> </ol>	<p>1. Core clinical criteria can be used in clinical settings.</p> <p>2. Research criteria established solely for the purpose of research. Workgroup noted that prior to use in community settings, validation of biomarker criteria and standardization of biomarker analyses must occur.</p>
<i>Preclinical</i>	<p>Preclinical criteria incorporates biomarkers /advanced imaging.</p> <p>Measure of A<math>\beta</math> accumulation (CSF A<math>\beta</math>42 and PET imaging with amyloid tracer).</p> <p>Measure of neuronal injury (CSF tau/p-tau, FDG-PET/fMRI, and sMRI).</p>	<p>Preclinical criteria established solely for the purpose of research.</p> <p>This is a conceptual model and is not meant to imply that all individuals with early AD pathology will progress to clinical AD dementia.</p>

Abbreviations: A $\beta$  = amyloid beta; AD = Alzheimer's disease; CSF = cerebral spinal fluid; FDG = fluorodeoxyglucose; fMRI = functional magnetic resonance imaging; MCI = mild cognitive impairment; MRI = magnetic resonance imaging; PET = positron emission tomography; NINCDS-ADRDA = criteria for the clinical diagnosis of AD published in 1984 by the National Institutes of Neurologic and Communicative Disorders and Stroke and the Alzheimer's Disease and Related Disorders Association workgroup; sMRI = structural magnetic resonance imaging

Fonte: Alzheimer's Association (2011). New Diagnostic Criteria and Guidelines for Alzheimer's Disease. Chicago: Alzheimer's Association.

**ANEXO II- AVALIAÇÃO DA ORIENTADORA DO ENSINO CLÍNICO-  
COMUNIDADE**

ANEXO II

7º CURSO DE Mestrado em Enfermagem – Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação

APRECIÇÃO DO PERCURSO DE AQUISIÇÃO/DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Estudante: Sandra Tainé Bandeira Fonseca Godinho

Local de Estágio: obsc Início: 26/9/2016 Fim: 25/11/2016

Orientador: \_\_\_\_\_

A Sandra integrou-se bem na USF, desenvolveu relações interprofissionais construtivas facilitadoras da sua aceitação na equipa. Demonstrou assiduidade e pontualidade.

Manifestou interesse e disponibilidade para a aquisição de aprendizagens relacionadas com a experiência de Reabilitação.

Teve a possibilidade de identificar, diagnosticar e intervir de forma organizada e fundamentada, o que favoreceu a prestação de cuidados de reabilitação que teve a oportunidade de efetuar principalmente em contexto domiciliário.

Ao longo do E.E foi aperfeiçoando as competências técnicas e relacionais necessários à prestação de cuidados especializados em Enfermagem de Reabilitação.

Foi estritamente na prestação de cuidados no domicílio, adotando os recursos às necessidades.

Aproveitou ao máximo as experiências de aprendizagens proporcionadas de forma organizada e conseguiu desenvolver o E.E dando também enfoque à área do seu Projeto no âmbito da Prevenção do auto-cuidado da pessoa com Alzheimer.

Desenvolveu 2 momentos formativos, um de âmbito curricular e o do seu projeto à equipa multiprofissional da USF, sensibilizando os profissionais para esta problemática.

DATA: 23.11.16

ASSINATURAS:	ORIENTADOR ESEL	ORIENTADOR ESTÁGIO	ESTUDANTE
	<u>Sandra D. Costa</u>		<u>Sandra Godinho</u>

**ANEXO III- AVALIAÇÃO DA ORIENTADORA DO ENSINO CLÍNICO-  
HOSPITAL**

ANEXO II

7º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM – ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

APRECIÇÃO DO PERCURSO DE AQUISIÇÃO/DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Estudante: Sandra Fonseca

Local de Estágio: \_\_\_\_\_ Início: 27/11/2016 Fim: 30/12/2017

Orientador: \_\_\_\_\_

A Enf. Sandra integrou-se ao ... , havendo mais comunicações com os enfermeiros de unidade <sup>inferna</sup> e continuidade de cuidados de enf. de reabilitação por ela prestados. Deberiamos fazer um parâmetro de forma em datas, com necessidade de cuidados de enf. de reabilitação, fazendo posteriormente avaliação. Produziu a vários instrumentos de avaliação para processo clínico, para elaborar o respetivo plano de cuidados de enf. a custo e modo prático. Produziu os respetivos cuidados de enf. de reabilitação, tendo necessidade de recorrer a vários conhecimentos e inteligências, sendo abordada para tal. Notou-se sempre interesse e esforço para atingir os resultados. Demonstrou também espírito crítico, com a abordagem de artigos científicos (decom Ave e Resid VIT - Verbal sexual), com a preocupação do arte / Isomorf. e esclarecimento do cliente e cuidador. Apresentou também uma ação de formação

ASSINATURAS:	ORIENTADOR ESEL	ORIENTADOR ESTAGIO	ESTUDANTE
	<u>Sandra Fonseca</u>		<u>Sandra Fonseca</u>

→ me referiu - MAF (verificar de Adapta Funções) que ver a complementar a MIF já utiliz. de ... Enf Esp. de Reabilitação sendo <sup>uma</sup> <sup>mais</sup> <sup>valer</sup> <sup>qualitativa</sup> <sup>bom</sup> =

## **APÊNDICE I- PROJETO DE ESTÁGIO**



**6º CURSO DE Mestrado em Enfermagem**

**Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação**

**Unidade Curricular – Opção II- Projeto de Estágio**

**Intervenção do Enfermeiro Especialista em  
Enfermagem de Reabilitação na promoção  
do autocuidado da pessoa com doença de  
Alzheimer**

**Sandra Tomé Bandeira Fonseca**

**Nº 6601**

**Lisboa**

**Abril de 2016**



**6º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO**

**UNIDADE CURRICULAR – OPÇÃO II- PROJETO DE ESTÁGIO**

**Intervenção do Enfermeiro Especialista em  
Enfermagem de Reabilitação na promoção  
do autocuidado da pessoa com doença de  
Alzheimer**

**Sandra Tomé Bandeira Fonseca      Nº 6601**

**Docente Orientador:- Prof. Vanda Marques Pinto**

**Lisboa  
Abril de 2016**

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

DGS- Direção Geral da Saúde;

EC- Ensino Clínico;

EE- Enfermeiro Especialista;

EEER- Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação;

EO- Enfermeiro Orientador;

DSM-IV- *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders fourth edition*;

REPE- Regulamento do exercício profissional dos enfermeiros;

## ÍNDICE

1. IDENTIFICAÇÃO DO PROJETO E INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS.....	5
1.1 Título .....	5
1.2 Palavras-Chave.....	5
1.3 Data de início e duração do estágio .....	5
1.4 Instituições envolvidas .....	5
2. SUMÁRIO .....	7
3. ENQUADRAMENTO CONCETUAL .....	10
4. PLANO DE TRABALHO E MÉTODOS .....	14
5. DESCRIÇÃO DAS TAREFAS E RESULTADOS ESPERADOS.....	16
6. CRONOGRAMA .....	25
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS- NORMA APA .....	26

# **1. IDENTIFICAÇÃO DO PROJETO E INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS**

## **1.1 Título**

O presente projeto de estágio terá como título “Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) na promoção do autocuidado da pessoa com doença de Alzheimer”

## **1.2 Palavras-Chave**

Demência; Doença de Alzheimer; Autocuidado; Reabilitação motora; Reabilitação cognitiva.

## **1.3 Data de início e duração do estágio**

O estágio terá início a 26 de Setembro de 2016 e fim a 10 de Fevereiro de 2017, com um total de 750 horas, das quais 525 serão horas de contacto (500 horas de estágio e 25 horas de orientação tutorial).

## **1.4 Instituições envolvidas**

O presente projeto terá duas componentes: uma componente de prestação de cuidados na comunidade e uma componente de prestação de cuidados intra-hospitalar.

A componente de prestação de cuidados na comunidade será efetuada na Unidade de Saúde Familiar X, unidade constituída por uma equipa multidisciplinar que assegura respostas articuladas e diferenciadas adaptadas às necessidades em cuidados de saúde e sociais da população, visando a prevenção da doença, a promoção da saúde, a reabilitação e reinserção social, no âmbito domiciliário e comunitário;

A componente de prestação de cuidados intra-hospitalar será efetuada no Serviço Y, serviço constituído por uma equipa multidisciplinar que visa a

prevenção, diagnóstico e abordagem terapêutica (não cirúrgica) do adulto e do idoso. Tem uma lotação de 68 camas, distribuídas por três áreas: Infeciologia, Dermatologia e unidade de média duração.

## 2. SUMÁRIO

A demência é uma doença incapacitante que afeta vários domínios da pessoa: cognitivo, psicossocial, psiquiátrico, motor e comportamental. Os sintomas associados à demência implicam uma diminuição da vida de relação da pessoa com demência, com declínio progressivo das suas capacidades executivas e cognitivas, associado a distúrbios da linguagem, alterações na memória e perturbações nas funções executivas do dia-a-dia afetando, conseqüentemente, a sua capacidade para o autocuidado, tornando-se dependente de terceiros.

Existem mais de 100 tipos diferentes de demência, sendo a doença de Alzheimer a demência mais comum, correspondendo a cerca de 60% de todos os casos, que tende a levar a um declínio progressivo e gradual ao longo do tempo (Royal College of Nursing, 2013).

Deste modo, proponho elaborar um projeto na área da demência, mais especificamente sobre a doença de Alzheimer, com o intuito de planejar e implementar cuidados de Enfermagem de reabilitação que permitam retardar e/ou diminuir os défices funcionais, motores e cognitivos, associados à evolução e progressão da doença e que provoquem défice de autocuidado.

O autocuidado é um comportamento humano aprendido através das relações interpessoais e comunicacionais estabelecidas com as pessoas que nos rodeiam e que pressupõe a existência de competências e conhecimentos necessários para o fazer.

Considero que o EEER poderá desempenhar um papel preponderante na promoção do autocuidado da pessoa através da melhoria da sua capacidade para responder às suas próprias necessidades de autocuidado.

A Filosofia de cuidados e conceção da prática de cuidados que irá sustentar este projeto será baseada na Teoria do Défice de Autocuidado na Enfermagem, de Dorothea Orem (2001), que define a existência de três tipos de requisitos de autocuidado: requisitos universais do autocuidado, requisitos de autocuidado de desenvolvimento e requisitos de autocuidado de desvio de saúde. No entanto, o presente projeto será desenvolvido tendo em conta o requisito universal de autocuidado: manutenção de uma ingestão suficiente de ar, comida e água.

A escolha deste tema para o presente projeto, deveu-se ao fato de eu, como enfermeira num serviço de internamento de Medicina Interna, me ter deparado diariamente com pessoas com o diagnóstico de demência. Irei abordar mais especificamente a doença de Alzheimer por três razões: primeiro é considerada o subtipo de demência mais comum de ocorrer; segundo é uma doença da qual possuo, a meu ver, algum défice de conhecimentos sobre a mesma; terceiro, ter um familiar bastante próximo de mim, ao qual foi diagnosticado doença de Alzheimer, estágio 1, tendo-me tornado na sua cuidadora.

Decidi focar-me nos requisitos de autocuidado, por, em termos profissionais, me ter deparado com o fato de ver os meus colegas (eu inclusive) e os familiares e pessoas próximas de pessoas com demência, a substituírem-na em todas as atividades de autocuidado, por não a considerarem com capacidade para executar determinadas atividades do dia-a-dia (como comer por si próprio, vestir-se, ou mesmo executar a sua higiene diária). Até que comecei a questionar-me a razão disto acontecer. Cheguei à conclusão que isto acontece, não apenas para “agilizar tempo e recursos” como seria de esperar, mas porque é um mecanismo inconsciente e automático das pessoas que lidam com esta patologia, que nem param para pensar que, em detrimento de substituir a pessoa nestas atividades, porque não arranjar estratégias e intervenções que as permitam gerir o seu auto-cuidado?

Assim, proponho-me implementar um projeto de estágio na área da demência, com o intuito de conhecer mais esta patologia e compreender de que modo eu, atualmente como enfermeira e futuramente como EEER, poderei diminuir ou retardar a existência de défices funcionais, cognitivos e comportamentais, de modo a melhorar o auto-cuidado da pessoa com demência, melhorando a sua segurança e qualidade de vida.

Deste modo, proponho: Conseguir identificar e compreender quais os diferentes défices de requisitos de autocuidado universais apresentados pela pessoa com demência; Desenvolver competências de Enfermagem de Reabilitação no domínio da prestação de cuidados especializados, que respondam às necessidades da pessoa com demência com o défice de autocuidado universal «manutenção de uma ingestão suficiente de ar, água e comida», tendo em conta a sua singularidade e individualidade; Utilizar

corretamente escalas e instrumentos de avaliação adaptadas à pessoa com demência, que permitam avaliar a sua funcionalidade (como a Escala de Avaliação da Incapacidade Funcional na Demência<sup>14</sup>), função cognitiva (como o Mini Exame do Estado Mental<sup>15</sup>) e estado comportamental (como a Escala de Avaliação da Doença de Alzheimer<sup>16</sup>) (Grupo de Estudos de Envelhecimento Cerebral e Demência, 2008).

---

<sup>14</sup> Disability Assessment for Dementia Scale (DAD)

<sup>15</sup> MiniMental State Examination (MMSE)

<sup>16</sup> Alzheimer's Disease Assessment Scale (ADAS)

### 3. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

As doenças cognitivas, como a doença de Alzheimer, são as doenças crónicas que mais implicam um aumento nas necessidades de assistência, incapacidade e cuidados institucionais, entre os idosos (Pitkala *et al*, 2012).

Mais de 35 milhões de pessoas em todo o mundo vivem com a demência. Este número deverá duplicar até 2030 (65,7 milhões) e mais que triplicar em 2050 (115,4 milhões). A demência afeta pessoas em todos os países, com mais de metade dos casos (58%) em países desenvolvidos (World Health Organization, 2012).

Portugal é um país envelhecido, previsivelmente com um número crescente de casos de demência. Assim, *“se em 2005 se estimava cerca de 7,5/1000 pessoas por ano, ou seja, cerca de um novo caso a cada 7 segundos, em 2012 as estimativas apontam para cerca de 7,7/1000 pessoas por ano, o que se traduz em cerca de 1 novo caso a cada 4 segundos”* (Carvalho *et al*, 2015).

Segundo Umphred (2010) a Demência é uma deficiência em alguns ou em todos os aspetos do funcionamento intelectual, em pessoas que são completamente alertas.

Para a Direção Geral da Saúde (2011) a Demência consiste no:

*“desenvolvimento de défices cognitivos múltiplos que incluem obrigatoriamente um compromisso da memória recente e, pelo menos, mais uma perturbação cognitiva (afasia, apraxia, agnosia ou perturbação na capacidade executiva). Estes devem ser suficientemente graves para terem repercussão funcional e representar um declínio em relação a um nível prévio de funcionamento e ocorrer na ausência de síndrome confusional (delirium)”*.

A demência implica uma deterioração contínua e progressiva da capacidade de funcionamento da pessoa, com conseqüente declínio cognitivo e dependência de terceiros.

A pessoa com demência vai ter um declínio na sua capacidade de se manter em segurança, prestar o seu autocuidado, cuidar das tarefas domésticas, ter momentos de lazer e de interação social.

As pessoas com demência experienciam uma perda gradual da habilidade para as atividades usuais e requerem assistência com os cuidados diários. Essa assistência com os cuidados diários deve ser providenciada com alguma cautela, satisfazendo a necessidade do indivíduo com demência, mas respeitando e promovendo as suas habilidades e preferências. LeClerc, Streiner & Sidani (2011) propõem, inclusive, uma “*abordagem focada nas habilidades da pessoa*”, que implica: identificar e respeitar as habilidades restantes da pessoa, gerir o nível de assistência com as habilidades demonstradas e criar um ambiente de suporte, para garantir o envolvimento da pessoa nas atividades diárias. Assim, conseguir-se-á prevenir a perda de habilidades relacionadas com o autocuidado e manter a sua funcionalidade física e psicossocial.

O diagnóstico de demência é efetuado quando a pessoa satisfaz os critérios do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders fourth edition (DSM-IV)*, no que diz respeito à existência de múltiplos défices cognitivos

Assim, para um diagnóstico de demência, a pessoa deverá apresentar múltiplos défices cognitivos, com distúrbios na memória (alteração da capacidade de aprender informações novas ou de evocar informações aprendidas anteriormente) e, pelo menos, uma das seguintes condições: Afasia (distúrbio da linguagem); Apraxia (alteração da capacidade de executar atividades motoras apesar de ter uma função motora intacta); Agnosia (incapacidade de reconhecer ou identificar objetos apesar de uma função sensorial intacta); Distúrbio do funcionamento executivo (planeamento, organização, formação de sequências e abstração).

Cada um desses défices cognitivos causa alterações significativas no funcionamento social ou ocupacional e indica um declínio acentuado em relação ao nível anterior de funcionalidade da pessoa com demência (PNMIE, 2004).

Pode-se então considerar que, a prevalência da demência irá ter um grande impacto em termos socioeconómicos, causados pela extensão e duração da incapacidade relacionada com a demência, custo dos cuidados e perda de produtividade, tanto para os que vivem com a demência como para os seus cuidadores.

Estima-se que a demência “*contribua com mais de 11,9% dos anos vividos com incapacidade nas pessoas acima dos 60 anos, valor superior ao calculado*

*para os acidentes vasculares cerebrais (9,5%), para as doenças cardiovasculares (5,0%) ou para todas as formas de cancro” (2,4%) (Carvalho et al, 2015, World Health Organization, 2008 e 2012).*

Existem mais de 100 tipos de demência, sendo a doença de Alzheimer a mais comum (Royal College of Nursing, 2013) e caracteriza-se pela existência de uma perda sináptica e morte neuronal maciça, observada, histopatologicamente, nas regiões cerebrais responsáveis pelas funções cognitivas, incluindo o córtex cerebral, o hipocampo, o córtex entorrinal e na porção anterior do corpo estriado (Vital & Sereniki, 2008).

No parênquima cerebral, ocorre a acumulação de depósitos fibrilares amiloides nas paredes dos vasos sanguíneos, *“associados a uma variedade de diferentes tipos de placas senis, acumulação de filamentos anormais da proteína tau e consequente formação de novelos neurofibrilares, perda neuronal e sináptica, ativação da glia e inflamação”* (Vital & Sereniki, 2008).

Segundo o Instituto Segurança Social (2005) apesar de as pessoas com doença de Alzheimer, não terem que sofrer exatamente os mesmos sintomas pela mesma ordem ou com o mesmo grau de gravidade, existe um padrão geral evolutivo da doença, com três estádios identificáveis: I, II e III.

O Estádio I, não costuma ser detetável de imediato, sendo muitas vezes associado a uma consequência natural do envelhecimento e caracterizado por alterações na representação simbólica e abstrata, assim como alterações ligeiras a moderadas na memória, como o esquecimento de nomes familiares e números de telefone. *“A memória de acontecimentos recentes tende a ser a mais afetada, encontrando-se aparentemente intacta a memória de acontecimentos passados/antigos. O doente apresenta também uma incapacidade real de apreender ou memorizar coisas novas”* (Instituto Segurança Social, 2005).

O Estádio II é mais intenso que o anterior e implica, regra geral, que as pessoas com doença de Alzheimer deixem de trabalhar e de conduzir, tornando-se mais dependentes de terceiros, com necessidade de apoio nas atividades de vida diárias (Instituto Segurança Social, 2005). Pode também ocorrer uma dissociação entre o nome e o rosto de pessoas que lhe são familiares, com dificuldade em interpretar a estimulação sensorial (tato, paladar, visão e audição).

No Estádio III as funções cognitivas e de linguagem desapareceram quase por completo. Podem ocorrer situações de agitação e irritabilidade e uma maior predisposição para a imobilidade da pessoa e para as consequências dessa imobilidade, como o aparecimento de infecções respiratórias e úlceras por pressão. Pode “*também acontecer os doentes se esquecerem de mastigar ou de engolir, em particular nos últimos estádios da doença*” (Instituto Segurança Social, 2005).

Na pessoa com doença de Alzheimer, a sua capacidade de ação pode não ser suficiente para satisfazer as suas necessidades de cuidado, ocorrendo um défice de autocuidado.

Para Orem (2001) o autocuidado é a utilização deliberada de meios para controlar ou regular os fatores internos e externos que influenciam a funcionalidade, atividade e desenvolvimento pessoal ou que contribuem para o bem-estar da pessoa, tendo sido definidos três tipos de requisitos de autocuidado: universais, de desenvolvimento e de desvios da saúde.

O presente projeto irá centrar-se mais especificamente no requisito universal de autocuidado «manutenção de uma ingestão suficiente de ar, comida e água»

Neste contexto, o objetivo da reabilitação motora e da reabilitação cognitiva deverá ser melhorar a capacidade de resposta da pessoa à exigência de autocuidado e/ou diminuir as exigências de autocuidado para um nível a que a pessoa consiga dar resposta.

Umphred (2010) sugere que o processo de reabilitação (motora e cognitiva) deve basear-se no “Método de Feldenkrais”. Este consiste num modelo de facilitação neurológica e melhora do conhecimento e capacidade de adaptação da pessoa, através da utilização de movimentos lentos, simplificando ou estimulando as tarefas a executar, progredindo a partir da perceção da pessoa, de modo a que a mesma consiga aprender a detetar e a responder a estímulos cada vez menores, aumentando a sua capacidade de atenção e funcionalidade corporal. Assim, a reabilitação motora e cognitiva ocorrem quando a pessoa reaprende competências antigas, com o objetivo de restaurar ou manter a sua funcionalidade.

## 4. PLANO DE TRABALHO E MÉTODOS

O presente projeto terá como objetivo compreender a intervenção do EEER, no que diz respeito à promoção do requisito universal de autocuidado «manutenção de uma ingestão suficiente de ar, água e comida» da pessoa com doença de Alzheimer.

De forma a delimitar o problema de pesquisa e encontrar uma correta fundamentação teórica para este projeto, foi efetuada uma pesquisa bibliográfica e uma pesquisa na plataforma EBSCOhost, nas bases de dados CINAHL *plus with full text* e MEDLINE *with full text* onde foram pesquisadas as palavras-chave.

Na CINAHL *plus with full text* foi utilizada a seguinte frase de pesquisa:

[(MM "Dementia") OR (AB Dementia) OR (MH "Alzheimer's Disease") OR (AB Alzheimer's Disease)] AND [(MH "Rehabilitation+") OR (AB Rehabilitation) OR (AB Motor rehabilitation ) OR (AB Cognitive rehabilitation)] AND [(MH "Self Care+") OR (AB Self Care)]

Na MEDLINE *with full text* foi utilizada a seguinte frase de pesquisa:

[(MM "Dementia") OR (AB Dementia) OR (MH "Alzheimer's Disease") OR (AB "Alzheimer's Disease")] AND [(MH "Rehabilitation+") OR (AB Rehabilitation) OR (AB Motor rehabilitation ) OR (AB Cognitive rehabilitation) OR (MH "Cognitive Therapy+") OR (AB Cognitive Therapy) OR (MH "Physical Therapy Modalities+") OR (AB Physical Therapy Modalities)] AND [(MH "Self Care+") OR (AB Self Care)]

No total foram considerados 53 artigos para a presente revisão sistemática da literatura. Desses 53 artigos, 8 foram excluídos por se encontrarem repetidos, 2 foram excluídos por se encontrarem em alemão, ficando 43 artigos que, após leitura do abstract apenas foram incluídos 8 artigos.

O presente projeto será implementado e desenvolvido em contexto de campo de Estágio intra-hospitalar e na comunidade, através da elaboração de estudos de caso de indivíduos que possuam o diagnóstico de doença de Alzheimer e que possuam déficit no requisito universal de autocuidado «manutenção de uma ingestão suficiente de ar, água e comida», propostos por Dorothea Orem (2001), e elaboração dos respetivos planos de cuidados.

A metodologia a adotar inclui: Estabelecimento dos objetivos que pretendo atingir, no que diz respeito aos domínios de competências do Enfermeiro Especialista (EE) e do EEER propostos pela Ordem dos Enfermeiros (2010); Enumeração das atividades que proponho desenvolver para atingir esses objetivos, tendo em conta os recursos humanos, físicos, materiais e temporais disponíveis; Definição dos indicadores e critérios de avaliação, para monitorizar a concretização dos objetivos propostos.

O presente projeto irá contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem, pois irá permitir compreender e identificar o potencial de reabilitação das pessoas com doença de Alzheimer, de modo a conseguirem fazer face ao seu autocuidado, diminuindo a necessidade de assistência de terceiros para a satisfação das suas próprias necessidades de autocuidado.

## 5. DESCRIÇÃO DAS TAREFAS E RESULTADOS ESPERADOS

Competências			
A1- Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção;			
A2- Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.			
Objetivos	Atividades a desenvolver	Recursos	Indicadores e critérios
<p><u>Objetivo 1</u></p> <p>-Conhecer a estrutura, organização e dinâmica de funcionamento dos serviços onde serão realizados os Ensinos Clínicos (EC);</p> <p><u>Objetivo 2</u></p> <p>-Identificar o papel do EEER no seio da equipa</p>	<p>-Realização de uma visita guiada ao serviço, reuniões formais com o enfermeiro chefe e enfermeiro orientador;</p> <p>-Identificar a hierarquia e o organigrama funcional do serviço.</p> <p>-Consulta dos manuais de acolhimento e procedimentos do serviço;</p> <p>-Observação da metodologia de trabalho da equipa de enfermagem;</p> <p>-Dialogar com o enfermeiro orientador e restantes elementos da equipa de enfermagem;</p> <p>-Observar as estratégias desenvolvidas e as intervenções implementadas pelo EEER;</p> <p>-Respeito pela ética e pelo código deontológico de enfermagem;</p>	<p><u>Humanos</u></p> <p>-Equipa de Enfermagem;</p> <p>-Docente orientadora (DO);</p> <p><u>Materiais</u></p> <p>-Normas e protocolos do serviço;</p> <p>-Código deontológico do enfermeiro;</p> <p>-REPE;</p> <p>-Regulamento de competências comuns do EE e de</p>	<p><u>Critérios</u></p> <p>-Conhece as rotinas habituais e identifica os procedimentos de acolhimento e colheita de dados, recursos humanos e materiais existentes no serviço;</p> <p>-Demonstra bom relacionamento com a equipa multidisciplinar,</p> <p>-Compreende a função do EEER no âmbito da equipa multidisciplinar;</p>

<p>multidisciplinar e refletir sobre os aspetos do domínio da responsabilidade profissional ética e legal;</p>	<p>-Promover a proteção dos direitos da pessoa; -Respeito pelas relações existentes no meio envolvente da pessoa (família, amigos, cuidadores);</p>	<p>competências Específicas do EEER; <u>Físicos</u> -Local de EC -Biblioteca -Instalações da Ordem dos Enfermeiros; <u>Temporais</u> -Cronograma;</p>	<p>-Age de acordo com princípios éticos e deontológicos;  <u>Indicadores</u> -De que modo, as atividades planeadas foram úteis para a minha adaptação ao serviço e permitiram a minha integração no seio da equipa multidisciplinar? -Materialização da reflexão através de diários de aprendizagem.</p>
<b>Competências</b>			
<p>B1- Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica; B2- Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade; B3- Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro; J1- Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados.</p>			
<b>Objetivo</b>	<b>Atividades a desenvolver</b>	<b>Recursos</b>	<b>Indicadores e critérios</b>

<p><u>Objetivo 3</u></p> <p>-Desenvolver conhecimentos teórico práticos sobre a temática dos cuidados à pessoa com doença de Alzheimer e sobre a Teoria do Déficit de Autocuidado na Enfermagem;</p>	<p>-Realização de pesquisa da literatura bibliográfica existente;</p> <p>-Reuniões formais com EEER;</p> <p>-Realizar entrevistas formais à pessoa com doença de Alzheimer e seus familiares, para efetuar o diagnóstico da situação e identificar fatores facilitadores da promoção do autocuidado;</p> <p>-Identificar corretamente os três estádios da doença de Alzheimer;</p> <p>-Identificar os diferentes tipos de autocuidados existentes (universais, de desenvolvimento, de desvio da saúde);</p> <p>-Utilizar escalas e instrumentos de avaliação adaptadas à pessoa com demência, que permitam avaliar a sua funcionalidade (como a Escala de Avaliação da Incapacidade Funcional na Demência), função cognitiva (como o Mini Exame do Estado Mental) e estado comportamental (como a Escala de Avaliação da Doença de Alzheimer);</p>	<p><u>Humanos</u></p> <p>-EEER;</p> <p>-DO;</p> <p>-Pessoa com doença de Alzheimer e familiares;</p> <p><u>Materiais</u></p> <p>-Pesquisa em bases de dados e literatura bibliográfica existente;</p> <p>-Escala e instrumentos de medida, para avaliação do grau de dependência e funcionalidade;</p> <p><u>Físicos</u></p> <p>-Local de EC</p> <p>-Biblioteca;</p>	<p><u>Crítérios</u></p> <p>-Realiza pesquisa da literatura bibliográfica existente;</p> <p>-Obtém a informação necessária de forma a identificar as necessidades reais de autocuidado da pessoa com doença de Alzheimer.</p> <p><u>Indicadores</u></p> <p>-As atividades planejadas foram uteis para atingir o objetivo?</p> <p>-Procurou evidência científica que permita fundamentar a prática de cuidados de Enfermagem de Reabilitação.</p>
--	--	--	---

		-Associação Alzheimer Portugal; <u>Temporais</u> -Cronograma;	
<b>Competências</b>			
<p>C1- Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional;</p> <p>C2- Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados;</p> <p>J1- Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados;</p> <p>J2- Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania;</p> <p>J3- Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.</p>			
<b>Objetivo</b>	<b>Atividades a desenvolver</b>	<b>Recursos</b>	<b>Indicadores e critérios</b>
<u>Objetivo 4</u> -Planear, implementar e avaliar os cuidados à pessoa com doença de Alzheimer com défice no requisito	-Avaliar e identificar os défices existentes no requisito universal de autocuidado «manutenção de uma ingestão suficiente de ar, água e comida»; -Avaliar a capacidade funcional da pessoa para se autocuidar (força, tónus muscular, coordenação);	<u>Humanos</u> -EEER; -DO; -Pessoa com doença de Alzheimer; <u>Materiais</u> -Norma nº 53/2011 da DGS “Abordagem	<u>Critérios</u> -Realizou um plano de cuidados de enfermagem de reabilitação; -Implementou as intervenções planeadas com o objetivo de promover o autocuidado;

<p>universal de autocuidado «manutenção de uma ingestão suficiente de ar, água e comida»;</p>	<p>-Identificar fatores que influenciem o autocuidado: Cognitivos (memória, resolução de problemas e conhecimento da sua situação); Psicossociais (autoconceito, autoestima e motivação); Físicos (funcionalidade, mobilidade, coordenação e destreza); Demográficos (idade, maturidade, educação e nível socioeconómico); Socioculturais (sistema familiar, crenças, valores e recursos disponíveis);</p> <p>-Avaliar as condições do meio envolvente, como condições climáticas, barulho que interfira com a atividade ou com o repouso, iluminação ou escuridão insuficientes ou excessivas;</p> <p>-Formular diagnósticos de enfermagem, estabelecendo prioridades e definindo objetivos reais e mensuráveis;</p> <p>-Estabelecer um programa de reabilitação, tendo em conta o contexto, o tempo e os recursos humanos e materiais disponíveis;</p>	<p>terapêutica das alterações cognitivas- Demências e doença de Alzheimer”;</p> <p>-Programa Nacional para a Saúde Mental “Portugal, Saúde Mental em números-2014”;</p> <p>-Estudo Exploratório do Instituto da Segurança Social “Situação social dos doentes de Alzheimer”;</p> <p>-DSM-IV;</p> <p><u>Físicos</u></p> <p>-Local de EC;</p> <p>-Articulação com a Unidade de Cuidados da Comunidade;</p>	<p>-Avalia a capacidade funcional para o autocuidado na pessoa com doença de Alzheimer;</p> <p>-Reformula planos de cuidados de Enfermagem de Reabilitação com o intuito de promover o autocuidado;</p> <p>-Monitoriza a implementação e os resultados dos planos estabelecidos.</p> <p><u>Indicadores</u></p> <p>-De que modo as atividades desenvolvidas foram fundamentais para prestar cuidados de enfermagem de reabilitação?</p> <p>-Reflete nas atividades diárias e na sua importância para atingir o objetivo;</p>
---	--	--	---

	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Avaliar o padrão respiratório da pessoa e identificar sinais e sintomas indicadores de dificuldade respiratória;</li> <li>-Posicionar a pessoa de modo a facilitar a expansão torácica e efetuar técnicas de mobilização de secreções;</li> <li>-Avaliar distúrbios na deglutição que possam ter uma repercussão respiratória;</li> <li>-Garantir uma correta ingestão nutricional e hídrica, tendo em conta as necessidades energéticas da pessoa e do plano de reabilitação a implementar;</li> <li>-Verificar a possível existência de alterações nas condições e circunstâncias de acesso a água e comida (como distúrbios na comunicação, afasia, incapacidade de procurar água e comida, inacessibilidades dos mesmos);</li> <li>-Avaliar as características dos alimentos e líquidos (os alimentos podem apresentar uma textura e odor desagradável, por exemplo);</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Associação Alzheimer Portugal;</li> <li><u>Temporais</u></li> <li>-Cronograma;</li> </ul>	
--	--	---	--

	<ul style="list-style-type: none"><li>-Avaliar alterações comportamentais que interfiram na alimentação, como níveis elevados de ansiedade, agitação, confusão, prostração e alucinações;</li><li>-Verificar se existem distúrbios gastrointestinais que interfiram na alimentação, como náuseas e vômitos;</li><li>-Observar sinais de desidratação ou de dehospitalutrição;</li><li>-Garantir um correto padrão de eliminação vesical e intestinal, evitando situações de retenção urinária, retenção de fezes e fecalomas, que possam causar estado confusionais;</li><li>-Avaliar o resultado das intervenções de Enfermagem de Reabilitação desenvolvidas;</li><li>-Avaliar os défices de requisitos universais de autocuidado e comparar com a avaliação inicial;</li><li>-Rever o plano de cuidados, verificando a necessidade de se reajustar alguma intervenção.</li></ul>		
--	---	--	--

### Competências

D1- Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade;

D2- Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento;

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

Objetivo	Atividades a desenvolver	Recursos	Indicadores e critérios
<p><u>Objetivo 5</u></p> <p>-Melhorar o autoconhecimento e autonomia, de modo a promover o desenvolvimento de competências específicas de EEER, refletindo sobre o meu desempenho na prestação de cuidados.</p>	<p>-Desenvolver estratégias para gerir possíveis conflitos, emoções e sentimentos;</p> <p>-Elaborar diários de aprendizagem sobre as experiências vivenciadas e sobre as intervenções de Enfermagem de Reabilitação implementadas;</p> <p>-Identificar eventuais dificuldades experienciadas durante a prestação de cuidados de Enfermagem de Reabilitação e modo de ultrapassar essas dificuldades;</p> <p>- Identificar aspetos a desenvolver, facilitadores do processo contínuo de aprendizagem.</p>	<p><u>Humanos</u></p> <p>-EEER;</p> <p>-DO;</p> <p><u>Materiais</u></p> <p>-Bibliografia relevante;</p> <p>-Diário de aprendizagem;</p> <p>-Código deontológico do enfermeiro;</p> <p>-REPE;</p> <p>-Regulamento de competências Específicas do EEER;</p> <p><u>Físicos</u></p> <p>-Local de EC;</p>	<p><u>Critérios</u></p> <p>-Reflete adequadamente sobre as situações, propondo estratégias de mudança;</p> <p>-Fundamenta com princípios teórico práticos válidos, as suas decisões e intervenções, enquanto futura EEER;</p> <p><u>Indicadores</u></p> <p>-Elabora diários de aprendizagem que evidenciem sentimentos e dificuldades sentidas.</p>

		-Domicilio; <u>Temporais</u> -Cronograma;	
--	--	---	--

## 6. CRONOGRAMA

ANO	2016														2017					
MÊS	Setembro	Outubro				Novembro				Dezembro				Janeiro			Fevereiro			
DIAS	26	3	10	17	24	31	7	14	21	28	5	12	19	26	2	9	16	23	30	6
	30	7	14	21	28	4	11	18	25	2	9	16	23	30	6	13	20	27	3	10
EC	<u>Unidade de Saúde Familiar X</u>										<u>Hospital Y</u>									
1 <sup>1</sup>																				
2 <sup>2</sup>																				
3 <sup>3</sup>																				
4 <sup>4</sup>																				
5 <sup>5</sup>																				
											FÉRIAS DE NATAL									

<sup>1</sup> Conhecer a estrutura, organização e dinâmica de funcionamento dos serviços onde serão realizados os Ensinos Clínicos;

<sup>2</sup> Identificar o papel do EEER no seio da equipa multidisciplinar e refletir sobre os aspetos do domínio da responsabilidade profissional ética e legal;

<sup>3</sup> Desenvolver conhecimentos teórico práticos sobre a temática dos cuidados à pessoa com doença de Alzheimer e sobre a Teoria do Défice de Autocuidado na Enfermagem;

<sup>4</sup> Planear, implementar e avaliar os cuidados à pessoa com doença de Alzheimer com défice no requisito universal de autocuidado «manutenção de uma ingestão suficiente de ar, água e comida»;

<sup>5</sup> Melhorar o autoconhecimento e autonomia, de modo a promover o desenvolvimento de competências específicas de EEER, refletindo sobre o meu desempenho na prestação de cuidados.

## 7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS- NORMA APA

- Carvalho, A. *et al* (2015). Epidemiologia da Demência e da Doença de Alzheimer em Portugal: Estimativas da Prevalência e dos Encargos Financeiros com a Medicação. *Revista Científica da Ordem dos Médicos*. 28 (2), 182-188. Acedido a 04/04/2016. Disponível em: <http://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/download/6025/4295>;
- Direção Geral da Saúde (DGS) (2011). *Portugal, Saúde mental em números-2014*. Programa Nacional para a Saúde Mental. Lisboa: Direção Geral da Saúde.
- Grupo de Estudos de Envelhecimento Cerebral e Demência (2008). *Escalas e Testes na Demência*. (2ª ed.). Porto: Grupo de Estudos de Envelhecimento Cerebral e Demência.
- Instituto da Segurança Social (2005). Situação Social dos doentes de Alzheimer- Um estudo exploratório. Portugal: Instituto da Segurança Social
- LeClerc, C., Streiner, D. & Sidani, S. (2011). Evaluating the effectiveness of the abilities-focused approach to morning care of people with dementia. *International Journal of Older People Nursing*. 7 (1). 37-45. DOI: 10.1111/j.1748-3743.2011.00273.x;
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista Em Enfermagem de Reabilitação*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- OREM, D. (2001) - Nursing: concepts of practice. 6ª edição, St. Louis: Mosby;
- Pitkala, K. *et al* (2012). Psychosocial group intervention to enhance self-management skills of people with dementia and their caregivers: study protocol for a randomized controlled trial. *BioMed Central*. 13 (S/n). 2-7. DOI: 10.1186/1745-6215-13-133
- PNMIE (2004). *Enfermagem Psiquiátrica Incredivelmente fácil*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan;

Royal College of Nursing (2013). *Commitment to the care of people with dementia in hospital settings* [em linha]. Royal College of Nursing (RCN) web site. Acedido a 04 Abril, 2016, em <https://rcn.funnelback.co.uk/search/search.cgi?query=Commitment+to+the+care+of+people+with+dementia+in+hospital+settings&collection=rcn-meta&form=>

Umpfred, D. (2010). *Reabilitação Neurológica*. (5ª ed.), Rio de Janeiro: Mosby Elsevier;

Vital, M. & Sereniki, A. (2008). A doença de Alzheimer: Aspectos fisiopatológicos e farmacológicos. *Revista Psiquiátrica do Rio Grande do Sul*. 30 (1), 0-0. **DOI:** 10.1590/S0101-81082008000200002.

World Health Organization (2008). *The top ten causes of death*. Genebra: World Health Organization

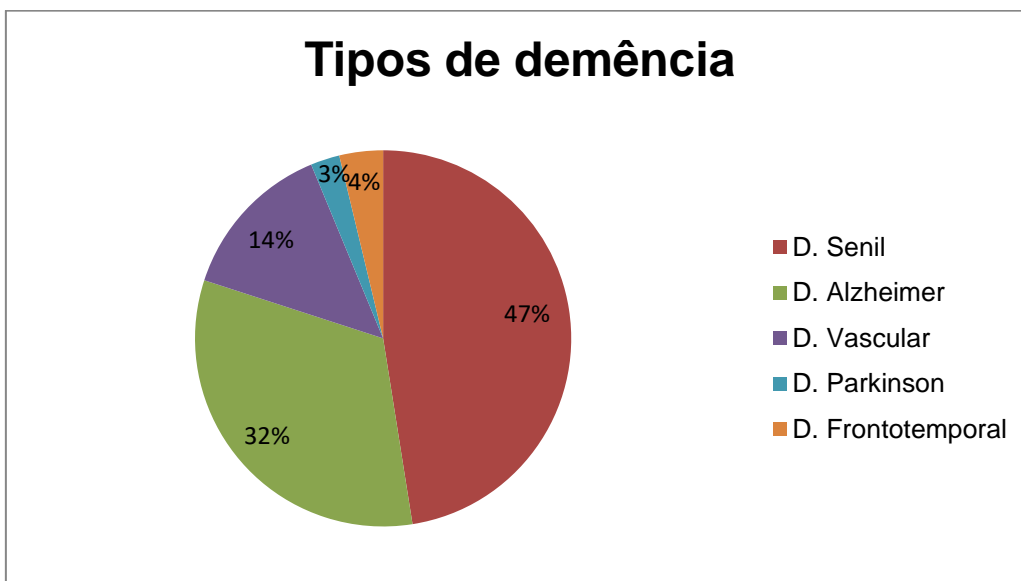
World Health Organization (2012). *Dementia: a public health priority*. Genebra: World Health Organization;

**APÊNDICE II- DADOS COLHIDOS NA COMUNIDADE SOBRE A  
DOENÇA DE ALZHEIMER**

## POPULAÇÃO COM DEMÊNCIA

Total de pessoas com demência → 80 pessoas

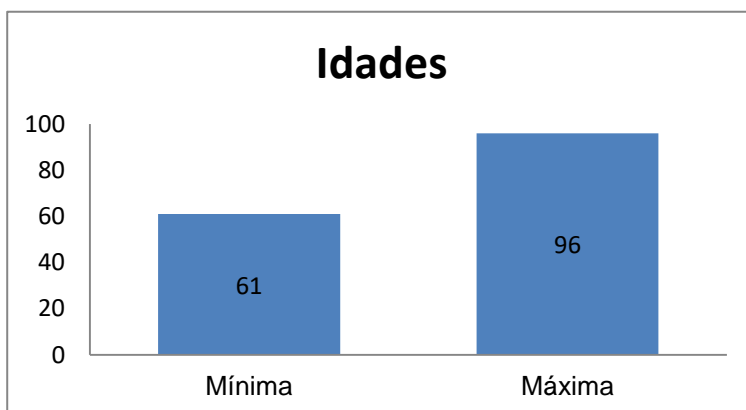
- Demência Senil → 38 pessoas
- Doença Alzheimer → 26 pessoas
- Demência Vascular → 11 pessoas
- Demência de Parkinson → 2 pessoas
- Demência Frontotemporal → 3 pessoas



## CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO COM DOENÇA DE ALZHEIMER

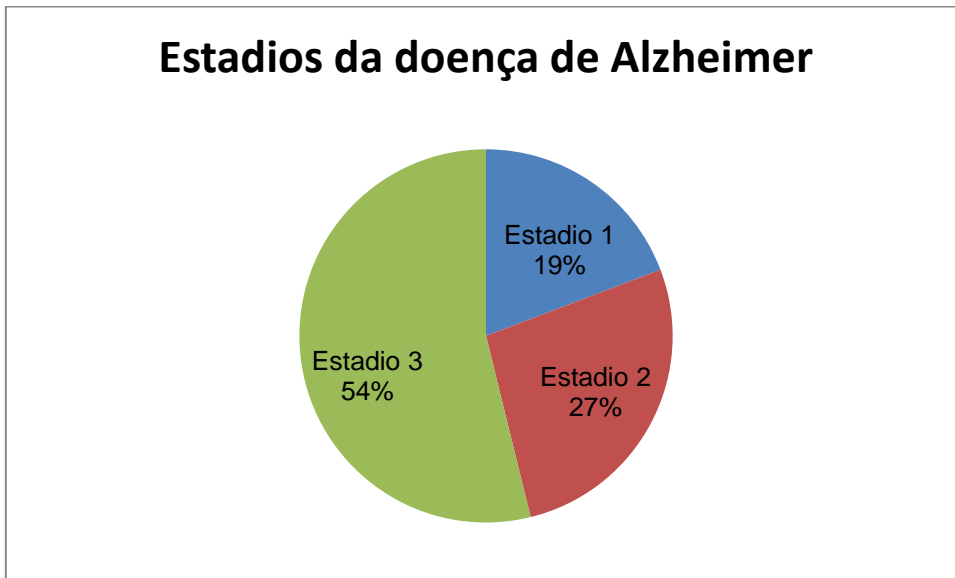
### Idades

- Mínima → 61 anos
- Máxima → 96 anos



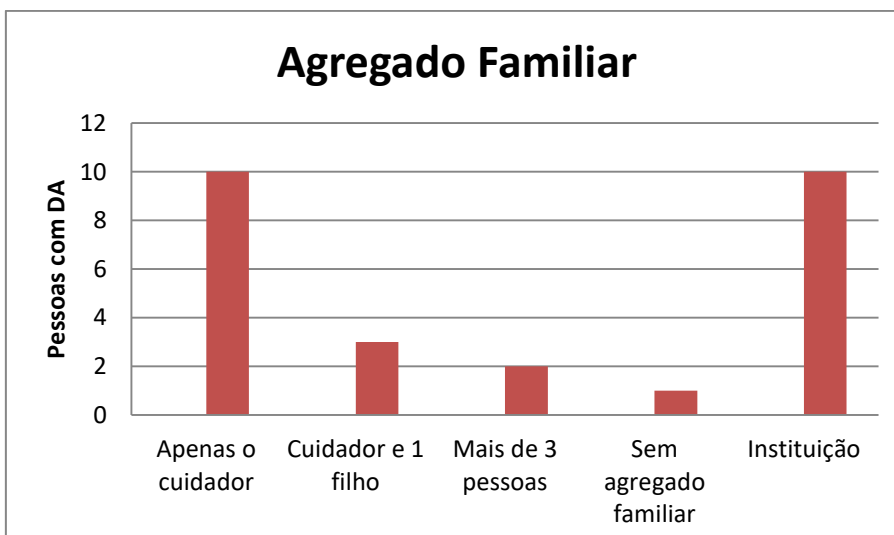
## Estádios

- Estádio 1 → 5 pessoas
- Estádio 2 → 7 pessoas
- Estádio 3 → 14 pessoas (4 no domicílio e 10 institucionalizadas)



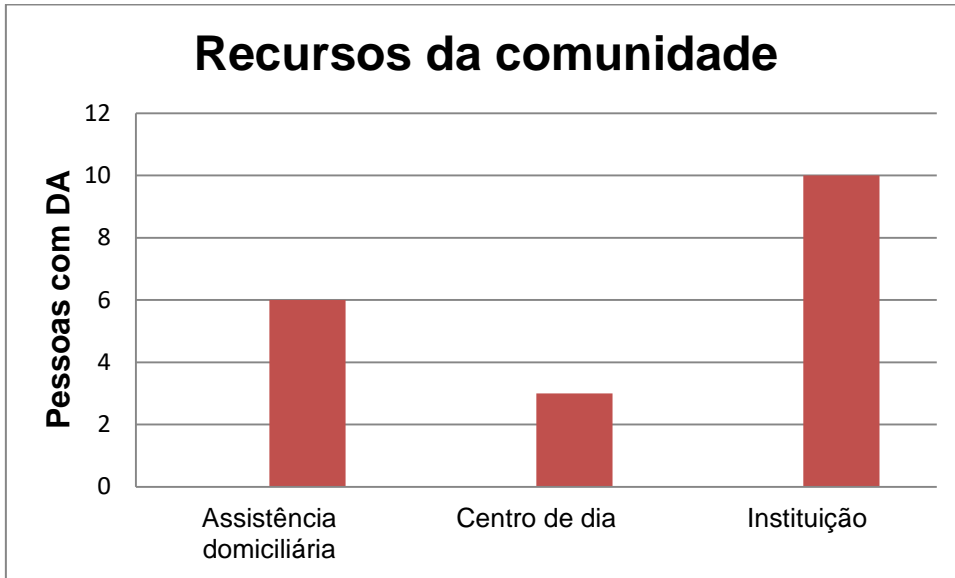
## Agregado familiar

- Apenas o conjugue/Cuidador → 10 pessoas
- O conjugue e 1 filho → 3 pessoas
- Mais de 3 pessoas → 2 pessoas
- Sem agregado familiar → 1 pessoa
- Instituição → 10 pessoas



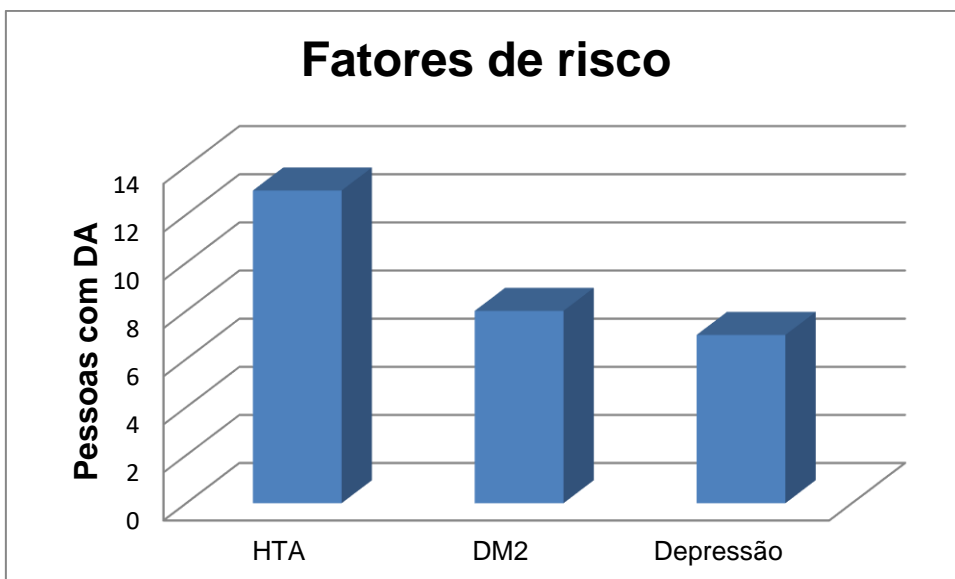
### Recursos da comunidade

- Assistência domiciliar → 6 pessoas
- Centro de dia → 3 pessoas
- Instituição → 10 pessoas



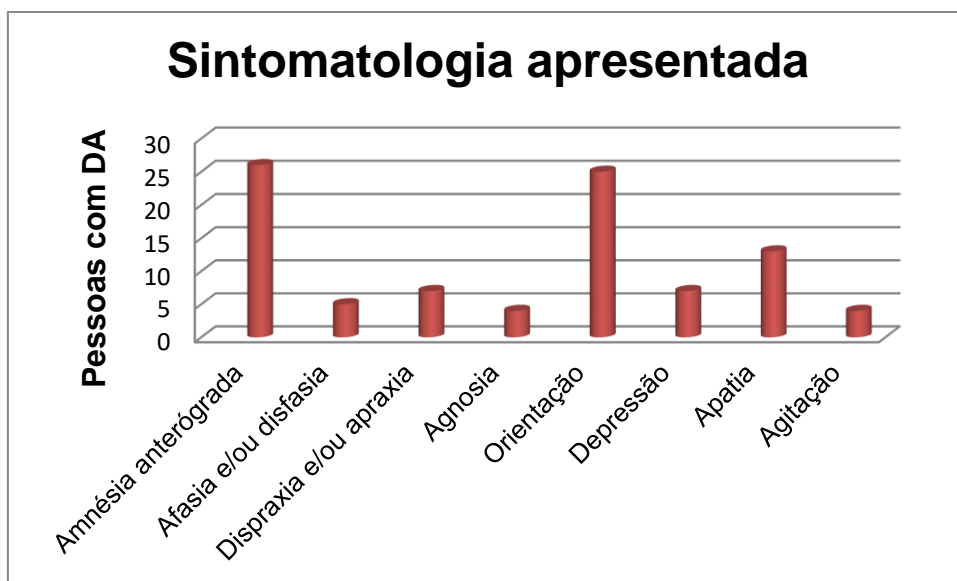
### Fatores de Risco

- HTA → 13 pessoas
- DM2 → 8 pessoas
- Depressão → 7 pessoas



## Sintomatologia apresentada

- Amnésia anterógrada → 26 pessoas
- Afasia e/ou disfasia → 5 pessoas
- Dispraxia e/ou apraxia → 7 pessoas
- Agnosia → 4 pessoas
- Orientação → 25 pessoas
- Depressão → 7 pessoas
- Apatia → 13 pessoas (10 lar + 3 domicilio)
- Agitação → 4 pessoas



**APENDICE III- PLANO DE CUIDADOS À PESSOA COM  
DOENÇA DE ALZHEIMER**



**6º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO**

**UNIDADE CURRICULAR – ESTÁGIO COM RELATÓRIO**

**Intervenção do Enfermeiro Especialista em  
Enfermagem de Reabilitação na promoção do  
autocuidado da pessoa com doença de  
Alzheimer:  
Plano de Cuidados**

**Sandra Tomé Bandeira Fonseca**

**Nº 6601**

**Outubro de 2016**





**6º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM**  
ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO  
UNIDADE CURRICULAR – ESTÁGIO COM RELATÓRIO

**Intervenção do Enfermeiro Especialista em  
Enfermagem de Reabilitação na promoção do  
autocuidado da pessoa com doença de  
Alzheimer:  
Plano de Cuidados**

**Sandra Tomé Bandeira Fonseca      Nº 6601**

**Docente Orientador:- Prof. Vanda Marques Pinto**

**Outubro de 2016**

## ÍNDICE

INTRODUÇÃO .....	4
1. AVALIAÇÃO INICIAL DOS REQUISITOS UNIVERSAIS DE AUTOCUIDADO .....	5
2. PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO .....	11
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	30

## **INTRODUÇÃO**

Este trabalho foi realizado no âmbito da Unidade Curricular- Estágio com relatório, do 2º ano, 3º semestre do 6º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação, com o objetivo de promover um conjunto de ações de enfermagem de reabilitação otimizadas e individualizadas para uma utente com o diagnóstico de doença de Alzheimer.

A avaliação inicial de enfermagem de reabilitação foi realizada tendo em conta os requisitos universais de autocuidado de Dorothea Orem, enquanto que o respetivo Plano de Cuidados foi realizado segundo as normas da CIPE 1.0 (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem).

## 1. AVALIAÇÃO INICIAL DOS REQUISITOS UNIVERSAIS DE AUTOCUIDADO

Requisitos de Autocuidado	Padrão habitual de autocuidado	Défice de Autocuidado
<p>Manutenção de uma ingestão suficiente de ar.</p>	<p>Apresenta pele e mucosas coradas, sem palidez ou sinais de cianose periférica ou central.</p> <p>Padrão respiratório sem alterações visíveis. Apresenta uma respiração tóraco-abdominal simétrica, de 16 ciclos por minuto, ritmo regular, amplitude média.</p> <p>Não apresenta sinais de dificuldade respiratória, de dispneia nem de utilização dos músculos acessórios da respiração.</p> <p>Não apresenta tiragem intercostal.</p> <p>Sem episódios de tosse nem de expetoração.</p> <p>Sem alterações visíveis anátomo-fisiológicas do aparelho respiratório e tórax.</p> <p>Auscultação pulmonar sem alterações, não apresentando sibilos, roncos, estertores, fervores nem murmúrio vesicular.</p> <p>Não apresenta distúrbio na deglutição que possa ter uma repercussão respiratória (como as pneumonias de aspiração).</p> <p>Ventilação adequada da habitação e do meio envolvente.</p>	<p>Não apresenta défice de autocuidado.</p>
<p>Manutenção de uma ingestão suficiente de água e comida.</p>	<p>Realiza 4 refeições por dia (pequeno almoço, almoço, lanche e jantar), onde ingere uma dieta pastosa.</p> <p>Não apresenta qualquer tipo de restrição alimentar.</p>	<p>Apresenta défice de autocuidado na ingestão suficiente de comida</p>

	<p>Segundo o esposo, não tem preferências alimentares, gostando de todo o tipo de alimentos.</p> <p>Não apresenta sialorreia, nem sinais de disfagia.</p> <p>Apresenta dentição quase completa, não utilizando próteses dentárias; Não apresenta lesões na cavidade oral nem na orofaringe.</p> <p>Pesa aproximadamente 53 kg e mede 1,62 m, apresentando um índice de massa corporal de 20,2 Kg/m<sup>2</sup> (apresentando um peso normal para os valores apresentados).</p> <p>Alimenta-se oralmente, com ajuda total durante as refeições.</p> <p>Não ingere a quantidade necessária de água por dia, bebendo apenas 4 copos de água (um em cada refeição).</p>	<p>(não fazendo o número de refeições adequadas, devendo fazer uma dieta mais fracionada ao longo do dia) e na ingestão suficiente de água (não ingerindo o mínimo de 1,5l de recomendados).</p>
<p>Manutenção dos cuidados associados aos processos de eliminação intestinal e vesical.</p>	<p>Relativamente à eliminação urinária, apresenta descontrolo do esfíncter vesical, efetuando as micções na fralda.</p> <p>Não é possível verificar se apresenta algum sintoma urinário devido à disartria que apresenta.</p> <p>Não apresenta sinais de retenção urinária nem de globo vesical, mas apresenta alguns períodos em que passa varias horas sem apresentar micções.</p> <p>No dia 12/10/2016, pela necessidade de se efetuar uma colheita de urina II, foi efetuada colheita de urina asséptica com algália e a urina apresentava-se bastante alaranjada e concentrada.</p>	<p>Apresenta défice de autocuidado no processo de eliminação vesical e no processo de eliminação intestinal, não conseguindo expressar vontade aquando da necessidade de micção</p>

	<p>No que diz respeito à eliminação intestinal, apresenta descontrolo dos esfíncteres, com um padrão defecatório irregular, evacuando, normalmente, de dois em dois dias, mas apresentando também alguns períodos de obstipação, onde o esposo promove a ingestão de 1 colher de Midro Chá (composto por sene, alcaravia, menta, alcaçuz, esporeira e malva) ao deitar. As fezes costumam ser castanhas e moldadas.</p>	<p>e de evacuação, utilizando fralda.</p>
<p>Manutenção dos cuidados associados aos processos de eliminação da transpiração (integridade da pele, cuidados de higiene e banho);</p>	<p>Apresenta pele e mucosas coradas, mas um pouco desidratadas; Pele íntegra, excepto na região sacrococcígea, onde apresenta uma solução de continuidade derivada de uma úlcera por pressão (UPP). A UPP apresenta, aproximadamente 2 cm de diâmetro, tecido de granulação e algum exsudado seroso. Não apresenta sinais inflamatórios na região adjacente à lesão. Não apresenta sinais nem fácies de dor aquando da execução do penso; Durante o dia apresenta alternância adequada de posicionamentos, efetuados pelos ajudantes do Apoio Domiciliário da Aurpis; Durante a noite não são efetuadas alternâncias de decúbitos, ficando no mesmo posicionamento das 21h00 às 9h00. Apresenta dependência total no que diz respeito aos cuidados de higiene pessoal e banho. Apresenta incapacidade para efetuar a higiene oral, facial, banho e pentear-se, para vestir-se ou calçar-se.</p>	<p>Apresenta défice de autocuidado no processo de eliminação da transpiração, no que diz respeito à manutenção da integridade da pele (apresentando uma solução de continuidade derivada de uma úlcera por pressão na região sacrococcígea) e banho.  Apresenta défice de autocuidado nos</p>

	<p>Os cuidados de higiene e conforto são prestados pelas ajudantes domiciliárias da AURPIS 4 vezes por dia.</p> <p>Toma banho uma vez por semana ao sábado.</p>	<p>processos de eliminação da transpiração no que diz respeito ao banho, pois toma banho apenas uma vez por semana.</p>
<p>Preservação do equilíbrio entre atividade e descanso</p>	<p>Apresenta um desequilíbrio entre o período de atividade e descanso.</p> <p>Apresenta um padrão de sono de, aproximadamente, 11h00 (das 21h00 às 8h00), não apresentando sinais de insónia, agitação ou ansiedade durante o período noturno. Não necessita de indutores do sono;</p> <p>Apresenta poucos estímulos externos durante o dia.</p> <p>Doente não realiza levante, ficando 24h00 no leito;</p> <p>Doente não colaborante para se proceder a uma avaliação da força muscular (através da escala de Lower).</p> <p>O grau de espasticidade foi avaliado pela Escala de Ashworth modificada<sup>22</sup>.</p> <p>Apresenta nível 3 no Membro superior direito e no membro superior esquerdo, Nível 4 na região gleno umeral esquerda e direita, com diminuição acentuada do arco de movimento; Apresenta nível 4 no membro inferior direito e membro inferior esquerdo.</p>	<p>Apresenta défice de autocuidado nos períodos de atividade, com existência de poucos estímulos externos. Não apresenta um programa de reeducação funcional motora que permita tentar reduzir os seus défices e autocuidado;</p>

<sup>22</sup> 1- Nenhum aumento do tónus muscular; 2- Discreto aumento do tónus muscular; 3- Maior aumento do tónus com flexão facilmente realizada; 4- Considerável aumento do tónus com dificuldade de movimentos passivos; 5- Rigidez articular.

	Apresenta pé equinovaro, com limitação da flexão e da extensão, por possível tensão exercida continuamente sobre o tendão de Aquiles ou nos músculos da pantorrilha.	
Preservação do equilíbrio entre solidão e interação social	Doente passa o dia na companhia do marido que se ausenta apenas para a realização dos seus próprios cuidados de higiene e para as refeições; Aos fins-de-semana tem as visitas regulares da filha, que mora em Setúbal e, que segundo o esposo, se apresenta mais recetiva aos cuidados que a mãe necessita e mais presente. Não tem mais visitas. Segundo o esposo, deixou de ter as visitas dos amigos e familiares mais próximos aquando da manifestação de alguns sinais da doença (como esquecimento, agitação e nervosismo). Não apresenta nenhum tipo de atividade lúdica.	Apresenta défice de autocuidado nos processos de interação social, tendo apenas a companhia do esposo e as visitas regulares da filha, ocorrendo um número reduzido de estímulos sociais.
Prevenção de riscos para a vida, o funcionamento e o bem-estar do ser humano.	Apresenta-se consciente, acordada, mas difícil de avaliar o estado de orientação auto e halopsíquica. Apresenta-se vigilante, mas não se conseguiu avaliar o estado de tenacidade, concentração nem memória, por falta de resposta da doente. Sensibilidade superficial tátil, térmica e dolorosa aparente mantida em ambos os hemicorpos. Não apresenta episódios de quedas. Apresenta um score 30 (baixo risco de queda) pela Escala de Morse para avaliação do risco de queda.	Apresenta défice de autocuidado na prevenção de riscos para a vida, funcionamento e bem estar, não demonstrando compreensão das instruções verbalizadas,

	Apresenta um score 11 (alto risco de desenvolver úlcera por pressão) pela Escala de Braden.	nem colaboração na execução das mesmas;
Promoção do funcionamento e desenvolvimento humano nos grupos sociais, de acordo com o potencial humano, as limitações humanas conhecidas e o desejo humano de ser normal	Doente totalmente dependente nos autocuidados. Não é possível avaliar o desejo de ser igual aos outros, de corresponder aos estereótipos e normas sociais. Apresenta discurso espontâneo, incoerente e por vezes impercetível. Apresenta disartria e compromisso da capacidade de fluência, compreensão, nomeação e repetição da linguagem.	Apresenta défice de autocuidado no funcionamento e desenvolvimento humano.

## 2. PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Diagnóstico de Enfermagem	Objetivos	Intervenções de Enfermagem	Avaliação dos resultados obtidos (De 3/10/2016 a 23/11/2016)
Dependente no autocuidado: beber.	Melhorar e aumentar a ingestão hídrica diária, para, pelo menos, 1,5 l por dia.	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Avaliar junto dos cuidadores os motivos que levam à ingestão inadequada de água;</li> <li>-Identificar e implementar estratégias que promovam uma maior ingestão hídrica, como beber chá, sumos de frutas e comer gelatina;</li> <li>-Avaliar diariamente o estado de hidratação da pele e mucosas;</li> <li>- Avaliar o estado e características da eliminação vesical;</li> <li>-Verificar a possível existência de alterações nas condições e circunstâncias de acesso a água (como distúrbios na comunicação, afasia, incapacidade de procurar água e comida, inacessibilidades dos mesmos).</li> </ul>	A pessoa melhorou a ingestão hídrica, não apresentando sinais de desidratação;
Dependente no autocuidado: alimentar-se.	Providenciar um padrão alimentar com teor nutricional adequado e	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Avaliar a capacidade de mastigação e de deglutição;</li> <li>-Verificar a possível existência de alterações nas condições e circunstâncias de acesso a comida (como distúrbios na comunicação, afasia, incapacidade de procurar água e comida, inacessibilidades dos mesmos);</li> </ul>	Ocorreu alteração da dieta pastosa para dieta mole, com tolerância da pessoa;

	<p>adaptado à pessoa, que satisfaça as suas necessidades calóricas;</p> <p>Minimizar o risco de aspiração de alimentos;</p> <p>Diminuir o déficit de autocuidado alimentar-se;</p>	<p>-Avaliar as características dos alimentos (os alimentos podem apresentar uma textura e odor desagradável, por exemplo);</p> <p>-Conhecer as preferências, hábitos e restrições alimentares da pessoa;</p> <p>-Respeitar as crenças culturais e religiosas relacionadas com a alimentação;</p> <p>-Avaliar a possível existência de perda de interesse em beber e comer;</p> <p>-Avaliar alterações comportamentais que interfiram na alimentação, como níveis elevados de ansiedade, agitação, confusão, prostração e alucinações;</p> <p>-Verificar se existem distúrbios gastrointestinais que interfiram na alimentação, como náuseas, vômitos e obstipação;</p> <p>-Avaliar o nível de funcionalidade, destreza e coordenação motoras para promover o autocuidado alimentar-se;</p> <p>-Promover uma alimentação mais fracionada, com aumento do número de refeições e diminuição do espaçamento entre as mesmas (comer de três em três horas);</p> <p>-Posicionar a pessoa corretamente no leito, aquando das refeições;</p> <p>-Incentivar a pessoa a levar à boca pequenas quantidades de alimentos, supervisionando o momento da ingestão alimentar e permitindo o tempo necessário para a alimentação;</p>	<p>Não apresentou sinais de aspiração de alimentos;</p> <p>Manteve-se totalmente dependente neste autocuidado.</p>
--	--	--	--

		-Adequar a dieta à pessoa e ir tentando aumentar a consistência dos alimentos, passando de dieta pastosa a dieta mole;	
Dependente no autocuidado ao ir ao sanitário (Eliminação vesical e intestinal)	Reduzir o déficit de autocuidado ao sanitário;  Prevenir o surgimento de complicações derivadas da utilização de fralda diariamente (como a maceração da pele);	-Avaliar possíveis alterações no padrão de eliminação da pessoa (como a presença de obstipação, diarreia, incontinência de esfínteres);  -Avaliar existência de alteração nas características das dejeções, quanto à forma, consistência e cor;  -Avaliar existência de alterações nos processos de eliminação por existência de obstrução ou alterações estruturais;  -Avaliar o padrão emocional e sentimentos associados com a eliminação (como dor, desconforto, ansiedade, alguns movimentos difíceis de executar, os recursos existentes não serem os adequados e inexistência de privacidade);  -Verificar a possível presença de obstipação ou fecalomas, relacionados com a imobilidade, ingestão inadequada de alimentos e líquidos, depressão ou ansiedade, efeitos obstipantes de terapêutica prescrita, alterações na sensibilidade, incapacidade na percepção de sinais de necessidade de defecar, alterações na mobilidade que levem a uma incapacidade no acesso ao local para evacuar e a possível presença de défices cognitivos);	A pessoa manteve-se totalmente dependente neste autocuidado, necessitando de utilizar fralda 24 horas por dia;  Não ocorreram lesões derivadas da utilização de fralda, mantendo sempre a pele íntegra, hidratada e seca.

		<ul style="list-style-type: none"><li>-Estabelecer um horário e uma rotina diária para a defecação, como por exemplo, 30 minutos após as refeições, para aproveitar o reflexo gastro-cólico;</li><li>-Realização de massagens abdominais e ensino do posicionamento adequado, como uma ligeira flexão do tronco;</li><li>-Aplicação de supositório, laxantes e enemas de limpeza, se for caso disso;</li><li>-Garantir a existência de uma higiene íntima adequada após a eliminação;</li><li>-Relativamente ao padrão de micção, avaliar sinais de possível retenção urinária;</li><li>-Avaliar se o descontrolo do esfíncter urinário poderá estar relacionado com a presença de défices motores, sensoriais e diminuição da mobilidade;</li><li>-Otimizar a fralda;</li><li>- Vigiar a eliminação intestinal e vesical;</li><li>-Tentar diminuir o défice de autocuidado de modo a permitir que a pessoa consiga utilizar dispositivos de recolha, como arrastadeira, durante o período diurno e possível utilização de dispositivos de proteção e recolha durante a noite (fraldas);</li></ul>	
--	--	--	--

				<p>-Escolher roupa que seja fácil de despir, para facilitar o processo de eliminação;</p> <p>-Garantir a privacidade, o conforto e um ambiente tranquilo no momento da eliminação;</p>	
Úlcera por pressão (UPP) grau III presente na região sacrococcígea.	Promover a integridade da pele e cicatrização UPP;	a da a da	o de	<p>-Determinar as razões que estiveram na origem da úlcera por pressão (como uma incorreta técnica de mobilização);</p> <p>-Avaliar e descrever a úlcera por pressão quanto à sua localização e características;</p> <p>-Planejar e desenvolver o tratamento adequado à úlcera por pressão, tendo em conta as suas características (programando a frequência da realização do penso e tipo de material a utilizar) e avaliar a sua evolução (se as condições da pessoa ou as características da úlcera se alterarem, deve-se reavaliar e mudar o plano de tratamento);</p> <p>-Desenvolver ações preventivas no que se refere aos posicionamentos (evitar posicionar a pessoa diretamente sobre a úlcera de pressão e sobre zonas de proeminência óssea; posicionar tendo em conta sempre o alinhamento postural e uma distribuição uniforme do seu peso; utilizar almofadas no posicionamento de modo a reduzir a pressão e a fricção);</p> <p>-Avaliar regularmente a pele, observando se existem alterações cutâneas (presença de eritema não branqueável, fissuras,</p>	<p>Úlcera por pressão em fase de cicatrização na região sacrococcígea, apresenta cerca de 2 cm de diâmetro e 1 cm de profundidade, com tecido de granulação, sem exsudado;</p> <p>Não apresentou novas UPP;</p> <p>Manteve a pele íntegra, hidratada e</p>

		<p>escoriações) e massajá-la com um creme hidratante, de modo a hidratar e estimular a circulação sanguínea;</p> <p>-Encorajar e capacitar a pessoa a participar nos cuidados e na tomada de decisão (permitindo a escolha do decúbito, por exemplo);</p> <p>-Promover a ingestão adequada de líquidos e nutrientes;<sup>23</sup></p>	<p>seca, sem rubores nas proeminências ósseas;</p>
<p>Dependente no autocuidado: higiene e banho.</p>	<p>Diminuir o déficit de autocuidado existente na higiene e banho;</p>	<p>-Assegurar que a divisão apresenta uma temperatura apropriada, mantendo a pessoa quente e tapada, tanto quanto possível;</p> <p>-Explicar o procedimento passo a passo e encorajar a pessoa a participar;</p> <p>-A temperatura da água deve ser ajustada de modo a que não seja possível sofrer queimaduras;</p> <p>- Observar os cuidados de higiene prestados pelos cuidadores e identificar fatores de risco;</p> <p>-Exemplificar o procedimento e incentivar o esposo a prestar os cuidados de higiene à pessoa, explicando o equipamento adaptativo que pode ser utilizado para a prestação de cuidados de higiene no leito como manábulas, bacias com água, toalha;</p> <p>-Posicionar a pessoa corretamente para os cuidados de higiene;</p>	<p>A pessoa manteve-se totalmente dependente na higiene e no banho;</p> <p>A pessoa consegue pentear-se sem ajuda;</p> <p>Passou a tomar banho três vezes por semana, no leito;</p>

<sup>23</sup> Quando a pessoa possui uma úlcera por pressão, as necessidades calórico-proteicas aumentam, para se conseguir processar a cicatrização. Além disso, podem ocorrer perdas de proteínas e albumina através da exsudação, diminuindo a sua concentração sérica. Assim, a pessoa deve ter uma dieta hiperproteica, se não contraindicada, e hipercalórica, associada a uma ingestão vitamínica adequada, de sais minerais e água para repor as perdas sofridas.

		<ul style="list-style-type: none"> <li>-Tentar diminuir o déficit neste autocuidado, incentivando a pessoa a lavar e a secar-se dentro das suas possibilidades funcionais;</li> <li>-Aplicar creme hidratante para hidratar a pele e prevenir soluções de continuidade;</li> <li>-Incentivar a pessoa a pentear-se, com a utilização de um espelho;</li> <li>-Se a pessoa se maquilhava, incentivá-la a fazê-lo, com um espelho;</li> <li>-Incentivar e promover o autocuidado para lavar os dentes;</li> <li>-Aumentar o número de vezes que toma banho por semana;</li> <li>-Durante o vestir, pode-se explicar e exemplificar o que deve ser feito, dispor a roupa pela ordem em que deve ser utilizada e incentivar a pessoa a fazê-lo.</li> </ul>	
Equilíbrio entre atividade e descanso afetado.	Aumentar o equilíbrio entre os períodos de atividade e os períodos de descanso.	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Verificar a possível existência de estados que interfiram com o balanço entre a atividade e o repouso, como a debilidade, fraqueza, estados emocionais de apatia ou excitação, vigília, inatividade ou imobilidade por prescrição terapêutica;</li> <li>-Verificar a existência de condições específicas que interfiram neste processo, como dispneia, dor, desconforto, excesso ou déficit de estímulo sensorial, ansiedade relacionada com o estar em repouso ou com o estar ativo, ansiedade relacionada com o estar em contacto com outras pessoas ou com o estar sozinho;</li> </ul>	A pessoa apresentou mais períodos de atividade, com maior número de contactos sociais e familiares e com recurso a outros materiais: como o rádio, a televisão e a

		<p>-Avaliar as condições do meio envolvente, como condições climáticas, barulho que interfira com a atividade ou com o repouso, iluminação ou escuridão insuficientes ou excessivas;</p> <p>-Estabelecer um padrão de atividades diurnas, providenciando períodos de estimulação e de descanso regulares, durante o dia;</p> <p>-Identificar o tipo de estimulação a que a pessoa reage melhor, como a televisão, o rádio, pessoas que queira ter perto de si;</p> <p>-Providenciar movimento físico (como por exemplo, exercícios passivos das extremidades, mover-se do leito para a cadeira), reconhecendo e respondendo adequadamente a sinais de fadiga;</p> <p>-Interagir sempre perante cada contacto de cuidado, demonstrando preocupação e interesse e mantendo, tanto quanto possível, a independência da pessoa;</p>	<p>leitura de livros por parte do esposo.</p>
<p>Dependente em grau elevado no autocuidado posicionar-se.</p>	<p>Diminuir o défice de autocuidado posicionar-se;</p> <p>Melhorar a capacidade de mobilização através do</p>	<p>-Identificar a possível existência de complicações inerentes à imobilidade no leito.</p> <p><u>Possíveis complicações respiratórias</u></p>	<p>A pessoa apenas apresentou complicações inerentes à imobilidade no leito, no que diz respeito à pele e tegumentos (pois apresentava</p>

	estabelecimento de um programa de reabilitação funcional motora.	<p>-Vigiar sinais de complicações respiratórias<sup>24</sup> como atelectasia e a pneumonia de estase ou hipostática;<sup>25</sup></p> <p>-Avaliar as características do padrão respiratório e efetuar auscultação pulmonar (murmúrios e ruídos respiratórios);</p> <p>-Avaliar sinais vitais;</p> <p>-Estimular a eliminação de secreções (através da tosse, drenagem postural, manobras acessórias, por exemplo);</p> <p>-Alternar decúbitos e realizar levante, se possível, para promover uma expansão pulmonar adequada e, conseqüente ventilação e perfusão pulmonar.</p> <p><u>Possíveis complicações cardiovasculares</u></p>	uma UPP na região sacrococcígea) e músculo-esqueléticas (pois apresentava rigidez articular em todas as articulações e apresentava pé equinovaro direito).
--	--	---	--

<sup>24</sup> A imobilidade implica uma diminuição da força dos músculos respiratórios (abdominais, intercostais e diafragmáticos), com conseqüente diminuição da capacidade de expansão pulmonar e, por sua vez, vai dificultar a eliminação de secreções, causando a sua estase (Potter e Perry, 2006,p.919).

<sup>25</sup> A imobilidade implica uma "...diminuição da excursão diafragmática, redução progressiva na amplitude do movimento torácico e respiração mais superficial com subsequente aumento na frequência respiratória" Estas alterações no padrão respiratório induzem "...à ineficácia do revestimento ciliar e à fraqueza dos músculos abdominais, que reduzem a efetividade da tosse" podendo desencadear a acumulação de secreções, o que predispõe a infecção (Ordem dos Enfermeiros, 2013).

		<p>-Vigiar sinais de complicações cardiovasculares<sup>26;27;28</sup>que impliquem o aumento do risco de trombose venosa profunda;</p> <p>- Vigiar sinais de hipotensão ortostática<sup>29</sup>; Colocar a cabeceira do leito a 90° e avaliar a tensão arterial e frequência cardíaca antes de iniciar o levante, de forma a prevenir a hipotensão ortostática;</p> <p>- Estimular a mobilização no leito e alternância de decúbitos para evitar a pressão nos grandes vasos;</p> <p>-Atuar na prevenção da obstipação, de forma a reduzir o esforço cardíaco.</p> <p>-Observar a região sacro-coccígea, membros inferiores, cintura pélvica e extremidades para despistar sinais de sobrecarga cardíaca e má perfusão periférica;</p>	
--	--	---	--

<sup>26</sup> A imobilidade tem repercussões cardíacas apresentando manifestações clínicas de hipotensão ortostática, sobrecarga do trabalho cardíaco, estase venosa e formação de trombos (Carnevali e Brueckner,1980; Gonçalves e Garcia, 1995).

<sup>27</sup> Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2013), as implicações cardiovasculares resultantes da imobilidade passam pela redução do volume de líquido circulante (hipovolémia), o qual resulta do défice de retorno venoso e, conseqüentemente, da redução do débito cardíaco. Por consequência, há uma diminuição da pressão arterial e acumulação de líquido nos membros inferiores levando ao aparecimento de edemas;

<sup>28</sup> Em resposta ao défice do retorno venoso, ocorre uma diminuição do volume sistólico, com redução do volume circulante, que por sua vez vai precipitar a estase venosa, aumentando assim a viscosidade do sangue e o risco de formação de trombos e êmbolos (Carnevali e Brueckner,1980 e Ordem dos Enfermeiros, 2013).

<sup>29</sup> A hipotensão ortostática está relacionada com a perda do tónus muscular em geral e pela diminuição dos reflexos neuro-vasculares ortostáticos. As válvulas venosas que impedem o retorno fecham-se e o sangue tem tendência a acumular-se nas partes inferiores do corpo dificultando a irrigação e vascularização cerebral (Carnevali e Brueckner,1980).

		<p>-Promover hidratação, se não contraindicado, com o objetivo de diminuir a viscosidade sanguínea e aumentar a volémia.</p> <p><u>Possíveis complicações gastrointestinais</u></p> <p>-Vigiar sinais de complicações gastrointestinais<sup>30;31;32</sup>inerentes à imobilidade no leito;</p> <p>- Promover uma dieta rica em proteínas, hidratos de carbono e lípidos; Esta deve ser rica em fruta, vegetais e líquidos para estimular o peristaltismo intestinal;</p> <p>-Avaliar e registar regularmente o padrão intestinal, incluindo a auscultação dos sons intestinais, a frequência e a consistência das dejeções;</p> <p>-Proporcionar à pessoa uma posição que facilite a eliminação;</p> <p><u>Possíveis complicações urinárias</u></p>	
--	--	--	--

<sup>30</sup> A imobilidade provoca uma diminuição global na atividade gastrointestinal, a qual afeta a motilidade e as funções secretórias das glândulas digestivas, manifestando-se através de anorexia e obstipação (Vallbona, 1986).

<sup>31</sup> Segundo Hoeman (2000, cit. por Ordem dos Enfermeiros, 2013), o stresse, provocado pelo tempo prolongado no leito, pode originar uma estimulação contínua parassimpática, levando a estase e distensão gástrica, dispepsia, anorexia, diarreia ou obstipação.

<sup>32</sup> O facto de existir diminuição do tónus muscular e atrofia muscular, dificulta o mecanismo automático da expulsão dando origem a obstipação (Carnevali e Brueckner, 1980).

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vigiar sinais de complicações urinárias<sup>33;34</sup>;</li> <li>- Avaliar a frequência e o débito urinário;</li> <li>-Vigiar sinais de possível retenção urinária;</li> <li>-Promover mudanças de decúbito frequentes e proporcionar à pessoa, sempre que possível, a micção sentada, pois permite um relaxamento dos músculos perineais;</li> <li>- Promover uma correta ingestão hídrica para prevenir complicações urinárias, nomeadamente litíase renal e infeções urinárias.</li> </ul> <p><u>Complicações Metabólicas</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Avaliar a existência de atrofia muscular, através da utilização de parâmetros antropométricos. Na avaliação inicial e contínua (em intervalos regulares de 2 em 2 ou 4 em 4 semanas) o enfermeiro deve pesar, medir a altura e a prega cutânea do braço e da perna. Estes resultados são importantes pois demonstram a perda de massa magra corporal;</li> <li>-Conhecer e promover a manutenção de hábitos e preferências alimentares da pessoa para prevenir o emagrecimento;</li> </ul>	
--	--	---	--

<sup>33</sup> Delisa (2002, cit. por Ordem dos Enfermeiros, 2013) enfatiza que a imobilidade pode levar a um enfraquecimento dos músculos abdominais, restrição dos movimentos diafragmáticos e relaxamento incompleto dos músculos pélvicos, podendo conduzir à retenção urinária ou a um esvaziamento incompleto da bexiga.

<sup>34</sup> Os efeitos da imobilidade prolongada na função urinária, estão relacionados, sobretudo, com alterações metabólicas, existindo uma maior excreção de cálcio e outros sais minerais por parte dos rins, precipitando a formação de cálculos renais (Gonçalves e Garcia, 1995).

		<p>-Vigiar sinais de complicações Metabólicas<sup>35;36;37</sup>;</p> <p>-Determinar o risco de desequilíbrio de azoto através da avaliação nutricional. Nesta avaliação deve ser incluída a observação da toma das refeições e do padrão de eliminação intestinal;</p> <p>-Monitorizar os dados laboratoriais no que se refere aos níveis de sódio, potássio e cálcio;</p> <p>-Incentivar a ingestão de líquidos e alimentos para compensar a perda dos eletrólitos acima mencionados.</p> <p><u>Complicações Sistema Nervoso</u></p> <p>- Vigiar sinais de complicações Sistema Nervoso<sup>38</sup>;</p> <p>-Promover atividades que incentivem a percepção cognitiva do meio envolvente;</p> <p>-Explicar os procedimentos antes de iniciar os cuidados;</p>	
--	--	--	--

<sup>35</sup> A imobilidade altera o equilíbrio metabólico, uma vez que provoca uma diminuição da taxa metabólica, um aumento do catabolismo proteico, desmineralização óssea, redução do volume plasmático, alteração na tolerância a hidratos de carbono e desequilíbrio hidroeletrolítico (Gonçalves e Garcia, 1995).

<sup>36</sup> O desequilíbrio hidroeletrolítico é originado pelas alterações no volume sanguíneo, provocado pelo posicionamento em decúbito dorsal, ocorrendo uma poliúria como consequência do aumento do fluxo sanguíneo aos rins e da expansão do volume de sangue em circulação, aumentando a exspoliação de eletrólitos como o potássio e sódio. No que se refere ao cálcio, ocorre perda do mesmo pelos ossos originando uma hipercalcemia (Potter e Perry, 2006, p.919).

<sup>37</sup> Pode ocorrer ainda um balanço azotado negativo, devido a um aumento da decomposição das proteínas, originando um desequilíbrio entre a eliminação e a ingestão, que predispõe o utente para "*problemas de cicatrização de feridas e crescimento normal de tecidos*". (Potter e Perry, 2006, p.919).

<sup>38</sup> Embora o quadro clínico que desencadeie a imobilidade não inclua alterações neurológicas, a diminuição da estimulação cognitiva sustentada ao longo do tempo, pode levar à atrofia e perda das funções mentais superiores, ocorrendo um «desuso cognitivo», induzindo estados de confusão, desorientação, ansiedade, depressão, agitação e alteração do padrão de sono (Gonçalves e Garcia, 1995, p.18).

		<p>-Encorajar a pessoa a tomar decisões sobre os cuidados prestados, mesmo que aparente encontrar-se apática.</p> <p><u>Possíveis complicações da pele e tegumentos</u></p> <p>-Vigiar sinais de complicações da pele e tegumentos<sup>39;40</sup>;</p> <p>-Avaliar a presença de úlceras por pressão prévias. Caso existam, deve-se avaliar e registrar a sua localização, tamanho, categoria e características da mesma (presença de exsudado, estado da pele circundante e presença de dor);</p> <p>-Avaliar sinais de compromisso neuro-circulatório (alterações na temperatura, coloração, pulso, sensibilidade, dor);</p> <p>-Verificar a existência de comorbidades como doenças crônicas (ex. uma pessoa com neuropatia diabética, terá maior predisposição para desenvolver úlceras de pressão, devido à diminuição da sensibilidade e à maior suscetibilidade às infeções, além de uma diminuição acentuada da capacidade de cicatrização), incontinência de esfíncteres (a presença de humidade aumenta consideravelmente o risco de desenvolver úlceras de pressão) e alterações do estado de</p>	
--	--	---	--

<sup>39</sup> Segundo Potter e Perry (2006, p.922) a imobilidade, induz alterações na pressão cutânea e, conseqüentemente, na sua integridade, aumentando o risco de aparecimento de úlceras de pressão.

<sup>40</sup> A pressão exercida pelo corpo em contacto com o leito, afeta o metabolismo celular, diminuindo ou comprometendo a circulação sanguínea dos tecidos. Por conseqüência, quanto maior for o tempo de permanência das proeminências ósseas sobre as partes moles do corpo, maior será o período de isquémia e conseqüentemente maior o risco de desenvolver úlceras de pressão.

		<p>consciência (se existir uma diminuição ou ausência total de reação aos estímulos externos, a pessoa não conseguirá evitar a imobilidade).</p> <p><u>Possíveis complicações musculoesqueléticas</u></p> <p>- Vigiar sinais de complicações Musculoesqueléticas<sup>41</sup> inerentes à imobilidade no leito;</p> <p>-Vigiar sinais e sintomas de limitação articular e/ou osteoporose de desuso;<sup>42</sup></p>	
<p>Dependente em grau elevado no autocuidado mobilizar-se: -Movimento articular comprometido;</p>	<p>Melhorar a amplitude articular e a força muscular;</p> <p>Melhorar a mobilidade no leito;</p>	<p>- Assim que seja possível alguma colaboração da pessoa, avaliar regularmente o grau de força muscular através da utilização da escala de Lower;</p> <p>-Avaliar o tônus muscular através da escala de Ashworth modificada;</p> <p>-Proporcionar um ambiente calmo e isento de barulho;</p> <p>-Explicar a importância do programa de reabilitação motora;</p> <p>-Realizar exercícios terapêuticos na cama (ponte, rolar na cama);</p>	<p>Apresentou melhora da amplitude articular e da força muscular nos membros superiores esquerdo e direito;</p>

<sup>41</sup> De acordo com Potter e Perry (2006, p. 921-930), uma das consequências da imobilidade é a diminuição da força muscular e, conseqüentemente, da resistência. Isto implica uma redução da massa e tônus muscular, que por sua vez, incorre em atrofia e diminuição do tamanho muscular.

<sup>42</sup> Por outro lado, as alterações metabólicas implicam uma perda da massa magra corporal, que é constituída parcialmente por músculo. Assim, a pessoa com alterações da mobilidade pode ficar muito limitada na realização do seu autocuidado. Pode também ocorrer uma limitação articular (falta de utilização muscular pode induzir uma atrofia e encurtamento das fibras musculares e levar à anquilose da articulação (contratura permanente da articulação)) e osteoporose de desuso (devido a um aumento da reabsorção óssea, onde ocorre um metabolismo inadequado do cálcio, o que, por sua vez, torna o osso menos denso e enfraquecido, podendo ocorrer fraturas patológicas Potter e Perry (2006, p. 921-930).

<p>-Movimento muscular comprometido;</p>	<p>Diminuir o déficit de autocuidado mobilizar-se.</p>	<p>-Massajar as partes do corpo com compromisso da funcionalidade, para redução do desconforto;</p> <p>-Executar mobilizações ativas, ativas assistidas e ativas resistidas de todos os segmentos musculares dos membros inferiores e membros superiores;</p> <p>-Executar as mobilizações do sentido distal para o proximal, respeitando os limites de tolerância e amplitude articular;</p> <p>-Realizar regularmente e ao longo do dia, exercícios passivos, ativos, isométricos e isotônicos, para prevenir a atrofia muscular, a diminuição da resistência e as contraturas articulares (promovendo a mobilização de todas as articulações corporais);</p> <p>-Ensinar os familiares e cuidadores da pessoa, de modo a conseguirem efetuar autonomamente os posicionamentos e os exercícios de mobilização articular da pessoa;</p> <p>-Efetuar registos das atividades realizadas, tolerância, limitações, cooperação da pessoa;</p>	<p>Eram realizados exercícios de amplitude articular três vezes por semana;</p> <p>Manteve-se totalmente dependente neste autocuidado;</p>
<p>Compromisso do equilíbrio entre solidão e interação social.</p>	<p>Melhorar o número e qualidade dos estímulos sociais;</p>	<p>-Avaliar o padrão social da pessoa (como a existência de isolamento de outras pessoas, contactos sociais mínimos, solidão auto-imposta ou imposta pelo grupo social);</p>	<p>Apresentou maior número de estímulos sociais e familiares;</p>

		<p>-Avaliar a existência de alterações no temperamento e personalidade da pessoa (como ansiedade e medo de estar sozinho ou de estar com outras pessoas, comportamentos de evitamento, apatia);</p> <p>-Permitir a presença de familiares e/ou de pessoas significativas por um período alargado;</p> <p>-Efetuar uma avaliação correta da linguagem e identificar possíveis alterações que possam interferir nas interações sociais.</p>	
Risco de não adesão a precauções de segurança.	Melhorar o autocuidado de prevenção de riscos para a vida, o funcionamento e o bem-estar do ser humano.	<p>-Avaliar a existência de estados emocionais que restrinjam a atenção e a consciência, estados de sono e devaneio;</p> <p>-Avaliar sinais e sintomas de debilidade e fraqueza física, dificuldades em controlar a posição e o movimento no espaço;</p> <p>-Avaliar sinais de confusão e de incapacidade de compreender o mundo que o rodeia;</p> <p>-Avaliar o risco de quedas pela escala de Morse;</p> <p>-Avaliar alterações da sensibilidade superficial (tátil, térmica e dolorosa) que possam provocar lesões, como queimaduras;</p> <p>-Avaliar o risco de úlceras de pressão, pela escala de Braden;</p> <p>-Verificar a possível existência de condições atmosféricas, perigos geológicos e físicos na habitação ou nas situações de lazer;</p>	Doente não apresentou episódios que pudessem acarretar risco para a vida, funcionamento nem o bem estar do ser humano.

		<ul style="list-style-type: none"> <li>-Verificar que o cuidador se encontra sempre acessível para a satisfação das necessidades da pessoa dependente, prevenindo situações de abandono;</li> <li>-Verificar se o cuidador não será demasiado protetor, não dando liberdade suficiente para ocorrer o desenvolvimento da pessoa;</li> <li>-Avaliar a existência de recursos adequados para a manutenção da vida e da saúde, como condições habitacionais e sanitárias adequadas;</li> <li>-Reconhecer situações de emergência clínica e intervir sobre as mesmas;</li> <li>-Prevenir lesões de imobilidade no leito, ou associadas a lesões traumáticas resultantes de determinados movimentos.</li> </ul>	
Risco de compromisso da identidade pessoal.	-Diminuir o défice de autocuidado promoção do funcionamento e desenvolvimento humano nos grupos sociais, de acordo com o potencial	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Avaliar sinais de confusão e de desorientação;</li> <li>-Avaliar a possível existência de estados de sono, devaneio, estados emocionais intensos, alterações do desenvolvimento cognitivo;</li> <li>-Avaliar a possível existência de compromissos físicos que interfiram com a sensação e perceção do ambiente envolvente;</li> <li>-Avalia o padrão comunicacional e de memória da pessoa;</li> <li>-Avaliar estados emocionais, como ansiedade, medo e raiva, relacionados com alterações na autoimagem e estilo de vida, com a incapacidade para manter a saúde e cuidar de si própria;</li> </ul>	Doente apresentou vários períodos de apatia e de afasia;  Difícil avaliar o estado de confusão e de desorientação por falta de colaboração;

	<p>humano, as limitações humanas conhecidas e o desejo humano de ser normal.</p>	<p>-Avaliar a existência de condições de vida insatisfatórias, exclusão e rejeição por membros da família e grupo social íntimo, condições e recursos que não são satisfatórios para manter as condições de vida;</p> <p>-Assegurar que os objetos que possa utilizar estão ao alcance e arrumados sempre no mesmo local;</p> <p>-Providenciar atividades no seio familiar e manter os papéis familiares;</p> <p>-Providenciar contactos com amigos;</p> <p>-Providenciar os meios para garantir a satisfação das crenças e práticas religiosas, como a ida à igreja, por exemplo;</p> <p>-Melhorar o conhecimento de si, a auto estima e o auto conceito;</p>	
--	--	--	--

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Carnevali, D. & Brueckner, S. (1980). Imobilidade. *Servir*, 28, (3), 129-150.
- Gonçalves, M. & Garcia, L. (1995). Efeitos da imobilidade prolongada no idoso. *Reabilitação Nursing*, 8, (93), 16-21.
- Ordem dos Enfermeiros (2013). Guia Orientador de Boas práticas - *Cuidados à pessoa com alterações da mobilidade-Posicionamentos, Transferências e Treino de Deambulação*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Potter, P. & Perry, A. (2006). *Fundamentos De Enfermagem- Conceitos e Procedimentos*. (5ª edição). Loures: Lusociência.
- Vallbona, C. (1986). *Tratado de Medicina Física e de Reabilitação*. (4ª edição). São Paulo: Manole.

**APENDICE IV- PLANO DE CUIDADOS À PESSOA COM AVC**



**6º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM**  
ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO  
UNIDADE CURRICULAR – ESTÁGIO COM RELATÓRIO

## **Plano de Cuidados**

**Sandra Tomé Bandeira Fonseca**

**Nº 6601**

**Janeiro de 2017**



**6º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM**  
ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO  
UNIDADE CURRICULAR – ESTÁGIO COM RELATÓRIO

## **Plano de Cuidados**

**Sandra Tomé Bandeira Fonseca      Nº 6601**

**Docente Orientador:- Prof. Dra. Vanda Marques Pinto**

**Janeiro de 2017**

## ÍNDICE

INTRODUÇÃO .....	4
1. AVALIAÇÃO INICIAL DOS REQUISITOS UNIVERSAIS DE AUTOCUIDADO .....	5
2. PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO .....	11
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	30

## INTRODUÇÃO

Este trabalho foi realizado no âmbito da Unidade Curricular- Estágio com relatório, do 2º ano, 3º semestre do 6º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação, com o objetivo de promover um conjunto de ações de enfermagem de reabilitação otimizadas e individualizadas para um utente a quem prestasse cuidados de reabilitação no Serviço Y.

A avaliação inicial de enfermagem de reabilitação foi realizada tendo em conta os requisitos universais de autocuidado de Dorothea Orem, enquanto o respetivo Plano de Cuidados foi realizado segundo as normas da CIPE 1.0 (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem).

O suporte bibliográfico utilizado para o estabelecimento do programa de reabilitação foi a Proposta de Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação, com intervenções sugeridas pelo Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (Ordem dos enfermeiros, 2015) e o Guia Orientador de Boas práticas - Cuidados à pessoa com alterações da mobilidade-Posicionamentos, Transferências e Treino de Deambulação (Ordem dos enfermeiros, 2013).

A pessoa em estudo é o senhor J.L., de 56 anos, que sofreu um Acidente Vascular Cerebral hemorrágico, com hemorragia fronto-parieto-temporal esquerda a 1 de Dezembro de 2016, tendo sido submetido a drenagem cirúrgica do hematoma. Esteve internado na Unidade de Cuidados Intensivos de Neurocirurgia, com necessidade de ventilação mecânica por traqueostomia até ao dia 27 de Dezembro de 2016. Deste Acidente Vascular Cerebral, resultaram como sequelas plegia do hemicorpo direito e afasia de expressão. Apresentava como antecedentes pessoais etanolismo crónico e doença hepática crónica. Previamente independente nos autocuidados.

Na primeira avaliação inicial, efetuada a 02/01/2017, o Sr. J.L já se encontrava na enfermaria, sem necessidade de ventilação mecânica e já não possuía traqueostomia. Encontrava-se consciente, sonolento mas reativo à estimulação verbal e aparentemente orientado na pessoa e no espaço. Mantinha afasia de expressão e dificuldade em cumprir ordens simples. Apresentava sonda nasogástrica, apesar de

se alimentar oralmente com ajuda total, apresentando disfagia leve para líquidos. Encontrava-se imobilizado do membro superior menos afetado, por risco de retirar a sonda. Nesse mesmo dia, retirei a imobilização desse membro, tendo explicado ao Sr. a importância de colaborar conosco na prestação de cuidados. Com necessidade de ajuda total para a alternância de decúbitos no leito e para os cuidados de higiene e conforto. Mantinha plegia do hemicorpo direito e apresentava neglet, negligenciando na totalidade este hemicorpo.

A pessoa de contacto privilegiado era a esposa, a Sra. A. L., que, por razões económicas, não podia deslocar-se ao hospital com regularidade para visitar o Sr. J.L., razão pela qual, foi agilizada com maior brevidade a transferência do senhor para uma unidade de internamento mais perto do seu domicílio.

Após avaliação inicial, foram identificados diagnósticos de enfermagem e planeadas intervenções de enfermagem de reabilitação, com vista a melhorar o nível de funcionalidade do Sr. J.L.

No decorrer dos dias, com a implementação do programa de reabilitação, ocorreu uma melhoria da funcionalidade do Sr. J.L. Manteve-se sempre consciente e orientado em termos de tempo, espaço, pessoa e situação. Apresentou melhoria significativa da afasia de expressão, conseguindo expressar-se melhor e cumprir ordens simples. Começou a alimentar-se, apenas com ajuda parcial da dieta prescrita, conseguindo segurar na colher e levar os alimentos à boca, não apresentando sinais de disfagia. Razão pela qual, foi alterada a consistência da dieta, de pastosa para mole. Foi extubado nasogástricamente a 10/01/2017, sem intercorrências. Começou a colaborar na alternância de decúbitos, consoante as nossas indicações verbais.

Foi implementado regularmente um programa de mobilizações e de exercícios ao Sr. J.L. Inicialmente, eram realizadas mobilizações passivas dos quatro membros. Posteriormente, começou-se a realizar mobilizações ativas assistidas do hemicorpo menos afetado e, posteriormente, ativas resistidas desse membro. O Sr. efetuava automobilizações e atividades terapêuticas, como a ponte e o rolar.

Conseguia colaborar nas transferências do leito para o cadeirão, apesar de apresentar alteração do equilíbrio estático e dinâmico. Conseguia efetuar carga no hemicorpo menos afetado.

Além das intervenções anteriormente descritas, foram implementadas todas as intervenções planeadas no plano de cuidados de enfermagem de reabilitação, tendo ocorrido uma melhoria significativa da funcionalidade do Sr.J.L, avaliada pela escala MIF+MAF, onde no dia 2/1/2017 apresentava um score de 30, a 15/01/2017 um score de 35 e a 19/01/2017 um score de 40.

A última avaliação efetuada foi efetuada a 19/01/2017, no dia antes da transferência do senhor para outra unidade de internamento.

## 1. AVALIAÇÃO INICIAL DOS REQUISITOS UNIVERSAIS DE AUTOCUIDADO

Requisitos de Autocuidado	Padrão habitual de autocuidado	Défice de Autocuidado
Manutenção de uma ingestão suficiente de ar.	<p>Pele e mucosas coradas, sem palidez ou sinais de cianose periférica ou central.</p> <p>Apresenta uma respiração tóraco-abdominal simétrica, de 14 ciclos por minuto, ritmo regular, amplitude média. Não apresenta sinais de dificuldade respiratória, de dispneia nem de utilização dos músculos acessórios da respiração. Padrão respiratório sem alterações visíveis.</p> <p>Sem episódios de tosse nem de expetoração.</p> <p>Auscultação pulmonar com murmúrio vesicular audível, não apresentando sibilos, roncos, estertores, ferveores.</p> <p>A última radiografia torácica foi realizada a 27 de Dezembro, aparentemente sem alterações.</p>	Não apresenta défice de autocuidado.
Manutenção de uma ingestão suficiente de água e comida.	<p>Dieta polifraccionada pastosa hipossalina, hipolipídica, hipercalórica e hiperproteica.</p> <p>Apresenta disfagia leve para líquidos, avaliada pelo teste de deglutição da água, segundo a norma de procedimento para avaliação do grau de disfagia existente no serviço.</p>	Apresenta défice de autocuidado por existência de disfagia.

<p>Manutenção dos cuidados associados aos processos de eliminação intestinal e vesical.</p>	<p>Apresenta afasia de expressão, não conseguindo expressar vontade aquando da necessidade de micção e de evacuação, efetuando as micções e a eliminação intestinal na fralda.</p> <p>Apresenta um padrão defecatório regular, evacuando, normalmente, de dois em dois dias.</p> <p>Não apresenta ruídos hidroaéreos.</p>	<p>Apresenta défice de autocuidado não conseguindo expressar vontade aquando da necessidade de micção e de evacuação, utilizando fralda.</p>
<p>Manutenção dos cuidados associados aos processos de eliminação da transpiração (integridade da pele, cuidados de higiene e banho);</p>	<p>Pele e mucosas íntegras, coradas e hidratadas;</p> <p>São efetuadas alternâncias de posicionamentos, de 2 em 2 horas;</p> <p>Apresenta dependência total nos cuidados de higiene pessoal e banho, sendo não conseguindo efetuar a higiene oral, facial, banho e pentear-se ou vestir-se, por presença de hemiplegia direita.</p>	<p>Apresenta défice de autocuidado nos cuidados de higiene e banho.</p>
<p>Preservação do equilíbrio entre atividade e descanso</p>	<p>Apresenta equilíbrio entre o período de atividade e descanso. Não apresentando sinais de insónia, agitação ou ansiedade durante o período noturno. Não necessita de indutores do sono;</p> <p>Foi avaliada a força muscular pela escala de Lower ao movimento em ambos os hemicorpos, apresenta grau 3/5 no hemicorpo esquerdo e grau 0/5 no hemicorpo direito (Apêndice 2).</p>	<p>Apresenta défice de autocuidado nos períodos de equilíbrio por alteração da funcionalidade derivada de diminuição da força muscular do hemicorpo</p>

	<p>O grau de espasticidade foi avaliado pela Escala de Ashworth modificada, também à solicitação do movimento (Apêndice 3).</p> <p>Apresenta tônus normal no hemicorpo esquerdo, ao nível do ombro (nos movimentos de flexão, extensão, abdução, adução, rotação interna, rotação externa, elevação e retração), cotovelo (nos movimentos de flexão, extensão), antebraço (nos movimentos de pronação e supinação), punho (nos movimentos de flexão, extensão, desvio cubital e desvio radial), dedos (nos movimentos de flexão, extensão, abdução, adução e oponência), bacia (nos movimentos de báscula anterior e báscula posterior), coxo-femural (nos movimentos de flexão, extensão, abdução, adução, rotação interna e rotação externa), joelho (nos movimentos de flexão e extensão), tibio-társica (nos movimentos de flexão, extensão, inversão e eversão) e dedos (nos movimentos de flexão, extensão, abdução e adução).</p> <p>Apresenta tônus aumentado no início ou no final do arco de movimento (1) no membro superior direito, ao nível do ombro (nos movimentos de flexão, extensão, abdução, adução), cotovelo (nos movimentos de flexão, extensão), antebraço (nos movimentos de pronação e supinação), punho (nos movimentos de flexão, extensão, desvio cubital e desvio radial), dedos (nos movimentos de flexão, extensão, abdução, adução e oponência). Apresenta aumento do tônus em menos de metade do arco</p>	esquerdo e hemiplegia direita.
--	---	--------------------------------

	<p>de movimento, manifestado por tensão abrupta e seguido por resistência mínima (1+) no membro inferior direito, ao nível coxo-femural (nos movimentos de flexão, extensão, abdução, adução, rotação interna e rotação externa), joelho (nos movimentos de flexão e extensão), tibio-társica (nos movimentos de flexão, extensão, inversão e eversão) e dedos (nos movimentos de flexão, extensão, abdução e adução).</p> <p>Apresenta um score 11 pela Escala de Glasgow (Apêndice 4).</p> <p>Apresentava alteração do equilíbrio estático (avaliado na posição de sentado, com elevação dos membros superiores) e dinâmico (avaliado na posição de sentado com elevação dos membros superiores e pede-se à pessoa para se movimentar lateral e na diagonal e ver se tem desequilíbrio).</p>	
Preservação do equilíbrio entre solidão e interação social	<p>Doente não apresenta visitas regulares. Por questões económico financeiras e de transporte, a pessoa significativa de referência, a Sra. A.L., não se pode deslocar com frequência ao hospital.</p> <p>Não apresenta nenhum tipo de atividade lúdica, apenas demonstrava algum interesse por ver televisão.</p>	<p>Apresenta défice de autocuidado por existência de um número reduzido de estímulos sociais.</p>
Prevenção de riscos para a vida, o funcionamento e o bem-estar do ser humano.	<p>Apresenta-se consciente e aparentemente orientado. Difícil avaliar o estado de tenacidade, concentração e memória, por existência de afasia de expressão e dificuldade em manter a atenção.</p>	<p>Apresenta défice de autocuidado, apesar de demonstrar compreensão das</p>

	<p>Sensibilidade superficial tátil, térmica e dolorosa aparente mantida no hemicorpo esquerdo. Sensibilidade superficial tátil e térmica ausente no hemicorpo direito, mas sensibilidade dolorosa mantida.</p> <p>Apresenta um score 30 (baixo risco de queda) pela Escala de Morse para avaliação do risco de queda.</p> <p>Apresenta um score 14 (alto risco de desenvolver úlcera por pressão) pela Escala de Braden.</p>	<p>instruções verbalizadas, nem sempre colabora na execução das mesmas;</p>
<p>Promoção do funcionamento e desenvolvimento humano nos grupos sociais, de acordo com o potencial humano, as limitações humanas conhecidas e o desejo de ser normal.</p>	<p>Dependência completa nos autocuidados. Apresenta um score 30 da escala MIF+ MAF (Apêndice 1).</p> <p>Não é possível avaliar o desejo de ser igual aos outros, de corresponder aos estereótipos e normas sociais.</p> <p>Apresenta afasia de expressão.</p>	<p>Apresenta déficit de autocuidado no funcionamento e desenvolvimento humano.</p>

## 2. PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Diagnóstico de Enfermagem	Objetivos	Intervenções de Enfermagem	Avaliação dos resultados obtidos
Comunicação comprometida por Afasia de expressão.	Promover um processo comunicacional eficaz;	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Utilizar dispositivo auxiliar de comunicação, como livro de imagens;</li> <li>- Incentivar e estimular a comunicação;</li> <li>- Explicar previamente todos os procedimentos;</li> <li>- Falar pausadamente e de frente para o doente;</li> <li>- Dar mais tempo à pessoa para se conseguir exprimir;</li> </ul>	<p><u>2/1/2017</u></p> <p>Compreende o discurso mas apresenta dificuldade na expressão;</p> <p><u>19/01/2017</u></p> <p>Compreende a comunicação verbal e não-verbal; Apresenta tentativas para se conseguir exprimir.</p>
Deglutição alterada, por disfagia.	Minimizar o risco de aspiração de alimentos;	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Identificar sinais e sintomas de disfagia;</li> <li>-Incentivar e estimular a deglutição;</li> <li>- Vigiar reflexo de deglutição</li> <li>-Monitorizar a deglutição pelo teste de deglutição da água, segundo a norma de procedimento para avaliação do grau de disfagia existente no serviço;</li> </ul>	<p><u>2/1/2017</u></p> <p>Apresenta disfagia leve e engasgamento fácil com possibilidade de aspiração de alimentos.</p>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>-Posicionar a pessoa corretamente no leito, aquando das refeições;</li> <li>-Incentivar a pessoa a levar à boca pequenas quantidades de alimentos, supervisionando o momento da ingestão alimentar e permitindo o tempo necessário para a alimentação;</li> <li>- Utilizar espessante na ingestão de líquidos;</li> <li>- Gerir e planear a dieta e a ingestão de líquidos;</li> <li>- Ensinar e treinar técnica de deglutição: Flexão anterior do pescoço, Rotação da cabeça para o lado afetado, Inclinação posterior da cabeça;</li> <li>- Ensinar sobre exercícios e técnicas de deglutição: Deglutição supra glótica, deglutição forçada, dupla deglutição; Exercícios de resistência muscular: lábios, língua, palato mole; Exercícios de mobilidade laríngea e de controlo do bolo alimentar.</li> <li>- Verificar se existe acumulação de comida na boca;</li> <li>-Monitorizar tosse e outros sinais de aspiração;</li> </ul>	<p><u>19/01/2017</u></p> <p>Não apresenta sinais de disfagia para alimentos sólidos nem para líquidos;</p>
Esquecimento unilateral presente	Diminuir a existência de <i>neglet</i> e diminuir o défice sensorial	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitorizar a presença de <i>neglet</i> unilateral e a sua evolução;</li> <li>- Abordar a pessoa pelo lado afetado;</li> <li>- Colocar a mesa-de-cabeceira no lado oposto ao lado afetado;</li> <li>-Estimular a pessoa a utilizar o hemicorpo afetado nos autocuidados, diminuído o <i>neglet</i>;</li> </ul>	<p><u>2/1/2017</u></p> <p>Apresenta <i>neglet</i> unilateral no hemicorpo direito. Ausência da sensibilidade térmica e tátil, e diminuição</p>

<p>Défice sensorial presente por hemiplegia direita.</p>	<p>no hemicorpo direito;</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Efetuar estimulação propriocetiva no hemicorpo afetado;</li> <li>- Em cada intervenção, explicar à pessoa todo o procedimento;</li> <li>- Caso comece a apresentar sinais de aumento do tônus muscular, deve-se aplicar tala de Margaret Johnstone, para prevenir a espasticidade;</li> <li>-Dar banho na maca-banheira para promover uma estimulação propriocetiva do hemicorpo afetado;</li> <li>-Efetuar terapia do espelho;</li> <li>-Efetuar estimulação neurosensorial com objetos de diferentes texturas, temperaturas e formatos;</li> <li>- Executar técnica de massagem terapêutica;</li> <li>- Executar mobilizações passivas no hemicorpo afetado, com estimulação propriocetiva para o movimento;</li> <li>-Incentivar as automobilizações dos membros superiores;</li> </ul>	<p>da sensibilidade dolorosa no hemicorpo direito.</p> <p><u>19/01/2017</u></p> <p>Neglet diminuído. A pessoa já incorpora o hemicorpo direito nos autocuidados.</p> <p>Apresenta sensibilidade térmica, tátil e dolorosa no hemicorpo direito, embora diminuída.</p>
<p>Movimento muscular comprometido;</p> <p>-Risco de espasticidade no</p>	<p>Melhorar a amplitude articular e a força muscular;</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reavaliar regularmente o grau de força muscular através da utilização da escala de Lower;</li> <li>-Reavaliar o tônus muscular através da escala de Ashworth modificada;</li> <li>-Proporcionar um ambiente calmo e isento de barulho;</li> <li>-Explicar a importância do programa de reabilitação motora;</li> </ul>	<p><u>2/1/2017</u></p> <p>Apresenta força muscular grau 3/5 no hemicorpo esquerdo e grau 0/5 no hemicorpo direito;</p> <p>Apresenta espasticidade grau 0 no hemicorpo</p>

<p>hemicorpo direito;</p>	<p>Melhorar a mobilidade no leito;</p> <p>Melhorar a capacidade de mobilização, impedindo o aparecimento de espasticidade, através do estabelecimento de um programa de reabilitação funcional motora.</p>	<p>a no cama);</p> <p>-Realizar exercícios terapêuticos na cama (ponte, rolar na cama);</p> <p>-Massajar as partes do corpo com compromisso da funcionalidade, para redução do desconforto;</p> <p>a de resistidas de todos os segmentos musculares dos membros inferiores e membros superiores;</p> <p>o -Executar as mobilizações do sentido distal para o proximal, respeitando os limites de tolerância e amplitude articular;</p> <p>de -Realizar regularmente e ao longo do dia, exercícios passivos, ativos, isométricos e isotônicos, para prevenir a atrofia muscular, a diminuição da resistência e as contraturas articulares (promovendo a mobilização de todas as articulações corporais);</p> <p>do -Posicionar em padrão anti-espástico;</p> <p>através do estabelecimento de um programa de reabilitação funcional motora.</p> <p>-Efetuar registros das atividades realizadas, tolerância, limitações, cooperação da pessoa;</p>	<p>esquerdo, grau 1 no membro superior direito e grau 1+ no membro inferior direito.</p> <p><u>19/01/2017</u></p> <p>Apresenta força muscular grau 4/5 no hemicorpo esquerdo e grau 1/5 no hemicorpo direito; Apresenta espasticidade grau 0 no hemicorpo esquerdo, grau 1+ no membro superior direito e grau 1+ no membro inferior direito.</p>
<p>Dependente em grau elevado no autocuidado</p>	<p>Diminuir o déficit de autocuidado posicionar-se e transferir-se;</p>	<p>- Avaliar capacidade funcional para o autocuidado: posicionar-se e transferir-se, pela escala MIF+MAF;</p> <p>-Identificar a aquisição de competências para o posicionar-se e transferir-se;</p>	<p><u>2/1/2017</u></p> <p>Necessita de assistência total, pela MIF+MAF, para o posicionamento e</p>

<p>posicionar-se e transferir-se.</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>-Alternar decúbitos e realizar levante;</li> <li>- Estimular a mobilização no leito e alternância de decúbitos;</li> <li>- Transferir a pessoa para o cadeirão;</li> <li>-Ponderar a utilização de dispositivos de apoio durante a transferência, como o elevador e tábua de transferência;</li> <li>- Permitir que a pessoa efetue carga nos membros inferiores durante a transferência;</li> </ul>	<p>transferência; Não consegue efetuar carga nos membros inferiores;</p> <p><u>19/01/2017</u></p> <p>Mantém necessidade de assistência total durante a transferência, mas consegue colaborar no posicionamento.</p>
<p>Dependente no autocuidado ir ao sanitário (Eliminação vesical e intestinal).</p>	<p>Reduzir o déficit de autocuidado ir ao sanitário;</p> <p>Diminuir a necessidade de utilização de fralda, utilizando, inicialmente, outros dispositivos (como o urinol</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Monitorizar o padrão de eliminação da pessoa;</li> <li>-Vigiar existência de alteração nas características das dejeções, quanto à forma, consistência e cor;</li> <li>-Identificar estados emocionais e sentimentos associados com a eliminação (como dor, desconforto, ansiedade, alguns movimentos difíceis de executar, os recursos existentes não serem os adequados e inexistência de privacidade);</li> <li>-Realizar de massagens abdominais e ensino do posicionamento adequado, como uma ligeira flexão do tronco;</li> <li>-Identificar se existem défices motores e sensoriais;</li> <li>-Otimizar a fralda;</li> <li>- Vigiar a eliminação intestinal e vesical;</li> </ul>	<p><u>2/1/2017</u></p> <p>Apresenta afasia de expressão, não conseguindo expressar-se aquando da necessidade de eliminação. Utiliza fralda para a eliminação vesical e intestinal.</p> <p><u>19/01/2017</u></p> <p>Apesar de se conseguir expressar melhor, continua sem conseguir expressar a</p>

	para a micção e a arrastadeira para a evacuação). Posteriormente, é pretendido que a pessoa comece a utilizar o sanitário para efetuar a eliminação.	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Tentar diminuir o déficit de autocuidado de modo a permitir que a pessoa consiga utilizar dispositivos de recolha, como urinol, durante o período diurno e possível utilização de dispositivos de proteção e recolha durante a noite (fraldas);</li> <li>-Garantir a privacidade, o conforto e um ambiente tranquilo no momento da eliminação;</li> </ul>	vontade aquando da necessidade de urinar e/ou evacuar, não se conseguindo utilizar outro tipo de dispositivos, além da fralda.
Dependente no autocuidado: higiene e banho.	<p>Diminuir o déficit de autocuidado existente na higiene e banho;</p> <p>Permitir que a pessoa execute as tarefas relacionadas com</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Explicar o procedimento passo a passo e encorajar a pessoa a participar;</li> <li>-Tentar diminuir o déficit neste autocuidado, incentivando a pessoa a lavar e a secar-se dentro das suas possibilidades funcionais;</li> <li>-Dar banho na maca-banheira, para promover uma estimulação propriocetiva;</li> <li>-Aplicar creme hidratante para hidratar a pele e prevenir soluções de continuidade;</li> </ul>	<p><u>2/1/2017</u></p> <p>Totalmente dependente no autocuidado. Não executa nenhuma tarefa por si próprio.</p> <p><u>19/01/2017</u></p> <p>Mantém dependência elevada, mas já lava a parte superior do corpo e</p>

	a higiene e o banho por si próprio;	-Incentivar a pessoa a pentear-se, com a utilização de um espelho; -Incentivar e promover o autocuidado para lavar os dentes;	consegue realizar a higiene oral com ajuda.
Dependente no autocuidado: Vestir-se.	Diminuir o déficit de autocuidado existente no vestir-se;  Permitir que a pessoa consiga executar as tarefas associadas ao vestir-se.	- Avaliar a capacidade funcional para o autocuidado: vestuário, através da escala MIF+MAF; - Avaliar capacidade de aprendizagem de capacidades para o autocuidado: vestuário; -Providenciar o vestuário adequado e incentivar a pessoa a vestir-se; - Ensinar sobre estratégias adaptativas no vestir-se; -Assistir no vestir as calças do pijama, pedindo a colaboração da pessoa através atividade terapêutica: ponte; -Durante o vestir, pode-se explicar e exemplificar o que deve ser feito, dispor a roupa pela ordem em que deve ser utilizada e incentivar a pessoa a fazê-lo.	<u>2/1/2017</u> Necessita de assistência total, pela MIF+MAF, para o vestir-se, não conseguindo executar nenhuma tarefa associada ao vestir-se. <u>19/01/2017</u> Mantém necessidade de assistência total para o vestir-se. No entanto, consegue vestir a manga do pijama e as calças do lado menos afetado.
Risco de alteração do estado de consciência.	Detetar e/ou prevenir precocemente episódios de	- Avaliar diariamente o estado de consciência, através da Escala de Glasgow; -Monitorizar o estado de consciência e vigiar sinais e sintomas de alteração do estado de consciência;	<u>2/1/2017</u> Pessoa consciente e aparentemente orientada.

	alteração do estado de consciência	do de	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Vigiar sinais de confusão;</li> <li>-Orientar a pessoa no tempo, espaço, pessoa e situação;</li> <li>-Promover um ambiente seguro;</li> <li>-Promover uma estimulação multissensorial;</li> <li>-Executar terapias de orientação para a realidade</li> </ul> <p>Gerir o ambiente físico, promovendo um ambiente de cuidados seguro;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Otimizar a comunicação;</li> </ul>	<p>Apresentava score 11 na Escala de Glasgow.</p> <p><u>19/01/2017</u></p> <p>A pessoa não apresentou alterações do estado de consciente. Consciente e orientada no tempo, espaço, pessoa e situação. Apresenta score 15 na Escala de Glasgow.</p>
Risco de desenvolver lesão por pressão.	Manter integridade da pele;	a da	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar o risco de desenvolver lesão por pressão através da utilização da Escala de Braden;</li> <li>-Avaliar regularmente a pele, observando se existem alterações cutâneas (presença de eritema não branqueável, fissuras, escoriações) e massajá-la com um creme hidratante, de modo a hidratar e estimular a circulação sanguínea;</li> <li>-Posicionar tendo em conta sempre o alinhamento postural e uma distribuição uniforme do seu peso;</li> </ul>	<p><u>2/1/2017</u></p> <p>Apresenta alto risco de desenvolver lesão por pressão, com um score 14, pela Escala de Braden. Não apresenta lesões por pressão.</p> <p><u>19/01/2017</u></p> <p>Mantém alto risco de desenvolver lesões por</p>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>-Encorajar e capacitar a pessoa a participar nos cuidados e na tomada de decisão (permitindo a escolha do decúbito, por exemplo);</li> <li>-Evitar posicionar sobre zonas de proeminência óssea;</li> <li>-Utilizar almofadas no posicionamento de modo a reduzir a pressão e a fricção;</li> <li>- Utilizar dispositivos de prevenção de lesão por pressão, como colchão de pressão alterna;</li> <li>- Promover a ingestão adequada de líquidos e nutrientes;</li> </ul>	<p>pressão. Não apresenta lesões por pressão nem alterações na continuidade da pele, ou eritema branqueável.</p>
<p>Risco de não adesão a precauções de segurança, por existência de fraqueza muscular e dificuldade em controlar a posição e o movimento no espaço.</p>	<p>Prevenir situações de risco de segurança para a pessoa, que interfiram no seu bem estar, como lesões por queimaduras (por diminuição da sensibilidade tátil e térmica do</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Avaliar a existência de estados emocionais que restrinjam a atenção e a consciência, estados de sono e devaneio;</li> <li>-Avaliar sinais de confusão e de incapacidade de compreender o mundo que o rodeia;</li> <li>-Monitorizar sinais de fraqueza muscular e de dificuldades em controlar a posição e o movimento no espaço;</li> <li>-Avaliar alterações da sensibilidade superficial (tátil, térmica e dolorosa) que possam provocar lesões, como queimaduras;</li> <li>-Reavaliar regularmente o risco de quedas pela escala de Morse;</li> <li>-Reavaliar regularmente o risco de desenvolver lesões por pressão, pela escala de Braden;</li> </ul>	<p><u>2/1/2017</u></p> <p>Aparentemente orientado mas com défice de atenção e com dificuldade em seguir instruções para a execução da tarefa. Apresenta diminuição da sensibilidade térmica e tátil no hemicorpo afetado e alto risco de desenvolver lesões por pressão e risco de queimaduras.</p>

	<p>hemicorpo direito) e lesões por pressão (por hemiplegia direita);</p> <p>Prevenir quedas, por existência de fraqueza muscular e dificuldade em controlar a posição e o movimento no espaço.</p>	<p>-Incentivar a execução de tarefas apenas com o apoio verbal do cuidador;</p>	<p><u>19/01/2017</u></p> <p>Apresenta capacidade de seguir instruções para executar a tarefa. Consegue manter-se atento por períodos de tempo maiores. Mantém alto risco de desenvolver lesões por pressão, mas risco mais diminuído de queimaduras.</p> <p>Apresenta dificuldade em controlar a sua posição e movimento do espaço.</p>
--	--	---	---

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ordem dos Enfermeiros (2013). Guia Orientador de Boas práticas - *Cuidados à pessoa com alterações da mobilidade-Posicionamentos, Transferências e Treino de Deambulação*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2015). Assembleia Do Colégio Da Especialidade De Enfermagem De Reabilitação- Proposta De Padrão Documental Dos Cuidados De Enfermagem Da Especialidade De Enfermagem De Reabilitação. Porto: Ordem dos Enfermeiros.

## APÊNDICES

**APÊNDICE 1-**  
**Avaliação da independência funcional (MIF+MAF)**

# MIF + MAF\*

<b>Cama-X</b>	<b>Data-2/1/17</b>							<b>Nome- Sr. J. L.</b>													
<b>Idade- 56 anos</b>	<b>Diagnóstico- AVC Hemorrágico</b>																				
<b>Avaliações</b>	<b>Data-2/1/17</b>							<b>Data-15/01/17</b>							<b>Data-19/01/17</b>						
<b>Categorias e Dimensões</b>	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
<b>AUTOCUIDADO</b>																					
Alimentação	X							X									X				
Deglutição*	X																				X
Higiene Pessoal	X							X									X				
Banho	X								X								X				
Vestir a metade superior do corpo	X							X							X						
Vestir a metade inferior do corpo	X							X							X						
Utilização da sanita	X							X							X						
<b>CONTROLO DOS ESFÍNCTERES</b>																					
Controlo Vesical	X							X							X						
Controlo intestinal	X							X							X						
<b>MOBILIDADE/TRANSFERÊNCIA</b>																					
Transferências: leito/cadeira/leito;	X							X							X						
Transferências: Sanita	X							X							X						
Transferências: Banheira; duche	X							X							X						
Transferências: Carro*	X							X							X						
<b>LOCOMOÇÃO</b>																					
Marcha; Cadeira de rodas	X							X							X						
Escadas	X							X							X						
Acesso à comunidade*	X							X							X						
<b>COMUNICAÇÃO</b>																					
Compreensão	X							X							X						
Expressão	X							X							X						
Leitura*	X							X							X						
Escrita*	X							X							X						
Inteligibilidade do discurso*	X							X							X						
<b>COGNIÇÃO SOCIAL</b>																					

**Na MIF+MAF a pontuação mais elevada será de 210 e a mais baixa será 30.**

Interação Social	X							X							X				
Resolução de problemas quotidianos	X							X							X				
Memória	X							X							X				
Estado emocional*	X							X							X				
Adaptação à Limitação*	X							X							X				
Empregabilidade*	X							X							X				
Orientação*	X							X							X				
Avaliação da segurança*	X							X							X				
<b>TOTAL</b>	<b>30</b>							<b>35</b>							<b>40</b>				

**Na MIF+MAF a pontuação mais elevada será de 210 e a mais baixa será 30.**

**Apêndice 2-**  
**AVALIAÇÃO DA FORÇA MUSCULAR PELA ESCALA DE LOWER**  
(02/01/2017)

		Data		02/01/2017										
<b>Avaliação da Força Muscular</b>	<b>M. Superior Esquerdo</b>	Flexão	Extensão	Abdução	Adução	Rotação interna	Rotação externa	Desvio radial	Desvio cubital	Pronação	Supinação	Elevação	Retração	
	Ombro	3/5	3/5	3/5	3/5	3/5	3/5					3/5	3/5	
	Cotovelo	3/5	3/5											
	Antebraço									3/5	3/5			
	Punho	3/5	3/5					3/5	3/5					
	Dedos	3/5	3/5	3/5	3/5									
	<b>M. Inferior Esquerdo</b>	Flexão	Extensão	Abdução	Adução	Rotação interna	Rotação externa			Báscula anterior	Báscula posterior	Inversão	Eversão	
	Bacia									3/5	3/5			
	Coxo-femural	3/5	3/5	3/5	3/5	3/5	3/5							
	Joelho	3/5	3/5											
	Tíbio-tarsica	3/5	3/5									3/5	3/5	
	Dedos	3/5	3/5	3/5	3/5									
	<b>M. Superior Direito</b>	Flexão	Extensão	Abdução	Adução	Rotação interna	Rotação externa	Desvio radial	Desvio cubital	Pronação	Supinação	Elevação	Retração	
	Ombro	0/5	0/5	0/5	0/5	0/5	0/5					0/5	0/5	
	Cotovelo	0/5	0/5											
	Antebraço									0/5	0/5			
	Punho	0/5	0/5					0/5	0/5					
	Dedos	0/5	0/5	0/5	0/5									
	<b>M. Inferior Direito</b>	Flexão	Extensão	Abdução	Adução	Rotação interna	Rotação externa			Báscula anterior	Báscula posterior	Inversão	Eversão	
	Bacia									0/5	0/5			
	Coxo-femural	0/5	0/5	0/5	0/5	0/5	0/5							
	Joelho	0/5	0/5											
	Tíbio-tarsica	0/5	0/5									0/5	0/5	
	Dedos	0/5	0/5	0/5	0/5									

**0/5** - Sem movimento ativo  
**1/5** - Contração muscular palpável e/ou visível  
**2/5** - Arco completo de movimento ativo, mas não vence a gravidade  
**3/5** - Arco completo de movimento ativo contra a gravidade  
**4/5** - Arco completo de movimento ativo contra a gravidade e alguma resistência  
**5/5** - Arco completo de movimento ativo contra a gravidade e resistência normal.

- 0/5** - Sem movimento ativo
- 1/5** - Contração muscular palpável e/ou visível
- 2/5** - Arco completo de movimento ativo, mas não vence a gravidade
- 3/5** - Arco completo de movimento ativo contra a gravidade
- 4/5** - Arco completo de movimento ativo contra a gravidade e alguma resistência
- 5/5** - Arco completo de movimento ativo contra a gravidade e resistência normal.

**APÊNDICE 3-**  
**AVALIAÇÃO DO TÔNUS MUSCULAR PELA**  
**ESCALA DE ASHWORTH MODIFICADA**  
(02/01/2017)

<b>Avaliação do tónus Muscular (02/01)</b>	<b>M. Superior Esquerdo</b>	Flexão	Extensão	Abdução	Adução	Rotação interna	Rotação externa	Desvio radial	Desvio cubital	Pronação	Supinação	Elevação	Retração
	Ombro	0	0	0	0	0	0					0	0
	Cotovelo	0	0										
	Antebraço									0	0		
	Punho	0	0					0	0				
	Dedos	0	0	0	0								
	<b>M. Inferior Esquerdo</b>	Flexão	Extensão	Abdução	Adução	Rotação interna	Rotação externa			Báscula anterior	Báscula posterior	Inversão	Eversão
	Bacia									0	0		
	Coxo-femural	0	0	0	0	0	0						
	Joelho	0	0										
	Tíbio-tarsica	0	0									0	0
	Dedos	0	0	0	0								
	<b>M. Superior Direito</b>	Flexão	Extensão	Abdução	Adução	Rotação interna	Rotação externa	Desvio radial	Desvio cubital	Pronação	Supinação	Elevação	Retração
	Ombro	1	1	1	1	1	1					-----	-----
	Cotovelo	1	1										
	Antebraço									1	1		
	Punho	1	1					1	1				
	Dedos	1	1	1	1								
	<b>M. Inferior Direito</b>	Flexão	Extensão	Abdução	Adução	Rotação interna	Rotação externa			Báscula anterior	Báscula posterior	Inversão	Eversão
	Bacia									-----	-----		
	Coxo-femural	1+	1+	1+	1+	1+	1+						
	Joelho	1+	1+										
	Tíbio-tarsica	1+	1+									1+	1+
	Dedos	1+	1+	1+	1+								

**0** - Tónus normal;

**1** - Aumento do tónus no início ou no final do arco de movimento;

**1;+** - Aumento do tónus em menos da metade do arco de movimento, manifestado por tensão abrupta e seguido por resistência mínima;

**2** - Aumento do tónus em mais de metade do arco de movimento;

**3** - Partes em extensão ou flexão e movidos com dificuldade;

**4**- Partes rígidas em extensão ou flexão;

**0** - Tônus normal;

**1** - Aumento do tônus no início ou no final do arco de movimento;

**1;+** - Aumento do tônus em menos da metade do arco de movimento, manifestado por tensão abrupta e seguido por resistência mínima;

**2** - Aumento do tônus em mais de metade do arco de movimento;

**3** - Partes em extensão ou flexão e movidos com dificuldade;

**4**- Partes rígidas em extensão ou flexão;

**Apêndice 4-**  
**AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA**  
(02/01/2017)

<b>Escala de Glasgow</b>	Abertura olhos	<b>4 - Espontânea</b> 3 - À voz 2 - À dor 1 - Nenhuma
	Resposta verbal	5 - Orientada 4 - Confusa 3 - Inapropriada <b>2 - Incompreensível</b> 1 - Nenhuma
	Resposta Motora	6 - Obedece a ordens <b>5 - Localiza a dor</b> 4 - Foge à dor 3 - Flexão à dor 2 - Extensão à dor 1 - Nenhuma

<b>Sensibilidade</b>	Superficial	Térmica	x		x		
		Dolorosa					
		Táctil	x		x		
	Profunda	Postural	x		x		
		Vibratória	x		x		

X → Alterado

<b>Avaliação dos Pares Cranianos</b>	<b>Nervos Cranianos</b>	<b>Forma de pesquisar</b>	<b>Alterações</b>
	<b>I - Olfactivo</b>	Dar algo a cheirar	SA
	<b>II - Óptico</b>	Observar movimento dos olhos	SA
	<b>III - Óculo motor</b>	Observar movimento dos olhos para cima e para dentro	SA
	<b>IV - Troclear</b>	Observar movimento dos olhos para baixo e para fora	SA
	<b>V - Trigémio</b>	Sensibilidade e movimentos faciais	SA
	<b>VI - Abducente</b>	Movimento lateral dos olhos	SA
	<b>VII - Facial</b>	Movimento facial; capacidade de apertar os dentes	SA
	<b>VIII - Vestibulo-coclear</b>	Audição (com diapasão) e equilíbrio (pedir ao doente que caminhe em linha recta)	X
	<b>IX - Glossofaringeo</b>	Analisar presença de rouquidão e a capacidade de deglutir (verificar posição da úvula pedindo ao doente para dizer "ah")	X
	<b>X - Vago</b>	Analisar presença de voz anasalada e a capacidade de deglutir	X
	<b>XI - Acessório</b>	Pesquisar os músculos do pescoço (pedir para encolher os ombros e verificar a força muscular)	SA
	<b>XII - Hipoglosso</b>	Pedir ao doente para colocar a língua de fora e verificar desvios da mesma	SA

SA → Sem alterações

**APÊNDICE V- SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE NA AURPI  
DA AREA**

# Doença de Alzheimer

Sandra Fonseca Nº 6601

Docente Orientadora: Prof. Vanda Marques Pinto

Novembro de 2016

1

## Demência

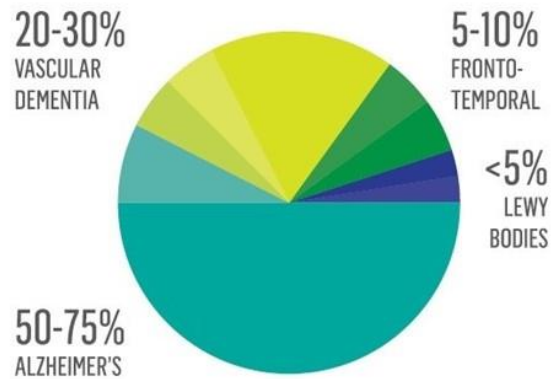
### Manifestações clínicas





## Demência

Existem mais de 100 tipos de demência



3



## Doença de Alzheimer Sintomatologia

- Perda de memória
- Comunicação;
- Realização de tarefas;
- Concentração;
- Dificuldade em reconhecer objetos, pessoas, sítios e sons familiares;
- Dificuldade em encontrar o caminho de volta, reconhecer as horas, a data e a localização;
- Interpretação incorreta das coisas;
- Alucinações;
- Irritação, depressão e/ou apatia.

4

## A DOENÇA **Alzheimer**

Os sintomas da doença podem ser divididos em três fases: leve, moderado e grave.

FASE INICIAL	INTERMEDIÁRIA	GRAVE
LAPSOS na memória	PERDA de memória	DEPENDÊNCIA FÍSICA total
MUDANÇAS de comportamento	MUDANÇAS de Humor	A DEGLUTIÇÃO fica prejudicada
SENSO de direção e Mudança de Humor	DEPENDÊNCIA física em algumas atividades	APARECIMENTO de infeções. Ex: Urinária e pneumonia
DIFICULDADE em fixar novas informações	ALTERNÂNCIA: confusão mental e esquecimento do vocabulário	NÃO RECONHECE ninguém e nem a si mesmo.
		NÃO anda e quase não fala



5

## Sintomatologia específica

### Memória

#### Recomendações

- Quadro para tomar notas;
- Sinais nas portas das diferentes divisões;
- "Post-it" no frigorífico;
- Calendário (em que se vão riscando os dias);
- Relógio (com um mostrador sem enfeites e com um tic-tac alto);
- Fotografias (com nomes escritos por baixo);
- Livro de visitas.



6



## Sintomatologia específica

### Comunicação

- Dificuldade ou perda da capacidade de compreender a linguagem oral ou escrita;
- Comportamento mal interpretado por terceiros;
- Maior isolamento social.



7



## Sintomatologia específica

### Comunicação

A incapacidade de comunicar adequadamente



Pode causar embaraço, especialmente se chamar a atenção para os erros.

*Podem utilizar "um estilo de linguagem menos complexo (frases mais curtas e/ou um vocabulário limitado), passem a conversar menos, fiquem isoladas, e acabem mesmo por não falar de todo".*

8



## Sintomatologia específica

### Comunicação

Cuidador formal/informal



Primeiro a tomar a iniciativa de falar com a pessoa



Envolvendo-a também nas conversas estabelecidas com outras pessoas.

9



## Sintomatologia específica

### 10 mandamentos da comunicação



- Falarás devagar e com clareza;
- Permanecerás próximo da pessoa;
- Usarás o nome da pessoa com regularidade;
- Usarás frases simples, curtas e concretas;
- Tocarás o corpo da pessoa;
- Completarás as tuas palavras com gestos e festas;
- Ficarás à altura da pessoa, frente a frente;
- Dirás uma mensagem de cada vez;
- Deverás estabelecer contacto com os olhos;
- Usarás frases afirmativas.

10



## Sintomatologia específica

### Comunicação

Não deve ser fornecida assistência antes da mesma ser realmente necessária



Diminui os incentivos para a pessoa tentar executar a tarefa comunicacional.



Não se deve considera-la incapaz de comunicar eficazmente. Pode apenas necessitar de mais tempo para compreender o que foi transmitido e para responder.

11



## Sintomatologia específica

### Desorientação

- No tempo e no espaço;

O relógio interior, que permite às pessoas saber quando é altura de comer ou dormir, também tende a entrar em rutura.



12



## Sintomatologia específica

### Desorientação

O problema pode não ser a desorientação mas a ansiedade que isso causa.

Saber que é meio-dia não é particularmente importante, mas a possibilidade de ter falhado o lanche, o programa favorito de televisão, ou o medo de ter sido abandonado, pode sê-lo.

13



## Sintomatologia específica

### Desorientação

- Criar uma rotina estruturada;
- Estabelecer várias atividades diárias.
- Colocar as coisas no mesmo lugar;
- Colocar sinais nas portas;
- Colocar sinais e letreiros descritivos nos armários e nas gavetas;



14



## Sintomatologia específica

### Comportamento Agressivo

Sentimentos negativos



Frustração ou ansiedade



Distrair a pessoa

É fundamental que o cuidador evite comportamentos de confrontação e discussão, aplicar castigos e evitar a contenção física da pessoa.

15



## Sintomatologia específica

### Agitação e nervosismo

- Andar de um lado para o outro;
- Mexer nas gavetas;
- Abrir as torneiras;
- Mudar as coisas de lugar.



Evitar conter a pessoa ou impedir que a mesma se desloque para outro lugar;

Compreender o motivo que desencadeou a agitação.

Algo pode estar a incomodar ou a magoar.

16



## Sintomatologia específica

### Apatia

Podem ficar horas simplesmente sentadas numa cadeira, ou ficar em pé, paradas, sem querer fazer nada;

Não obrigar pessoa a fazer algo, quando ela já deu a entender que não tem vontade de o fazer;



17



## Sintomatologia específica

### Incontinência

*“Para a pessoa com demência, qualquer tipo de incontinência pode ser extremamente perturbador (...) Por vezes ocorre um acidente porque a pessoa não consegue encontrar a casa de banho a tempo, mesmo estando na sua casa”*

#### Estratégias a implementar:

- Deixar a luz acesa;
- Quanto mais próximo se situar a casa de banho, mais hipóteses a pessoa terá de lá chegar a tempo;
- Anotar o momento em que a pessoa vai à casa de banho e quais os períodos em que costuma apresentar incontinência;
- Desenvolver uma rotina;
- Identificar os sinais que a pessoa apresenta quando necessita de ir à casa de banho;

18



## Sintomatologia específica

### Incontinência

#### Estratégias a implementar:

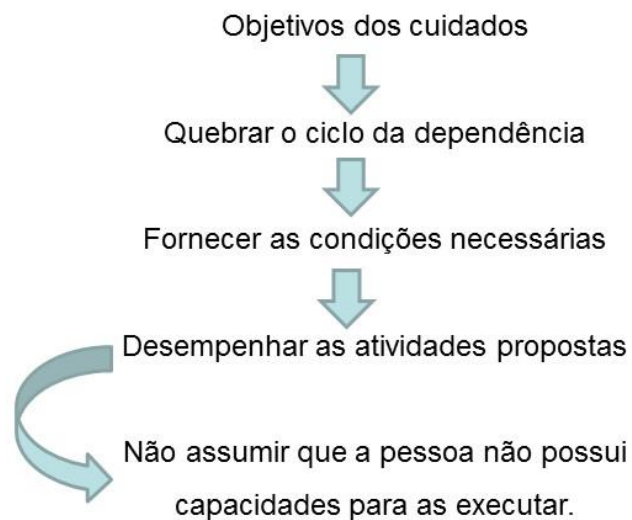
- Utilizar dispositivos de ajuda (como pegas e assento de sanita);
- Colorir a água dentro da sanita para ser mais fácil distinguir;
- É importante verificar se a pessoa se mantém hidratada;
- Utilizar vestuário fácil de vestir e despir;



19



## Prestação de cuidados



20



## Prestação de cuidados

Os cuidadores podem contribuir para a perda funcional destas pessoas



Ao executarem as atividades pelos indivíduos



Promovem a sua dependência

21



## Prestação de cuidados

- Qualquer atividade de cuidado deve focar-se na pessoa com demência e não apenas na atividade a executar.
- O cuidado deve se ajustado às necessidades da pessoa e não forçar a pessoa a estabelecer determinadas rotinas convenientes para o prestador de cuidados.

22



## Prestação de cuidados

### Alimentação

As refeições são situações complexas e a incapacidade de identificar um garfo, faca ou a própria comida, podem causar ansiedade e problemas associados à disfagia.

A diminuição da coordenação, pode fazer com que a pessoa suje tudo à sua volta, ou necessite de ajuda a segurar a faca e o garfo.

- Posicionar corretamente a pessoa;
- Avaliar dificuldades na deglutição;
- Administrar líquidos em quantidade adequada, de modo a evitar o risco de desidratação, obstipação e aumento de confusão;
- Permitir o tempo necessário e adequado à refeição;
- Utilizar dispositivos de ajuda durante a alimentação;

23



## Prestação de cuidados

### Dispositivos de ajuda na alimentação



24



## Prestação de cuidados

### Eliminação

- Avaliar possíveis alterações no padrão de eliminação;
- Avaliar situações de dor, desconforto, ansiedade, alguns movimentos difíceis de executar;
- Verificar a possível presença de obstipação ou fecalomas, retenção urinária;
- Mudar regularmente a fralda;
- Realizar massagens abdominais;
- Posicionar adequadamente, com ligeira flexão do tronco;
- Escolher roupa que seja fácil de despir;

25



## Prestação de cuidados

### Banho

As pessoas com demência podem:

- Perder a capacidade de utilizar objetos quotidianos, como pentes e escovas de dentes;
- Esquecer-se do que são estes objetos e da sua finalidade;
- Esquecer-se de que há uma tarefa por cumprir, ter a impressão de que já a fizeram;
- Perder o interesse em manter tudo limpo e com bom aspeto.



26



## Prestação de cuidados

### Prevenção de riscos

É importante antecipar e prevenir a ocorrência de **riscos**:

- Quedas;
- Úlceras por pressão;
- Queimaduras.

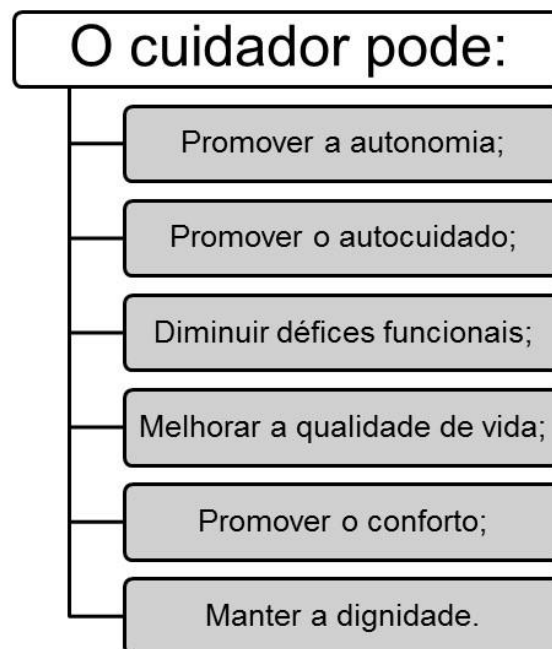
### Intervenções

- Avaliar sinais e sintomas de debilidade e fraqueza física, dificuldades em controlar a posição;
- Avaliar sinais de confusão e de incapacidade de compreender o mundo que o rodeia;
- Avaliar alterações da sensibilidade que possam provocar lesões, como queimaduras;

27



## Considerações finais



28



## Referências Bibliográficas

- Carvalho, A. *et al* (2015). Epidemiologia da Demência e da Doença de Alzheimer em Portugal: Estimativas da Prevalência e dos Encargos Financeiros com a Medicação. *Revista Científica da Ordem dos Médicos*. 28 (2), 182-188. Acedido a 15/05/2015. Disponível em: <http://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/download/6025/4295>
- Kroll, T. & Naue, U. (2008). 'The demented other': identity and difference in dementia. *Nursing Philosophy*. 10 (1). 26-33. Acedido a 04/05/2015. Disponível em: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=f6179fcd-3182-4503-91aa-a114edf996a4%40sessionmgr4001&vid=0&hid=4209>
- PNMIE (2004). *Enfermagem Psiquiátrica Incrivelmente fácil*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan
- Rue, A., SPAR, J. (1998). *Guia de Psiquiatria Geriátrica*. Lisboa: Climepsi.
- Umphred, D. (2010). *Reabilitação Neurológica*. (5ª ed.), Rio de Janeiro: Mosby Elsevier.
- WHO (2008). *The top ten causes of death*. Genebra: World Health Organization
- WHO (2012). *Dementia: a public health priority*. Genebra: World Health Organization;



## **APÊNDICE VI- JORNAL DE APRENDIZAGEM I**



**6º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO**

**UNIDADE CURRICULAR – ESTÁGIO COM RELATÓRIO**

**Intervenção do Enfermeiro Especialista em  
Enfermagem de Reabilitação na promoção do  
autocuidado da pessoa com doença de  
Alzheimer:  
Jornal de Aprendizagem**

**Sandra Tomé Bandeira Fonseca**

**Nº 6601**

**Outubro de 2016**





**6º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM**

ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

UNIDADE CURRICULAR – ESTÁGIO COM RELATÓRIO

**Intervenção do Enfermeiro Especialista em  
Enfermagem de Reabilitação na promoção do  
autocuidado da pessoa com doença de  
Alzheimer:  
Jornal de Aprendizagem**

**Sandra Tomé Bandeira Fonseca      Nº 6601**

**Docente Orientador:- Prof. Vanda Marques Pinto**

**Outubro de 2016**

O presente jornal de aprendizagem foi realizado no âmbito da Unidade Curricular- Estágio com relatório, do 2º ano, 3º semestre do 6º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação, com o objetivo de registar situações da minha prática clínica enquanto futura enfermeira especialista em enfermagem de reabilitação, utilizando, para tal, o Ciclo Reflexivo de Gibbs, e, conseqüentemente, promover e desenvolver a minha capacidade reflexiva e de análise crítica sobre a situação experienciada.

A situação experienciada ocorreu ao longo das primeiras semanas de Ensino Clínico. Tendo em conta que o tema do meu projecto é “Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na promoção do autocuidado da pessoa com doença de Alzheimer”, achei pertinente efectuar, primeiramente, uma correta identificação e caracterização da população abrangida pela Unidade de Saúde familiar (USF), que possuísse o diagnóstico de doença de Alzheimer.

Para tal, tive que efectuar uma introdução ao programa informático “Medicine One”, de modo a conseguir efectuar um cruzamento de dados dos utentes que possuíssem doença de Alzheimer. Neste programa informático, as patologias são identificadas utilizando a terminologia ICPC (International Classification of PrimaryCare), que consiste na Classificação Internacional de Cuidados de Saúde Pimários. Esta classificação permite que os profissionais envolvidos possam utilizar uma linguagem comum a nível internacional, através de um sistema de codificação adequado à sua prática.

A dificuldade começou nesta etapa da pesquisa, pois o ICPC apenas inclui um código que inclui a doença de Alzheimer, o código “P70- Demências”. Ao fazer o cruzamento de dados dos utentes desta USF, obtive o resultado de 85 utentes com demência. No entanto, eu pretendia era obter a informação do número de utentes com, especificamente, doença de Alzheimer e não com demência (visto existir vários tipos de demência). Pude constatar que todos os doentes estavam classificados com este código, independentemente do tipo de demência.

Assim, para tentar identificar correctamente, desses 85 utentes com diagnóstico de demência, quais é que possuíam demência por doença de Alzheimer, tive analisar os registos pessoais de todos esses utentes no Medicine One. Deparei-me então com o segundo problema: Apesar de só existir uma codificação para a

demência, nos próprios registos médicos e de enfermeiros informatizados, na maioria dos utentes, não estava especificado o tipo de demência. Para tentar ultrapassar esta dificuldade, tive que aceder à Plataforma de Dados em Saúde e, a partir daí, aceder aos registos médicos disponíveis no Hospital Y, para verificar se nestes registos faziam referência ao tipo de demência de cada utente. Os restantes utentes que não possuíam nenhum tipo de registo informatizado que fizesse referência ao tipo de demência, foi pedido à equipa médica responsável que fizesse a distinção. Só deste modo é que consegui fazer a distinção dos tipos de demência e, assim, pude chegar ao resultado de 27 utentes com doença de Alzheimer clinicamente diagnosticada.

Para tentar compreender melhor a situação, fui estudar este sistema de classificação da ICPC.

Para WONCA (2011, p.5) *“os sistemas de informação e registos clínicos são um componente essencial na matriz em que está assente a governação clínica e de saúde”*. Assim, e deste modo, a utilização da ICPC poderia funcionar como um modo de conhecer melhor a carga de determinada patologia nos cuidados de saúde primários. A ICPC *“é facilmente usada pelo médico e constitui uma forma simplificada de um registo manual centralizado de dados colhidos em qualquer lugar (...) com vista a aumentar a coerência da codificação, foram introduzidos critérios de inclusão para o uso de cada rúbrica na ICPC”* (WONCA, 2011, p.15-33). Deste modo, o objectivo deste sistema de classificação é aumentar a coerência da codificação, evitando minimizar os riscos de uma codificação errada.

Naturalmente, este sistema de classificação e de critérios não é isento de erro. *“A medicina, principalmente no que diz respeito ao doente individual é tão rica que requer uma nomenclatura muito mais exhaustiva do que a ICPC, principalmente quando se trata do registo de um pormenor específico que deve constar no registo individual de um doente”* (WONCA, 2011, p.12). Assim, a meu ver, além da nomenclatura da ICPC, no caso do diagnóstico de demência, deveria ser explicitado o subtipo de demência, pois só sabendo o subtipo de demência existente é que se poderá obter um prognóstico mais claro e correto da situação do utente e, a partir desse ponto, poder planear-se uma intervenção adaptada e personalizada ao utente, que satisfaça correctamente as suas necessidades de cuidado.

Os utentes encontravam-se todos com a classificação “P70 Demência”, que inclui apenas a doença de Alzheimer e a demência senil. Os critérios de inclusão pressupõem a *“existência de um síndrome devido a uma doença do cérebro, geralmente de natureza crónica e/ou progressiva com perturbações clinicamente significáveis das funções do córtex superior (memória, pensamento, orientação e compreensão) mas sem afetar a consciência”* (WONCA, 2011, p.85).

Em alternativa, poderiam ser classificados como *“P20- alterações da memória que inclui amnésia, desorientação, dificuldades de concentração (...) ou P 29- Sintoma/queixa psicológica, que inclui ilusões, problemas em comer, alucinações, sintomas psicológicos múltiplos, falta de higiene, comportamentos estranhos e desconfiança.”* (WONCA, 2011, p.85).

Também encontrei dados onde incluíam a demência derivada da doença de Parkinson no critério “P70- demência”. Esta deveria ser classificada no Sistema neurológico, *“N87- Parkinsonismo, inclui o parkinsonismo induzido por medicação, paralisia agitante e doença de Parkinson. Os critérios de inclusão são a existência de pobreza e lentidão dos movimentos voluntários, tremor em repouso que melhora com movimentos ativos e rigidez muscular”* (WONCA, 2011, p.83).

Em alternativa a algum dos diagnósticos referidos anteriormente, tratando-se mesmo de demência, poder-se-ia utilizar o diagnóstico “P70-Demência”, mas especificar em observações qual o subtipo de demência de o utente possui.

Em 2016, ocorreu uma reformulação da ICPC que sugere que para a correcção desta situação se faça um mapeamento pelo ICD 10 (International Classification Disease 10th edition), seleccionando o código que corresponde ao tipo de demência apresentado (WONCA, 2016, p.490).

Para concluir, o registo de informações e dados do utente deveria permitir acedermos de forma rápida à sua informação clínica e, acima de tudo, fazer um diagnóstico correto da sua situação, de modo a facilitar e a permitir uma gestão eficiente de tempo e recursos. Algo que deveria ter sido relativamente rápido a fazer, como a correta identificação e caracterização da população com doença de Alzheimer, demorou imenso tempo a efectuar e tive que recorrer a várias plataformas de registo de dados para o fazer. Assim, e com o intuito de prevenir situações semelhantes futuramente, foi proposto a elaboração de uma sessão de informação à equipa

multidisciplinar, não só para apresentar o meu projecto e objectivos de estágio, mas também para expor esta situação a todos os elementos da equipa.

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

WONCA (2011)- *Classificação Internacional de Cuidados de Saúde Primários- Segunda edição*. Oxford: Oxford University Press.

WONCA (2016)- *Classificação Internacional de Cuidados de Saúde Primários- Segunda edição*. Lisboa: Administração Central do Sistema de Saúde.

**APENDICE VII- JORNAL DE APRENDIZAGEM II**



**6º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO**

**UNIDADE CURRICULAR – ESTÁGIO COM RELATÓRIO**

**Intervenção do Enfermeiro Especialista em  
Enfermagem de Reabilitação na promoção do  
autocuidado da pessoa com doença de  
Alzheimer:  
Jornal de Aprendizagem**

**Sandra Tomé Bandeira Fonseca**

**Nº 6601**

**Novembro de 2016**





**6º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM**  
ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO  
UNIDADE CURRICULAR – ESTÁGIO COM RELATÓRIO

**Intervenção do Enfermeiro Especialista em  
Enfermagem de Reabilitação na promoção do  
autocuidado da pessoa com doença de  
Alzheimer:**  
**Jornal de Aprendizagem**

**Sandra Tomé Bandeira Fonseca      Nº 6601**

**Docente Orientador:- Prof. Vanda Marques Pinto**

**Novembro de 2016**

## **LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS**

EEER- Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação;

OE- Ordem dos Enfermeiros;

O presente jornal de aprendizagem foi realizado no âmbito da Unidade Curricular- Estágio com relatório, do 2º ano, 3º semestre do 6º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação, com o objetivo de registar situações da minha prática clínica enquanto futura enfermeira especialista em enfermagem de reabilitação, utilizando, para tal, o Ciclo Reflexivo de Gibbs, e, conseqüentemente, promover e desenvolver a minha capacidade reflexiva e de análise crítica sobre a situação experienciada.

A situação experienciada ocorreu durante a prestação de cuidados de reabilitação à pessoa com doença de Alzheimer. Tendo em conta o tema do projecto que propus desenvolver ao longo deste Ensino Clínico, os meus cuidados como futura EEER incidiram maioritariamente sobre a pessoa com o diagnóstico de doença de Alzheimer e que possuísse diminuição/alteração da funcionalidade e mobilidade e, conseqüentemente, com défice na capacidade de autocuidado.

Deste modo tive a oportunidade de, após efectuar o correto diagnóstico da situação e caracterização da população com doença de Alzheimer, identificar factores que fossem inibidores e facilitadores do autocuidado, pois, só deste modo, poderia intervir de modo mais eficaz como futura EEER.

Assim os factores facilitadores e/ou inibidores do autocuidado que identifiquei diziam respeito ao contexto pessoal da pessoa com doença de Alzheimer (idade, género, conhecimento existente sobre a doença e a gestão da mesma, comorbilidades associadas) e ao contexto sócio-ambiental (condições sócio-económicas, recursos da comunidade, agregado familiar, capacidade de adaptação do ambiente envolvente). O próprio suporte fornecido pelos cuidadores informais poderia ter um papel facilitador ou inibidor do autocuidado, consoante o tipo de assistência prestada (cuidadores que executam todas as actividades de autocuidado pela pessoa, quando a mesma ainda possui capacidade para o fazer, é um fator limitador do autocuidado; Enquanto que cuidadores que fornecem a assistência apenas e quando necessária, dando tempo e espaço para que a pessoa desempenhe o seu autocuidado ao seu ritmo e tendo em conta as suas limitações funcionais, é um fator facilitador do autocuidado).

De seguida, tendo em conta os sinais e sintomas apresentados pela pessoa, tive a oportunidade de identificar e caracterizar cada um dos três estádios existentes

da doença de Alzheimer, assim como identificar correctamente qual o estágio em que a própria pessoa se encontrava.

Utilizei e apliquei escalas e instrumentos de avaliação adaptadas à pessoa com doença de Alzheimer, que permitissem avaliar a sua funcionalidade (como a Escala de Avaliação da Incapacidade Funcional na Demência) e estado comportamental (como a Escala de Avaliação da Doença de Alzheimer). Tive alguma dificuldade em conseguir implementar estas escalas, tendo em conta que a maioria dos doentes com o diagnóstico de doença de Alzheimer já apresentava um défice cognitivo bastante acentuado, com necessidade de repetir as instruções necessárias para cada etapa da escala várias vezes e às vezes sem sucesso.

Após todos os passos anteriores, tive então todas as condições necessárias para conseguir identificar e avaliar a capacidade funcional da pessoa para se autocuidar (força, tónus muscular, coordenação). Nesta etapa, avaliei a força muscular pela Escala de Lower, a espasticidade pela Escala Modificada de Ashworth. Efetuei também avaliação neurológica dos 12 pares craneanos, assim como avaliação da sensibilidade superficial e profunda e avaliação do equilíbrio. Pois, a meu ver, só após ultrapassar estas etapas todas é que poderia identificar possíveis limitações ou défices funcionais existentes que pudessem influenciar negativamente o autocuidado.

Deste modo pude colocar em prática as competências específicas do EEER propostas pela Ordem dos Enfermeiros (2010) no que diz respeito: *“Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados- J1.1. Avalia a funcionalidade e diagnostica alterações que determinam limitações da actividade e incapacidades”*, pois avaliei o risco existente de alteração da funcionalidade, recolhendo as informações necessárias e utilizando escalas de avaliação, de modo a conseguir determinar a capacidade funcional da pessoa para se autocuidar, identificando factores facilitadores e inibidores do autocuidado, elaborando, de seguida, o diagnóstico da situação da pessoa, de modo a identificar quais as suas necessidades de intervenção, de modo a promover a optimização e reeducação funcional.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2010) *“ o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação concebe, implementa e monitoriza planos de reabilitação diferenciados, baseados nos problemas reais e potenciais das pessoas”* assim

implementa intervenções que permitam “*melhorar as funções residuais, manter ou recuperar a independência nas actividades de vida e minimizar o impacto das incapacidades instaladas*”.

Após ter efectuado toda a avaliação da situação, com recolha de todos os dados necessários para efectuar uma correta avaliação e observação inicial de Enfermagem de Reabilitação, tive a oportunidade de, em conjunto com a pessoa e o seu cuidador formal/informal, elaborar e implementar planos de cuidados e de actividades a desenvolver junto da mesma, com o intuito de melhorar a sua capacidade funcional e reintegração social. Estas intervenções permitiram-me desenvolver competências de Enfermagem de Reabilitação no domínio da prestação de cuidados especializados, que respondessem às necessidades das pessoas com doença de Alzheimer com défice de autocuidado, tendo em conta a sua singularidade e individualidade, de modo a promover a sua autonomia e qualidade de vida.

Deste modo pude colocar em prática as competências específicas do EEER propostas pela Ordem dos Enfermeiros (2010) no que diz respeito “*Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados- J1.2. Concebe planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao autocontrolo e auto-cuidado nos processos de transição saúde/doença e /ou incapacidade*”; *J1.3. Implementa as intervenções planeadas com o objectivo de otimizar e/ou reeducar as funções aos níveis motor, sensorial, cognitivo, cárdio-respiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade*”.

Todas as intervenções desenvolvidas e implementadas em cada sessão de Reeducação Funcional, eram alvo de monitorização dos resultados obtidos, de modo a conseguir avaliar o impacto das mesmas na funcionalidade da pessoa com doença de Alzheimer. Sempre que era necessário, procedia à alteração ou adaptação do programa de Reeducação funcional, tendo em conta o gasto energético associado ao mesmo, grau de cansaço da pessoa, grau de colaboração e de motivação assim como, a capacidade da pessoa para o executar

Deste modo pude colocar em prática as competências específicas do EEER propostas pela Ordem dos Enfermeiros (2010) no que diz respeito “*Cuida de pessoas*

*com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados- J1.4. Avalia os resultados das intervenções implementadas”.*

Para concluir, devo confessar que noto uma evolução progressiva no meu modo de pensar e de implementar cuidados de enfermagem. Sinto que me encontro mais orientada, não apenas para os cuidados curativos, mas, acima de tudo, para a prestação de cuidados de prevenção e de recuperação da funcionalidade.

Sinto que consigo estruturar melhor o meu raciocínio e capacidade reflexiva sobre os cuidados prestados, conseguindo olhar para a pessoa como um todo, mas não só. Para proceder a uma correta identificação das necessidades de cuidados da pessoa também é necessário proceder-se à avaliação do seu meio envolvente, à possível existência de barreiras arquitectónicas que impeçam o seu autocuidado, à necessidade de se utilizar produtos de apoio (ajudas técnicas e dispositivos de compensação) e à própria relação de ajuda estabelecida com o seu cuidador formal/informal.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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

**APÊNDICE VIII- JORNAL DE APRENDIZAGEM III**



**6º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO**

**UNIDADE CURRICULAR – ESTÁGIO COM RELATÓRIO**

**Intervenção do Enfermeiro Especialista em  
Enfermagem de Reabilitação na promoção do  
autocuidado da pessoa com doença de  
Alzheimer:  
Jornal de Aprendizagem**

**Sandra Tomé Bandeira Fonseca**

**Nº 6601**

**Janeiro de 2017**



**6º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM**  
ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO  
UNIDADE CURRICULAR – ESTÁGIO COM RELATÓRIO

**Intervenção do Enfermeiro Especialista em  
Enfermagem de Reabilitação na promoção do  
autocuidado da pessoa com doença de  
Alzheimer:**  
**Jornal de Aprendizagem**

**Sandra Tomé Bandeira Fonseca      Nº 6601**

**Docente Orientador:- Prof. Vanda Marques Pinto**

**Janeiro de 2017**

## **LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS**

EEER- Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação;

MAF- Medida de Avaliação Funcional;

MIF- Medida de Independência Funcional;

OE- Ordem dos Enfermeiros;

O presente jornal de aprendizagem foi realizado no âmbito da Unidade Curricular- Estágio com relatório, do 2º ano, 3º semestre do 6º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação, com o objetivo de registar situações da minha prática clínica enquanto futura enfermeira especialista em enfermagem de reabilitação, utilizando, para tal, o Ciclo Reflexivo de Gibbs, e, conseqüentemente, promover e desenvolver a minha capacidade reflexiva sobre a situação experienciada.

A situação experienciada ocorreu durante o meu percurso de estágio intra-hospitalar, no Serviço Y. Tendo em conta que neste serviço não existem pessoas com o diagnóstico de doença de Alzheimer, tentei arranjar forma de deixar um contributo válido e útil neste campo de estágio, mas que ao mesmo tempo me permitisse adquirir e desenvolver competências de Enfermagem de Reabilitação e que mantivesse o âmbito do meu projeto na área da cognição, comportamento e memória, mas adaptado aos utentes deste serviço.

Devo confessar que, inicialmente, tive alguma dificuldade em compreender de que modo poderia adaptar o meu projeto a este serviço, tendo em conta a sua especificidade.

Neste serviço, os EEER utilizam a Medida de Independência Funcional (MIF).

A utilização de uma escala validada permite avaliar o nível de funcionalidade da pessoa e, conseqüentemente, o nível de assistência necessária.

A MIF apresenta duas dimensões, motora e cognitiva, divididas em 18 itens, nomeadamente: alimentação; higiene pessoal; vestir a metade superior do corpo; vestir a metade inferior do corpo; utilização da sanita; controlo da bexiga; controlo das fezes; transferências: leito, cadeira, cadeira de rodas; transferências: sanita; Transferências: banheira, duche; Deambulação na horizontal; Escadas; Compreensão; Expressão; Interação Social; Resolução de problemas da vida quotidiana; memória (Wright, 2000).

Cada item tem uma cotação mínima de 1 e máxima de 7, desde a assistência total à independência completa. A cotação total mais elevada é de 126 e a mais baixa é de 18. Deste modo, este sistema de classificação permite refletir o desempenho real observado, e não a capacidade da pessoa para o executar, caso as circunstâncias fossem diferentes (Wright, 2000).

No entanto, apesar da MIF ser uma escala válida, apresenta poucos itens funcionais a nível cognitivo, comportamental e comunicativo. Assim, considere que poderia deixar o meu contributo apresentando e explicando a existência da Medida de Adaptação Funcional (MAF), de modo a poder ser utilizada neste serviço em conjunto com a MIF. Para tal, encontro-me neste momento a elaborar uma apresentação em Power point sobre a MAF e a sua possível implementação neste serviço. Também me encontro a elaborar um documento de trabalho que permita compreender e utilizar de forma correta cada item desta escala.

A MAF foi desenvolvida com o objetivo de abordar áreas funcionais menos enfatizadas na MIF, nomeadamente a cognição, comportamento, comunicação e o acesso à comunidade. Deste modo, a MAF acrescenta 12 itens (Deglutição, transferência: carro, acesso à comunidade, leitura, escrita, compreensão do discurso, estado emocional, adaptação à limitação, empregabilidade, orientação, atenção e avaliação da segurança), que não devem ser utilizados isoladamente, mas sim adicionados aos 18 itens já existentes da MIF, totalizando um total de 30 itens (Wright, 2000).

Wright (2000) sugere a utilização de árvores de decisão (fluxograma) na utilização da MIF+MAF, que, através de uma série de perguntas, permitem orientar o avaliador para uma pontuação final fidedigna. Encontro-me também a elaborar as árvores de decisão que permitem implementar a MAF com objetividade.

A meu ver, é fundamental o EEER utilizar com regularidade instrumentos de medida durante a prestação de cuidados, pois só deste modo se conseguirão obter dados válidos que permitam avaliar o progresso em termos de funcionalidade da pessoa e, deste modo, avaliar o impacto real do programa de Enfermagem de Reabilitação.

No que diz respeito à gestão de cuidados saúde, a MIF+MAF permitirá “*analisar e acompanhar a qualidade dos cuidados fornecidos, determinar relações custo/benefício e custo/realização em matéria de reabilitação e avaliar permanentemente as atividades de reabilitação*” (Wright, 2000).

Assim, conseguir-se-á planear as intervenções de Enfermagem de Reabilitação em função dos resultados obtidos com a utilização da MIF+MAF, avaliar o grau de incapacidade funcional do doente de forma objetiva e mensurável, com intervenções

adaptadas ao nível real de funcionalidade da pessoa, além de que, e não menos importante, permitirá avaliar cientificamente os ganhos em saúde obtidos com as intervenções de Enfermagem de Reabilitação.

Deste modo pude colocar em prática as competências específicas do EEER propostas pela Ordem dos Enfermeiros (2010a) no que diz respeito: “J.1.1

Avalia a funcionalidade e diagnostica alterações que determinam limitações da atividade e incapacidades”, “J.1.4 Monitoriza a implementação e os resultados dos programas de otimização da função e reeducação funcional” e “ J.3.2 Avalia e reformula programas de treino motor e cardio-respiratório em função dos resultados esperados”, pois recolhi informações pertinentes que me permitiram avaliar, através da escala de medida MIF+MAF, não só a capacidade funcional da pessoa para realizar o seu autocuidado de forma independente, mas também o risco de ocorrer alteração da funcionalidade. A utilização da própria escala MIF+MAF irá permitir uma monitorização do impacto e dos resultados dos programas de reabilitação implementados, funcionando como indicadora do progresso da pessoa em termos de funcionalidade.

Considero que também pude colocar em prática competências comuns do Enfermeiro Especialista propostas pela Ordem dos Enfermeiros (2010b) no que diz respeito: “D.2 Baseia a sua práxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento”; “D.2.1 Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, na área da especialidade”, “D.2.2 Suporta a prática clínica na investigação e no conhecimento, na área de especialidade” e “D.2.3 Promove a liderança na formulação e implementação de políticas, padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho”. Deste modo, considero que efetuei o diagnóstico de necessidades formativas no serviço (falta de uma escala que permitisse avaliar a funcionalidade em termos cognitivos, sociais e comportamentais), atuei como dinamizadora e gestora da aquisição do novo conhecimento, após a identificação de lacunas e contribuindo para o desenvolvimento da prática clínica especializada.

Concebi e geri um programa formativo, através da apresentação em power point, elaboração de um documento de trabalho e respetiva escala, de modo a permitir a implementação da MIF+MAF neste serviço, favorecendo, deste modo, a aquisição

de habilidades e competências de enfermagem de reabilitação. Assim, rentabilizei as oportunidades de aprendizagem, ao tomar a iniciativa na formulação e implementação de processos de formação e desenvolvimento da prática clínica.

Além disso, sinto que as minhas intervenções neste incidente fizeram toda a diferença para os EEER deste serviço, que consideravam que a utilização da MIF por si só não era suficiente para proceder a uma avaliação muito válida da cognição e comportamento da pessoa. Estes, consideraram a minha apresentação um instrumento tão útil, que decidiram começar a aplicar a MIF+MAF neste serviço.

Para concluir, a utilização da MIF+MAF regularmente, além de permitir avaliar as alterações surgidas nas capacidades funcionais da pessoa, também irá funcionar como um indicador do nível de incapacidade. A alteração do nível de incapacidade pode mudar durante o tratamento de Reabilitação, portanto, a alteração nos valores desta escala vai funcionar como um indicador dos benefícios do programa implementado.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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

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

Wright, J. (2000). Thre functional Assesht Measure. [Em linha] The center for Outcome Measurement in Brain Injury. Acedido a 4 de Janeiro, 2017, em <http://www.tbims.org/combi/FAM>.

**APÊNDICE IX- AUTORIZAÇÃO DO NÚCLEO DE FORMAÇÃO PARA  
UTILIZAR OS DADOS COLHIDOS**

10/01/2017

A/c Núcleo de formação e Investigação ACES,

Exmo(a). Sr(a).

O meu nome é Sandra Tomé Bandeira Fonseca Godinho, e sou estudante do 6º Curso de Mestrado em Enfermagem, área de especialização em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Neste âmbito, realizei um Ensino Clínico na USF \_\_\_\_\_, ACES \_\_\_\_\_ no período entre 26/09/2016 a 25/11/2016, com o intuito de implementar o meu projeto de estágio intitulado "Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na promoção do autocuidado da pessoa com doença de Alzheimer", tendo sido orientada pela Sra. Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação \_\_\_\_\_ responsável de enfermagem da USF.

No decorrer desse ensino clínico, foi-me proposto identificar e contactar com os doentes que tivessem o diagnóstico de doença de Alzheimer, com o intuito de efetuar uma breve caracterização desta população. Cheguei, inclusive, a efetuar uma breve apresentação para a USF no último dia de estágio, para apresentar o meu trabalho neste âmbito, onde estiveram presentes Assistentes Técnicas, Médicos e enfermeiros da USF.

Apesar de essa identificação e breve caracterização não ter sido um objetivo inicial de estágio, mas sim algo que me foi proposto elaborar pela Enfermeira \_\_\_\_\_, tornou-se num objetivo a atingir no final do mesmo.

Assim sendo, gostaria pedir autorização para utilizar os dados que obtive no meu relatório de estágio, garantindo sempre o anonimato e confidencialidade de todos os dados obtidos junto desta população. Os dados obtidos junto da população dizem respeito à diferenciação do tipo de demência, estádios da doença, idade, agregado familiar, recursos da comunidade que se encontram a utilizar e sintomatologia manifestada pelos mesmos.

De ressaltar que, em todo o processo será sempre garantido o anonimato da instituição.

Em anexo, envio uma cópia dos dados tratados.

Agradeço antecipadamente a sua colaboração e disponibilidade.

DE ACORDO COM OS DADOS APRESENTADOS É  
GARANTIDA A CONFIDENCIALIDADE E ANONIMATO  
DA POPULAÇÃO ALVO.

26. Janeiro. 2017

**ACES**,  
Núcleo de Formação e Investigação  
Responsável  
- Enf.ª Chefe

Email:

## **APÊNDICE X- APRESENTAÇÃO EFETUADA NA COMUNIDADE**

# Doença de Alzheimer

Sandra Fonseca Nº 6601

Docente Orientadora: Prof. Vanda Marques Pinto  
Docente Orientadora Externa:

Novembro de 2016

1



## Identificação do Título

Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na promoção do Autocuidado da pessoa com doença de Alzheimer.



# Demência

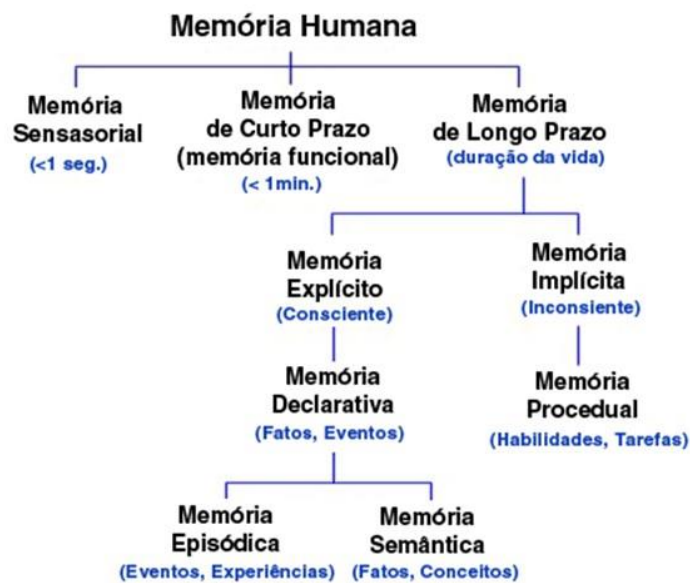
Deficiência cognitiva que afeta a **memória** e orientação e pelo menos um dos seguintes fatores:



3



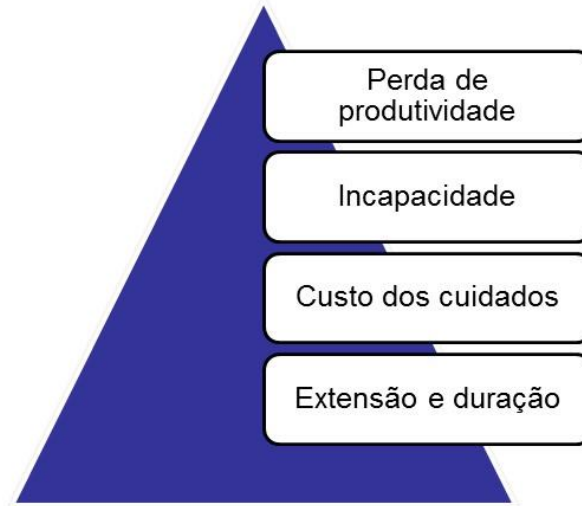
# Demência e memória



4



## Demência

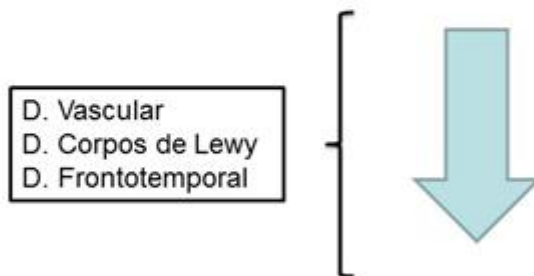


5



## Demência

- Existem mais de 100 tipos de demência, sendo a doença de Alzheimer a mais comum.



Na pessoa com doença de Alzheimer, a capacidade de ação pode não ser suficiente para satisfazer as necessidades de cuidado, ocorrendo um défice de autocuidado.

6



## Demência

A demência constitui a expressão clínica de várias entidades patológicas. A doença de Alzheimer (DA) é a mais prevalente, sendo responsável por 50 a 70% dos casos.

A incidência e prevalência de demência e de Doença de Alzheimer aumentam com a idade, duplicando a cada cinco anos após a sexta década de vida.

- Em 2005 estimava-se cerca de 7,5/1000 pessoas com demência por ano. Cerca de um novo caso a cada 7 segundos.

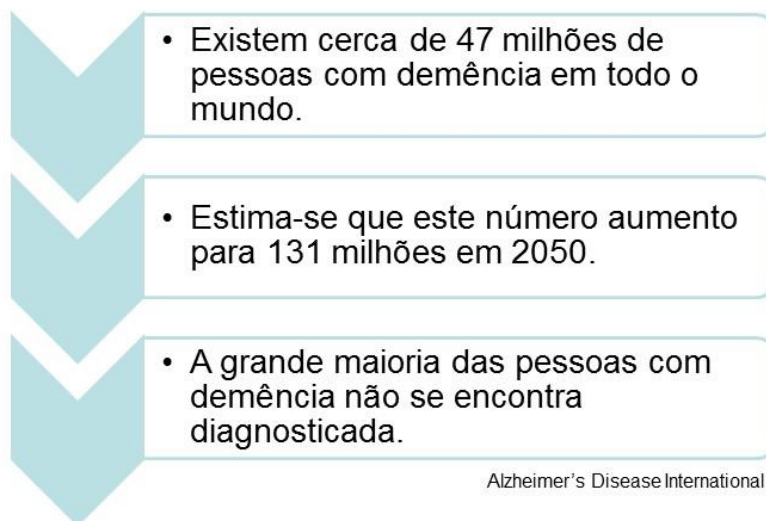
- Em 2012 as estimativas apontam para cerca de 7,7/1000 pessoas por ano, o que se traduz em cerca de 1 novo caso a cada 4 segundos.

Carvalho *et al* (2015)

7



## Demência

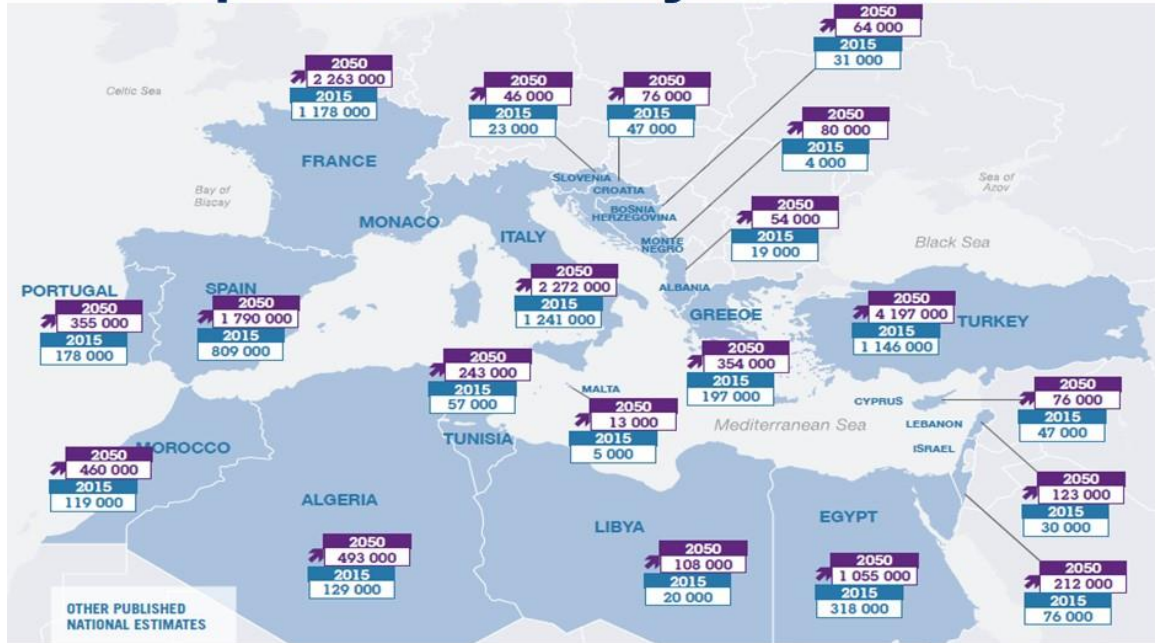


Alzheimer's Disease International (2016)

8



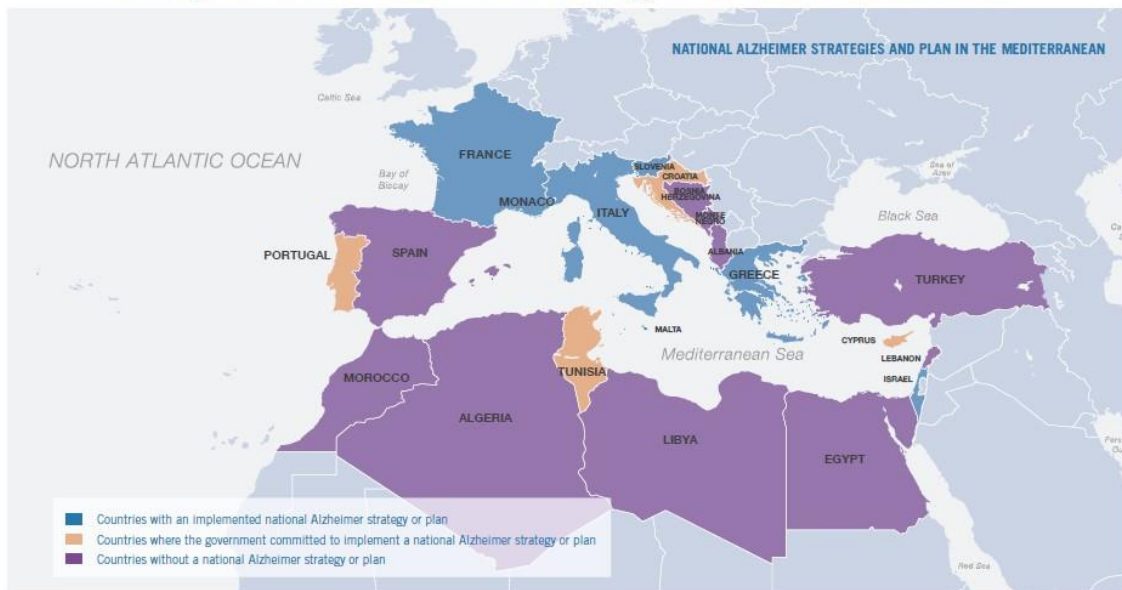
## Impacto da doença Alzheimer



Alzheimer And The Mediterranean Report 2016



## Impacto da doença Alzheimer





# E agora?

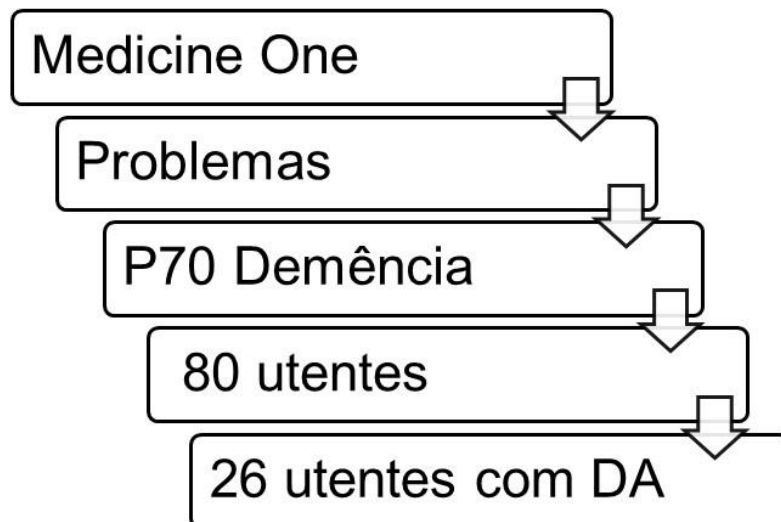


Por onde começar?

11



## Caracterização da população

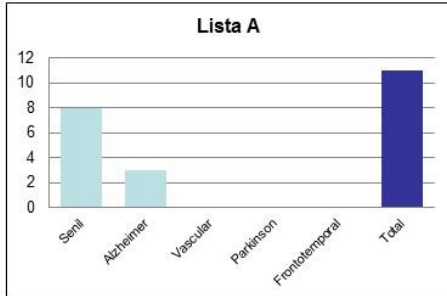


12

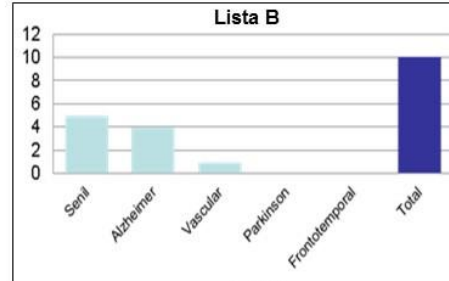


# Caracterização da população

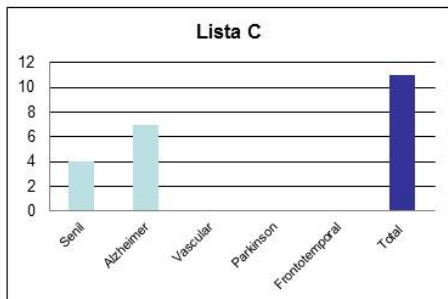
15.339 utentes inscritos na USF



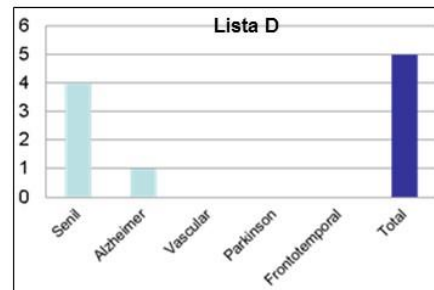
1.847 utentes



1.982 utentes



1.706 utentes

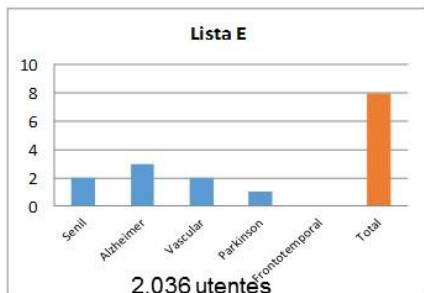


2.117 utentes

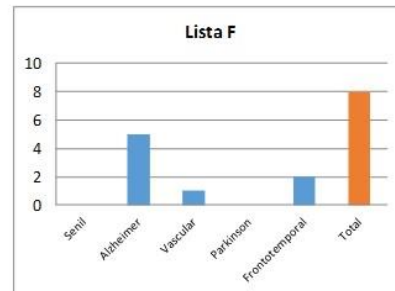
13



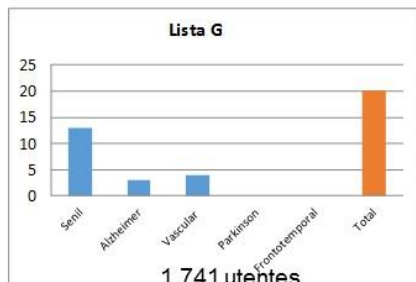
# Caracterização da população



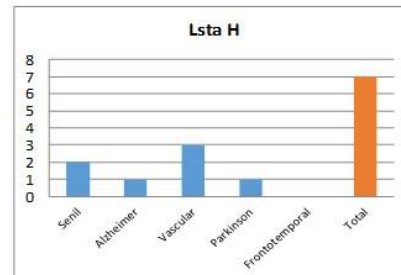
2.036 utentes



1.918 utentes



1.741 utentes

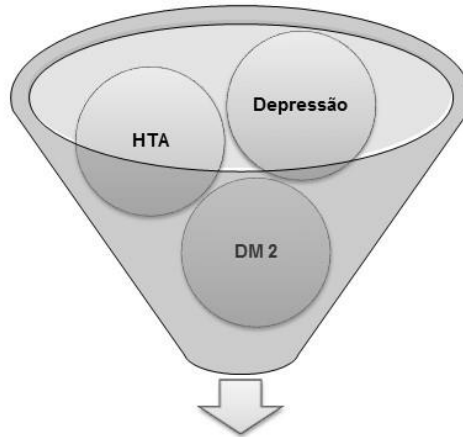


1.992 utentes

14



## Caracterização da população



**Factores comuns**

Idades compreendidas entre 61 e 96 anos

15



## Caracterização da população



16



## Importância do diagnóstico de doença de Alzheimer

Tanto a doença de Alzheimer como a demência estão associadas a uma perda de memória, mas qual é a diferença?



17



## Diferença entre demência e doença de Alzheimer

Demência	Doença de Alzheimer
Diminuição da memória e pensamento que impedem que a pessoa seja capaz de executar as AVD e/ou as AID, sem ajuda.	Perda de memória generalizada, aumento do tempo de execução para as AVD ou incapacidade em executá-las na totalidade, desorientação temporo-espacial, dificuldade na leitura, abstração ou na sequenciação;
É um síndrome, um sintoma de uma doença, mas não uma doença em si.	É uma doença.



## Diferença entre demência e doença de Alzheimer

Demência	Doença de Alzheimer
Os sintomas variam dependendo da causa e da área do cérebro afetada, podendo ocorrer: perda de memória, dificuldade em encontrar as palavras certas e dificuldade em realizar tarefas básicas, como seguir uma receita ou fazer café.	Os sintomas têm uma evolução gradual, mas normalmente estandardizada, ao longo de três estádios.
Desenvolvimento e progressão muito mais acentuado e rápido.	Progride de forma relativamente lenta, levando cerca de cinco a 20 anos para se desenvolver plenamente e ocorre ao longo de três estádios identificáveis;

19



## Estádios da doença de Alzheimer

De um modo geral, na doença de Alzheimer pode-se afirmar que ocorre uma diminuição da função intelectual com alterações de personalidade, distúrbio do juízo crítico e alterações afetivas, com três estádios identificáveis:

- Estádio 1;
- Estádio 2;
- Estádio 3.



20



## Doença de Alzheimer Estadio 1

- Não costuma ser detetável de imediato;
- Sintomas muitas vezes associados a uma consequência natural do envelhecimento;
- Caracterizado por alterações ligeiras a moderadas na memória, como o esquecimento de nomes familiares e números de telefone.

21



## Doença de Alzheimer Estadio 1

- Humor agitado ou apático;
- Tentativas de esconder os sintomas;
- Deterioração da aparência pessoal;
- Declínio da memória recente;
- Diminuição da concentração;
- Depressão;
- Desorientação no tempo;
- Distúrbios no sono;
- Incapacidade de reter novas memórias;
- Maior suscetibilidade a quedas;
- Delírios persecutórios transitórios.

22



## Doença de Alzheimer Estadio 2

- Implica deixar de trabalhar e de conduzir;
- Maior dependência de terceiros;
- Necessidade de apoio nas AVD.
- Dissociação entre o nome e o rosto de pessoas que lhe são familiares.
- Incontinência fecal e urinária;
- Confabulação (preenchimento de lacunas da memória por factos que a pessoa considera serem verdadeiros);
- Comportamentos repetitivos e contínuos;

23



## Doença de Alzheimer Estadio 2

- Diminuição da capacidade de compreender ou utilizar a linguagem verbal e não verbal;
- Desorientação em relação ao tempo, espaço e pessoa;
- Incapacidade para reconhecer membros da família;
- Incapacidade de reter informações novas;
- Incapacidade de executar as atividades de vida diárias sem auxílio;
- Aumento do apetite, sem ganho de peso;
- Comportamento socialmente inaceitável.

24



## Doença de Alzheimer Estadio 3

- As funções cognitivas e de linguagem desapareceram quase por completo;
- Podem ocorrer situações de agitação e irritabilidade;
- Diminuição generalizada da capacidade de reagir aos estímulos;
- Maior predisposição para a imobilidade da pessoa e para as consequências dessa imobilidade:
  - Infecções respiratórias;
  - Úlceras por pressão.

25



## Doença de Alzheimer Estadio 3

- Declínio grave do funcionamento cognitivo;
- Tocar e examinar compulsivamente os objetos;
- Resposta diminuída aos estímulos externos;
- Deterioração da capacidade e funcionalidade motora;
- Emaciação, com perda de peso e emagrecimento acentuados;
- Ausência de resposta.

26



## Intervenções EEER

- Efetuar o diagnóstico da situação e identificar fatores facilitadores da promoção do autocuidado;
- Identificar corretamente os três estádios da doença de Alzheimer;
- Utilizar escalas e instrumentos de avaliação adaptadas à pessoa com demência, que permitam avaliar a sua funcionalidade (como a Escala de Avaliação da Incapacidade Funcional na Demência), função cognitiva (como o Mini Exame do Estado Mental) e estado comportamental (como a Escala de Avaliação da Doença de Alzheimer);
- Avaliar a capacidade funcional da pessoa para se autocuidar (força, tônus muscular, coordenação);
- Planear, implementar e avaliar as intervenções e cuidados de reabilitação prestados à pessoa com doença de Alzheimer;

27



## EEER na doença de Alzheimer

Durante o **processo de reabilitação** é fundamental:

- Documentar a presença de competências funcionais;
- Avaliar e criar resultados específicos mensuráveis para as suas competências funcionais;
- Identificar e treinar a pessoa com DA em estratégias facilitadoras específicas, melhorando a sua auto-imagem e a percepção cinestésica do eu no espaço e no uso do suporte esquelético (eu no corpo).



28



## EEER na doença de Alzheimer

### Objetivos da reabilitação na DA

- Reaprender competências antigas;
- Restaurar ou manter a funcionalidade do indivíduo;
- Melhorar a capacidade funcional, auto-estima e confiança;
- Desenvolver a capacidade de auto-gestão;
- Desenvolver das suas habilidades e competências;
- Quebrar o ciclo da dependência;

29



## EEER na doença de Alzheimer

- Independentemente do objetivo desejado, qualquer atividade de autocuidado deve focar-se na pessoa com demência e não apenas na atividade a executar.
- O cuidado deve se ajustado às necessidades da pessoa e não forçar a pessoa a estabelecer determinadas rotinas convenientes para o prestador de cuidados.

30



## EEER na doença de Alzheimer

### Objetivos da intervenção EEER:

- Diminuir a progressão da doença e os seus défices funcionais;
- Manter a amplitude e mobilidade articular;
- Evitar contraturas musculares, atrofia por desuso e fraqueza muscular;
- Evitar o Síndrome de imobilidade;
- Evitar e diminuir o risco de quedas e de UPP;
- Auxiliar os familiares na compra e/ou adaptação do ambiente;
- Manter ou recuperar a independência funcional nas atividades de vida diária.

31



## EEER na doença de Alzheimer

### Algumas intervenções de EEER:

- Orientar sobre posicionamento e posturas corporais adequadas;
- Treino de marcha;
- Exercícios de mobilizações ativas, assistidas, autoassistidas e contra-resistência;;
- Atividades de relaxamento;
- Exercícios de propriocepção e equilíbrio;
- Estimulação cognitiva- ler, escrever, decorar objetos;

32



## Intervenções EEER

-Capacitar o cuidador formal para a prestação de cuidados à pessoa com demência e doença de Alzheimer.



Sessão de Educação para a Saúde em articulação com a UCC

33



## Considerações Finais

Atualmente não existem exames complementares de diagnóstico específicos para efetuar o diagnóstico de Doença de Alzheimer. O diagnóstico é realizado após uma observação clínica cuidadosa:

- História clínica;
- Exame físico e neurológico;
- Análises laboratoriais ao sangue e urina.

Assim, conseguir-se-á excluir outras patologias que tenham sintomatologia semelhante (como a carência nutricional e síndrome depressivo).

O diagnóstico definitivo desta patologia só pode ser confirmado após o falecimento da pessoa, através da observação do tecido cerebral.

34



## Considerações Finais

Assim, é fundamental efetuar-se um correto diagnóstico e caracterização dos utentes com esta patologia, existentes na USF , pois, só deste modo conseguiremos ter uma correta percepção da dimensão desta doença.

Para tal, o EEER assume um papel primordial:

- Recuperação da autonomia;
- Promoção e manutenção do autocuidado;
- Impedir ou reduzir défices funcionais;
- Maximizar a qualidade de vida;
- Promover o conforto;
- Manter a dignidade.

35



## Referências Bibliográficas

- Carvalho, A. *et al* (2015). Epidemiologia da Demência e da Doença de Alzheimer em Portugal: Estimativas da Prevalência e dos Encargos Financeiros com a Medicação. *Revista Científica da Ordem dos Médicos*. 28 (2), 182-188. Acedido a 15/05/2015. Disponível em: <http://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/download/6025/4295>
- Kroll, T. & Naue, U. (2008). 'The demented other': identity and difference in dementia. *Nursing Philosophy*. 10 (1). 26-33. Acedido a 04/05/2015. Disponível em: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=f6179fcd-3182-4503-91aa-a114edf996a4%40sessionmgr4001&vid=0&hid=4209>
- IPA (2007). Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia- Nurses'Guide to BPSD. United States: International Psychogeriatric Association.
- PNMIE (2004). Enfermagem Psiquiátrica Incrivelmente fácil. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan
- Rue, A., SPAR, J. (1998). *Guia de Psiquiatria Geriátrica*. Lisboa: Climepsi.
- Umphred, D. (2010). *Reabilitação Neurológica*. (5ª ed.), Rio de Janeiro: Mosby Elsevier.
- WHO (2008). *The top ten causes of death*. Genebra: World Health Organization
- WHO (2012). *Dementia: a public health priority*. Genebra: World Health Organization;

36



[www.esel.pt](http://www.esel.pt)

**APENDICE XI- APRESENTAÇÃO EFETUADA NO HOSPITAL, SOBRE  
A MAF**

# Medida de Adaptação Funcional MAF

Sandra Fonseca Nº 6601

Docente Orientadora: Prof. Vanda Marques Pinto  
Docente Orientadora Externa:

Janeiro de 2017

1



---

## Objetivos

- Apresentar a Medida de Adaptação Funcional;
- Explicar a sua relação com a Medida de Independência Funcional (MIF);
- Explicar de que modo pode ser utilizada no Serviço de Neurocirurgia;



## MIF

- Duas componentes, motora e cognitiva;
- Seis dimensões: autocuidados, controle de esfíncteres, mobilidade/transferências, locomoção, comunicação e cognição social;
- 18 itens

Cada item tem uma cotação mínima de 1 e máxima de 7, desde a dependência total à completa independência.

A cotação total mais elevada é de 126 e a mais baixa é de 18. Quanto mais elevado o score, maior o nível de independência e melhor o desempenho funcional.

3



## MIF

### 18 itens:

1. Alimentação;
2. Higiene pessoal;
3. Banho
4. Vestir a metade superior do corpo;
5. Vestir a metade inferior do corpo;
6. Utilização da sanita;
7. Controlo da bexiga;
8. Controlo das fezes;
9. Transferências: leito, cadeira, cadeira de rodas;
10. Transferências: sanita;
11. Transferências: banheira, duche;
12. Deambulação na horizontal;
13. Escadas;
14. Compreensão;
15. Expressão;
16. Interação Social;
17. Resolução de problemas da vida quotidiana;
18. memória.

4



## MIF

### Níveis de funcionalidade

1	ASSISTÊNCIA TOTAL
2	ASSISTÊNCIA MÁXIMA
3	ASSISTÊNCIA MODERADA
4	ASSISTÊNCIA COM O MÍNIMO DE CONTACTO
5	SUPERVISÃO OU ESTRUTURA
6	INDEPENDÊNCIA MODIFICADA (com ajuda técnica)
7	COMPLETA INDEPENDÊNCIA (em segurança, tempo normal)

5



## MIF

A MIF apresenta poucos itens funcionais a nível cognitivo, comportamental e comunicativo.



**Medida de Adaptação Funcional**

(MAF)

6



## MAF

- Tem como objetivo de abordar áreas funcionais menos enfatizadas na MIF: cognição, comportamento, comunicação e acesso à comunidade.
- Acrescenta 12 itens à MIF, que não devem ser utilizados isoladamente, mas sim adicionados aos 18 itens já existentes, totalizando um total de 30 itens.

7



## MAF

### 12 itens:

- |                             |                             |
|-----------------------------|-----------------------------|
| 1. Deglutição;              | 7. Estado emocional;        |
| 2. Transferência: carro;    | 8. Adaptação à limitação;   |
| 3. Acesso à comunidade;     | 9. Empregabilidade;         |
| 4. Leitura;                 | 10. Orientação;             |
| 5. Escrita;                 | 11. Atenção;                |
| 6. Compreensão do discurso; | 12. Avaliação da segurança. |

8



# MAF

## 1. Deglutição

Capacidade de comer a dieta normal e deglutir com segurança.

**7- Independência Completa** – Consegue comer a dieta normal num período de tempo razoável.

**6- Independência Modificada** – Consegue comer a dieta normal, mas pode necessitar de tempo excessivo para comer, de dispositivos de apoio ou de várias deglutições sucessivas para conseguir engolir os alimentos.

**5- Supervisão** – Possui capacidade para se alimentar oralmente, mas pode necessitar de uma dieta modificada. É necessário um nível mínimo de assistência para monitorizar a velocidade e quantidade de alimentos ingeridos. capaz de tirar toda a nutrição por via oral. Pode precisar de dieta modificada e de ajuda com escolhas alimentares.

9



# MAF

## 1. Deglutição (Cont.)

**4 Assistência Mínima de Contacto** – Consegue alimentar-se maioritariamente por via oral. Pode necessitar de restrições dietéticas. Necessita de ajuda para monitorizar a velocidade e a quantidade de ingestão de alimentos. A pessoa executa 75% da atividade.

**3 Assistência Moderada** – Consegue comer alguns alimentos oralmente. Pode necessitar de restrições e modificações dietéticas. Necessita de ajuda moderada para monitorizar a velocidade e a quantidade de ingestão de alimentos. A pessoa realiza 50 a 74% da atividade.

**2 Assistência máxima** - Incapaz de receber a nutrição necessária via oral. Alimentado essencialmente por SNG. A pessoa realiza 25 a 49% da atividade.

**1 Assistência Total** - Incapaz de se alimentar oralmente. Alimentação <sup>10</sup> fornecida exclusivamente por SNG.



## MAF

### 2. Transferências: Carro

A atividade inclui aproximar-se do carro, abrir e fechar a porta, entrar ou sair do assento do carro e colocar o cinto de segurança. Se a pessoa utilizar uma cadeira de rodas, a atividade inclui carregar e descarregar a cadeira de rodas.

**7 Independência Completa** – Consegue completar a atividade sem dispositivos de apoio e sem ajuda, num período de tempo razoável .

**6 Independência Modificada** - Precisa de um dispositivo de apoio ou de ajuda, requer mais do que uma quantidade razoável de tempo ou existe um risco de segurança para completar a atividade.

**5 Supervisão** – Precisa de monitorização, mas não de assistência física, para completar a atividade.

11



## MAF

### 2. Transferências: Carro (Cont.)

**4 Assistência Mínima de Contacto** – Realiza pelo menos 75% da atividade, exigindo alguma ajuda física.

**3 Assistência Moderada** - Realiza 50-75% da atividade, mas requer assistência.

**2 Assistência máxima** - Realiza 25-49% da atividade e requer bastante assistência física.

**1 Assistência Total** – Realiza menos de 25% da atividade e necessita de bastante assistência física.

12



## MAF

### 3. Acesso à Comunidade

Capacidade de gerir o transporte, incluindo o planeamento do destino, gestão do tempo, pagamento de tarifas e antecipação de barreiras de acesso.

**7 Independência Completa-** Utiliza os transportes públicos ou é capaz de conduzir um carro.

**6 Independência Modificada** – Utiliza dispositivos adaptativos para conduzir. Não consegue efetuar grandes distâncias por necessitar de períodos de descanso regulares. Existem preocupações na segurança da utilização do meio de transporte.

**5 Supervisão** – Necessita de monitorização para utilizar os transportes públicos ou de boleia num .

13



## MAF

### 3. Acesso à Comunidade (Cont.)

**4 Assistência Mínima de Contacto-** É capaz de utilizar os transportes públicos ou a boleia no carro, mas precisa de alguma ajuda. Executa pelo menos 75% da tarefa.

**3 Assistência Moderada** – Utiliza os transportes públicos ou a boleia no carro, realizando 25-49% da atividade sem assistência.

**2 Assistência máxima** - Utiliza os transportes públicos ou a boleia no carro, mas necessita de ajuda para realizar 50- 75% da atividade.

**1 Assistência Total** – Pode conseguir utilizar os transportes públicos ou a boleia no carro, mas realiza menos de 25% da atividade sem assistência.

14



## MAF

### 4. Leitura

Capacidade de compreender material escrito.

**7 Independência Completa-** Consegue ler e compreender parágrafos longos e complexos (jornais, livros, etc).

**6 Independência Modificada** – Consegue ler e entender frases complexas ou parágrafos curtos. Pode demonstrar problemas de velocidade reduzida ou retenção de informação.

**5 Supervisão-** Consegue ler e compreender, frases curtas e simples, mas mostra maior dificuldade com o comprimento ou complexidade.

15



## MAF

### 4. Leitura (Cont.)

**4 Assistência Mínima de Contacto-** Consegue reconhecer palavras simples e frases curtas familiares.

**3 Assistência Moderada-** Consegue reconhecer letras, objetos, formas, etc. capaz de associar as palavras às respetivas imagens (50-75% de precisão).

**2 Assistência Máxima-** Consegue identificar objetos idênticos, formas, letras (25- 49% de precisão), mas pode necessitar de estímulos.

**1 Assistência Total** - Não é possível combinar de forma consistente ou reconhecer palavras, objetos ou formas (sob a precisão de 25%).

16



## MAF

### 5. Escrita

Inclui soletração, gramática, e capacidade de escrita escrita.

**7 Independência Total-** Consegue escrever com precisão, cumprindo as regras de ortografia, gramática, sintaxe e pontuação.

**6 Independência Modificada –** Consegue escrever com precisão frases e formar parágrafos curtos. Pode apresentar erros ocasionais de ortografia ou gramaticais.

**5 Supervisão-** Consegue escrever frases simples, apresentando erros de ortografia, gramática e sintaxe.

17



## MAF

### 5. Escrita (Cont.)

**4 Assistência Mínima de Contacto-** Consegue escrever palavras simples e, ocasionalmente, algumas frases. Apresenta erros de ortografia e legibilidade reduzida.

**3 Assistência moderada-** Consegue escrever o nome e algumas palavras familiares. A legibilidade é reduzida.

**2 Assistência Máxima-** Consegue escrever, de forma espontânea, algumas letras. Possui capacidade para copiar letras e números.

**1 Assistência Total -** Não consegue copiar letras ou formas simples, nem escrever de forma espontânea.

18



## MAF

### 6. Compreensão do discurso

Inclui articulação, ritmo, volume e qualidade da comunicação oral.

**7 Independência Completa-** Consegue conversar com boa articulação e controlo vocal. Não apresenta dificuldade em compreender o que está a ser dito.

**6 Independência Modificada** – Apresenta algumas distorções no som emitido, mas a inteligibilidade adequada. O ritmo de comunicação pode ser reduzido.

**5 Supervisão-** A inteligibilidade da fala é reduzida e a articulação é distorcida. Pode tentar efetuar autocorreções.

19



## MAF

### 6. Compreensão do discurso (Cont.)

**4 Assistência Mínima de Contacto-** Consegue produzir de forma inteligível palavras e frases simples.

**3 Assistência Moderada-** Pode produzir palavras monossilábicas com inteligibilidade adequada. Requer apoio do ouvinte para conseguir verbalizar mais tempo.

**2 Assistência Máxima-** Consegue produzir vogais, algumas consoantes e imitar algumas palavras simples.

**1 Assistência Total** - Não apresenta discurso inteligível.

20



## MAF

### 7. Estado Emocional

Inclui a frequência e a gravidade da depressão, ansiedade, frustração, habilidade, falta de resposta, agitação, interferência com o funcionamento geral da vida, capacidade de lidar e assumir a responsabilidade pelo comportamento emocional.

**7 Independência Completa** – Não apresenta depressão, ansiedade, frustração, instabilidade e / ou agitação.

**6 Independência Modificada**- Apresenta episódios ocasionais de depressão, ansiedade, frustração, instabilidade e / ou agitação. O comportamento não interfere no funcionamento geral da vida.

**5 Supervisão** – Apresenta episódios leves e ocasionais de depressão, ansiedade, frustração, instabilidade e / ou agitação. Assume a responsabilidade pelos comportamentos e está a aprender a lidar com sua condição. Esse comportamento não interfere significativamente no funcionamento geral da vida.<sup>21</sup>



## MAF

### 7. Estado Emocional (Cont.)

**4 Assistência Mínima de Contacto**- Apresenta episódios frequentes e moderados de depressão, ansiedade, frustração, instabilidade e / ou agitação. Assume a responsabilidade por este comportamento e não interfere com a vida geral, funcionando 75% ou mais do tempo.

**3 Assistência moderada**- Apresenta episódios frequentes e moderados de depressão, ansiedade, frustração, instabilidade e / ou agitação. Assume a responsabilidade por algum deste comportamento e não interfere com a vida geral, funcionando 50-75% do tempo.



# MAF

## 7. Estado Emocional (Cont.)

**2 Assistência Máxima-** Apresenta episódios graves de depressão, ansiedade, frustração, instabilidade e / ou agitação. Consegue controlar este comportamento 25-49% do tempo, apesar de interferir no funcionamento geral da vida.

**1 Assistência Total** - Apresenta episódios severos de depressão, ansiedade, frustração, instabilidade, falta de resposta, e / ou agitação. Consegue controlar esse comportamento menos de 25% do tempo. O comportamento interfere continuamente com o funcionamento geral da vida.

23



# MAF

## 8. Adaptação à limitação

Inclui negação / consciencialização, aceitação de limitações, disposição para aprender novas formas de funcionamento, compensação, tomada de precauções de segurança adequadas e expectativas realistas de recuperação a longo prazo.

**7 Independência Completa** - Demonstra capacidade para compensar as limitações, exercer um juízo seguro sobre as AVD e tem expectativas realistas na recuperação a longo prazo.

**6 Independência Modificada** - Apresenta alguma dificuldade em lidar com limitações físicas, emocionais ou sociais, mas isso não interfere com o funcionamento geral de vida, pois aprendeu novas formas de funcionamento. O Apresenta algumas expectativas irrealistas para a recuperação a longo prazo.

**5 Supervisão** - paciente tem dificuldade em lidar com limitações físicas, emocionais e sociais, começa a compensar algumas dessas limitações e está disposto a aprender novas formas de funcionamento.

24



## MAF

### 8. Adaptação à limitação (Cont.)

**4 Assistência Mínima de Contacto**- Consegue lidar com as limitações na vida em cerca de 75% ou mais do tempo. No entanto, resiste a compensar limitações e aprender novas formas de funcionamento.

**3 Assistência Moderada** – Apresenta alguma consciência das limitações físicas, emocionais ou sociais. Consegue lidar com as limitações em 50-75% do tempo.

**2 Assistência Máxima** – Consciência limitada das limitações físicas, emocionais ou sociais. Consegue lidar com as limitações em 25-49% do tempo.

**1 Assistência Total** – Não tem consciência das limitações físicas, emocionais ou sociais. Consegue lidar com as limitações em menos de 25% do tempo.

25



## MAF

### 9. Empregabilidade

Reflete o potencial da pessoa para o emprego (inclui o mercado de trabalho, escola e tarefas domésticas).

**7 Independência Total** - Consegue competir no mercado aberto para uma gama relativamente ampla de empregos compatíveis com as competências existentes; Consegue iniciar, planear, executar e assumir responsabilidades associadas com o trabalho doméstico; Compreende e realizou a maioria das atribuições escolares relevantes para a idade.

**6 Independência Modificada** - Por causa da limitação, apenas consegue competir num mercado de trabalho limitado. A pessoa pode ter uma carga de trabalho ajustada, ou requer um dispositivo de apoio, mas é capaz de fazer trabalhos selecionados, manter a casa e / ou permanecer na escola.

26



## MAF

### 9. Empregabilidade (Cont.)

**5 Supervisão** – Necessita de desenvolver habilidades e requer supervisão. Pode haver algumas considerações de segurança.

**4 Assistência Mínima de Contacto** – Necessita de ajuda para começar o trabalho ou permanecer na escola (como, por exemplo, nas classes especiais). A pessoa não poderia competir no mercado de trabalho.

**3 Assistência Moderada** - Requer assistência durante toda a tarefa. Não pode realizar sozinha as tarefas domésticas, nem funcionar com sucesso num ambiente escolar.

27



## MAF

### 9. Empregabilidade (Cont.)

**2 Assistência Máxima** - Não consegue funcionar de forma eficaz, é incapaz de cumprir as responsabilidades de um emprego, tarefas domésticas ou estudo. Requer assistência máxima em todas as tarefas.

**1 Assistência Total** - Não empregável. Não é possível completar até mesmo as tarefas mais simples, mesmo com o máximo de assistência.

28



## MAF

### 10. Orientação

Inclui orientação consistente na pessoa, lugar, tempo e situação.

**7 Independência Total** - Completamente orientada na pessoa, lugar, tempo e situação.

**6 Independência Modificada** - Encontra-se orientado mas pode necessitar de um tempo mais alargado para responder. Pode utilizar pistas para responder, mas não requer a assistência de outra pessoa.

**5 Supervisão** – Necessita de sugestões de outros para se orientar na pessoa, lugar, tempo e situação.

29



## MAF

### 10. Orientação (Cont.)

**4 Assistência Mínima de Contacto**- Consegue orientar-se em para 3 dos 4 itens e não requer estímulos externos em 75% ou mais do tempo.

**3 Assistência Moderada**- Consegue orientar-se em 2 de 4 itens e não requer estímulos externos em 50-75% do tempo.

**2 Assistência Máxima** - Consegue orientar-se em 1 de 4 itens e não requer estímulos externos de outros 25-49% do tempo.

**1 Assistência Total** – A pessoa não se consegue orientar em mais de 25 % do tempo.

30



## MAF

### 11. Atenção

Período de tempo capaz de se concentrar na tarefa, levando em consideração a distração, nível de resposta, a dificuldade e duração da tarefa.

**7 Independência Completa** - Consegue realizar continuamente uma tarefa por 60 minutos, sem assistência para manter a atenção para a tarefa.

**6 Independência Modificada** - Consegue realizar continuamente uma tarefa, sem assistência para manter a atenção, mas pode apresentar períodos de distração que atrasam a tarefa.

**5 Supervisão** - Consegue realizar continuamente uma tarefa por 30-59 minutos, mas precisa de supervisão para prevenir a distração.

31



## MAF

### 11. Atenção (Cont.)

**4 Assistência Mínima de Contacto**- Consegue realizar uma tarefa por 15- 29 minutos, mas precisa de ajuda para minimizar a distração. Capaz de realizar mais de 75% do tempo da tarefa.

**3 Assistência Moderada** – Consegue realizar uma tarefa por 5- 14 minutos, mas precisa de ajuda para minimizar a distração. Capaz de realizar cerca de 50-75% do tempo da tarefa.

**2 Assistência Máxima** – Consegue realizar uma tarefa durante 1-4 minutos, mas distrai-se com frequência. Capaz de realizar 25-49% do tempo da tarefa.

**1 Assistência Total** – Não é capaz de participar na tarefa durante mais que 1 minuto e realiza menos de 25% do tempo da tarefa

32



## MAF

### 12. Avaliação da segurança

Inclui orientação para a situação, consciência das limitações e suas implicações, capacidade de planejar antecipadamente, entender a natureza das situações que envolvem perigo potencial e identificar riscos envolvidos.

**7 Independência Completa** - Avalia eficazmente a segurança e pode ser deixado sozinho por tempo indeterminado e / ou pode exercer todas as atividades normais sozinho.

**6 Independência Modificada**- Pode ser deixado sozinho por um dia inteiro, mas pode precisar de algum grau de supervisão nas atividades novas ou complexas. Atividades rotineiras podem ser realizadas de forma independente.

33



## MAF

### 12. Avaliação da segurança (Cont.)

**5 Supervisão** – Apresenta alguma dificuldade na manutenção da sua segurança e necessita de supervisão diária e / ou ajuda com atividades de rotina na comunidade.

**4 Assistência Mínima de Contacto**- É independente apenas dentro de um ambiente estruturado, e não necessita de supervisão neste cenário, mas necessita de uma supervisão rigorosa ao sair deste ambiente. Paciente não pode ficar sozinho em casa, por questões de segurança.

34



## MAF

### 12. Avaliação da segurança (Cont.)

**3 Assistência Moderada** – Necessita de supervisão dentro do ambiente estruturado. Não pode ficar sozinho em casa.

**2 Assistência Máxima** – Necessita de supervisão em todos os ambientes em que se encontra.

**1 Assistência Total** – Necessita de um controlo rigoroso para manter a sua segurança. Não pode ser deixado sozinho.

35



## MIF + MAF

Utilizar instrumentos de medida na prestação de cuidados;



Obter dados válidos sobre o impacto dos cuidados;

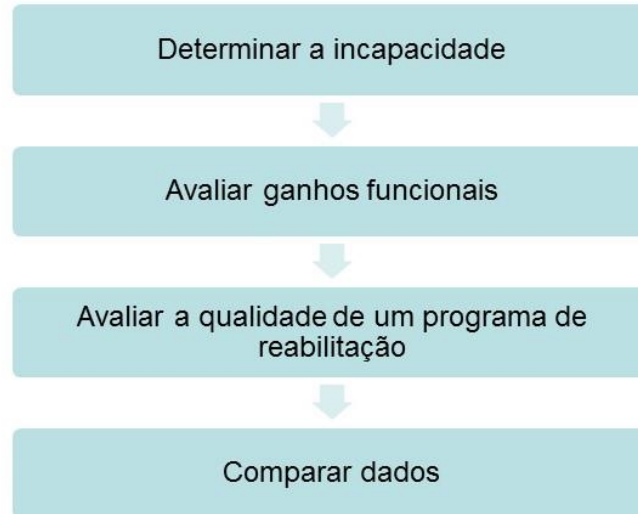


Avaliar o progresso funcional da pessoa;

36



## MIF + MAF



37



## Considerações Finais

A MIF+ MAF permitirão:

- Planear as intervenções de Enfermagem de Reabilitação em função dos resultados obtidos;
- Avaliar o grau de incapacidade funcional do doente de forma objetiva e mensurável;
- Adaptar as com intervenções ao nível real de funcionalidade da pessoa;
- Avaliar cientificamente os ganhos em saúde obtidos com as intervenções de Enfermagem de Reabilitação.

38



## Referências Bibliográficas

- HOEMAN, s. (2011). *Enfermagem de Reabilitação-Prevenção, Intervenção e Resultados Esperados*. (4ª edição). Loures: Lusodidacta.
- Wright, J. (2000). Thre functional Assessment Measure. [Em linha] The center for Outcome Measurement in Brain Injury. Acedido a 4 de Janeiro, 2017, em <http://www.tbims.org/combi/FAM>.



**APÊNDICE XII- DOCUMENTO DE TRABALHO PARA APLICAÇÃO  
DA MAF**



**6º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO**

**UNIDADE CURRICULAR – ESTÁGIO COM RELATÓRIO**

## **Medida de Adaptação Funcional**

### **Documento orientador**

**Sandra Tomé Bandeira Fonseca**

**Nº 6601**

**Janeiro de 2017**





**6º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM**  
ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO  
UNIDADE CURRICULAR – ESTÁGIO COM RELATÓRIO

## **Medida de Adaptação Funcional**

### **Documento orientador**

**Sandra Tomé Bandeira Fonseca      Nº 6601**

**Docente Orientador:- Prof. Vanda Marques Pinto**

**Janeiro de 2017**

## INDICE

INTRODUÇÃO .....	4
1. MEDIDA DE INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL (MIF) .....	5
2. MEDIDA DE ADAPTAÇÃO FUNCIONAL (MAF) .....	7
2.1 Deglutição .....	8
2.1.1 MAF- Árvore de decisão para o item: deglutição .....	9
2.2 Transferências: Carro .....	10
2.2.1 MAF- Árvore de decisão para o item: Transferências: Carro .....	11
2.3 Acesso à Comunidade .....	12
2.3.1 MAF- Árvore de decisão para o item: Acesso à Comunidade .....	13
2.4 Leitura .....	14
2.4.1 MAF- Árvore de decisão para o item: Leitura .....	15
2.5 Escrita .....	16
2.5.1 MAF- Árvore de decisão para o item: Escrita .....	17
2.6 Inteligibilidade do discurso .....	18
2.6.1 MAF- Árvore de decisão para o item: Inteligibilidade do discurso .....	19
2.7 Estado Emocional .....	20
2.7.1 MAF- Árvore de decisão para o item: Estado Emocional.....	22
2.8 Adaptação à limitação .....	23
2.8.1 MAF- Árvore de decisão para o item: Adaptação à limitação .....	24
2.9 Empregabilidade .....	25
2.9.1 MAF- Árvore de decisão para o item: Empregabilidade.....	26
2.10 Orientação .....	27
2.10.1 MAF- Árvore de decisão para o item: Orientação .....	28
2.11 Atenção.....	29
2.11.1 MAF- Árvore de decisão para o item: Atenção .....	30

2.12 Avaliação da Segurança .....	31
2.12.1 MAF- Árvore de decisão para o item: Avaliação da segurança .....	32
CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	33
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	34
APÊNDICES.....	35
APÊNDICE 1- ESCALA DE AVALIAÇÃO MIF+MAF .....	36

## INTRODUÇÃO

O presente documento de trabalho foi elaborado no âmbito do meu percurso de Ensino Clínico no Serviço Y, como futura Enfermeira Especialista de Enfermagem de Reabilitação (EEER), e teve como objetivo deixar um contributo válido, que ao mesmo tempo me permitisse adquirir e desenvolver competências de Enfermagem de Reabilitação e que mantivesse o âmbito do meu projeto na área da cognição, comportamento e memória, mas adaptado aos utentes deste serviço.

Neste serviço, os EEER utilizam a Medida de Independência Funcional (MIF). No entanto esta escala utiliza poucos itens que avaliem a cognição, memória e comportamento da pessoa. Com o intuito de preencher esta lacuna, foi desenvolvida a Medida de Adaptação Funcional (MAF).

Assim, o principal objetivo deste trabalho é apresentar a MAF, explicando a sua relação com a MIF, de modo a que ambas possam ser utilizadas no Serviço Y, permitindo uma avaliação mais fidedigna do nível de funcionalidade da pessoa.

Deste modo, no presente documento estarão explicadas ambas as escalas e as suas diferenças, itens que englobam, níveis de funcionalidade correspondentes a cada item e respetivo fluxograma de decisão. Em apêndice, encontrar-se-á um modelo de escala de avaliação, que incluisse ambas as medidas, que sugeri implementar no serviço.

## 1. MEDIDA DE INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL (MIF)

A MIF tem, duas dimensões, motora e cognitiva, divididas em 18 itens, nomeadamente: alimentação; higiene pessoal; vestir a metade superior do corpo; vestir a metade inferior do corpo; utilização da sanita; controlo da bexiga; controlo das fezes; transferências: leito, cadeira, cadeira de rodas; transferências: sanita; Transferências: banheira, duche; Deambulação na horizontal; Escadas; Compreensão; Expressão; Interação Social; Resolução de problemas da vida quotidiana; Memória. Estas categorias encontram-se agrupadas em seis dimensões: autocuidados, controle de esfíncteres, mobilidade/transferências, locomoção, comunicação e cognição social (Wright, 2000).

Cada item tem uma cotação mínima de 1 e máxima de 7, desde a dependência total à completa independência. A cotação total mais elevada é de 126 e a mais baixa é de 18. Quanto mais elevado o score, maior o nível de independência e melhor o desempenho funcional.

Para Wright (2000) a cada nível de funcionalidade corresponde um tipo de dependência/independência, nomeadamente:

- **Nível 7 (Independência Completa):** todas as tarefas são realizadas de forma segura, sem necessidade de modificações ou de utilização de produtos de apoio/ajudas, dentro de um tempo razoável.
- **Nível 6 (Independência Modificada):** Consegue realizar de forma segura e independente as tarefas com utilização de produtos de apoio, necessitando de mais tempo para as executar.
- **Nível 5 (Supervisão):** Necessita apenas de supervisão e/ou instruções verbais para realizar a tarefa, sem ter necessidade de ajuda física.
- **Nível 4 (Assistência mínima de Contacto):** Necessita de uma pequena ajuda para realizar a tarefa, um simples tocar. Realiza 75% do esforço necessário na tarefa.
- **Nível 3 (Assistência moderada):** Necessita de uma ajuda moderada para realizar a tarefa, mais do que simplesmente tocar. Realiza 50% do esforço necessário na tarefa.

- **Nível 2 (Assistência máxima):** Realiza apenas 25% do esforço necessário para completar a tarefa, mas não necessita de assistência total.
- **Nível 1 (Assistência total):** Realiza menos que 25% do esforço necessário para realizar a tarefa, ou não executa a tarefa de todo.

## 2. MEDIDA DE ADAPTAÇÃO FUNCIONAL (MAF)

Apesar da MIF ser uma escala válida, apresenta poucos itens funcionais a nível cognitivo, comportamental e comunicativo, pelo que pode e deve ser complementada com a Medida de Adaptação Funcional (MAF).

A MAF foi desenvolvida com o objetivo de abordar áreas funcionais menos enfatizadas na MIF, nomeadamente a cognição, comportamento, comunicação e acesso à comunidade (Wright, 2000). Deste modo, a MAF acrescenta 12 itens à MIF, nomeadamente:

- Deglutição;
- Transferência: carro;
- Acesso à comunidade;
- Leitura;
- Escrita;
- Inteligibilidade do discurso;
- Estado emocional;
- Adaptação à limitação;
- Empregabilidade;
- Orientação;
- Atenção;
- Avaliação da segurança;

Wright (2000) propõe a utilização de árvores de decisão (fluxograma) na utilização da MIF+MAF, que, através de uma série de perguntas, permitem orientar o avaliador para uma pontuação final fidedigna.

Também na MAF cada item tem uma cotação mínima de 1 e máxima de 7, desde a dependência total à completa independência. A cotação total mais elevada é de 84 e a mais baixa é de 12. Quanto mais elevado o score, maior o nível de independência e melhor o desempenho funcional.

Na MIF+MAF a pontuação mais elevada será de 210 e a mais baixa será 30.

## 2.1 Deglutição

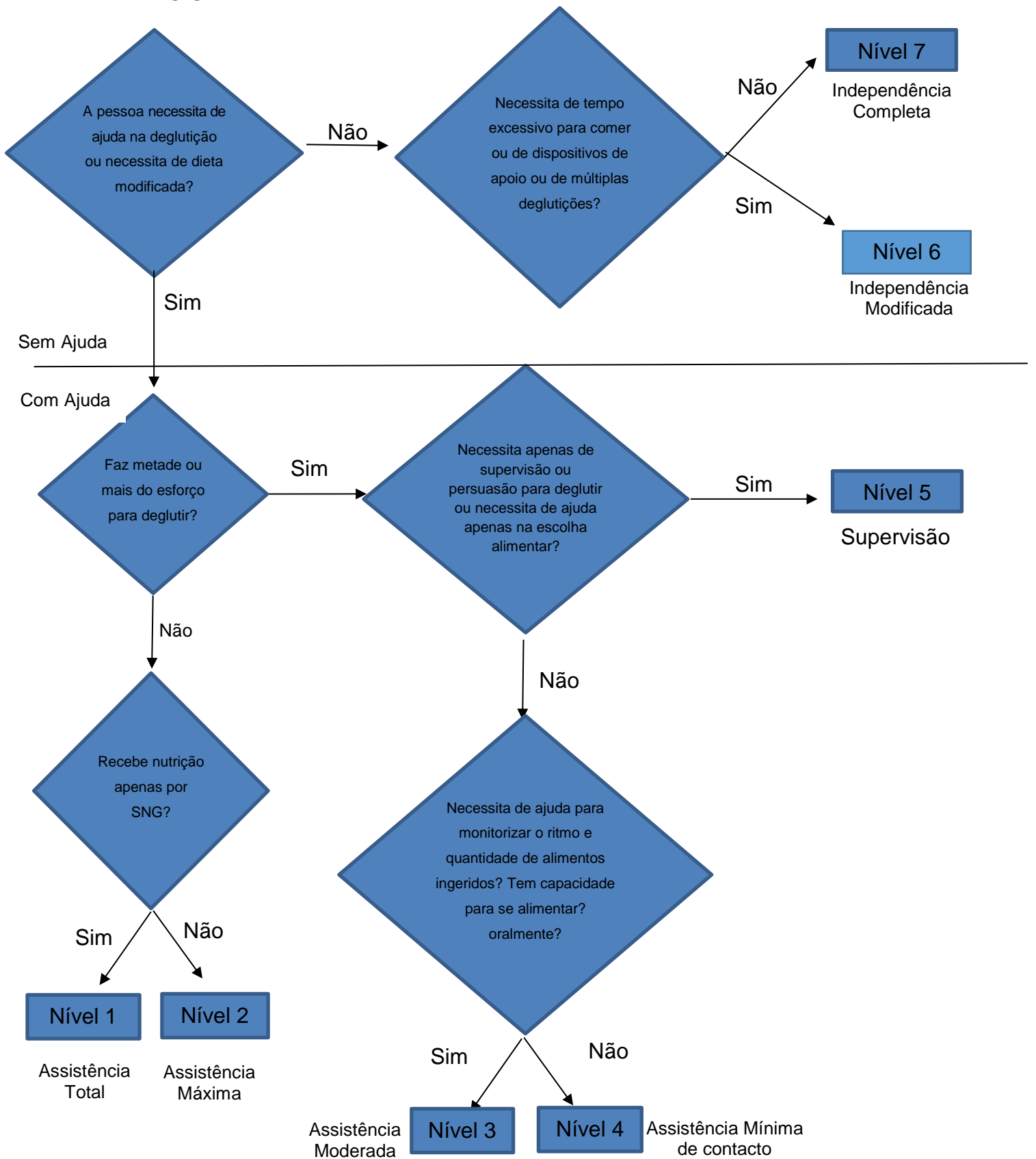
Capacidade de comer a dieta normal e deglutir com segurança.

Wright (2000) descreve do seguinte modo os níveis de função e respetiva cotação:

- Nível 7 (Independência Completa) – Consegue comer a dieta normal num período de tempo razoável.
- Nível 6 (Independência Modificada) – Consegue comer a dieta normal, mas pode necessitar de tempo excessivo para comer, de dispositivos de apoio ou de várias deglutições sucessivas para conseguir engolir os alimentos.
- Nível 5 (Supervisão) – Possui capacidade para se alimentar oralmente, mas pode necessitar de uma dieta modificada e de ajuda com escolhas alimentares. É necessário um nível mínimo de assistência para monitorizar a velocidade e quantidade de alimentos ingeridos.
- Nível 4 (Assistência Mínima de Contacto) – Consegue alimentar-se maioritariamente por via oral. Pode necessitar de restrições dietéticas. Necessita de ajuda para monitorizar a velocidade e a quantidade de ingestão de alimentos. A pessoa executa 75% da atividade.
- Nível 3 (Assistência Moderada) – Consegue comer alguns alimentos oralmente. Pode necessitar de restrições e modificações dietéticas. Necessita de ajuda moderada para monitorizar a velocidade e a quantidade de ingestão de alimentos. A pessoa realiza 50 a 74% da atividade.
- Nível 2 (Assistência máxima) - Incapaz de receber a nutrição necessária via oral. Alimentado essencialmente por HOSPITALG. A pessoa realiza 25 a 49% da atividade.
- Nível 1 (Assistência Total) - Incapaz de se alimentar oralmente. Alimentação é fornecida exclusivamente por HOSPITALG.

2.1.1 MAF- Árvore de decisão para o item: deglutição

INÍCIO



## 2.2 Transferências: Carro

A atividade inclui aproximar-se do carro, abrir e fechar a porta, entrar ou sair do assento do carro e colocar o cinto de segurança.

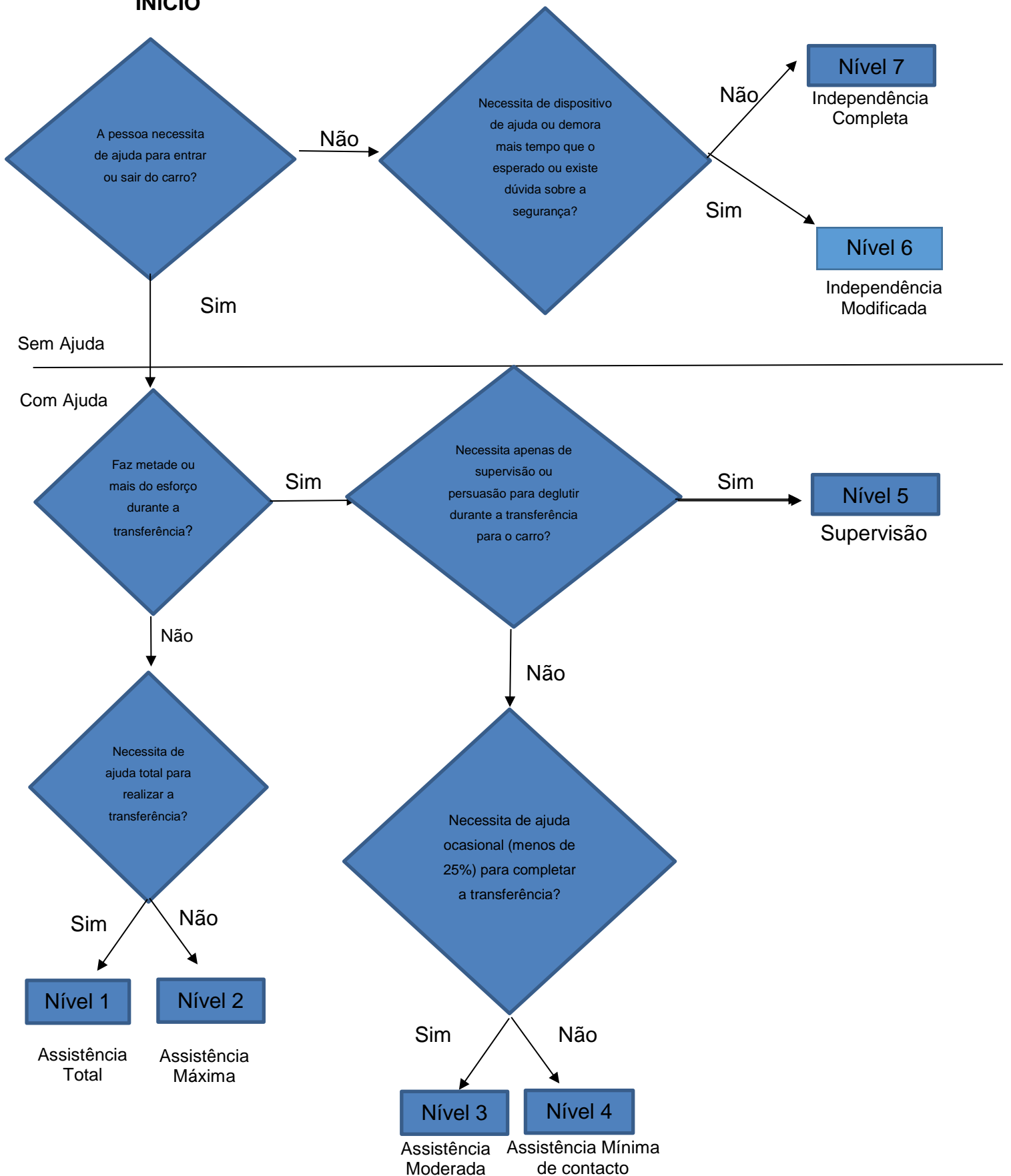
Se a pessoa utilizar uma cadeira de rodas, a atividade inclui carregar e descarregar a cadeira de rodas.

Wright (2000) descreve do seguinte modo os níveis de função e respetiva cotação:

- Nível 7 (Independência Completa) – Consegue completar a atividade sem dispositivos de apoio e sem ajuda, num período de tempo razoável.
- Nível 6 (Independência Modificada) - Necessita de um dispositivo de apoio ou de ajuda, requer mais do que uma quantidade razoável de tempo ou existe um risco de segurança para completar a atividade.
- Nível 5 (Supervisão) – Necessita de monitorização, mas não de assistência física, para completar a atividade.
- Nível 4 (Assistência Mínima de Contacto) – Realiza pelo menos 75% da atividade, exigindo alguma ajuda física.
- Nível 3 (Assistência Moderada) - Realiza 50-75% da atividade, mas requer assistência.
- Nível 2 (Assistência máxima) - Realiza 25-49% da atividade e requer bastante assistência física.
- Nível 1 (Assistência Total) – Realiza menos de 25% da atividade e necessita de bastante assistência física.

### 2.2.1 MAF- Árvore de decisão para o item: Transferências: Carro

INÍCIO



## 2.3 Acesso à Comunidade

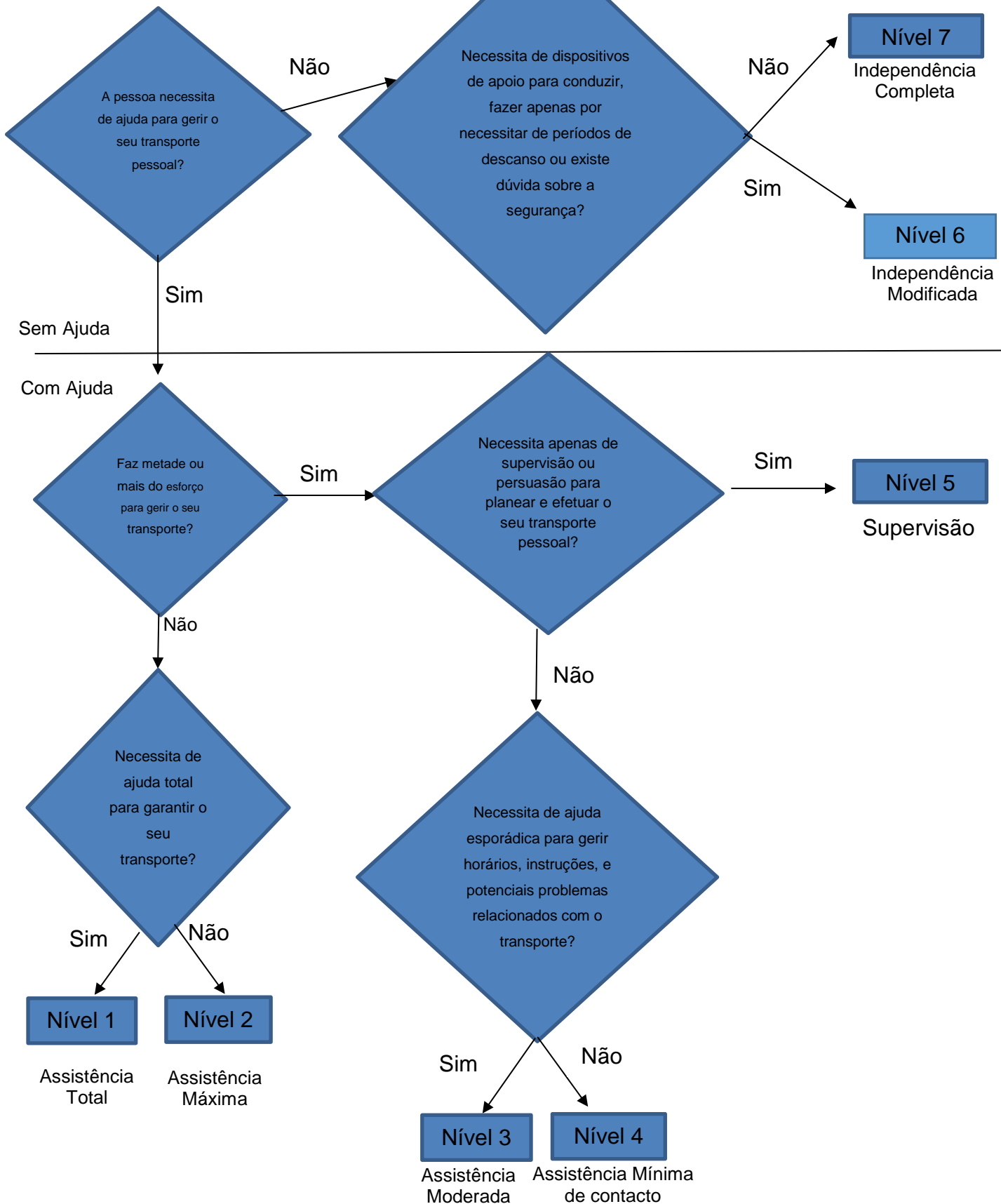
Capacidade de gerir o transporte, incluindo o planeamento do destino, gestão do tempo, pagamento de tarifas e antecipação de barreiras de acesso.

Wright (2000) descreve do seguinte modo os níveis de função e respetiva cotação:

- Nível 7 (Independência Completa) - Utiliza os transportes públicos ou é capaz de conduzir um carro.
- Nível 6 (Independência Modificada) – Utiliza dispositivos adaptativos para conduzir. Não consegue efetuar grandes distâncias por necessitar de períodos de descanso regulares. Existem preocupações na segurança da utilização do meio de transporte.
- Nível 5 (Supervisão) – Necessita de monitorização para utilizar os transportes públicos.
- Nível 4 (Assistência Mínima de Contacto) - É capaz de utilizar os transportes públicos ou a boleia no carro, mas precisa de alguma ajuda. Executa pelo menos 75% da tarefa.
- Nível 3 (Assistência Moderada) – Utiliza os transportes públicos ou a boleia no carro, realizando 25-49% da atividade sem assistência.
- Nível 2 (Assistência máxima) - Utiliza os transportes públicos ou a boleia no carro, mas necessita de ajuda para realizar 50- 75% da atividade.
- Nível 1 (Assistência Total) – Pode conseguir utilizar os transportes públicos ou a boleia no carro, mas realiza menos de 25% da atividade sem assistência.

### 2.3.1 MAF- Árvore de decisão para o item: Acesso à Comunidade

**INÍCIO**



## 2.4 Leitura

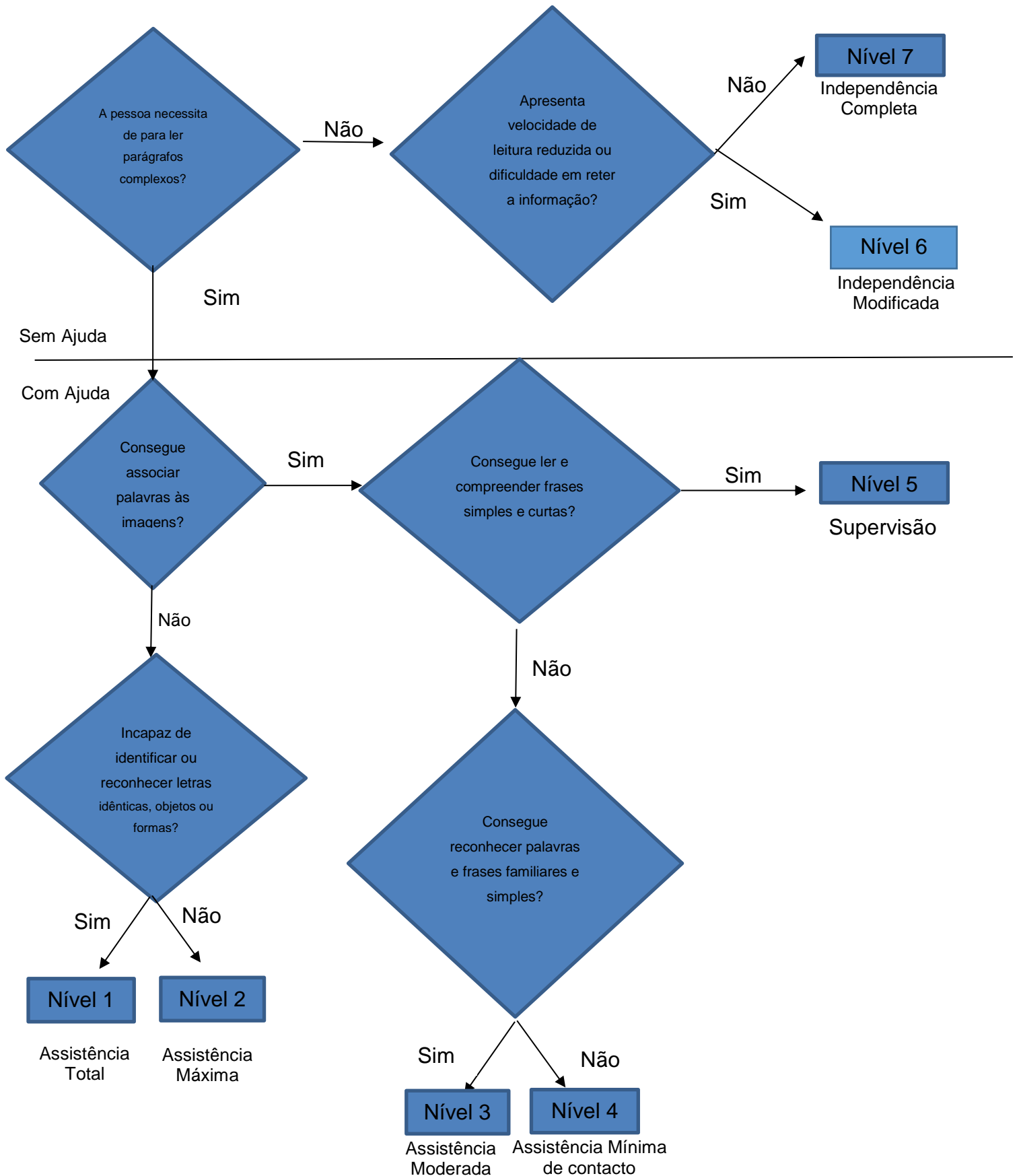
Capacidade de compreender material escrito.

Wright (2000) descreve do seguinte modo os níveis de função e respetiva cotação:

- Nível 7 (Independência Completa) - Consegue ler e compreender parágrafos longos e complexos (jornais, livros, etc).
- Nível 6 (Independência Modificada) – Consegue ler e entender frases complexas ou parágrafos curtos. Pode demonstrar problemas de velocidade reduzida ou retenção de informação.
- Nível 5 (Supervisão) - Consegue ler e compreender, frases curtas e simples, mas demonstra maior dificuldade com o comprimento ou complexidade.
- Nível 4 (Assistência Mínima de Contacto) - Consegue reconhecer palavras simples e frases curtas familiares.
- Nível 3 (Assistência Moderada) - Consegue reconhecer letras, objetos, e formas. Consegue associar as palavras às respetivas imagens (50-75% de precisão).
- Nível 2 (Assistência Máxima) - Consegue identificar objetos idênticos, formas, letras (25- 49% de precisão), mas pode necessitar de estímulos.
- Nível 1 (Assistência Total) - Não é possível combinar de forma consistente ou reconhecer palavras, objetos ou formas (sob a precisão de 25%).

### 2.4.1 MAF- Árvore de decisão para o item: Leitura

INÍCIO



## 2.5 Escrita

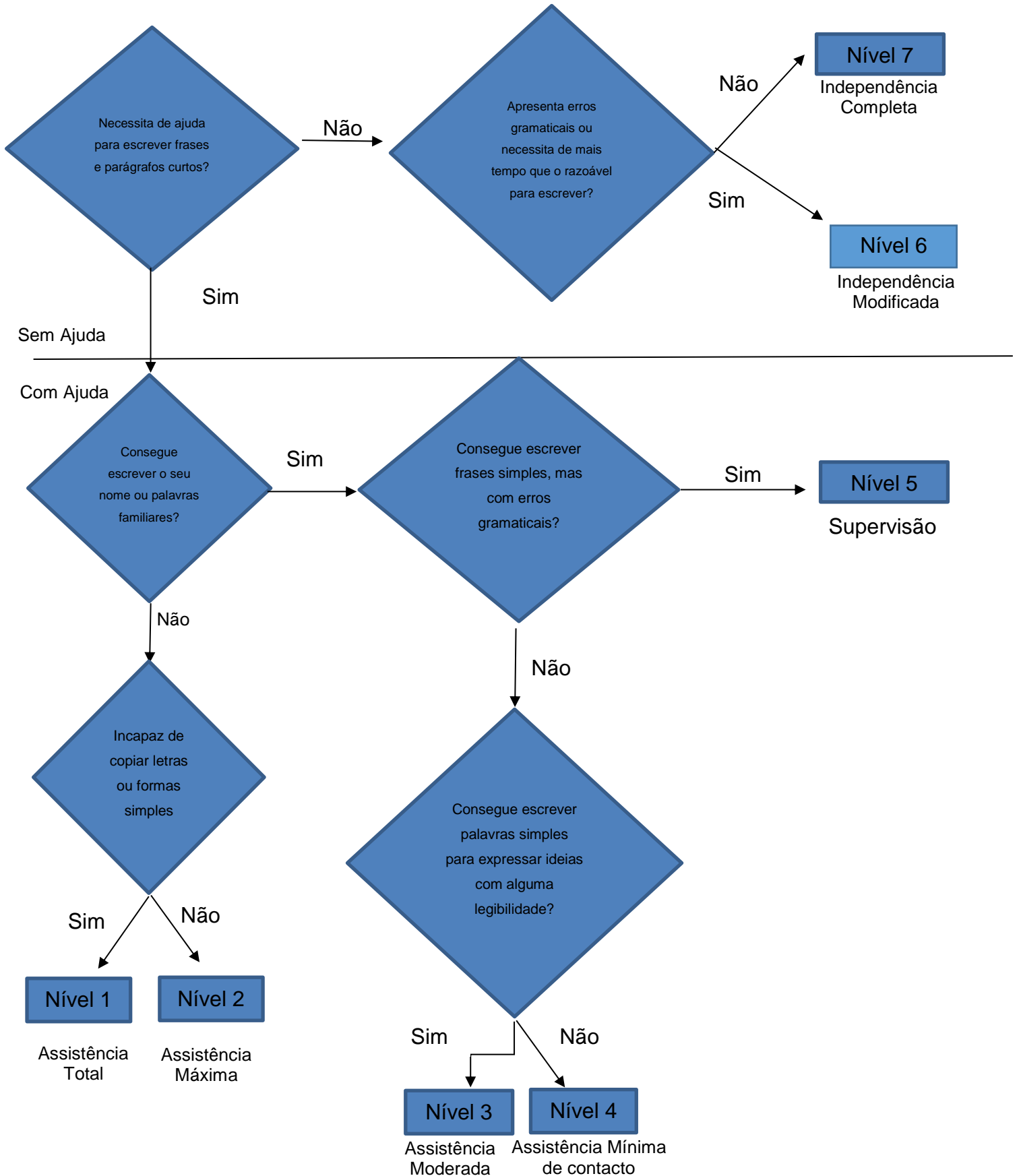
Inclui soletração, gramática e capacidade de escrita.

Wright (2000) descreve do seguinte modo os níveis de função e respetiva cotação:

- Nível 7 (Independência Total) - Consegue escrever com precisão, cumprindo as regras de ortografia, gramática, sintaxe e pontuação.
- Nível 6 (Independência Modificada) – Consegue escrever com precisão frases e formar parágrafos curtos. Pode apresentar erros ocasionais de ortografia ou gramaticais.
- Nível 5 (Supervisão) - Consegue escrever frases simples, apresentando erros de ortografia, gramática e sintaxe.
- Nível 4 (Assistência Mínima de Contacto) - Consegue escrever palavras simples e, ocasionalmente, algumas frases. Apresenta erros de ortografia e legibilidade reduzida.
- Nível 3 (Assistência moderada) - Consegue escrever o nome e algumas palavras familiares. A legibilidade é reduzida.
- Nível 2 (Assistência Máxima) - Consegue escrever, de forma espontânea, algumas letras. Possui capacidade para copiar letras e números.
- Nível 1 (Assistência Total) - Não consegue copiar letras ou formas simples, nem escrever de forma espontânea.

2.5.1 MAF- Árvore de decisão para o item: Escrita

INÍCIO



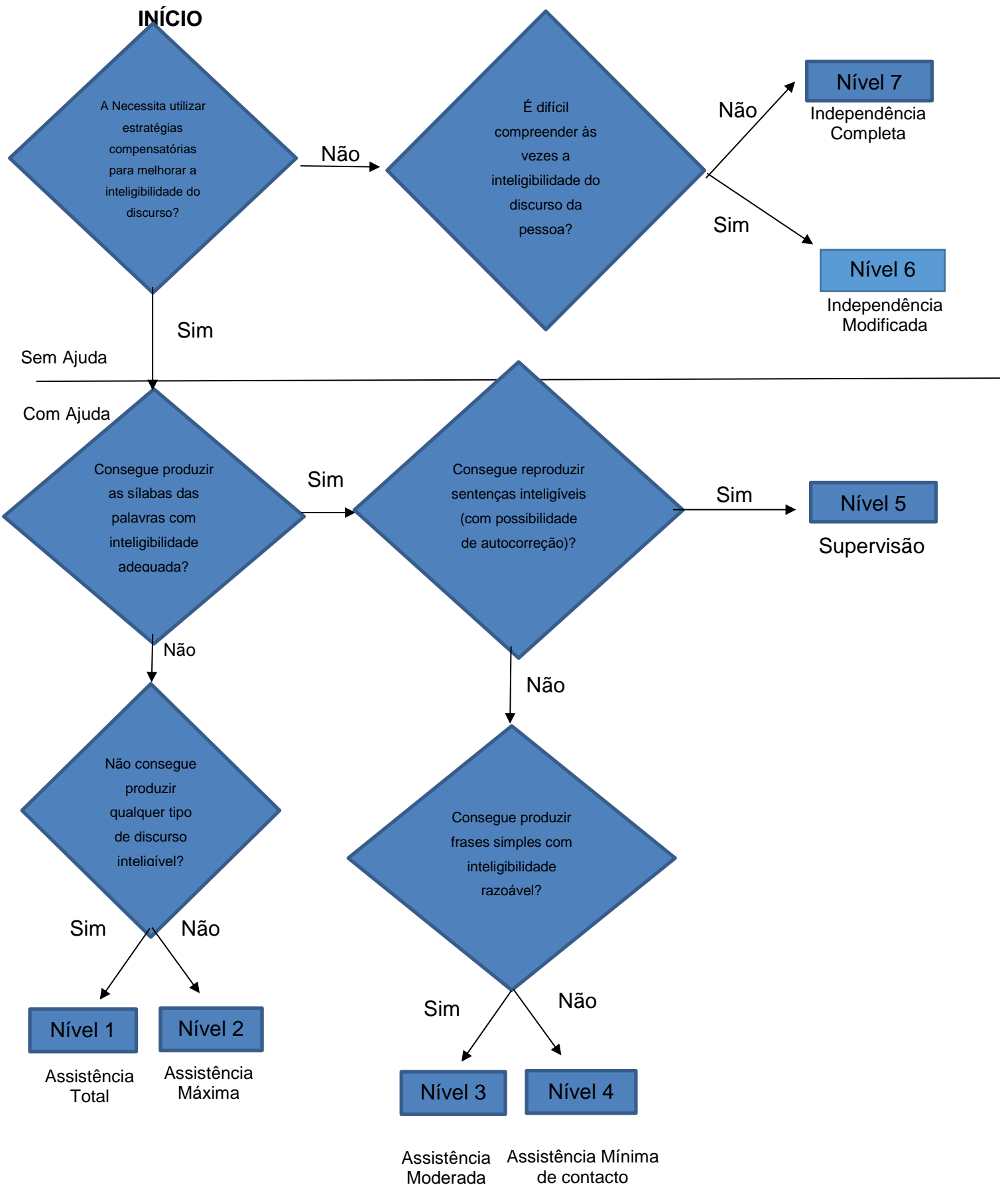
## 2.6 Inteligibilidade do discurso

Inclui articulação, ritmo, volume e qualidade da comunicação verbal.

Wright (2000) descreve do seguinte modo os níveis de função e respetiva cotação:

- Nível 7 (Independência Completa) - Consegue conversar com boa articulação e controlo vocal. Não apresenta dificuldade em compreender o que está a ser dito.
- Nível 6 (Independência Modificada) – Apresenta algumas distorções no som emitido, mas inteligibilidade adequada. O ritmo de comunicação pode ser reduzido.
- Nível 5 (Supervisão) - A inteligibilidade da fala é reduzida e a articulação é distorcida. Pode tentar efetuar autocorreções.
- Nível 4 (Assistência Mínima de Contacto) - Consegue produzir de forma inteligível palavras e frases simples.
- Nível 3 (Assistência Moderada) - Pode produzir palavras monossilábicas com inteligibilidade adequada. Requer apoio do ouvinte para conseguir verbalizar mais tempo.
- Nível 2 (Assistência Máxima) - Consegue produzir vogais, algumas consoantes e imitar algumas palavras simples.
- Nível 1 (Assistência Total) - Não apresenta discurso inteligível.

2.6.1 MAF- Árvore de decisão para o item: Inteligibilidade do discurso



## 2.7 Estado Emocional

Inclui a frequência e a gravidade da depressão, ansiedade, frustração, habilidade, falta de resposta, agitação, interferência com o funcionamento geral da vida, capacidade de lidar e assumir a responsabilidade pelo comportamento emocional.

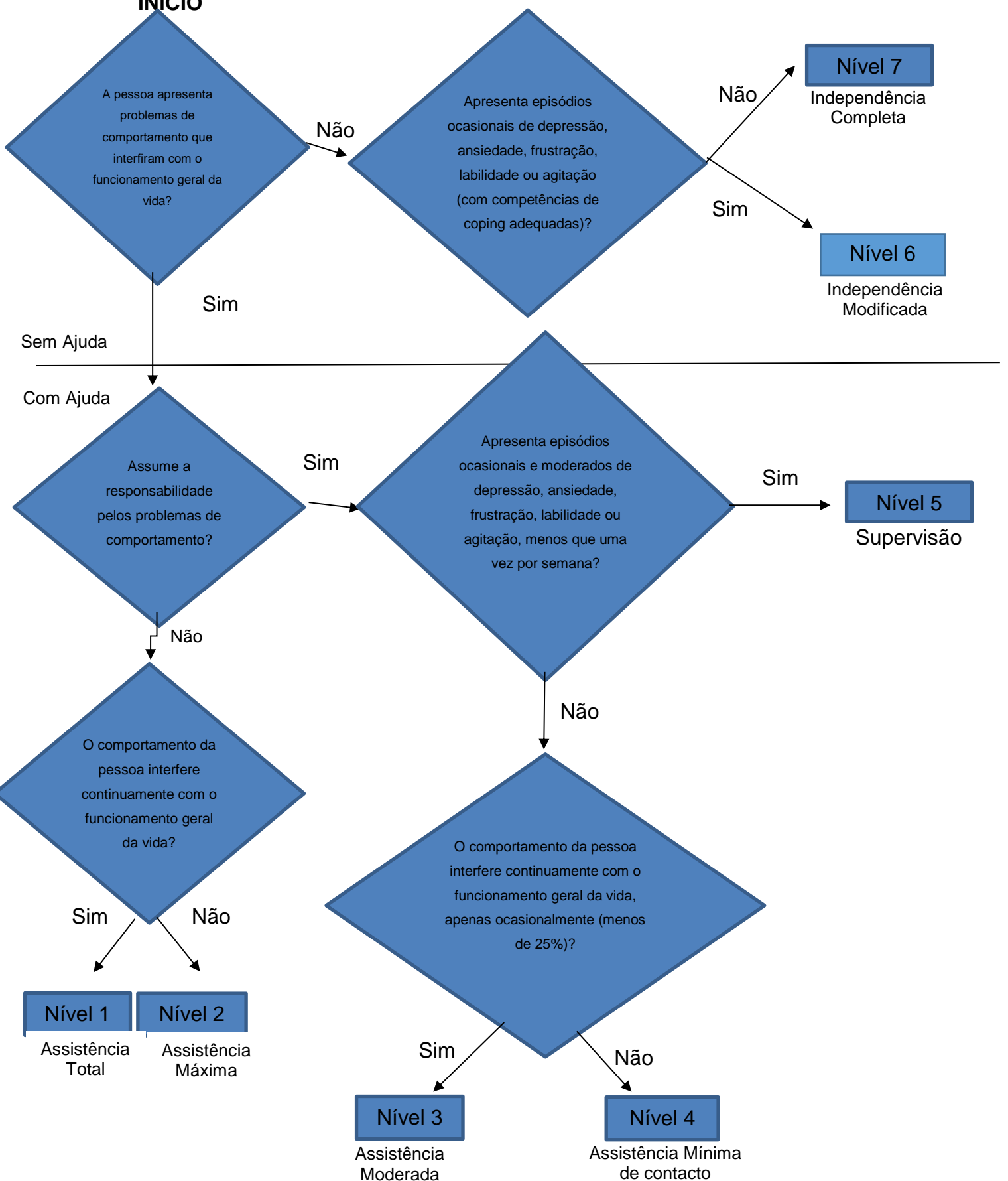
Wright (2000) descreve do seguinte modo os níveis de função e respetiva cotação:

- Nível 7 (Independência Completa) – Não apresenta depressão, ansiedade, frustração, instabilidade e / ou agitação.
- Nível 6 (Independência Modificada) - Apresenta episódios ocasionais de depressão, ansiedade, frustração, instabilidade e / ou agitação. O comportamento não interfere no funcionamento geral da vida.
- Nível 5 (Supervisão) – Apresenta episódios leves e ocasionais de depressão, ansiedade, frustração, instabilidade e / ou agitação. Assume a responsabilidade pelos comportamentos e está a aprender a lidar com sua condição. Esse comportamento não interfere significativamente no funcionamento geral da vida.
- Nível 4 (Assistência Mínima de Contacto) - Apresenta episódios frequentes e moderados de depressão, ansiedade, frustração, instabilidade e / ou agitação. Assume a responsabilidade por este comportamento e não interfere com a vida geral, funcionando 75% ou mais do tempo.
- Nível 3 (Assistência moderada) - Apresenta episódios frequentes e moderados de depressão, ansiedade, frustração, instabilidade e / ou agitação. Assume a responsabilidade por algum deste comportamento e não interfere com a vida geral, funcionando 50-75% do tempo.
- Nível 2 (Assistência Máxima) - Apresenta episódios graves de depressão, ansiedade, frustração, instabilidade e / ou agitação. Consegue controlar este comportamento 25-49% do tempo, apesar de interferir no funcionamento geral da vida.
- Nível 1 (Assistência Total) - Apresenta episódios severos de depressão, ansiedade, frustração, instabilidade, falta de resposta, e / ou agitação.

Consegue controlar esse comportamento menos de 25% do tempo. O comportamento interfere continuamente com o funcionamento geral da vida.

### 2.7.1 MAF- Árvore de decisão para o item: Estado Emocional

**INÍCIO**



## 2.8 Adaptação à limitação

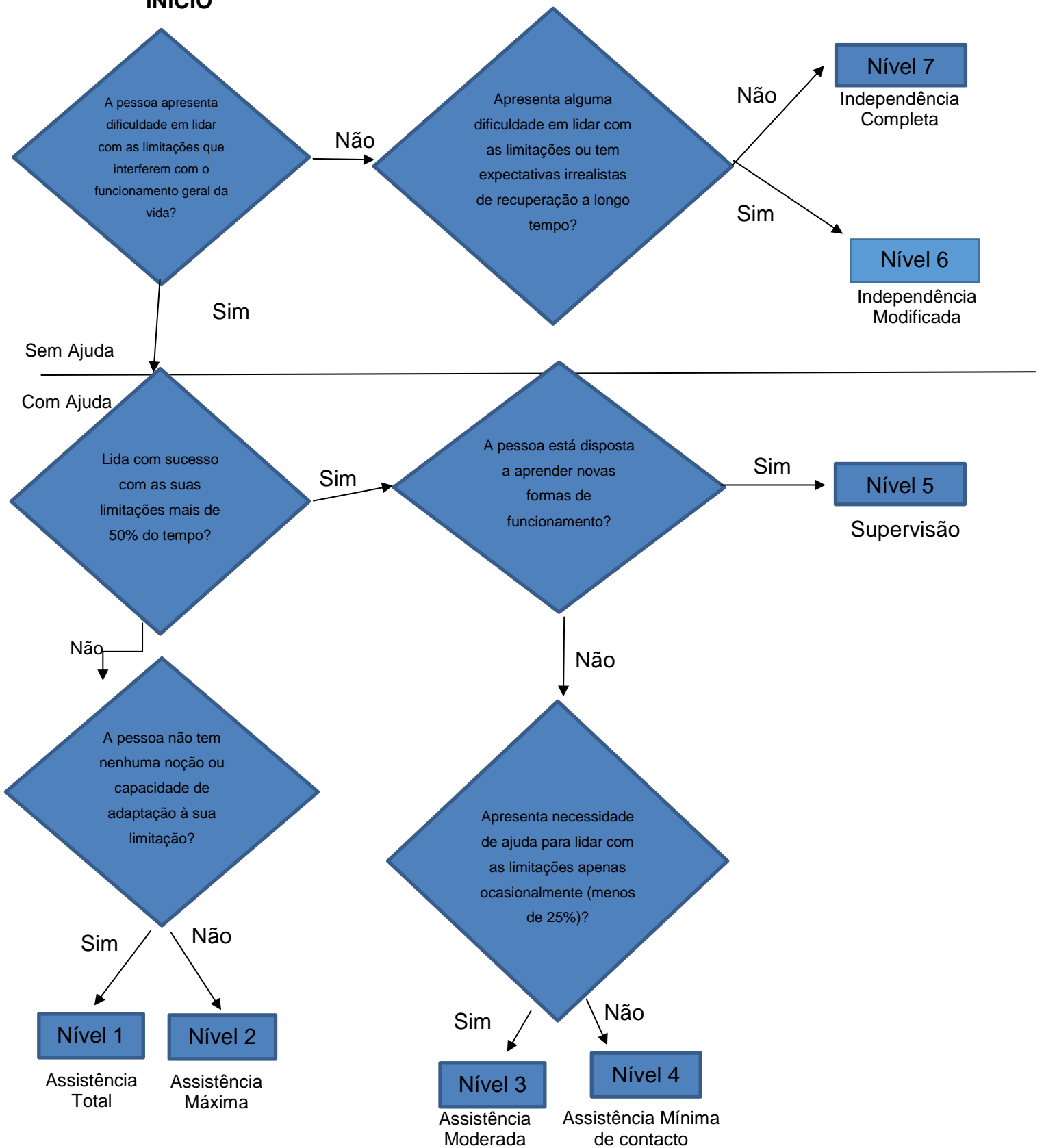
Inclui negação / consciencialização, aceitação de limitações, disposição para aprender novas formas de funcionamento, compensação, tomada de precauções de segurança adequadas e expectativas realistas de recuperação a longo prazo.

Wright (2000) descreve do seguinte modo os níveis de função e respetiva cotação:

- Nível 7 (Independência Completa) - Demonstra capacidade para compensar as limitações, exercer um juízo seguro sobre as AVD e tem expectativas realistas na recuperação a longo prazo.
- Nível 6 (Independência Modificada) - Apresenta alguma dificuldade em lidar com limitações físicas, emocionais ou sociais, mas isso não interfere com o funcionamento geral de vida, pois aprendeu novas formas de funcionamento. O Apresenta algumas expectativas irrealistas para a recuperação a longo prazo.
- Nível 5 (Supervisão) – Apresenta dificuldade em lidar com limitações físicas, emocionais e sociais, começa a compensar algumas dessas limitações e está disposto a aprender novas formas de funcionamento.
- Nível 4 (Assistência Mínima de Contacto) - Consegue lidar com as limitações na vida em cerca de 75% ou mais do tempo. No entanto, resiste a compensar limitações e aprender novas formas de funcionamento.
- Nível 3 (Assistência Moderada) – Apresenta alguma consciência das limitações físicas, emocionais ou sociais. Consegue lidar com as limitações em 50-75% do tempo.
- Nível 2 (Assistência Máxima) – Consciência limitada das limitações físicas, emocionais ou sociais. Consegue lidar com as limitações em 25-49% do tempo.
- Nível 1 (Assistência Total) – Não tem consciência das limitações físicas, emocionais ou sociais. Consegue lidar com as limitações em menos de 25% do tempo

### 2.8.1 MAF- Árvore de decisão para o item: Adaptação à limitação

**INÍCIO**



## 2.9 Empregabilidade

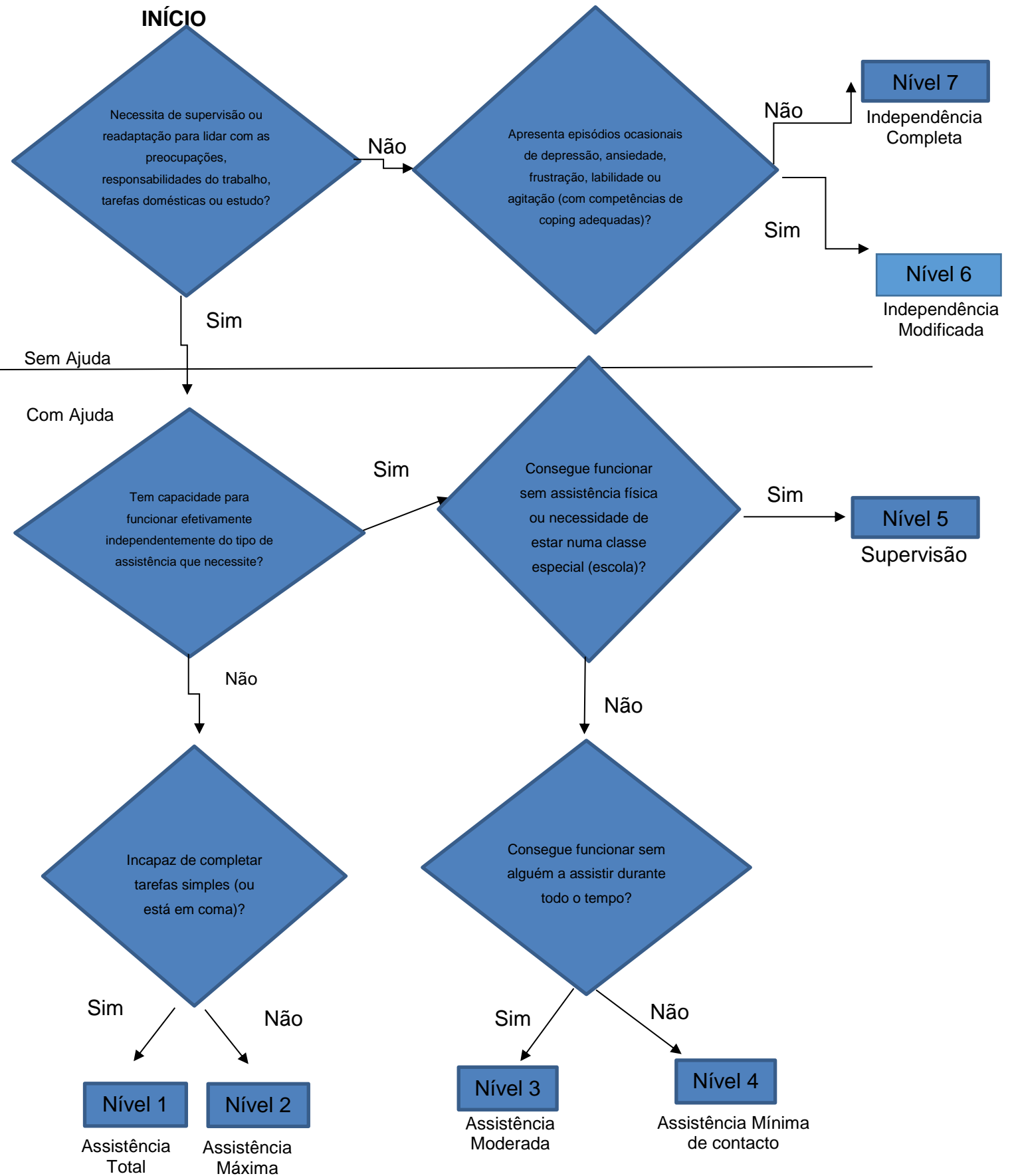
Reflete o potencial da pessoa para o emprego (inclui o mercado de trabalho, escola e tarefas domésticas).

Wright (2000) descreve do seguinte modo os níveis de função e respetiva cotação:

- Nível 7 (Independência Total) - Consegue competir no mercado aberto para uma gama relativamente ampla de empregos compatíveis com as competências existentes; Consegue iniciar, planear, executar e assumir responsabilidades associadas com o trabalho doméstico; Compreende e realizar a maioria das tarefas escolares relevantes para a idade.
- Nível 6 (Independência Modificada) - Por causa da limitação, apenas consegue competir num mercado de trabalho limitado. A pessoa pode ter uma carga de trabalho ajustada, ou requer um dispositivo de apoio, mas é capaz de fazer trabalhos selecionados, manter a casa e / ou permanecer na escola.
- Nível 5 (Supervisão) – Necessita de desenvolver habilidades e requer supervisão. Podem existir algumas considerações de segurança.
- Nível 4 (Assistência Mínima de Contacto) – Necessita de ajuda para começar o trabalho ou permanecer na escola (como, por exemplo, frequentar uma classe especial). Não consegue competir no mercado de trabalho.
- Nível 3 (Assistência Moderada) - Requer assistência durante toda a tarefa. Não pode realizar sozinha as tarefas domésticas, nem funcionar com sucesso num ambiente escolar.
- Nível 2 (Assistência Máxima) - Não consegue funcionar de forma eficaz, é incapaz de cumprir as responsabilidades de um emprego, tarefas domésticas ou estudo. Requer assistência máxima em todas as tarefas.
- Nível 1 (Assistência Total) - Não empregável. Não é possível completar até mesmo as tarefas mais simples, mesmo com o máximo de assistência.

### 2.9.1 MAF- Árvore de decisão para o item: Empregabilidade

**INÍCIO**



## 2.10 Orientação

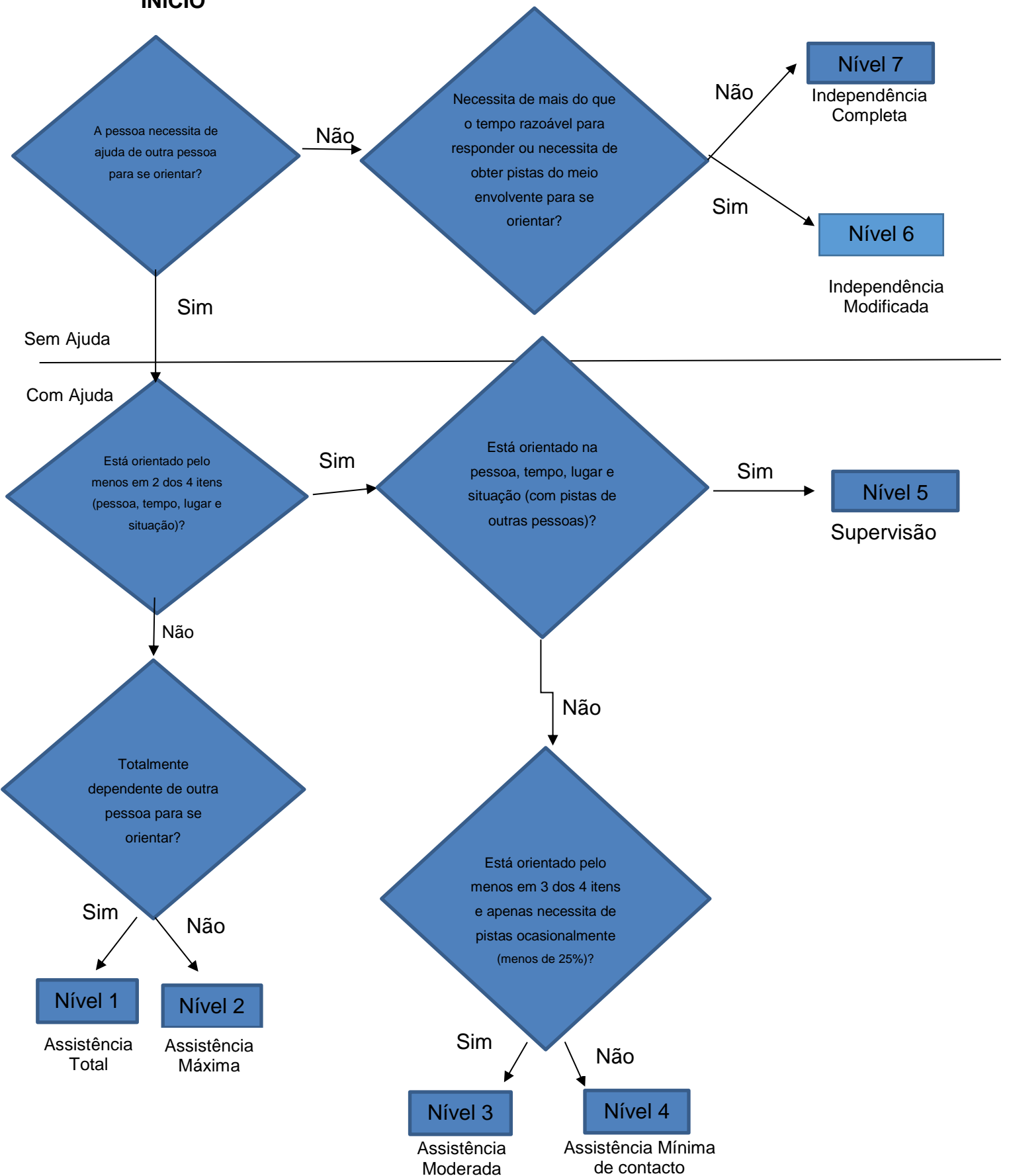
Inclui orientação consistente na pessoa, lugar, tempo e situação.

Wright (2000) descreve do seguinte modo os níveis de função e respetiva cotação:

- Nível 7 (Independência Total) - Completamente orientada na pessoa, lugar, tempo e situação.
- Nível 6 (Independência Modificada) - Encontra-se orientado mas pode necessitar de um tempo mais alargado para responder. Pode utilizar pistas para responder, mas não requer a assistência de outra pessoa.
- Nível 5 (Supervisão) – Necessita de sugestões de outros para se orientar na pessoa, lugar, tempo e situação.
- Nível 4 (Assistência Mínima de Contacto) - Consegue orientar-se em para 3 dos 4 itens e não requer estímulos externos em 75% ou mais do tempo.
- Nível 3 (Assistência Moderada) - Consegue orientar-se em 2 de 4 itens e não requer estímulos externos em 50-75% do tempo.
- Nível 2 (Assistência Máxima) - Consegue orientar-se em 1 de 4 itens e não requer estímulos externos de outros 25-49% do tempo.
- Nível 1 (Assistência Total) – A pessoa não se consegue orientar em mais de 25 % do tempo.

### 2.10.1 MAF- Árvore de decisão para o item: Orientação

INÍCIO



## 2.11 Atenção

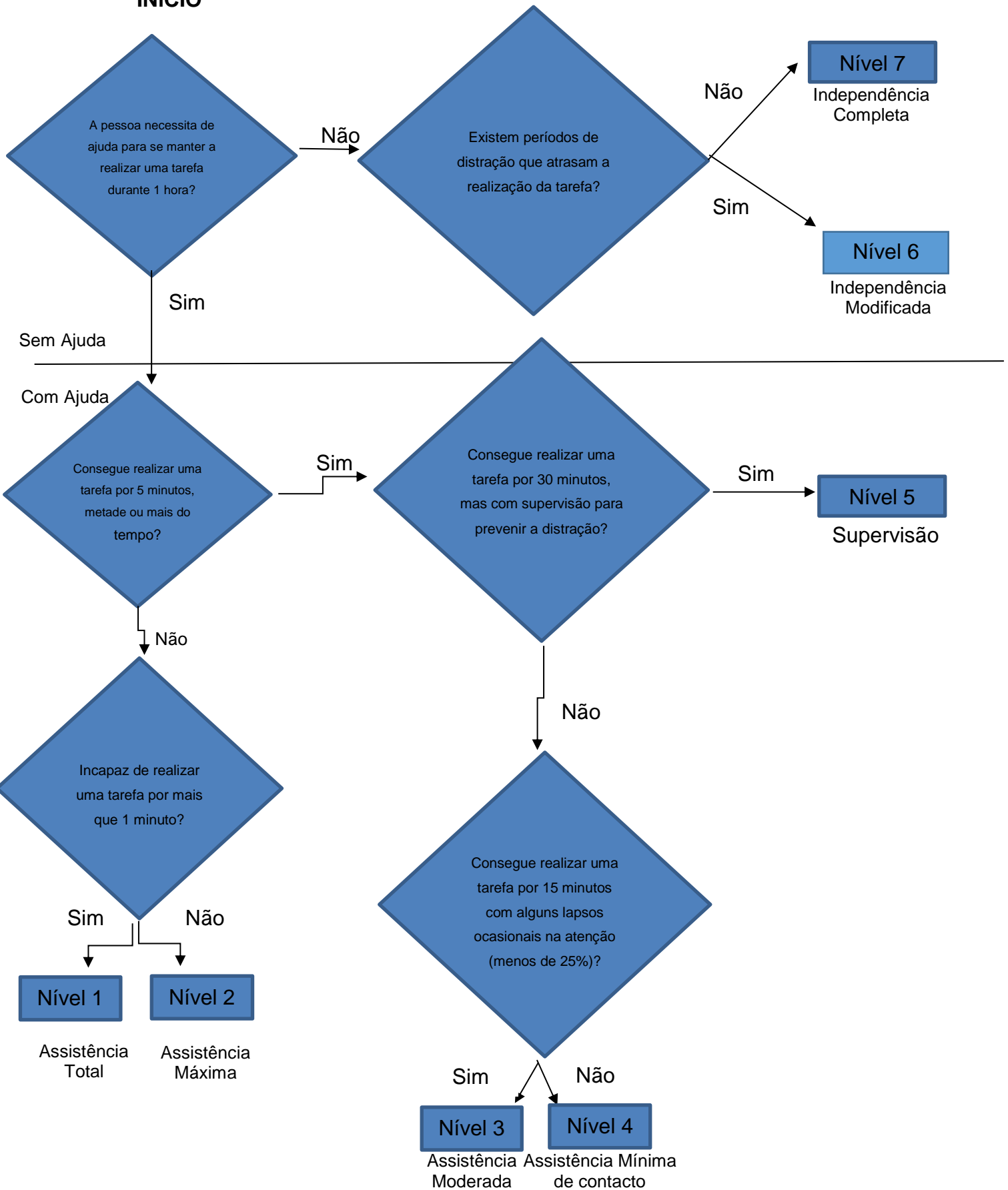
Período de tempo capaz de se concentrar na tarefa, levando em consideração a distração, nível de resposta, a dificuldade e duração da tarefa.

Wright (2000) descreve do seguinte modo os níveis de função e respetiva cotação:

- Nível 7 (Independência Completa) - Consegue realizar continuamente uma tarefa por 60 minutos, sem assistência para manter a atenção Na tarefa.
- Nível 6 (Independência Modificada) - Consegue realizar continuamente uma tarefa, sem assistência para manter a atenção, mas pode apresentar períodos de distração que atrasam a tarefa.
- Nível 5 (Supervisão) - Consegue realizar continuamente uma tarefa por 30-59 minutos, mas precisa de supervisão para prevenir a distração.
- Nível 4 (Assistência Mínima de Contacto) - Consegue realizar uma tarefa por 15- 29 minutos, mas precisa de ajuda para minimizar a distração. Capaz de realizar mais de 75% do tempo da tarefa.
- Nível 3 (Assistência Moderada) – Consegue realizar uma tarefa por 5- 14 minutos, mas precisa de ajuda para minimizar a distração. Capaz de realizar cerca de 50-75% do tempo da tarefa.
- Nível 2 (Assistência Máxima) – Consegue realizar uma tarefa durante 1-4 minutos, mas distrai-se com frequência. Capaz de realizar 25-49% do tempo da tarefa.
- Nível 1 (Assistência Total) – Não é capaz de participar na tarefa durante mais que 1 minuto e realiza menos de 25% do tempo da tarefa

2.11.1 MAF- Árvore de decisão para o item: Atenção

INÍCIO



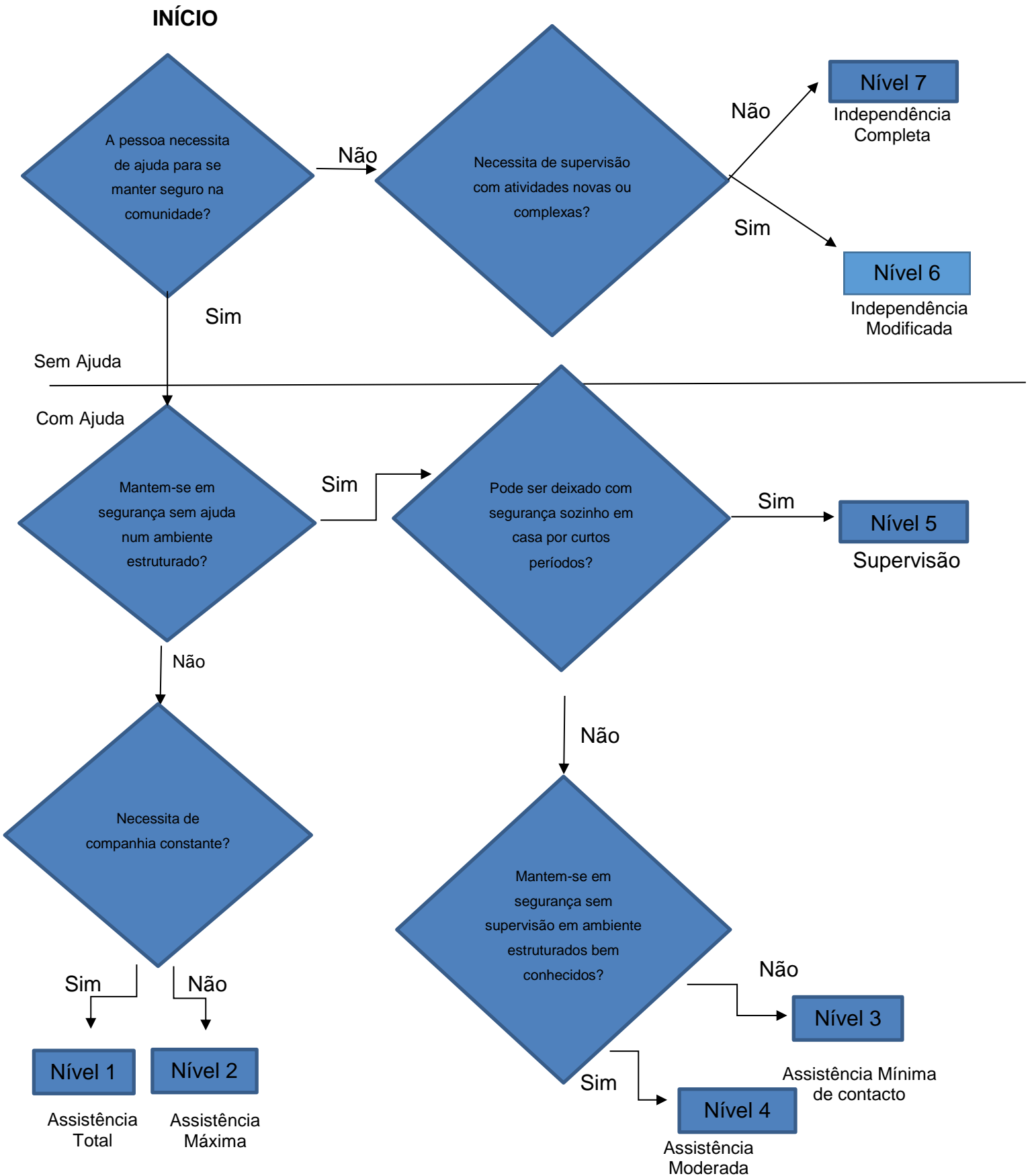
## 2.12 Avaliação da Segurança

Inclui orientação para a situação, consciência das limitações e suas implicações, capacidade de planejar antecipadamente, entender a natureza das situações que envolvem perigo potencial e identificar riscos envolvidos.

Wright (2000) descreve do seguinte modo os níveis de função e respetiva cotação:

- Nível 7 (Independência Completa) - Avalia eficazmente a segurança e pode ser deixado sozinho por tempo indeterminado e / ou pode exercer todas as atividades normais sozinho.
- Nível 6 (Independência Modificada) - Pode ser deixado sozinho por um dia inteiro, mas pode precisar de algum grau de supervisão nas atividades novas ou complexas. Atividades de rotina podem ser realizadas de forma independente.
- Nível 5 (Supervisão) – Apresenta alguma dificuldade na manutenção da sua segurança e necessita de supervisão diária e / ou ajuda com atividades de rotina na comunidade.
- Nível 4 (Assistência Mínima de Contacto) - É independente apenas dentro de um ambiente estruturado, mas necessita de uma supervisão rigorosa ao sair deste ambiente. Não pode ficar sozinho em casa, por questões de segurança.
- Nível 3 (Assistência Moderada) – Necessita de supervisão dentro do ambiente estruturado. Não pode ficar sozinho em casa.
- Nível 2 (Assistência Máxima) – Necessita de supervisão em todos os ambientes em que se encontra.
- Nível 1 (Assistência Total) – Necessita de um controlo rigoroso para manter a sua segurança. Não pode ser deixado sozinho.

### 2.12.1 MAF- Árvore de decisão para o item: Avaliação da segurança



## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Em termos clínicos a MIF permite: determinar a incapacidade, avaliar e acompanhar os ganhos funcionais do doente e do resultado obtido, avaliar a qualidade de um programa de reabilitação, comparar dados relativos à deficiência e incapacidade com o resultado de um programa de reabilitação, a melhoria da formação e da pesquisa clínica.

Assim, conseguir-se-á planear as intervenções de Enfermagem de Reabilitação em função dos resultados obtidos com a utilização da MIF+MAF, avaliar o grau de incapacidade funcional do doente de forma objetiva e mensurável, com intervenções adaptadas ao nível real de funcionalidade da pessoa, além de que, e não menos importante, permitirá avaliar cientificamente os ganhos em saúde obtidos com as intervenções de Enfermagem de Reabilitação.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

HOEMAN, s. (2011). *Enfermagem de Reabilitação-Prevenção, Intervenção e Resultados Esperados*. (4ª edição). Loures: Lusodidacta.

Wright, J. (2000). Thre functional Assessment Measure. [Em linha] The center for Outcome Measurement in Brain Injury. Acedido a 4 de Janeiro, 2017, em <http://www.tbims.org/combi/FAM>.

## APÊNDICES

## **APÊNDICE 1- ESCALA DE AVALIAÇÃO MIF+MAF**

## Hospital Y

# MIF + MAF\*

Cama-	Data-	Nome-																				
Idade-	Diagnóstico-																					
Avaliações	Data-							Data-							Data-							
Categorias e Dimensões	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	
<b>AUTOCUIDADO</b>																						
Alimentação																						
Deglutição*																						
Higiene Pessoal																						
Banho																						
Vestir a metade superior do corpo																						
Vestir a metade inferior do corpo																						
Utilização da sanita																						
<b>CONTROLO DOS ESFÍNCTERES</b>																						
Controlo Vesical																						
Controlo intestinal																						
<b>MOBILIDADE/TRANSFERÊNCIA</b>																						
Transferências: leito/cadeira/leito;																						
Transferências: Sanita																						
Transferências: Banheira; duche																						
Transferências: Carro*																						
<b>LOCOMOÇÃO</b>																						
Marcha; Cadeira de rodas																						
Escadas																						
Acesso à comunidade*																						
<b>COMUNICAÇÃO</b>																						
Compreensão																						
Expressão																						
Leitura*																						
Escrita*																						
Inteligibilidade do discurso*																						

