

Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização de Enfermagem de
Reabilitação

Relatório de Estágio

A Intervenção do Enfermeiro Especialista em
Enfermagem de Reabilitação na Pessoa com
Alterações Cognitivas decorrentes de TCE

Tânia Isabel Figueiredo de Almeida

Lisboa

2018



Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização de Enfermagem de
Reabilitação

Relatório de Estágio

A Intervenção do Enfermeiro Especialista em
Enfermagem de Reabilitação na Pessoa com
Alterações Cognitivas decorrentes de TCE

Tânia Isabel Figueiredo de Almeida

Orientador: José Carlos Pinto Magalhães

Lisboa

2018

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



*“Lembrar é fácil para quem tem memória,
esquecer é difícil para quem tem coração”*

(William Shakespeare)

À minha avó Anunciação.
Pelo tempo partilhado,
na certeza de que morrer é inevitável,
mas viver é inadiável.

AGRADECIMENTOS

O futuro pertence àqueles que acreditam na beleza dos seus sonhos.

(Eleanor Roosevelt)

O presente relatório é fruto de um trabalho árduo, dedicação e esforço no sentido de alcançar um objetivo, mais precisamente um sonho. Sonho, este, que não seria possível de alcançar sem o contributo de várias pessoas.

Assim, em primeiro lugar, gostaria de expressar a minha gratidão para com as minhas orientadoras de estágio Enf. Marta Brites e Enf. Ana Sales pela orientação, suporte, rigor e por me terem mantido sempre no caminho certo. Agradeço-lhes pelas horas de dedicação e pelas múltiplas dores de cabeça que este trabalho acabou por lhes causar. No entanto, sem elas o mesmo não seria possível terminar.

Estou igualmente agradecida ao Professor José Carlos Pinto Magalhães, na qualidade de orientador de projecto, pelo suporte, tempo despendido na discussão, revisão e partilha de ideias que me possibilitaram desenvolver o meu projecto nesta área de conhecimentos ainda inexplorada pela Enfermagem.

E, porque estes últimos dois anos foram feitos não apenas de estudo mas também de uma vida académica e amizades, quero agradecer aos meus colegas de curso pelo companheirismo, em especial à Raquel Sequeira pelas horas passadas nas salas da biblioteca, pelos almoços, pelo apoio nas horas de maior carga de trabalho.

Um obrigada do tamanho do mundo à mãe Fernanda e ao pai João, por serem um exemplo de modelo e de vida a seguir, quero agradecer-lhes por me terem ajudado a chegar onde cheguei, por me terem dado asas para voar e estarem sempre lá para me apoiar, com o seu constante amor e sacrifício imensurável. Também gostaria de apresentar o meu agradecimento à minha irmã Joana, juntas somos parte de um todo.

Por último, mas não menos importante, o André, mais do que meu namorado, meu amigo, meu porto seguro, minha fonte de inspiração e força motivacional. Agradeço-lhe por acreditar em mim, mesmo quando eu já não acreditava. Por me incentivar a agarrar os sonhos e perseguir os meus objetivos, mesmo quando estes me pareceram tão difíceis e me faltou a força para os levar a cabo. Por não me cobrar o tempo que abdiquei da nossa relação em prol da consecução desta etapa. Sem ele, este caminho teria sido bem mais difícil.

A todos os que mencionei e a todos os que, por lapso, não mencionei, o meu mais profundo obrigado pelo privilégio que tenho em ter-vos como amigos.

Todos os erros ou limitações presentes neste documento são da minha responsabilidade.

SIGLAS

AV – Atividades de Vida

AVD – Atividades de Vida Diárias

AVC – Acidente Vascular Cerebral

CEER – Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação

CHLO, E.P.E. – Centro Hospitalar Lisboa Ocidental, Entidade Pública Empresarial

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

GCS – Escala de Coma de Glasgow

IAI – Instrumento de Avaliação Integrado

INE – Instituto Nacional de Estatística

MCEER – Mesa do Colégio de Especialidade de Enfermagem de Reabilitação

MIF – Medida de Independência Funcional

MMSE – Mini Mental State Examination

MRC – Medical Research Council

OE – Ordem dos Enfermeiros

SAPE – Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem

TCE – Traumatismo Crânio-Encefálico

RFR – Reeducação Funcional Respiratória

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

TBI – Traumatic Brain Injury

UCC – Unidade de Cuidados Continuados

UMCCI – Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados

WHO – World Health Organization

RESUMO

A problemática do TCE apresenta-se como tema com progressiva importância em saúde, pois mantém-se associado ao politraumatizado acidental, com uma grande representação a nível epidemiológico, constituindo um problema de saúde pública com elevado impacto económico. É uma das causas mais frequentes de morbidade e mortalidade, entre os jovens adultos, em todo o mundo, com um impacto importante na qualidade de vida (Ghajar, 2000). Embora seja um evento que ocorra em segundos, os seus efeitos perduram durante longos períodos acarretando alterações na pessoa, família e sociedade, pois conduz a mudanças acentuadas nos papéis e relações, uma vez que a pessoa que sofreu TCE pode apresentar défices temporários ou permanentes, tanto a nível sensoriomotor, como a nível cognitivo, comportamental e social (idem, ibidem).

Os défices cognitivos são muitas vezes descurados pelos profissionais de saúde, ainda que a evidência refira que as funções mentais superiores são fundamentais no processo de aprendizagem (Hoeman, 2011). Neste sentido, é fundamental introduzir um processo de reabilitação cognitiva no acompanhamento da pessoa, para uma eficaz reintegração da mesma.

Este relatório pretende elucidar e descrever as intervenções de enfermagem no cuidado a pessoa com TCE, visando atingir as competências do EEER, nomeadamente na identificação e avaliação das funções cognitivas comprometidas, com uso de instrumentos adequados, por forma a delinear objetivos e programar atividades terapêuticas sistematizadas, que proporcionem a reeducação cognitiva.

Foi imprescindível, ao longo deste percurso, a aquisição de saberes da neurociência e das funções mentais superiores, as suas ações no processo de reabilitação, que se traduz num processo de aprendizagem contínuo e intensivo ao longo da vida da pessoa, após o TCE. As intervenções aplicadas procuraram maximizar as capacidades cognitivas tendo em conta o bem-estar psicológico, a funcionalidade na realização dos autocuidados e a integração sociofamiliar, envolvendo não só a pessoa, mas também a família e, desejavelmente, o ambiente sociocultural em que se insere.

Palavras-Chave: Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, Traumatismo Crânio-Encefálico, Reabilitação Cognitiva

ABSTRACT

The problem of TBI is a topic with progressive importance in health, since it is associated with accidental polytrauma, with a great epidemiological representation, consisting in a public health problem with high economic impact. It is one of the most frequent causes of morbidity and mortality worldwide, with a significant impact on quality of life (Ghajar, 2000). Although it is an event that occurs in a matter of seconds, its effects persist for long periods leading to changes in the person, family and society as it leads to sharp changes in roles and relationships, since the person who has suffered from TBI may have temporary or permanent deficits, both at the sensori-motor level, and at the cognitive, behavioral and social levels (idem, ibidem).

Cognitive deficits are often neglected by health professionals, although evidence indicated that higher mental functions are central to the learning process (Hoeman, 2011). In this sense, it is fundamental to introduce a process of cognitive rehabilitation in the accompaniment of the person, for an effective reintegration of the same.

This report aims to elucidate and describe the nursing interventions in the care of the person with TBI, aiming to reach the competencies of the EEER, namely in the identification and evaluation of the cognitive functions involved, using appropriate instruments, in order to establish goals and to schedule systematized therapeutic activities, which provide cognitive re-education.

It was essential, along this path, to acquire knowledge of neuroscience and higher mental functions, their actions in the rehabilitation process, resulting in a process of continuous and intensive learning throughout the person's life after TBI. The applied interventions sought to maximize cognitive abilities taking into account psychological well-being, functionality in self-care and socio-family integration, involving not only the person but also the family and, ideally, the socio-cultural environment in which it is inserted.

Key Words: Nurse Specialist in Rehabilitation Nursing, Traumatic Brain Injury, Cognitive Rehabilitation

INTRODUÇÃO.....	17
1. DESCRIÇÃO E ANÁLISE CRÍTICA DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS PARA AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA SEGUNDO OS OBJETIVO DELINEADOS.....	31
1.1. Desenvolver uma prática profissional e ética que respeite os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.....	31
1.2. Consolidar conhecimentos nos domínios técnicos, científicos e humanos na área da prestação de cuidados à pessoa com alterações cognitivas.....	33
2. DESCRIÇÃO E ANÁLISE CRÍTICA DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS PARA AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS ESPECIFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA SEGUNDO OS OBJETIVO DELINEADOS.....	39
2.1. Integrar a equipa multidisciplinar nos diferentes locais de estágio e identificar as intervenções do EEER.....	39
2.2. Identificar as necessidades de intervenção especializadas na área de enfermagem de reabilitação na pessoa com alterações cognitivas decorrentes de TCE 42	
2.3. Desenvolver competências no planeamento e implementação de intervenções com vista a promover as capacidades adaptativas da pessoa com alterações cognitivas decorrentes de TCE	45
2.4. Capacitar a pessoa com alterações cognitivas decorrentes de TCE visando a adaptação às limitações e prevenção de complicações.....	58
2.5. Maximizar a funcionalidade da pessoa com alterações cognitivas decorrentes de TCE com vista a um melhor desempenho das AVD.....	66
2.6. Promover a continuidade de cuidados com vista à reinserção da pessoa com alterações cognitivas decorrentes de TCE na família e comunidade	72
3. AVALIAÇÃO.....	75
3.1. Contributos para a prática profissional.....	77
4. CONCLUSÃO.....	79
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	81

APÊNDICES

Apêndice I – Folha de Colheita de Dados

Apêndice II – Reflexão das Jornadas

Apêndice III – Estimulação Multissensorial

Apêndice IV – Estudo de Caso I

Apêndice V – Estudo de Caso II

Apêndice VI – Estudo de Caso III

Apêndice VII – Apresentação Reabilitação Cognitiva (Serviço Neurocirurgia)

Apêndice VIII – Panfleto Reabilitação Cognitiva (Serviço Neurocirurgia)

Apêndice IX – Apresentação Reabilitação Cognitiva & Estimulação Sensorial (ECCI)

Apêndice X – Planfeto Défice Cognitivo Ligeiro (ECCI)

Apêndice XI – Jogo: Todo pelas Partes

Apêndice XII – Atividades Terapêuticas de Reabilitação

INTRODUÇÃO

No âmbito do exercício profissional, a procura pela qualidade nos cuidados de saúde centra-se num contínuo aperfeiçoamento das competências dos enfermeiros (Matias, 2016). É essencial a atualização de conhecimentos de forma a “desenvolver uma prática profissional cada vez mais complexa, especializada e exigente” (Fonseca, 2015, s.p.). A aquisição de competências para uma prestação de cuidados de qualidade tem por base a formação contínua ao longo da carreira profissional, para fazer face aos desafios que se impõem, indo de encontro com Amendoeira (2009) que considera a especialização dos enfermeiros como uma escolha que permite que estes estejam melhor preparados para intervir em contextos diferenciado e complexos.

Findo o processo de aprendizagem e de desenvolvimento de competências inerentes ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER), elabora-se o presente relatório, no âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório, que se enquadra no preconizado para o ciclo de estudos do Dec. Lei n.º 74/2006 de 24 de março, estágio de natureza profissional objeto de relatório final. Este assume-se como reflexo da aprendizagem realizada nos anteriores três semestres, procurando dar resposta à problemática previamente delineada e planeada na Unidade Curricular Ensino Clínico – Opção II, associando o processo de ensino aprendizagem e formação profissional. O presente relatório traduz reflexivamente todo o trabalho desenvolvido, assim como as competências adquiridas, durante este processo de formação académica, em especial, aquelas que foram ativamente consolidadas no decorrer do estágio. Desta forma, a elaboração deste relatório assume-se como um exercício complexo, de constantes e profundas alterações associadas ao processo reflexivo da prática de cuidados, em que se procura sedimentar a arte do cuidar sustentando-se em bases teóricas e científicas e num pensamento crítico.

Este relatório centra a sua atenção nas competências do EEER, com especial enfoque na forma como estas foram alcançadas, procurando dar resposta à temática “A Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na Pessoa com Alterações Cognitivas decorrentes de TCE”.

As inquietações e necessidades sentidas na prática diária e a perceção das lacunas dos cuidados prestados às pessoas com défice cognitivo, levaram a que se optasse por definir a reabilitação cognitiva como área temática. Área extensa e complexa de

conhecimento, que comporta a recuperação da função cognitiva, a compensação do défice cognitivo e a substituição do mesmo (Mendes, 2011).

A escolha desta temática parte de uma motivação intrínseca, pois nos serviços onde se exerceram funções até então, nomeadamente na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) e serviço de internamento de um Centro Hospitalar constata-se que, as pessoas internadas, para além das limitações a nível sensoriomotor, apresentam frequentemente compromisso da função cognitiva¹. Por outro lado, o Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (CEER) (2015) desenvolveu um documento no qual define 16 áreas prioritárias a investigar na especialidade de enfermagem de reabilitação, encontrando-se neste as intervenções autónomas do enfermeiro de reabilitação na função cognitiva.

Ao cuidar de pessoas com alterações cognitivas entende-se que a prestação de cuidados é um desafio pela sua especificidade e complexidade, já que estas alterações são tão ou mais incapacitantes que os défices motores, condicionando em muito a sua adaptação social e familiar, bem como a própria alta dos serviços de saúde. Esta apresenta-se como uma situação sensível à intervenção de enfermagem de reabilitação e com benefícios demonstrados para a pessoa. Suscitou-se assim a curiosidade e a necessidade de desenvolver o grau de conhecimento nessa área, e dar resposta à questão que se impõe: Quais as intervenções do EEER à pessoa com alterações cognitivas? e para este projeto em particular: Quais as intervenções do EEER à pessoa com alterações cognitivas decorrentes de TCE?

Para dar resposta a esta questão, e visto que a prática de enfermagem de reabilitação incorpora os resultados de investigação e orientações de boas práticas baseadas na evidência (Ordem dos Enfermeiros, 2011), realizou-se uma pesquisa bibliográfica livre, nos manuais, revistas, relatórios de estágios e teses facultados pela Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, assim como pelos vários motores de busca, repositórios e editoras disponíveis *online*. Efetuou-se uma revisão crítica da literatura, num processo estruturado de pesquisa nas bases de dados *CINAHL Plus with Full Text* e *MEDLINE with Full Text*, disponíveis através da *EBSCO HOST*. A pesquisa foi limitada ao período de 2005-2016, a artigos disponíveis gratuitamente em texto integral,

¹ Constituem um conjunto de funções integradas que permitem comunicar através de símbolos, representar mentalmente o mundo, apreender, processar, guardar e transmitir vários tipos de informação (Martins, 2006).

em idioma Português ou Inglês, contemplando estudos qualitativos, quantitativos, revisões sistemáticas da literatura e estudos de caso. Definiram-se como descritores de pesquisa “nurs*”, “TBI”, “cognition”, “behavior”, “emotions”, “brain injury”, que vão de encontro com os conceitos estabelecidos na mnemónica PCC, em que a população (P) são pessoas com TCE; o contexto (C) é enfermagem de reabilitação e o conceito (C) reabilitação cognitiva.

O TCE apresenta-se como uma lesão craniana que não advém de uma natureza degenerativa ou congénita, mas sim de um evento neurologicamente traumático, que provoca uma disrupção irreversível na vida da pessoa (Jennekens, Casterlé & Dobbels, 2010). De acordo com Menon et al. (2010), o TCE é uma qualquer lesão decorrente de um trauma externo, que apresenta como consequências alterações do crânio a nível anatómico, como fratura ou laceração do couro cabeludo, bem como comprometimento funcional das meninges, encéfalo ou vasos, resultando em alterações cerebrais, que podem ser momentâneas ou permanentes, assim como de natureza cognitiva ou funcional. Smith e Winkler (1994 cit in Mendes, 2011) reforçam essa mesma definição, ao afirmarem que uma lesão craniana traumática é uma agressão ao cérebro causada por uma força física externa, que pode produzir um estado diminuído ou alterado da consciência, que resulta num comprometimento das capacidades cognitivas ou sensoriomotoras, assim como a nível comportamental e emocional.

Quanto à sua prevalência, Santos, Sousa e Castro-Caldas (2003) referem ser difícil obter o número exato de pessoas que anualmente sofrem TCE sendo este, normalmente, menosprezado. Tal é explicado pelo facto de: muitas das pessoas que sofrem TCE ligeiro não recorrerem aos serviços de saúde; existir uma não identificação de TCE ligeiro em situações de politraumatismo; ausência de registos nos casos de morte resultante de lesões múltiplas graves; e dificuldade na utilização dos critérios de classificação de TCE (Kraus e McArthur, 1996 cit in Santos et al., 2003). Na Europa são poucos os estudos recentes relativos ao número de TCE, no entanto, ainda que com dados pouco conclusivos, sabe-se que a incidência é elevada (Santos et al., 2003). Apesar de na última década ter ocorrido um decréscimo no número e gravidade dos TCE nos países desenvolvidos, justificado em grande parte pelo aumento da segurança rodoviária, estes mantêm-se como a principal causa de mortalidade e morbidade entre os jovens adultos (Oliveira, Lavrador, Santos & Lobo Antunes, 2012).

Uma análise efetuada aos dados fornecidos pela Divisão de Epidemiologia da Direção Geral de Saúde demonstra que, apesar desta tendência decrescente, os números

ainda continuam a rondar os 3 mil diagnósticos anuais, estimando-se que nos últimos 25 anos mais de 275.000 pessoas tenham sofrido um TCE grave em Portugal e vivam hoje com sequelas do mesmo (Novamente, 2014). No entanto, Oliveira et al. (2012) referem que a incidência de TCE a nível mundial tem aumentado à custa de ocorrências nos países em desenvolvimento, prevendo-se que em 2020 constitua, nesse contexto, umas das principais causas de morte.

Em Portugal, a Universidade Católica (Cunha, Costa e Mota, 2012) levou a cabo um estudo, solicitado pela associação Novamente², no qual são trabalhados dados (representados em número de casos registados) desde 1993 até 2010, facultados pelo INE. Assim, para o ano de 2009 registaram-se 4 612 casos e em 2010, 4 396 casos. Este estudo sugere uma tendência para a diminuição da mortalidade e incidência de TCE, mas ainda assim com grande impacto. O evento TCE manifesta-se com maior expressão em jovens do sexo masculino, tendo-se vindo a verificar, igualmente, um incremento da incidência acima dos 65 anos, resultado do aumento da esperança média de vida, que com ela acarreta um acréscimo do risco de quedas (Oliveira et al., 2012). De acordo com um estudo conduzido pela Novamente (2014) registou-se uma média de idades superior à da maioria dos estudos publicados, situando-se esta entre os 50 e os 69 anos. As causas mais frequentes que levam à ocorrência de TCE, em Portugal, estão relacionadas com as quedas (59%), predominantemente numa faixa etária mais idosa; acidentes de viação (25%), carro, moto, bicicleta, atropelamento; acidentes desportivos e agressões (5% para cada); e tentativa de suicídio (1%).

Ainda, de acordo com um estudo efetuado pela associação supracitada 58% das pessoas que se encontravam a estudar ou a trabalhar antes de sofrer TCE, apenas 19% após lesão manteve a sua atividade profissional. Da mesma forma, 54% dos cuidadores ficaram desempregados, reformados ou de baixa laboral, nos primeiros 4 meses, para se dedicarem ao cuidado da pessoa com TCE. Dos 46% que se mantiveram no ativo, 19% reduziu o número de horas de trabalho (Novamente, 2014). Transparece, assim, uma realidade com forte impacto socioeconómico pois, além dos encargos com o indivíduo que sofreu TCE, o cuidador também alterou a sua situação profissional, o que levou a uma redução no seu salário.

² Associação de apoio aos traumatizados crânio-encefálicos e suas famílias, sem fins lucrativos, criada em 2010, por familiares de pessoas com TCE e técnicos de saúde.

Apesar do TCE poder causar incapacidade física a longo prazo, as alterações cognitivas e comportamentais, manifestadas pela dificuldade em manter relações pessoais e em lidar com o seu emprego são relatadas como mais incapacitantes do que quaisquer défices físicos (Khan, Baguley & Cameron, 2003). A recuperação da pessoa que sofreu TCE não pode apenas focar-se na promoção de intervenções de recuperação sensoriomotora, de autonomia e autocuidados, pois as capacidades cognitivas são indispensáveis para aprender e desempenhar novas funções. Neste sentido, a reabilitação cognitiva apresenta-se fundamental, pois é um processo terapêutico que se propõe aumentar e melhorar as capacidades individuais para processar e utilizar a informação, levando a uma melhoria da vida diária (Gonzaga & Nunes, 2008).

Independentemente dos prejuízos específicos, ressalva-se que as funções cognitivas pós TCE deixam de ser automáticas e passam a ser executadas com uma base consciente e intencional, em que a capacidade da pessoa para detetar e corrigir os seus erros ou comportamento no quotidiano está comprometida. Apresentam, igualmente, dificuldades de orientação e consciencialização sobre o comportamento, que interfere com a capacidade de participar no seu tratamento e, posterior, retorno à sua rotina (Podell, Gifford, Bougakov & Goldberg, 2010). Depois de uma lesão cerebral, a maioria das pessoas, tanto a pessoa vítima de TCE como os familiares/cuidadores não reconhecem os seus défices cognitivos (Morris, 2007), o que torna mais desafiante o processo de reabilitação.

Para a classificação da gravidade do TCE a escala mais utilizada é a Escala de Coma de Glasgow (GCS). Esta é uma escala mundialmente aceite que constitui um método fácil para avaliar a gravidade do TCE, assim como a deterioração do estado neurológico, correlacionando-se, quer com a gravidade do TCE, quer com o prognóstico da pessoa. É uma escala numérica que contempla a avaliação de três parâmetros, abertura dos olhos, resposta verbal e resposta motora, e calcula-se somando a melhor resposta da pessoa em cada teste, variando o *score* entre 3 e 15 (Oliveira et al., 2012).

Aproximadamente 75% dos TCE são leves, caracterizando-se, dentro de outros parâmetros, por uma breve perda de consciência e uma pontuação na GCS de 13 a 15 (Vaz, 1990). No TCE ligeiro têm sido descrito diversos sintomas que podem interferir com o dia-a-dia dos indivíduos, como dores de cabeça, insónia, tonturas, dificuldades de concentração, problemas de memória, irritabilidade, ansiedade e depressão (Dikmen, 1986 cit in Mendes, 2011). Na maior parte dos casos estes sintomas desaparecem após algumas semanas, contudo isso nem sempre se verifica. Wrightson e

Gronwall (1981 cit in Mendes, 2011) constataram que cerca de 20% de pessoas que sofreram TCE ligeiro, após três meses de sofrerem o acidente, apresentavam problemas, com enfoque na memória e concentração, mas também fadiga e irritabilidade, e dois anos depois, alguns destes sujeitos ainda tinham sintomas ligeiros.

O TCE moderado caracteriza-se por uma pontuação na GCS entre 9 e 12, e uma perda de consciência entre 20 minutos e 6 horas (Oliveira et al., 2012). As pessoas podem apresentar vários sintomas residuais como cansaço, cefaleias, falta de atenção, alterações de memória, organização e concentração, entre outras (Powell, 1994 cit in Mendes, 2011).

O TCE grave caracteriza-se por uma pontuação na GCS igual ou inferior a 8 e é definido como uma condição em que a pessoa permaneceu em estado de coma durante mais de 6 horas (Oliveira et al., 2012). Após um TCE grave, poucos indivíduos reassumem as suas atividades habituais³, sendo que muitos deles são incapazes de voltar a uma vida plenamente independente (Mendes, 2011).

As consequências de um TCE dependem tanto da natureza, intensidade, local e direção do impacto sofrido pelo crânio, como do modo de resposta da cabeça a esse impulso (Vaz, 1996). Inclui efeitos a curto e longo prazo, com impacto para a família e/ou cuidador da pessoa, sendo as sequelas resultantes do TCE passíveis de serem divididas em três categorias principais: as físicas, cognitivas e emocionais/comportamentais (Podell et al., 2010).

As perturbações ao nível cognitivo são muito variadas, dependendo da localização das lesões e da gravidade do TCE, podendo, também, ser influenciadas pelas características dos indivíduos e pelas condições do meio envolvente (Mendes, 2011). Face à relação entre o cérebro e os ossos do crânio, as regiões cerebrais mais frequentemente lesadas após TCE são os lobos frontais e temporais. Em virtude disso, as dificuldades mais comumente observadas são aquelas relacionadas com as funções desempenhadas por estas regiões do cérebro (Portellano, 2005). Desta forma, quando as áreas frontal, temporal e límbica são afetadas, os indivíduos apresentam défice na capacidade de julgar nas funções executivas (planeamento, iniciativa, monitorização do comportamento), défice de memória, lentidão no processamento da informação, distúrbios de atenção e um pensamento divergente pobre (Mendes, 2011).

³ Atividades que a pessoa realizava antes de sofrer o TCE.

Os défices mais frequentes, atingindo cerca de 20% das pessoas 1 mês após o TCE, são a alteração na memória e dificuldade de concentração. A desorganização cognitiva, dificuldade em planear e lentificação são também queixas usuais. Estes défices levam a que as pessoas refiram dificuldades em atividades intelectuais, que realizavam antes do traumatismo (Vaz, 1996). Os défices cognitivos têm uma recuperação significativa nos primeiros 6 a 12 meses, sendo que após este período os sinais de melhoria surgem mais lentamente e o período de recuperação pode prolongar-se por meses ou anos (Portellano, 2005). Muitas das pessoas chegam a perder o emprego e a ter que optar por uma ocupação social e economicamente inferior (Vaz, 1996).

Assim, as repercussões cognitivas frequentemente incluem problemas relacionados com a atenção, memória e funções executivas (Senathi-Raja, Ponsford & Schonberger, 2010). Estas três funções da componente cognitiva condicionam a autonomia⁴ e realização de autocuidado da pessoa. Estando estas funções interrelacionadas, quando comprometidas, levam a um atraso significativo no raciocínio e na resposta, que conduzem a problemas no planeamento e desempenho de atividades, acarretando perturbações da vida quotidiana e laboral, mudanças na estrutura familiar, social e de lazer, e implicam custos financeiros, potencialmente, dispendiosos (Koehler, Wilhelm & Shoulson, 2011).

A atenção diz respeito aos processos mentais que possibilitam à pessoa permanecer em estado de alerta, selecionar, manter, alternar e dividir a sua concentração entre conteúdos ambientais e do próprio pensamento, apresentando-se, também, como pré-requisito para outros processos mentais (Podell et al., 2010). Alterações desta função originam uma diminuição da concentração, distração, lentidão e cansaço (Loetscher & Lincoln, 2013).

A memória representa o conjunto das estruturas e processos cognitivos que permitem codificar, armazenar e recuperar diversos tipos de informação (Menoita, 2012). Martins (2006) considera que a memória corresponde a várias funções e sistemas distintos como sendo a memória a curto prazo, longo prazo, episódica e semântica. As queixas de défices de memória afetam a capacidade de recordar eventos e levar a cabo intenções futuras (Nair & Lincoln, 2008).

⁴ Dicionário Priberam da Língua Portuguesa (2008; 2013) reportando para a liberdade moral ou intelectual.

As funções executivas são um termo amplo que inclui o raciocínio abstrato, permitem planejar ou desenvolver objetivos, assim como iniciar comportamentos, resolver problemas, criar estratégias, antecipar consequências de determinada ação, avaliar o progresso face a um objetivo, focar a atenção em informação tida como relevante para o sujeito, gerir o tempo e espaço (Cicerone *et al.*, 2000). Assim, quando a pessoa apresenta défices a este nível não consegue de forma adequada analisar e planejar tarefas mais complexas e tomar as decisões necessárias, podendo, contudo, funcionar bem em situações conhecidas e estruturadas, havendo a tendência para ações repetitivas com pouca criatividade, provocando frustração na própria pessoa (Mendes, 2011).

A qualidade de vida destes indivíduos fica muito dependente do grau de afeção da cognição⁵, visto que as sequelas intelectuais incapacitam a reintegração social e ocupacional em grau mais elevado que as sequelas do tipo físico (Muñoz, 2005 cit in Mendes, 2011). Muitas famílias/cuidadores não compreendem os comportamentos da pessoa com TCE, fazendo comparações com o seu “eu” anterior. Há uma tendência para a diminuição do apoio dado à pessoa com TCE e à sua família cuidadora, pelos outros familiares e pela rede de amigos, à medida que o tempo vai passando, realidade que provoca desânimo e uma maior dificuldade na sua recuperação (Novamente, 2014).

De acordo com o regulamento de competências específicas de EER, a Ordem dos Enfermeiros (2010) define reabilitação como a especialidade multidisciplinar que compreende um corpo de conhecimentos e procedimentos específicos, que permitem ajudar as pessoas nos seus processos de doença ou de sequelas, de modo a maximizar o seu potencial funcional e independência.

O EEER está capacitado para cuidar ao longo de todo o processo de reabilitação e ciclo vital de pessoas que sofreram alterações cognitivas por doença ou lesão (Hoeman, 2011). Identificando as necessidades e adaptando as intervenções às necessidades de cada indivíduo, considerando as repercussões pessoais, familiares e sociais, visto que cada indivíduo afetado por TCE apresenta um padrão específico de alterações (Mendes, 2011). Entende-se que a cognição tem um impacto importante na reabilitação da pessoa, pois esta compreende a capacidade da pessoa se lembrar e aprender nova informação, reaprender o autocuidado e retomar um estilo de vida apropriado, desempenhando um papel importante na determinação do potencial de reabilitação.

⁵ Capacidade de processar e agir sobre informação com atenção e julgamento (Gatens & Musto, 2011).

A reabilitação cognitiva é uma intervenção terapêutica sistemática e funcional, orientada para atividades terapêuticas com base na avaliação e compreensão dos défices cognitivos. Apresenta como objetivos: melhorar o desempenho nas AVD; estimular, recuperar ou compensar as funções cognitivas lesadas; maximizar as funções cognitivas e melhorar a qualidade de vida das pessoas (Cicerone et al., 2011). Esta não envolve apenas a identificação de défices cognitivos, mas também a reaprendizagem de habilidades cognitivas e a elaboração de estratégias de comportamento, para compensar as funções afetadas. Um programa de reabilitação cognitiva tem como objetivo geral a reintegração do indivíduo no ambiente social e profissional (Gouveia, 2004), enfatizando a participação ativa da pessoa e cuidadores (Solhberg & Mateer, 2015).

A natureza específica e a complexidade das incapacidades resultantes de um TCE determinam uma marcada variabilidade entre as pessoas afetadas. Cada pessoa apresenta uma única e complexa combinação de problemas médicos, transtornos físicos, défices cognitivos e mudanças emocionais e de comportamento. A interação destas alterações, em cada pessoa afetada, é o que determina o nível de incapacidade e o planeamento do programa de reabilitação, que deve ser individualizado, orientado por objetivos e focado no problema. Constituindo-se as sessões de reabilitação cognitiva estruturadas e os planos de tratamento e atividades desenvolvidos com referência à avaliação dos resultados e aos dados de desempenho atuais. A reabilitação cognitiva permite à pessoa a aquisição de um entendimento mais acurado das suas potencialidades e limitações na adequação ao funcionamento quotidiano (Solhberg & Mateer, 2015), considerando-se que o sucesso no tratamento cognitivo depende da envolvimento e da motivação da pessoa, assim como, desta acreditar no benefício potencial de cada exercício.

Um dos fundamentos científicos na qual a reabilitação cognitiva se baseia é o conceito de plasticidade neural, ou seja a capacidade do cérebro para regeneração e adaptação da sua morfologia e função. Entendendo-se o cérebro humano como um órgão dinâmico e adaptativo, capaz de se reestruturar em função de novas exigências ambientais ou das limitações funcionais impostas por lesões cerebrais (Menoita, 2012). Conceito particularmente relevante aos processos de reabilitação e ao entendimento da recuperação, tanto naturais como induzidos. Há evidência de que a aprendizagem e a experiência causam alterações físicas no cérebro adulto, sendo que os mesmos mecanismos neurais que sustentam a aprendizagem de uma pessoa sem comprometimento cognitivo são ativados na pessoa com lesão cerebral (Sohlberg &

Mateer, 2015). Segundo Ekman (2004), as vivências dos estados de saúde ou doença condicionam as constantes modificações das conexões neuronais, pelo desaparecimento de umas e estabelecimento de outras. Sabe-se que a modificação na atividade sináptica⁶ através da ramificação dendrítica e, em menor extensão, do crescimento axonal é um processo constante presente em todos os adultos numa base contínua. Esta plasticidade sináptica verifica-se tanto nos processos de recuperação, quanto na aprendizagem normal (Sohlberg & Mateer, 2015).

Embora seja necessário realizar mais pesquisa e investigação nesta área, devido à dificuldade em produzir evidência para apoiar o efeito da reabilitação cognitiva, pela qualidade metodológica dos ensaios e escassez de estudos, começa já a existir um corpo de evidências. Este tende a corroborar a eficácia da reabilitação cognitiva em indivíduos com TCE, ainda que se traduzam em ganhos que nem sempre têm um impacto estatisticamente significativo (Dams-O'Connor & Gordon, 2010). Poucos são os estudos que generalizam as intervenções e os ganhos obtidos, no entanto estes fornecem evidência para apoiar os benefícios da reabilitação cognitiva aplicada a situações e comportamentos quotidianos (Cicerone et al., 2010). Servem de referência os estudos de Cicerone et al. (2011) e de Sohlberg e Mateer (2015) de onde podem ser retiradas recomendações de cuidados, nomeadamente para a prática do EEER.

Desta forma, as técnicas que têm por base a restauração funcional são projetadas para melhorar o funcionamento cognitivo através da aplicação de exercícios, ou seja, são técnicas que procuram reabilitar capacidades cognitivas que ainda podem ser melhoradas. Por exemplo, para a atenção o treino envolve ter a pessoa a participar numa série repetida de instruções ou exercícios, uma vez que a ativação repetida e a simulação dos sistemas atencionais são sugeridas para facilitar alterações nessa capacidade (Sohlberg & Mateer, 2015).

As técnicas compensatórias envolvem habilidades para adaptação ao défice da função cognitiva (Cicerone et al., 2000), suprem, assim, capacidades cognitivas que não podem ser melhoradas a partir da recuperação funcional. São técnicas voltadas para o ensino de estratégias cognitivas ou para o uso de instrumentos que possam auxiliar a pessoa, sendo beneficiada por recursos externos que, para atuarem, recrutam as funções

⁶ Um neurónio que tenha perdido o estímulo, por parte de um neurónio danificado, pode desenvolver novos dendritos para receber informação de um outro neurónio do mesmo circuito ou de outro circuito mais distante (Sohlberg & Mateer, 2015).

mais preservadas do cérebro. Inclui a utilização de aparelhos eletrônicos, computadores, alarmes eletrônicos, relógios, gravadores, recursos escritos e pictóricos – agendas, blocos e quadros de anotações, calendários, placas de sinalização, entre outros.

Como foi explorado, em grande parte das situações, as sequelas resultantes do evento traduzem-se na necessidade de cuidados de saúde especializados, dispendiosos, durante períodos de tempo prolongados, resultando em grandes perdas tanto individuais, como familiares ou mesmo sociais (WHO, 2016). A enfermagem enquanto disciplina que centra a sua prática na pessoa, assume uma intervenção fundamental na resposta a essas necessidades e exigências, assumindo-se a Teoria do Autocuidado de Orem, como o Modelo Teórico de Enfermagem norteador da prática de cuidados. Este modelo evidencia que o EEER é um perito enquanto agente do autocuidado, identificando junto da pessoa, família e comunidade, as necessidades de autocuidado e planejando estratégias adequadas às mesmas, tendo em conta as potencialidades da pessoa (Orem, 2001).

Whyte e Rosenthal (1992) definem que um programa de reabilitação na componente das AVD contempla dentro de outros elementos a tentativa de melhorar défices cognitivos, nomeadamente no que concerne ao reaprender o autocuidado, em manter a independência apesar dos défices específicos na função cognitiva (Hoeman, 2011). É igualmente previsto pela OE (2002) que o enfermeiro maximize o bem-estar da pessoa e suplemente/complete as atividades de vida (AV) relativamente às quais a pessoa é dependente. O autocuidado é um resultado sensível aos cuidados de enfermagem, com tradução positiva na promoção da saúde e no bem-estar, através do aumento de conhecimentos da pessoa e habilidades onde os profissionais de saúde, principalmente os enfermeiros, têm um papel decisivo (Petronilho, 2012).

Orem (2001) refere-se ao autocuidado como a prática de atividades que as pessoas iniciam e realizam para seu próprio benefício, para a manutenção da vida, da saúde e do bem-estar. Assim, a ideia central da sua teoria assenta no autocuidado como uma função reparadora, aprendida, não inata, que a pessoa deliberadamente realiza, ou alguém realiza por ela, no sentido de suprir ou manter as condições que mantêm a vida. De forma a manter as funções físicas e psicológicas e, para o desenvolvimento compatível com as condições essenciais de vida (Orem, 2001).

A pessoa com TCE pode vivenciar situações em que não tem capacidade de satisfazer as suas necessidades de autocuidado, tendo em conta as alterações sensoriomotoras e cognitivas decorrentes da lesão. Esta situação conduz assim a um

défice de autocuidado (Petronilho, 2012), em que o enfermeiro e a pessoa devem estabelecer e planear as intervenções que respondam às necessidades da pessoa, com vista à promoção do autocuidado. O EEER pode atuar, adotando a Teoria dos Sistemas de Enfermagem, que se baseia nas necessidades de autocuidado e nas capacidades da pessoa para desempenhar as atividades de autocuidado. Como forma de compensar o défice de autocuidado manifestado pela pessoa, o enfermeiro pode servir-se de três formas de resposta, desde um sistema totalmente compensatório quando a pessoa não consegue levar a cabo a realização das ações de autocuidado, sendo dependente para a sobrevivência, manutenção da saúde e bem-estar; a um sistema parcialmente compensatório em que o enfermeiro partilha com a pessoa a responsabilidade e execução de algumas ações de autocuidado, dentro das limitações da pessoa; e o sistema de Apoio/educação em que o papel do enfermeiro é de regular o seu exercício (Petronilho, 2012).

Para a prática das atividades que permitiram adquirir as competências de EEER foram realizados dois períodos de estágio. Os locais onde decorreram os ensinamentos clínicos foram um serviço de internamento de Neurocirurgia, e um serviço de cuidados de saúde primários, Unidade de Cuidados Continuados (UCC).

A escolha pelo serviço de Neurocirurgia prendeu-se com a necessidade de desenvolver o projeto numa unidade especializada no tratamento, prevenção de complicações e na reabilitação precoce⁷ da pessoa que sofreu TCE, de forma a recuperar, diminuir ou compensar os défices, nomeadamente os cognitivos, maximizando o seu potencial funcional, para gerir os seus autocuidados. A opção pela Unidade de Cuidados Continuados surgiu para dar resposta ao que é preconizado para desenvolver competências de EEER na comunidade, sendo que esta UCC tem na sua constituição 3 EEER que desenvolvem a sua intervenção nas áreas da reabilitação cognitiva, motora, respiratória, ações paliativas e ensino a cuidadores informais. Têm como principal finalidade a prestação de serviços domiciliários a pessoas em situação de dependência funcional, doença terminal ou processo de convalescença, e cuja situação não requer internamento.

⁷ Lei nº 9/1989 de 2 de maio, artigo 6º, nº 3 – “A deteção precoce de malformações, de afeções congénitas ou adquiridas e de deficiências que possam surgir com o avanço na idade visa pesquisar as suas origens, evitar o seu agravamento e anular ou atenuar os seus efeitos”.

A estrutura deste relatório assenta em cinco capítulos: o primeiro denominado Introdução, apresenta o enquadramento do tema, nomeadamente a sua pertinência e justificação da escolha, assim como os principais conceitos mobilizados, e filosofia de cuidados; o segundo capítulo descreve e analisa as atividades desenvolvidas nos campos de estágio com vista à aquisição de competências comuns do Enfermeiro Especialista; o terceiro capítulo realiza a análise e descrição das atividades desenvolvidas nos campos de estágio para a aquisição de competências específicas de EEER; o quarto capítulo apresenta uma avaliação da implementação do projeto, assim como contributos para a prática profissional; e por fim, o quinto capítulo onde se apresentam as conclusões; seguem-se ainda as referências bibliográficas e apêndices ao relatório.

Optou-se por apresentar as atividades desenvolvidas em função dos objetivos delineados, catalogando-os no domínio das competências comuns do enfermeiro especialista, ou no domínio das competências do EEER. Face aos objetivos delineados, foram previamente planeadas um conjunto de atividades⁸ no sentido de os atingir, pelo que se irá descrever as atividades, nomeadamente a forma como foram desenvolvidas, as imprevisibilidades e dificuldades sentidas.

⁸ Atividades que se encontram definidas no projeto de formação que serviram de fio condutor para a aquisição de competências comuns do enfermeiro especialista e competências do EEER, no decorrer do estágio.

1. DESCRIÇÃO E ANÁLISE CRÍTICA DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS PARA AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA SEGUNDO OS OBJETIVO DELINEADOS

“Especialista é o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção.” (OE, 2010b) No entanto, seja qual for a área de especialidade, todos os enfermeiros especialistas partilham de um grupo de domínios, consideradas competências comuns aplicáveis em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde. Sendo as competências comuns do enfermeiro especialista parte integrante e fundamental do EEER, há que dar resposta e mostrar a aquisição de competências, também, neste domínio.

Para dar forma ao que vivenciei durante este período de estágio, proponho-me refletir sobre o desenvolvimento das minhas competências recém-adquiridas e transpor sob a forma escrita. Apresenta-se o capítulo 1 e 2 na primeira pessoa, visto a pessoa que fornece a narrativa aprender com as suas histórias (Benner, 2001 cit in Matias, 2016).

1.1. Desenvolver uma prática profissional e ética que respeite os direitos humanos e as responsabilidades profissionais

Este objetivo é central e transversal ao exercício da enfermagem, pois “quando alguém se torna profissional, passa a beneficiar de um certo número de direitos inerentes ao título profissional e a responder por um conjunto de deveres” (O.E., sd, 11). É, também, intrínseco à relação estabelecida entre o enfermeiro e a pessoa, visto que “os padrões éticos profissionais assentam num conceito moral básico, que é a preocupação com o bem-estar de outros seres humanos. Não basta a qualidade científica ou técnica, pois somos gente que cuida de gente, pelo que se exige uma qualidade humana e humanizadora” (O.E., 2015, p. 14).

A redação deste relatório tem em conta o dever do sigilo profissional contemplado no artigo 85^a do Código Deontológico do Enfermeiro, assim como na Lei n.º 15/2014 de 21 de março, artigo 6º, referente ao sigilo, não sendo apresentados dados identificadores das pessoas ou instituições envolvidas, mantendo a confidencialidade de toda a

informação clínica, indo de encontro com o que se encontra definido na Lei nº48/90 de 24 de agosto alterada pela Lei nº27/2002 de 8 de novembro, Base XIV, estatuto dos utentes, ponto 1, alínea c) e d) – Lei de Bases da Saúde.

Durante o período de estágio tive oportunidade de aprofundar a consciencialização e integração deste objetivo na minha prática, pelas atitudes, comportamentos e decisões tomadas perante as situações do dia-a-dia da prática de cuidados. No meu exercício reconheci a pessoa como um ser único e individual com crenças, valores e costumes próprios refletindo-se no respeito mostrado pela pessoa humana, a unidade que ela representa e a sua dignidade, visto este ser um valor autónomo e específico inerente ao ser humano. Pelos valores universais que devem estar presentes na relação profissional como a igualdade, liberdade responsável, a verdade, justiça, altruísmo, solidariedade pela competência e o aperfeiçoamento profissional (OE, 2003). Assim como os princípios éticos que contemplam o princípio da beneficência, da não maleficência, autonomia e da justiça (O.E., 2003). Desta forma, a minha atuação na prática de cuidados de enfermagem assentou primeiramente em consciencializar a pessoa da sua condição de saúde, transmitir que intervenções poderia desenvolver, de forma a ajustar expectativas e esclarecer dúvidas. Demonstrei disponibilidade para reforçar os ensinamentos quanto à adoção das estratégias desenvolvidas quer para a manutenção de comportamentos promotores de saúde, quer para a minimização de consequências negativas associadas à sua condição de saúde, tanto à pessoa como a família.

Em ambos os campos de estágio tive oportunidade de desenvolver competências ao nível da responsabilidade e autonomia profissional, pois foi-me dada total liberdade para planear e gerir os cuidados no programa de reabilitação. Contudo analisando a prática dos EEER ao nível do serviço de internamento, estes estavam limitados no exercício de cuidados de reabilitação, pois encontravam-se a assumir funções de enfermeiros na prestação de cuidados generalistas.

No decorrer do estágio orientei a minha prática pelo Código Deontológico do Enfermeiro, pelo Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros e pelas leis vigentes, nomeadamente a Lei de Bases da Saúde e Lei nº15/2014 de 21 de março, que consolida a legislação em matéria de direitos e deveres do utente dos serviços de saúde. Estes serviram de suporte à tomada de decisão aquando de reuniões multidisciplinares nas quais tive oportunidade de participar; na elaboração dos planos de cuidados individualizados em parceria com a pessoa e família, por forma a identificar

vulnerabilidades⁹; em situações complexas como o planeamento de alta, planeamento de continuidade de cuidados, e definição de estratégias que melhorem a participação social e familiar. Nos dois contextos clínicos tive oportunidade de refletir criticamente, juntamente com os enfermeiros orientadores e com o professor orientador, sobre situações complexas, por forma a dar a melhor resposta às necessidades identificadas nas pessoas, respeitando os princípios ético-legais.

Enquanto enfermeira assumi um compromisso para com a profissão que prevê que detenha um conjunto de direitos e deveres. Em que posso “exercer livremente a profissão, sem qualquer tipo de limitações a não ser as decorrentes do código deontológico, das leis vigentes e do regulamento do exercício da enfermagem” (Lei 111/2009 – art.º 75, n.º1, alínea a), no entanto este dever é correlativo do cumprimento do dever de “exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, com o respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar da população, adotando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem” (Lei 111/2009 – art.º 76, n.º1, alínea a).

1.2. Consolidar conhecimentos nos domínios técnicos, científicos e humanos na área da prestação de cuidados à pessoa com alterações cognitivas

Este objetivo foi definido para dar resposta às competências nos domínios da melhoria contínua da qualidade, na gestão dos cuidados e das aprendizagens profissionais.

No que respeita ao domínio da qualidade,

a enfermagem, tal como outras áreas, assenta o seu desenvolvimento numa construção que tem como pilar a qualidade e por finalidade a melhoria da qualidade. Expandir e evoluir, para níveis mais exigentes e rigorosos do conhecimento específico da disciplina, na conformidade com similares níveis da qualidade dos cuidados de enfermagem, tornou-se desde há muito tempo uma exigência para a enfermagem e para os enfermeiros (Machado, 2013, p. 23).

A partir do primeiro momento de estágio senti a necessidade de integrar-me na equipa e no próprio local, passando inicialmente por conhecer as normas do serviço, integração de modelos de atuação pela observação da interação entre EEER e a pessoa, e execução de técnicas. Senti, igualmente, necessidade de recolher o máximo de

⁹ Tendo em consideração as escolhas livres e esclarecidas da pessoa, fornecendo-lhe previamente informação sobre as potencialidades e objetivos das intervenções, mostrando sempre disponibilidade para responder às dúvidas apresentadas.

informação sobre a população abrangida por ambos os campos de estágio, de forma a conhecer a população com quem iria trabalhar e antecipar algumas das necessidades de cuidados em conformidade com a equipa. Contribuiu para este processo de recolha de informação as reuniões, muitas das vezes, informais com o enfermeiro orientador, bem como as ideias partilhadas nos diálogos com os vários membros da equipa multidisciplinar. A consulta dos vários processos clínicos, bem como as entrevistas informais com os cuidadores e restantes pessoas de referência da pessoa, também se apresentaram como fontes privilegiadas de informação.

Tanto na unidade de internamento como na ECCI pude observar a sistematização na avaliação da pessoa. No entanto, esta era feita pelo enfermeiro orientador de uma forma intrínseca, ou seja, não se servia de nenhum modelo para colheita de dados, pelo que desenvolvi um modelo para a colheita de dados (Apêndice I) e avaliação da pessoa, que foi partilhado e discutido em ambos os campos de estágio, de forma a perceber a validar a adequação do mesmo. O desenho deste documento foi bem aceite por ambas as equipas, visto permitir sistematizar o conhecimento sobre a pessoa, recolher informação em diferentes momentos, evidenciar as alterações neurológicas e a afetação ao autocuidado, assim como monitorizar os parâmetros avaliados na pessoa.

Em ambos os campos de estágio procedia-se ao registo dos cuidados de enfermagem de reabilitação prestados. Contudo, na unidade de internamento não havia nenhum documento de registo próprio, assim como o registo informático SCLINICO utilizando a linguagem CIPE era muito parco em intervenções para um plano de cuidados de enfermagem de reabilitação. Por esse motivo as intervenções desenvolvidas diariamente eram registadas em notas gerais, sem que houvesse uma uniformização de registos. Na ECCI os planos de cuidados e registos eram efetuados em sistema informático SAPE utilizando a linguagem CIPE. Estes apresentavam diagnósticos e intervenções de enfermagem de reabilitação, utilizando parâmetros *standard* o que permite o tratamento de dados que podem ser traduzidos em indicadores de resultados, que possibilitam avaliar os ganhos em saúde.

Quanto aos cuidados de saúde, estes implicam movimentações bastante complexas que acarretam riscos para os profissionais de saúde, nomeadamente o risco de lesão músculo-esquelética (Neves, 2012). Face aos cuidados de enfermagem de reabilitação, apliquei os princípios de ergonomia e mecânica corporal, de forma a executar os procedimentos com correção em prol da segurança profissional e da pessoa de quem estava a cuidar. Nomeadamente aquando dos exercícios de mobilização,

posicionamentos, transferências entre outros. Procurei sensibilizar os cuidadores sobre posturas adequadas como o alargamento da base de sustentação, a utilização de grandes grupos musculares como sejam os dos membros inferiores. Como complemento ao movimento a efetuar foram dados indicações como a adequação da altura da cama (nos casos em que é possível), como estratégia principal para prevenir a ocorrência de lesões, pois é uma medida fácil de implementar, bastante custo-efetiva e tempo-efetiva (Neves, 2012).

Ainda no que respeita os cuidados de enfermagem de reabilitação, existe a segurança ambiental e proteção que se relaciona com o uso de equipamento de proteção individual. Um dos treinos que desenvolvi foi o reaprender do autocuidado higiene, pelo que tinha numa fase inicial de intervir com base num sistema totalmente compensatório (Petronilho, 2012). Durante este cuidado estava exposta a fluidos corporais através do contacto físico, pelo que era mandatório respeitar as regras de segurança básica como é o uso de equipamentos de segurança individual. Já a segurança ambiental não se foca apenas na proteção de quem se encontra a prestar cuidados, mas também na manutenção de ambientes seguros e na gestão/minimização do risco. Foi assim feita a sensibilização para a manutenção dos trajetos livres e desimpedidos de obstáculos; chão limpo e sem presença de água; materiais com rodas travados; utilização de cadeiras de apoio no duche e bases antiderrapantes, entre outros.

O domínio da gestão de cuidados, como é definido pela Ordem dos Enfermeiros (2010a), passa pela otimização da resposta de enfermagem e da equipa de saúde, garantindo a segurança e qualidade das tarefas delegadas. Reporto a situação de uma pessoa na ECCI amputada do membro inferior direito, bem adaptada à sua condição de saúde. Com base na Teoria do Défice de Autocuidado, o método de assistência de enfermagem seria o favorecer e manter um ambiente de apoio ao desenvolvimento pessoal. Esta pessoa vê-se sujeita a uma nova amputação. Apesar de submetida a uma segunda amputação, desta vez do membro inferior esquerdo, a pessoa mantém o empenho no programa de reabilitação, que se encontra agora comprometido pelas ajudas técnicas, nomeadamente a cadeira sanitária que não se encontra adaptada à nova condição. Após se verificar este défice referenciou-se para a assistente social que, juntamente com a equipa de enfermagem, fez uma visita domiciliária e conseguiu providenciar a cadeira sanitária adequada para a pessoa. Nem sempre este trabalho de articulação é simples, no entanto é indicador de qualidade de cuidados.

No domínio das aprendizagens profissionais, segundo a Ordem dos Enfermeiros

(2009), o enfermeiro deve basear a sua prática clínica especializada em padrões de conhecimento, desenvolver o auto conhecimento e a assertividade. Procurei estagiar num contexto com maior especificidade e com uma população que fosse de encontro à que tinha definido no meu projeto (unidade de internamento hospitalar), permitindo-me assim desenvolver e consolidar competências na área da reabilitação cognitiva como era do meu interesse. Este local de estágio possibilitou, igualmente, desenvolver competências na área motora e na vertente da reeducação funcional respiratório. O campo de estágio na vertente domiciliária permitiu-me contactar com pessoas em situação de dependência e com as suas famílias no domicílio. Possibilitou-me desenvolver competências na área motora e respiratória, numa população com diferentes idades e necessidades muito diversificadas, reafirmando/vinculando a importância da componente cognitiva aquando da prestação de cuidados, ainda que nesta população não tenha lidado com casos de TCE.

De forma a dar uma resposta adequada/especializada às necessidades da pessoa, foi indispensável manter uma procura e atualização dos conhecimentos já detidos. Esta passou pela pesquisa em diversas bases de dados como EBSCO (CINAHL e MEDLINE), GOOGLE ACADÉMICO, SciELO e ELSEVIER, assim como livros da especialidade e pelo parecer de profissionais especialistas na área, pois como Benner (2001, p.33) afirma “os conhecimentos incluídos na perícia clínica são a chave do progresso da prática de enfermagem e do desenvolvimento da ciência de enfermagem”. A aquisição de conhecimento deve contemplar não só a evidência científica, mas também a experiência, neste caso em concreto, o conhecimento que o enfermeiro orientador possui na prática, assim como a experiência da própria pessoa. Por esse motivo, partilhei, analisei e debati criticamente em conjunto com o enfermeiro orientador e os restantes elementos da equipa multidisciplinar pesquisas que desenvolvi e que permitiram desenvolver diferentes intervenções.

Face ao trabalho que desenvolvi surgiu a oportunidade de em ambos os campos de estágio realizar uma formação para os pares, com o intuito de dar a conhecer a minha atuação. Juntamente com a apresentação dei a conhecer alguns dos materiais que desenvolvi (Apêndice VII, VIII, IX, X, XI, XII).

Durante o período de estágio tive a oportunidade de assistir às 1^{as} Jornadas dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação do CHLO (Apêndice II), subordinada ao tema “Da formação à prática clínica”, da responsabilidade do CHLO, E.P.E., com foco na reabilitação respiratória, alterações na deglutição, reabilitação

cardíaca e reabilitação motora. Ainda que não houvesse nenhuma mesa subordinada ao tema reabilitação cognitiva, as diferentes temáticas desenvolvidas tiveram como objetivo global permitir a partilha e discussão sobre o domínio da decisão clínica dos enfermeiros, em particular dos especialistas em reabilitação. Não era uma atividade planeada para o estágio, mas revelou-se uma mais-valia na consecução deste objetivo, nomeadamente para consolidar e rever conhecimentos nos domínios técnicos, científicos da área da enfermagem de reabilitação.

Enquanto decorria o período de estágio realizei algumas reflexões escritas que me permitiram reconhecer os meus limites pessoais e profissionais, como identificar os pontos em que me era possível crescer e desenvolver profissionalmente. Estas que agora aquando da elaboração do relatório contribuem e enriquecem o mesmo. Realizei também reflexões, muitas vezes de uma forma espontânea, com os enfermeiros orientadores aquando da minha prestação de cuidados, e com o docente, que me ajudaram a nortear o rumo.

2. DESCRIÇÃO E ANÁLISE CRÍTICA DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS PARA AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA SEGUNDO OS OBJETIVOS DELINEADOS

Concebi que iria desenvolver os seguintes objetivos que se apresentam no serviço de neurocirurgia. No entanto, também na ECCI tive oportunidade de os desenvolver, não junto de pessoas com alterações cognitivas decorrentes de TCE mas de pessoas com alterações cognitivas decorrentes de défice cognitivo ligeiro.

O défice cognitivo ligeiro caracteriza-se por um funcionamento cognitivo inferior ao que é expectável para a idade e nível de escolaridade da pessoa, e manifesta-se pela dificuldade em realizar mais do que uma tarefa em simultâneo, dificuldade em resolver problemas mais complexos ou nas tomadas de decisão e esquecimento de informação recente (Nunes e Pais, 2014).

2.1. Integrar a equipa multidisciplinar nos diferentes locais de estágio e identificar as intervenções do EEER

A análise deste objetivo será feita em duas partes. A primeira diz respeito à caracterização e identificação das intervenções do EEER no serviço de Neurocirurgia, a segunda à ECCI.

Serviço de Neurocirurgia

A unidade de neurocirurgia é um serviço de internamento que vê a sua área de atuação no atendimento, investigação, tratamento e *follow-up* das pessoas com variadas patologias do foro neurológico nas suas múltiplas componentes, como sejam os TCE, patologia tumoral, vascular, degenerativa, entre outras. A equipa multidisciplinar é constituída por médicos, enfermeiros (dos quais 6 são EEER), fisioterapeuta, terapeuta da fala, assistente social, dietista, psicólogos e neuropsicóloga. Equipa, esta, que estabelece o compromisso em cuidar assegurando o respeito, dignidade e individualidade de cada pessoa; informar sobre a situação de saúde; garantir a confidencialidade da informação clínica; e garantir a privacidade na prestação de qualquer ato de cuidado.

O serviço apresenta uma lotação máxima de 30 camas, distribuídas por 5 quartos, cada um com 6 camas, mas face ao défice em recursos humanos, um dos quartos

encontra-se encerrado. A variação de idade das pessoas internadas vai desde jovens adultos até idosos, contemplando apenas, neste piso, homens.

As principais funções do EEER nesta unidade de neurocirurgia consistem em realizar o diagnóstico precoce de forma a assegurar a manutenção das capacidades funcionais da pessoa internada; prevenir complicações e evitar incapacidades; melhorar as funções residuais; manter ou recuperar a independência nas atividades de vida; e minimizar o impacto das incapacidades instaladas. Com especial atenção à função neurológica, respiratória, sensoriomotora e cognitiva. Procuram garantir uma intervenção que vá de encontro com as necessidades da pessoa por parte da equipa multidisciplinar e complementar o trabalho desenvolvido por esses profissionais, e assegurar a continuidade de cuidados através da referenciação e planeamento da alta da pessoa.

No entanto, apesar do serviço ter diversos enfermeiros especialista, 6 EEER, estes apenas desenvolvem atividades e competências inerentes ao enfermeiro generalista, levando a que apenas pontualmente, se realizem ações especializadas. Desta forma, não existe uma ação sistemática por parte dos EEER que permita um reconhecimento das intervenções desenvolvidas junto das pessoas, passível de ser registada.

ECCI

O alvo de intervenção do EEER, como é descrito pela OE (2011), é a pessoa com necessidades especiais no contexto onde se encontra. Tal leva a que os cuidados especializados em enfermagem de reabilitação possam ser prestados em diferentes contextos da prática clínica, como unidades de internamento de agudos e de reabilitação, ou mesmo por equipas de cuidados na comunidade, atendendo às necessidades da pessoa.

A equipa da ECCI conta com 3 EEER, em que a sua atuação é a prestação de cuidados especializados em enfermagem de reabilitação, como se encontra definido e preconizado, permitindo-me compreender a ação que o EEER pode assumir e os ganhos em saúde para a pessoa alvo desses cuidados, havendo um reconhecimento da intervenção do EEER. O EEER é responsável por conceber, planear, implementar, monitorizar os planos e avaliar os cuidados de enfermagem de reabilitação, assim a tomada de decisão da sua prática tem de assentar numa abordagem sistémica da avaliação realizada face a determinada situação, sendo suportada pela observação direta e indireta, com enfoque nos problemas reais e potências da pessoa (MCEER, 2014).

Face à população abrangida pela ECCI consigo identificar várias realidades: pessoas com uma boa rede de apoio familiar e social, com boas condições de habitabilidade e com recursos suficientes para poderem adquirir ajudas técnicas; pessoas com redes de apoio mais frágeis, que vivem em condições mais precárias e com recursos mais escassos. Esta diversidade tem um ponto em comum, apesar de serem pessoas com limitações na funcionalidade e dependentes de cuidados de terceiros, não têm a necessidade de se encontrarem institucionalizadas. São pessoas que têm o apoio e a envolvência da família no seu processo de procura de saúde e, nos casos de recursos insuficientes, são pessoas sinalizadas pela ação social que consegue dar uma resposta muito positiva, no sentido de colmatar as necessidades identificadas.

É possível manter estas pessoas no domicílio e reduzir o número de internamentos hospitalares das mesmas, uma vez que o EEER contribui para um aumento dos recursos das pessoas em situação de dependência, bem como da família prestadora de cuidados, capacitando-os a lidar com as transições e desafios inerentes (OE, 2009).

Ao integrar a ECCI sinto que a missão estipulada pela Ordem dos Enfermeiros, no Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação, é verdadeiramente concretizada. Pois contemplando a atual carteira de clientes da ECCI, em que a pessoa mais jovem tem 3 anos de idade e a mais velha 92 anos, estão-se a prestar cuidados a pessoas com necessidades especiais ao longo do ciclo vital, visando o diagnóstico e a intervenção precoce, o autocuidado e a prevenção de complicações evitando as incapacidades ou minimizando as mesmas. Quanto às intervenções, são utilizadas técnicas específicas de reabilitação, prescrição de produtos de apoio¹⁰ e intervenção na educação das pessoas e dos cuidadores.

A ECCI permite que, na prestação de cuidados, haja uma maior proximidade entre o profissional de saúde e a pessoa, uma vez que o contacto é estabelecido no ambiente familiar da pessoa, esbatendo muitas das barreiras associadas aos papéis de prestador de cuidados. Dependendo, muitas vezes, os resultados obtidos de atributos pessoais do enfermeiro, como a comunicação, capacidade técnica ou mesmo a relação interpessoal, que neste caso em concreto adquire uma posição de destaque.

¹⁰ Ajudas técnicas e dispositivos de compensação.

2.2. Identificar as necessidades de intervenção especializadas na área de enfermagem de reabilitação na pessoa com alterações cognitivas decorrentes de TCE

Partindo do conhecimento que já se adquiriu sobre a natureza do TCE, entende-se que as repercussões deste evento sejam diversificadas podendo ser de ordem sensoriomotora, cognitiva ou emocionais/comportamentais (Podell et al., 2010). Estas sequelas podem ser altamente incapacitantes e impedir ou dificultar o retorno às atividades que o indivíduo realizava anteriormente (Junque et al., 2001 cit in Mendes, 2011). A recuperação de um TCE pode ser um processo lento, longo e doloroso para os próprios indivíduos e para as suas famílias e/ou cuidadores, exigindo apoio profissional e terapia de reabilitação (Koehler, Wihelm e Shoulson, 2011).

Ao iniciar a conceção do plano individualizado à pessoa/família, houve a inevitabilidade de identificar as necessidades de intervenção especializadas na área da enfermagem de reabilitação, visando não só o despiste dos défices cognitivos instalados, como avaliar o grau de dependência na execução dos autocuidados. À semelhança do que Whyte e Rosenthal (1992) definem, um programa de reabilitação na componente das AVD contempla dentro de outros componentes a tentativa de melhorar défices cognitivos, nomeadamente no que concerne ao reaprender o autocuidado e em manter a independência apesar dos défices específicos na função cognitiva (Hoeman, 2011).

Na unidade de internamento hospitalar, especializada em patologias do foro neurológico, na admissão da pessoa era feita uma colheita de dados, levantados focos e intervenções no SCLINICO face à avaliação que era realizada, no entanto, todo este processo era realizado numa perspetiva dos cuidados gerais de enfermagem. Entre os focos levantados encontrava-se o grau de dependência na realização das AVD, o risco de queda, risco de Úlcera de Pressão e avaliação do estado de consciência, com recurso à GCS, porém apresentava-se como uma avaliação insatisfatória no contexto por mim pretendido.

Na ECCI aquando da admissão da pessoa à semelhança da unidade de internamento, também era feita uma entrevista para colheita de dados, que consistia na maioria das vezes por uma visita domiciliária por parte da enfermeira que iria ficar responsável por desenvolver o plano de intervenção para aquela pessoa, pela assistente social, psicóloga e, quando possível, pelo médico. Após essa visita era necessário proceder à avaliação e registo, na plataforma da RNCCI, de alguns parâmetros

estipulados pela própria RNCCI como de carácter obrigatório, sendo eles: avaliação biopsicossocial (IAI); risco de úlcera de pressão; avaliação de úlcera de pressão (caso a pessoa apresentasse); avaliação/risco de diabetes; risco de quedas; e, registo de enfermagem que não seguia nenhum modelo estabelecido. Procedia-se a uma nova reavaliação passados 15 dias e depois mensalmente a contar da data de internamento.

Desta forma, não havendo protocolo de atuação, em ambos os serviços, desenvolvi uma folha de colheita de dados (Apêndice I) que permitia uma análise objetiva dos mesmos.

A avaliação da pessoa é uma etapa inicial no processo de cuidados. Seguindo os princípios de Cunha (2014), a avaliação foi sempre realizada na presença de algum membro da família. A avaliação cuidada da pessoa constitui o elemento fulcral da intervenção do EEER, pois este é o ponto de partida para desenvolver o plano de reabilitação, baseado no conhecimento que tem da pessoa, seu contexto e pelo conhecimento adquirido pela evidência produzida pela ciência. Assim, o EEER seleciona dados do contexto com foco na pessoa, saúde, contexto familiar e relacional, ambiental, social e cultural que permitam desenvolver cuidados holísticos, melhorando os resultados esperados (Seixas, 2015). Utilizei como recurso a entrevista semiestruturada que contemplava dados sociodemográficos, profissão, pessoa significativa, história atual da doença, antecedentes pessoais, terapêutica, exames complementares de diagnóstico e história social e económica. Para dar resposta a todos estes parâmetros consultei o processo clínico, em especial o registo e a interpretação de sinais vitais, análises laboratoriais, exames complementares de diagnóstico, com particular atenção à tomografia axial computadorizada e ressonância magnética. Foram também consultados os registos realizados pela equipa multidisciplinar.

A anamnese, o exame físico e o exame neurológico também foram realizados em ambiente calmo e tranquilo, com complementação de informação transmitida pela família (Cunha, 2014).

O exame neurológico durante todo o meu período de estágio revelou-se o ponto fulcral para poder desenvolver a minha atuação. Como afirma Pinho (2012), antes do início de qualquer programa de reabilitação é necessário definir o perfil cognitivo de cada doente, identificando os seus défices e aspetos da cognição que se encontram preservados. Um programa de intervenção cognitiva deverá ser desenhado com base numa avaliação neuropsicológica, sendo, igualmente, necessário identificar as consequências dos défices cognitivos para os autocuidados e atividades de vida diária,

uma vez que o objetivo da reabilitação não é uma melhoria no desempenho de testes cognitivos, mas sim uma melhoria na qualidade de vida das pessoas, familiares e cuidadores (Ávila e Miotto, 2002; Guerreiro, 2012; Miotto et al., 2008 cit in Pinho, 2012).

O exame neurológico apresenta-se como extenso e complexo, de modo que como complemento à folha de colheita de dados organizei uma estrutura de avaliação neurológica contemplando áreas como avaliação do estado de consciência, funções cognitivas, pares cranianos, força motora, tônus muscular, sensibilidade, equilíbrio, coordenação motora, marcha, auscultação pulmonar, assim como requisitos de autocuidado.

Para poder avaliar com precisão cada elemento, apoiei-me em instrumentos e escalas de avaliação (ex. escala de Ashworth modificada, escala *Medical Research Council* (MRC), índice Barthel, Medida da Independência Funcional (MIF)), reconhecidas pela comunidade científica pelo seu rigor e reduzida subjetividade.

Para avaliação do estado de consciência utilizei a Escala de Coma de Glasgow (GCS) explicitada anteriormente. Para a avaliação das funções cognitivas apliquei o Mini-Exame do Estado Mental (MEEM)¹¹. Este instrumento (Chaves, 2008) avalia a orientação temporal e espacial, memória, atenção, evocação, cálculo, praxias, habilidades de linguagem, e viso-espaciais, podendo ser usado como um teste de rastreio da perda cognitiva ou como avaliação cognitiva, validando-se sumariamente os défices da função cognitiva interferentes na capacitação e adesão ao processo de reabilitação (Rodrigues, 2012).

Na função motora recorreu-se à escala MRC para quantificar a força muscular, avaliando todos os movimentos dos vários segmentos e recorreu-se à escala de Ashworth para avaliação da espasticidade, através da resistência ao movimento passivo (Freitas, 2015). Apesar da aplicação de ambas as escalas estar condicionada à percepção e experiência dos enfermeiros, a avaliação padronizada e sistemática traz benefícios na adequação e gestão do plano de reabilitação (Freitas, 2015). O comprometimento do equilíbrio e da marcha, para além de ser passível de ser avaliado pelo VIII (acústico) par craniano, foi também avaliado com recurso à escala de Equilíbrio de Berg.

¹¹ Validado por Guerreiro et al. (1994) publicado no artigo “Adaptação à população portuguesa do *Mini Mental State Examination* (MMSE)” na revista portuguesa de neurologia, em que os valores de referência podem ser aplicados à população portuguesa.

Quanto aos requisitos no autocuidado fiz uso do índice de Barthel e da MIF. O Índice de Barthel é aplicado na mensuração da capacidade de realização de 10 atividades de vida diárias, quantificando o seu grau de dependência (Cunha, 2014). A MIF avalia o desempenho do indivíduo e a necessidade de cuidados exigida para a realização de determinadas atividades motoras e cognitivas (Freitas, 2015). Identifica “a carga global de cuidados, para a incapacidade em questão, sendo as atividades classificadas em dependência ou independência, sendo baseada na necessidade de o indivíduo ser assistido ou não por outra pessoa, e em caso de necessidade em que proporção” (Rodrigues, 2012, p.34), permitindo enquadrar a pessoa nas etapas do modelo de Orem: totalmente compensatório, parcialmente compensatório, e apoio-educação.

O desenvolvimento deste documento para avaliação do estado neurológico e funcional da pessoa permitiu identificar, de uma forma simples, as necessidades de intervenções especializadas em enfermagem de reabilitação, assim como uma avaliação mais objetiva e mensurável. A avaliação que me era permitida fazer entre os resultados da avaliação inicial e à data da alta permitiam dar visibilidade aos ganhos em saúde da pessoa, assim como orientar o planeamento dos cuidados.

2.3. Desenvolver competências no planeamento e implementação de intervenções com vista a promover as capacidades adaptativas da pessoa com alterações cognitivas decorrentes de TCE

Com a realização do estágio numa unidade hospitalar especializada em patologia do foro neurológico, nomeadamente com pessoas com alterações cognitivas decorrentes de TCE, tive a possibilidade de constatar que são variados os grupos profissionais que prestam cuidados a estas pessoas, no que concerne à parte cognitiva. Por esse motivo, é imperativo clarificar quem são os profissionais mais indicados para intervir nesse processo de reabilitação.

Por parte das várias pesquisas e leituras que efetuei ao longo do estágio percebe-se que no que se refere ao treino cognitivo, esta área é na sua globalidade atribuída à psicologia, em particular ao psicólogo com formação em neuropsicologia. Considera-se que este é o técnico com formação mais específica para melhor compreender a relação entre a lesão em determinadas estruturas e as funções cerebrais afetadas. Já no que se refere à linguagem, aspeto com menor enfoque neste relatório, é atribuída aos terapeutas da fala a primazia nesta área, visto considerar-se que este é o grupo profissional que

melhor domina as técnicas de intervenção neste âmbito. Do mesmo modo, no que se refere ao desempenho das atividades básicas e instrumentais de vida diária é atribuído aos terapeutas ocupacionais o domínio das técnicas e quem melhor poderá estimular as pessoas nos seus ganhos funcionais.

Face a esta realidade, questionei-me várias vezes se não estaria a enveredar por uma área que não fazia parte do meu corpo de competências, que não constituiria o centro da minha atuação. No entanto, recorrendo ao regulamento de competências específicas do EEER definidas pela Ordem dos Enfermeiros (2010b), fazem parte das funções do EEER, recolher informação e utilizar escalas e instrumentos de medida para avaliar, entre outras funções, as sensoriais e cognitivas, bem como avaliar a capacidade funcional da pessoa para realizar as suas AVD. Assim, envidei esforços no sentido de dar um rumo à minha atuação não me focalizando na parte cognitiva isoladamente da parte funcional, mas sim como interdependentes uma da outra. A diminuição da capacidade cognitiva, detetada no indivíduo com alterações neurológicas, tem implicações diversas na sua qualidade de vida, tornando-o gradualmente menos ativo, menos autónomo, mais dependente, afetando a capacidade de fazer exercício, realizar atividades e adquirir novos conhecimentos (Morais, 2014; Cunha, 2014). Foi assim preconizada uma abordagem integral decorrente do treino de AVD, atividades de estimulação sensoriomotora, e de reeducação funcional respiratória, tendo sempre na sua base a manutenção da função cognitiva, através da estimulação e aprendizagem de estratégias compensatórias que visem os défices cognitivos e funcionais, procurando desenvolver a autonomia e funcionalidade da pessoa.

Ainda que esta seja uma área pouco desenvolvida em enfermagem, é uma área onde EEER pode dar o seu contributo, visto ser um profissional dotado com a capacidade para conceber planos, elaborar e implementar programas de reeducação sensoriomotora e cognitiva.

Do ponto de vista do desenho das intervenções, apliquei a metodologia científica do processo de enfermagem, em que os processos de enfermagem e os planos de cuidados elaborados foram discutidos com os enfermeiros orientadores. Neles refiro-me à identificação das necessidades da pessoa, o desenho das intervenções e aos sistemas de enfermagem para dar resposta aos requisitos de autocuidado. Segundo Orem (2001 cit in Petronilho, 2012) os sistemas de enfermagem definem o âmbito da responsabilidade profissional perante as necessidades dos indivíduos, e a justificação da interação entre o enfermeiro, a pessoa e a natureza da ação a ser desempenhada por ambos para dar

resposta às necessidades terapêuticas.

O planeamento das intervenções foi tantas vezes alterado e ajustado quanto as necessárias para uma melhor resposta às necessidades identificadas na pessoa, na família, no serviço e sua dinâmica. Neste sentido tive a pretensão de elaborar um programa de reabilitação cognitiva composto por exercícios adaptados para treinar as funções cognitivas (atenção, memória e funções executivas), por intervenções de enfermagem de reabilitação para a função sensitiva, motora, respiratória e para o treino dos autocuidados.

Opto por apresentar um exemplo, o Sr. S. M. de 25 anos, politraumatizado, vítima de acidente de viação (mota), com fratura da base do crânio frontotemporal esquerda, internado desde o dia 23 de julho de 2016¹² no serviço de neurocirurgia (Estudo de caso apresentado no Apêndice IV). Quando conheci o Sr. S. M. e considerei que ele seria um excelente alvo dos meus cuidados, fui alertada pela equipa para as alterações e controlo do seu comportamento. O meu primeiro contacto com o Sr. S. M., no sentido de me apresentar e do que tinha para lhe oferecer, não foi bem recebido, e assim se manteve durante as duas primeiras semanas de estágio. Como Sohlberg & Matter (2015) referem, as alterações no comportamento e o controlo comportamental são extremamente comuns após a lesão cerebral adquirida, podendo limitar a pessoa a participar, e na habilidade de beneficiar, das atividades valiosas de tratamento, resultando numa diminuição drástica do número e qualidade de interações sociais.

A minha primeira intervenção com o Sr. S. M. foi promover a sua aceitação face à minha presença, através do controlo ambiental, em que primava por estabelecer contactos com o utente em períodos mais calmos do dia, com menos ruído e menos atividades causadoras de *stress* (como a hora da higiene) e desenvolvia várias interações por dia, com curta duração. Para além disso, por vezes havia a necessidade de ignorar determinados comportamentos, pois qualquer resposta a um comportamento pode inadvertidamente aumentar a probabilidade da sua recorrência (Sohlberg & Matter, 2015); redirecionar a atenção do Sr. S.M. que permitia uma quebra no ciclo de perseveração/frustração e permitia que continuasse a sessão; proporcionar escolhas como qual a atividade que pretendia desenvolver (ex. ouvir música, jogos de papel e caneta, ver fotos, entre outras), uma vez que após uma lesão cerebral as escolhas podem ser drasticamente reduzidas e a pessoa com pode sentir-se controlada e manipulada

¹² De referir que, aquando do início do meu estágio, o Sr. S. M. já se encontrava internado há 2 meses.

(Sohlberg & Matter, 2015); e falar calmamente mantendo uma postura neutra.

Após as duas primeiras semanas, consegui estabelecer uma relação com o Sr. S.M. e com a sua cuidadora, o que me permitiu apresentar o plano que tinha definido, validar a pertinência das intervenções e fazer uma gestão das expectativas. As metas do tratamento foram estabelecidas levando-se em consideração as solicitações apontadas pela cuidadora e pela pessoa, assim como as alterações com maior impacto funcional na vida diária. O foco da intervenção do programa de reabilitação cognitiva envolveu a organização da sua rotina, auxílio no planeamento das atividades diárias e maior independência e autonomia na realização dos autocuidados.

Iniciei a minha intervenção pela avaliação do estado de consciência, com um *score* de 11 na GCS, com abertura espontânea dos olhos, nenhuma resposta verbal (traqueostomizado, ainda que tenha sido considerada a capacidade de verbalização labial) e quanto à resposta motora obedece a comandos verbais. Na avaliação dos pares cranianos apresentava alteração do I par (olfativo), II par (ótico), V par (trigémio), VII par (facial) e XII (hipoglosso). Nesta primeira avaliação não foi possível avaliar o IX (glossofaríngeo) e X par (vago).

Demonstrava força mantida (5/5 na escala MRC) em todos os segmentos articulares. Tinha défice ao nível do equilíbrio e na capacidade de marcha pelo que foram desenvolvidas intervenções, em parceria com a fisioterapia, no sentido de facilitar o movimento normal, respeitando os padrões deste, identificando e minimizando compensações realizadas no decorrer de determinados exercícios/atividades terapêuticas (Toubarro, 2017). Foi trabalhado o controlo do movimento¹³ na estabilização do corpo no espaço, ou seja, controlo motor aplicado ao controlo postural e equilíbrio; movimentação do corpo no espaço, ou seja, controlo motor aplicado ao movimento; assim como o controlo postural, de modo a manter o alinhamento e corretas ativações das diversas áreas-chave existentes para manter o equilíbrio necessário à função (Toubarro, 2017). Desta forma, foi desenvolvido treino de marcha e feito treino de equilíbrio sentado e de pé (estático e dinâmico) com introdução de materiais como bola, que era atirada em diversas direções, nas quais o utente tinha de a apanhar e devolver. Apresentava igualmente descoordenação motora e alteração da motricidade tendo sido

¹³ Estudo da natureza e causa do movimento, em que a existência de controlo de movimento é fundamental para a re aquisição de competência funcional. Associado a este conceito, encontra-se a reaprendizagem motora que é dirigido para a aquisição e/ou modificação do movimento (Toubarro, 2017).

desenvolvidas intervenções que se demonstram posteriormente.

Devido ao grande período de internamento e às sequelas associadas ao tipo de lesão sofrida, a pessoa apresentava alterações ao nível da cognição, em particular nas componentes da atenção, memória e funções executivas, como descreve a neuropsicóloga na sua avaliação e passível de ser avaliado através da aplicação do MEEM. Neste seguimento, planejaram-se intervenções, a fim de melhorar as funções cognitivas, adaptadas ao quotidiano e necessidades da pessoa. Lindolpho, Sá & Cruz (2010) defendem que a reabilitação cognitiva deve começar com exercícios de orientação espacial e temporal (referentes à data, hora, dias da semana, meses, anos e local) e só posteriormente se devem realizar atividades que estimulem o autocuidado e promovam a manutenção da funcionalidade. Desta forma, estruturei um programa que se iniciou com a orientação para a realidade no tempo e espaço, utilizando pistas do meio ambiente (relógio, atividades específicas de determinadas horas, ex. alimentação), com a construção de materiais (calendário, onde riscávamos o dia em que nos encontrávamos e marcávamos o dia da próxima sessão; quadro esquemático das várias atividades a desenvolverem-se nesse dia, desde o autocuidado higiene até à hora de ir deitar) e fornecimento de informação verbal referente a acontecimentos diários. Com estes métodos consegui promover a orientação para a realidade¹⁴, a orientação no tempo e espaço, com uma melhoria gradual no seu estado de orientação.

Posteriormente iniciou-se o treino dos autocuidados, os primeiros a ser trabalhados prenderam-se com a higiene e o vestuário, necessitando o Sr. S. M., numa primeira fase, de um sistema totalmente compensatório para a sua realização. De forma a integrar a realização dos autocuidados desenvolveram-se materiais que exemplificavam a tarefas por sequência de imagens, imprimindo-se e plastificando esses materiais de modo a que pudessem ser afixados na casa de banho. Assim, na zona de duche foi afixada uma sequência de imagens representativas da rotina do banho, na zona de vestir a rotina vestuário, no lavatório a rotina pentear, lavar os dentes e barbear (Apêndice XII), que serviram como técnicas compensatórias para a realização dos autocuidados e integração

¹⁴ Terapia desenvolvida por James Folson em 1968 com o objetivo de reduzir a desorientação e confusão nos utentes. Baseia-se em estratégias e repetição contínua de dados reais, criando estímulos ambientais que facilitem a orientação, ou seja, visa orientar o utente no tempo e espaço, lembrando com ele por meio de pistas ou ajudas externas, o dia do mês, o ano, o local, entre outros (André, 2010)

destes nas funções executivas, assim como potenciadoras da atenção do utente.

No final do meu estágio, o Sr. S. M. já não necessita das imagens (dispositivos externos de compensação) para realizar os seus autocuidados e consegue iniciar e desenvolver a ação pretendida. Desta forma, no que respeita o autocuidado banho, o Sr. S. M. conseguiu evoluir de um sistema totalmente compensatório para um sistema de apoio/educação no autocuidado higiene e vestuário em que necessita de uma ajuda mínima, incidindo esta na organização do espaço físico (colocação da cadeira na zona de banho e colocação dos produtos de higiene ao alcance do utente), veste-se e despe-se de forma independente com recurso a cadeira de apoio e barra para facilitar o levantar e equilíbrio. Na realização da higiene pessoal, também com um sistema de apoio/educação, necessita que lhe sejam providenciados os instrumentos (escova, escova de dentes, lâmina barbear), conseguindo realizar a sua higiene oral e pentear-se de forma independente. Para fazer a barba requer um sistema parcialmente compensatório.

Relativamente, aos processos cognitivos da atenção, memória e funções executivas é comum considerar-se como assuntos separados, mas na realidade os componentes cognitivos que envolvem a memória, a atenção e as funções executivas sobrepõem-se e interagem de forma complexa, o que torna útil a sua interligação na abordagem cognitiva (Sohlberg & Mateer, 2015).

Sabemos que para um processamento adequado de informação é necessário um nível de atenção adequado num estado de vigília. O Sr. S. M. apresentava défice de atenção mantida e dividida, tinha dificuldades em concentrar-se numa tarefa, em realizá-la até ao fim sem distração, e na realização de duas tarefas em simultâneo, sendo estes os achados mais consistentes em pessoas com lesão cerebral como descreve Sohlberg & Mateer (2015). Apresentava dificuldades na realização de exercícios de estimulação sensoriomotora por distração e desinteresse, indo, também, de encontro com o que refere a literatura em que os distúrbios da atenção afetam a recuperação funcional (Loetscher & Lincoln, 2013). As intervenções que desenhei combinam várias abordagens como o treino da atenção, estratégias e suportes ambientais e uso de dispositivos externos (Sohlberg & Mateer, 2015).

Os processos para treinar a atenção têm por base o fundamento que as habilidades da atenção podem ser aumentadas se forem proporcionadas oportunidades de simulação de um aspeto particular da atenção. Normalmente, o tratamento envolve a participação da pessoa numa série repetitiva de instruções ou exercícios, que foram projetados para

proporcionar oportunidades nas tarefas com grandes exigências atencionais (Sohlberg & Mateer, 2015). Nos meus planos de reabilitação privilegiei jogos e exercícios de papel e caneta, assim como o recurso aos jogos no telemóvel e *tablet*. Para promover a atenção mantida, foram realizados exercícios como construção de *puzzles* em suporte digital e construção de torre de blocos em suporte físico, sequência de números, ouvir palavras e pressionar algo quando o alvo era identificado. Para a atenção alternada, recorri novamente a exercícios com papel e caneta, assim como no *tablet* e telemóvel, exercícios esses que exigiam a alternância de números ou letras, como a sopa de letras, sopa de números, sopa de figuras e cores, e identificação de diferenças. Na atenção seletiva incluía fatores de distração durante realização dos exercícios (estímulos externos de sons ou objetos) (Nunes & Pais, 2014; Sohlberg & Mater, 2015). Como mecanismo de compensação, eram utilizados o uso de dispositivos externos, como a criação de uma lista de tarefas do dia-a-dia, lista de compras, receitas, relógio com despertador.

Para lidar com os processos alterados de memória, as estratégias que estabeleci tinham como linhas orientadoras: a simplificação da informação (ser clara e concisa com as instruções); a redução da quantidade de informação a ser lembrada; a confirmação do entendimento da pessoa; a procura por fazer associações entre nova informação e informação já existente; a distribuição prática, ou seja, trabalhar poucas informações várias vezes por dia; e a organização de informação que necessita ser lembrada. Relativamente aos métodos restaurativos da função foram aplicados exercícios que visavam a memória imediata como a repetição de sequências de números pela ordem e no sentido inverso, assim como a repetição de frases. Quanto à memória recente os exercícios visavam mostrar objetos e pedir para memorizar, mostrar imagens e pedir para memorizar e descrever, memorizar desenhos e reproduzir, memorizar palavras e leitura de textos curtos (revistas, notícias, livro de exercícios), seguida de uma organização da informação (anotação dos pontos principais), e discussão com outras pessoas sobre o tema. Já para a memória remota recorreu-se à técnica de reminiscência¹⁵. Desta forma foi solicitado à cuidadora que trouxesse fotos e o telemóvel do Sr. S. M. com acesso à internet, onde foi possível ver vídeos feitos por este

¹⁵ Técnica que visa trabalhar a memória remota do utente, com factos significativos da sua vida, ou seja tem como objetivo estimular a recuperação de informações recorrendo ao uso de figuras, fotografias, músicas, jogos ou outros estímulos relacionados com a vida passada do utente (André, 2010).

no *youtube* (a andar de mota), consultar o e-mail e *facebook*. Como métodos de compensação do défice foram utilizadas fotografias, relógio, calendário e telemóvel para registo e alerta de situações relevantes para o Sr. S. M..

A disfunção executiva afeta os processos de planeamento, iniciativa, organização, resolução de problemas e correção de erros (Chung, Pollock, Campbell, Durward & Hagen, 2013), podendo resultar em apraxias¹⁶. Deste modo afeta a capacidade de recuperação da autonomia nos autocuidados e atividades de vida diária, tornando-se difícil aprender ou reaprender novas maneiras de, por exemplo, vestir-se, acrescentando-se, ainda, o facto de apresentar limitações sensoriomotoras devido à lesão cerebral. Nas intervenções que planeei para este défice contemplei intervenções de carácter restitutivo com recurso a exercício de papel e caneta e folhetos de supermercado, em que apliquei exercícios de semelhanças e diferenças entre pares de palavras, ordenação de sequências de ação, ordenação de sequências lógicas com números e figuras, flexibilidade em unir figuras com cores/formas alternadas, exercícios de cálculo e realização de listas de compras. Foram, também, desenvolvidas intervenções a nível da organização do espaço físico para facilitar uma tarefa, como afixar as rotinas do banho, vestir, cuidados de higiene nos locais correspondentes, colocar todos os objetos necessários aos cuidados de higiene na casa de banho, previamente dispor a roupa a vestir para o dia seguinte, por uma ordem sequencial lógica (1º roupa interior) incentivando a pessoa a escolher cada peça de roupa até completar o vestuário corretamente (atendendo aos seus gostos), criar rotinas específicas para a tarefa (administração de terapêutica, higiene, vestir), planear ações de forma repetida de determinada ação, como ir à loja comprar determinados ingredientes para realizar uma refeição, em que estas atividades de simulação de cenários em ambiente controlado oferecem à pessoa uma prática sistematizada com destrezas de planeamento e de organização (Sohlberg & Mater, 2015).

Todas estas atividades foram realizadas mediante determinados princípios para a eficácia da sua utilização. Tendo em consideração estes princípios os exercícios eram realizados de forma sistemática num período de 30 a 40 minutos, num ambiente calmo e adequando para a pessoa. No ambiente hospitalar nem sempre foi fácil adequar e reduzir

¹⁶ Termo que se usa para designar a incapacidade em executar corretamente movimentos adaptados a um fim, ou seja, é perda da capacidade em executar movimentos e gestos precisos que conduziriam a um dado objetivo, apesar da pessoa ter a vontade e a habilidade física para os executar (Nunes & Pais, 2014).

o estímulo, devido às rotinas instituídas, espaços físicos, distrações visuais ou auditivas. Para ultrapassar estas adversidades ajustei a realização dos exercícios fora da hora de visitas, corria as cortinas da unidade do utente de modo a diminuir os estímulos visuais. Dados os limites dos serviços atuais tentava ser o mais flexível possível. Os exercícios eram explicados de forma simples e direta, um de cada vez. Eram realizados de forma hierárquica e conforme a evolução da pessoa, grau de desempenho, facilidade, frustração, assim o grau de dificuldade e estimulação aumentava ou diminuía. Com o apoio dos cuidadores, os exercícios eram repetidos com a minha orientação prévia, fora do horário das visitas, de forma a manter o processo de reabilitação e estímulo atencional, como refere Nunes e Pais (2014) assegura a continuidade da estimulação.

O Sr. S. M. apresentava, igualmente, parésia facial bilateral, com alterações no pares cranianos acima descritos que lhe condicionavam a deglutição, interferiam na fala, na comunicação não-verbal, na autoimagem e no sorrir, apresentava, também, traqueostomia, que acabou por remover após 4 semanas do início do meu estágio, que permitiu reforçar os exercícios de reeducação dos músculos da face. Muitas pessoas desenvolvem sentimentos depressivos, isolamento ou vergonha, dado o facto de não se reconhecerem quando se vêem ao espelho. Ciente disso, ensinei, instruí e supervisionei o Sr. S. M. sobre a massagem facial e reeducação da musculatura facial com vista ao restauro da motricidade da face, lábios e língua. Foi-lhe ensinado a executar estas sessões por curtos períodos, várias vezes ao dia, sentado de frente ao espelho, realizando exercícios com recurso a cartões com imagens (Apêndice XII) como “assobiar”, “encher a boca com ar”, “mostrar os dentes”, “sorrir”, entre outros. O facto de se ter os cartões com as imagens possibilitou que após o ensino e treino, o Sr. S. M. poderia realizar sozinho ou na presença de um familiar. Estes exercícios estimulam os recetores proprioceptivos e sensoriais uma vez que melhoram a circulação na zona lesada e consequentemente elevam o metabolismo celular, estimulando o trofismo muscular (Menoíta et al., 2012). Estas intervenções ajudaram a pessoa a restaurar a motricidade facial, melhorando a articulação das palavras, recuperou movimento ao nível do lábio à direita e maior controlo de movimento da pálpebra direita. Os exercícios que não conseguia realizar apenas com recurso aos músculos da face, auxiliava com as mãos, a fim de completar o movimento.

Complementando estes exercícios, o doente apresenta-se também com disartria (perturbação da articulação verbal) e afonia (resultante da presença de traqueostomia), por diminuição da força, tónus ou da coordenação dos músculos envolvidos na fonação,

pelo que incidi intervenções no controlo da respiração e melhoria da qualidade da voz e articulação de palavras (Menoita, 2012). Para além do treino de articulação de palavras mais complexas, era importante gerir o ambiente, de forma a proporcionar concentração à pessoa, e ensinar aos cuidadores e família, técnicas que aumentam a capacidade de expressão verbal (dar tempo, repetir a mensagem em voz alta, não valorizar a pronúncia, ignorar erros proferidos, não interromper e encorajar frases curtas).

Quanto à descoordenação motora e motricidade fina foram desenvolvidas atividades com recurso a equipamento disponível no serviço como abrir e fechar fechos e cadeados, fazer fios de missangas, enrolar um cordel em volta de uma argola, atar atacadores, desenroscar parafusos, e também, foi adquirido uma torre de blocos que o Sr. S. M. tinha de empilhar sem deixar cair. Estes e outros exercícios resultaram numa maior coordenação e rapidez na execução destes, assim como potenciava em simultâneo o treino da atenção.

Com os ganhos nas funções cognitivas foi possível, numa fase mais tarde, fazer treino vesical, apresentando-se a pessoa no final do estágio continente de esfínteres, usando a casa de banho no período diurno e urinol no noturno, não necessita do uso de fralda.

Percebe-se assim, que limitações da atenção, memória e funções executivas podem afetar profundamente as funções diárias da pessoa, e que um programa de enfermagem de reabilitação tem que ter em consideração, a avaliação do potencial cognitivo e de aprendizagem da pessoa. Este deve ser apreciado em duas perspetivas complementares: avaliar para reabilitar, ou seja decidir que objetivos e estratégias de reeducação cognitiva a adotar; e avaliar para apreciar em que medida as alterações da função cognitiva interferem no programa de reabilitação global, adaptando-o a essas limitações (Sohlberg & Mater, 2015; Varanda e Rodrigues, 2017).

Apresento, igualmente, o caso do Sr. L.C., 24 anos, politraumatizado, vítima de acidente de viação, transferido para o serviço de neurocirurgia com diagnóstico principal de TCE, após 22 dias de internamento na unidade de cuidados intensivos neurocríticos (Estudo de caso desenvolvido no Apêndice V). Iniciou-se a avaliação pelo estado de consciência, fundamental no delineio de programas reabilitação, pois alterações graves traduzem incapacidade de iniciar processos de aprendizagem e programas de reabilitação de qualquer função. São várias as escalas que permitem avaliar o estado de consciência da pessoa, neste caso em concreto foi utilizada a GCS e

a escala Rancho Los Amigos¹⁷ encontrando-se, o Sr. L.C., num *score* 10/12, para a GCS. Quanto à Escala Rancho los Amigos encontrava-se no nível III de funcionamento cognitivo, traduzindo-se por ir estando mais acordado durante o dia com mais movimentos, e por ter uma resposta específica mas não consistente aos estímulos (ex. virar-se para um som, fuga à dor, tenta observar uma pessoa que se move na sala, começa a reconhecer familiares, segue algumas instruções simples) (Varanda e Rodrigues, 2017). Alternava períodos de sonolência, com períodos de agitação psicomotora com necessidade de contenção física dos membros superiores, numa ótica de prevenção de comportamentos lesivos (visto o Sr. L.C. apresentar drenagem vesical, sonda nasogástrica e traqueostomia). Ainda sem ciclo de sono/vigília completamente estabelecido.

Quanto à avaliação de pares cranianos, que permite a deteção de alterações graves do foro neurológico, esta foi dificultada pelo estado neurológico da pessoa, não tendo sido realizada adequadamente pela pouca participação deste. No entanto, do que foi passível de ser avaliado, sem aparentes alterações oculomotoras, com pupilas iguais e isorreactivas, apresentava movimentos mastigatórios, tinha reflexo de deglutição, e não apresentava parésias faciais.

Com compromisso da limpeza das de vias aéreas condicionada pela presença de traqueostomia e com compromisso da mobilidade, apresentando uma respiração torácica, de baixa amplitude, simétrica, com presença de secreções brônquicas. A intervenção respiratória visou manter a permeabilidade da via aérea, com melhoria do padrão de ventilação, pelo que foram instituídas intervenções como a redução da tensão psíquica e muscular, com recurso aos posicionamentos e às posições de descanso e relaxamento. A fim de melhorar a ventilação/perfusão foram realizadas hiperinsuflações manuais, feito controlo e dissociação dos tempos respiratórios com ênfase na reeducação abdomino-diafragmática e realizada abertura costal global e seletiva. Procedeu-se à hidratação e humidificação das secreções brônquicas com o objetivo de manter a permeabilidade da via aérea. Realizaram-se intervenções como drenagem postural, manobras acessórias e aspiração de secreções brônquicas, com o intuito de promover a mobilização e eliminação de secreções/higiene brônquica.

¹⁷ Instrumento de avaliação que permite classificar o nível de funcionamento cognitivo da pessoa em termos globais. Encontra-se em processo de validação para Portugal, por um grupo de enfermeiros do Centro Hospitalar de Coimbra.

Desenvolveram-se, igualmente, intervenções de correção postural, mobilização osteoarticular, treino de equilíbrio, levante e transferência que contribuíram para corrigir posições viciosas e antiálgicas defeituosas, assim como melhorar a mobilidade e readaptar ao esforço.

Devido ao período de imobilidade, o Sr. L. C., esboçava aumento do tónus muscular ao nível do hemicorpo esquerdo, com inclinação da cabeça homolateral. A imobilidade refere-se à ausência, diminuição ou restrição do movimento, podendo levar ao encurtamento muscular ou a contraturas irreversíveis (Kisner & Colby, 2009 cit in Coelho et al., 2017), no entanto em algumas situações de traumatismo a imobilização de um segmento ou o repouso absoluto no leito por um curto período de tempo, poderá ter um efeito benéfico no tratamento, apesar dos efeitos nefastos¹⁸ da imobilidade prolongada (Coelho, Barros & Sousa, 2017).

Como afirma Toubarro (2017), a maneira de pensar relativamente à recuperação funcional da pessoa alterou-se bastante, desde que se colocou a hipótese de existir neuroplasticidade, ou seja, capacidade de o Sistema Nervoso modificar a sua estrutura e função na presença de lesão. Utilizando esta faculdade para tentar recuperar funções perdidas, considerou-se a integração do movimento por parte do Sr. L.C. dando-se ênfase às mobilizações nos momentos de maior vigília. Realizaram-se mobilizações passivas¹⁹ e mobilizações ativas assistidas²⁰ descritas pormenorizadamente no apêndice V. As mobilizações foram efetuadas bilateralmente, uma vez que o lado do corpo que aparentemente está são, também é inervado por uma percentagem reduzida de fibras que sofreram lesão e assim a sua integração estimula a neuroplasticidade (Menoita, 2012). No final das mobilizações e aquando dos posicionamentos o utente era posicionado em padrão anti-espástico²¹.

Foram, igualmente, desenvolvidas outras atividades e exercícios terapêuticos como o rolar, movimento que a pessoa inicia de forma espontânea para se virar na cama

¹⁸ Complicações mais frequentes da imobilidade: úlceras por pressão, trombose venosa profunda, embolia pulmonar e incapacidade funcional (Coelho et al., 2017).

¹⁹ Gesto terapêutico realizado nos limites da amplitude fisiológica articular da pessoa (Kisner & Colby cit in Coelho et al., 2017).

²⁰ Mobilização em que a pessoa inicia o movimento mas não consegue vencer a força da gravidade, tendo dificuldade em automobilizar os segmentos do corporais, no qual o profissional de saúde ajuda a realizar o movimento sustentando o membro (Coelho et al., 2017).

²¹ Posicionamento que permite reduzir a instalação da espasticidade na fase aguda.

(Menoita, 2012); e a ponte, que facilita a elevação da bacia, ativa a musculatura do tronco, estimula a sensibilidade postural, a mudança de posição no leito e a preparação para efetuar a posição de sentado e posição ortostática (Leal, 2008 cit in Coelho et al., 2017).

A manutenção do equilíbrio corporal na posição ortostática é uma tarefa complexa. O equilíbrio é visto como um processo estático mas são vários os mecanismos, como a gravidade e os mecanismos de controlo neural, que provocam constantemente um deslocamento no alinhamento do nosso corpo, de forma a obter um controlo postural (Aikawa, Bracciali & Padula, 2012 cit in Coelho et al., 2017). O Sr L.C. apresentava equilíbrio estático sentado diminuído, com controlo deficitário da cabeça e pescoço, pelo que o grande foco de atenção foi o treino de equilíbrio sentado na beira da cama. O levantar e a transferência foram instituídos desde o início. Tendo em conta a participação do Sr. L.C., esta atividade era realizada com auxílio de dois profissionais, negociando-se dois levantamentos diários. As intervenções resultaram numa maior amplitude articular (embora sem avaliação de graus de amplitude), diminuição do tónus muscular de acordo com a Escala Modificada de Asworth e aumento da força muscular nos diferentes segmentos corporais.

Ao desenvolver o plano de cuidados para o Sr. L.C., rapidamente me apercebi, juntamente com a minha enfermeira orientadora, que o programa de reabilitação a implementar para além das intervenções do foro da redução funcional respiratória (RFR) e da reabilitação física e motora, também, teria de contemplar intervenções na área da reabilitação neuropsicológica, tendo sido integrado no plano de cuidados desta pessoa o enriquecimento ambiental e a estimulação multissensorial (Apêndice III). Os programas de estimulação sensorial apresentam-se fundamentais para o processo de recuperação de pessoas em coma por traumatismo cerebral (Ungerleider, Julien & Karni, 2002 cit in Pinto & Mendes, 2017). Desenvolveu-se um programa de estimulação sensorial com enfoque nos cinco sentidos com evidência através da informação fornecida pelos familiares, que se tornaram parceiros de cuidados. Este passou pela integração de objetos do quotidiano do utente nas atividades de autocuidado, como sendo o uso dos seus produtos de higiene pessoal, roupa do próprio e uso de música do gosto do utente. A estimulação cognitiva assume um papel importante e abrangente, uma vez que todas as intervenções contribuem para melhorar o funcionamento cognitivo em geral (Rodrigues, 2012).

As intervenções aqui apresentadas, com enfoque nas intervenções de reabilitação

cognitiva e estimulação sensorial, só foram passíveis de serem implementadas visto o cérebro ser um órgão dinâmico, capaz de uma reorganização neurológica extensa ao longo do tempo de vida de um indivíduo e após uma lesão. Ficando demonstrado, que as habilidades motoras, sensoriais e cognitivas podem, e normalmente aumentam, quando realizada estimulação adequada ao longo do tempo, embora a recuperação seja, regra geral, prolongada e as sequelas da lesão cerebral persistam em algum grau. Da mesma forma que o favorecimento da recuperação na função neurocomportamental está associado à estimulação ambiental e à estruturação de experiências, tanto no cérebro normal, como no comprometido. Existindo na reabilitação, um papel tanto para as abordagens restituíveis quanto para as compensatórias, sendo, também, estes os princípios orientadores para a noção de neuroplasticidade (Sohlberg e Mateer, 2015).

Ainda que para este objetivo tenha apresentado situações que ocorrem em ambiente hospitalar, em ambos os locais de estágio privilegiei a transmissão da informação oral (na passagem de ocorrências) e escrita (pela realização de registo fiéis das atividades desenvolvidas) das intervenções realizadas. Estas intervenções são, segundo a Ordem dos Enfermeiros (2003), fundamentais para minorar o risco e garantir a qualidade dos cuidados. Ainda no que concerne ao planeamento de cuidados, o papel e as necessidades dos próximos não podem ser minimizados. Eles necessitam muitas vezes de ações educativas, de orientações e familiarização com os aspetos com que mais tarde se irão confrontar (Hasbeen, 2003).

2.4. Capacitar a pessoa com alterações cognitivas decorrentes de TCE visando a adaptação às limitações e prevenção de complicações

A saúde e o bem-estar são influenciados pelas oportunidades da pessoa se envolver, de modo satisfatório, em atividades e participar em situações do seu dia-a-dia. Quando existe uma perda ou limitação na capacidade da pessoa se envolver nessas atividades leva a que ocorra uma restrição na participação, uma maior dependência e uma diminuição da perceção da qualidade de vida. Assim, devem ser dadas oportunidades para o envolvimento da pessoa em situações de vida diária e facilitado o desempenho nas atividades que para si são significativas.

Ao aceitarmos como afirma Sim (1998 cit in Pedrosa, 2016) que a autonomia é uma parte valiosa da vida das pessoas, então é claramente importante para os profissionais que trabalham na área da reabilitação promoverem a autonomia às pessoas de quem cuidam. Devem ser implementados procedimentos facilitadores da recuperação das

capacidades funcionais e/ou cognitivas, que conduzam a uma maior autonomia e independência (UMCCI, 2011).

A autonomia assume-se como um pré-requisito fundamental para a participação efetiva num processo de reabilitação (Cardol, Jong & Ward, 2002), em que a prática do EEER centra-se nas necessidades da pessoa e na capacidade que a pessoa tem para desempenhar essas atividades, servindo-se da prática baseada na evidência. Sendo esta a linha condutora de atuação que leva o EEER a capacitar a pessoa, de forma a dar-lhe o poder de estar no comando da sua própria saúde e bem-estar, permitindo-lhe decidir o que quer, assim como intervindo através do fornecimento de meios e/ou criando oportunidades para realizar uma tarefa (Pedrosa, 2016). Os profissionais de reabilitação, nomeadamente os EEER, podem orientar a pessoa em opções e estratégias determinantes e informações significativas (Cardol et al., 2002). A reabilitação pode auxiliar na aplicação de tecnologias para melhorar a autonomia executiva, no entanto o requisito mais básico para a participação social é a autonomia decisional (Cardol et al., 2002). Como já foi demonstrado anteriormente reconhece-se que existe uma relação direta entre a presença de défices cognitivos e a maior dependência e menor autonomia da pessoa, levando a uma maior vulnerabilidade e limitação destas na participação social.

Os exercícios de reabilitação cognitiva podem ser aplicados através de qualquer meio capaz de representar situações do quotidiano, nas quais o doente é incentivado a concentrar-se, interagir, raciocinar, tomar decisões, entender o discurso corrente e expressar sentimentos e pensamentos. Estas situações podem ser apoiadas por diversos formatos tecnológicos, através da aplicação de formulários, figuras, vídeos e, recentemente, do computador (Mello & Costa, 2004; Nascimento, Carvalho & Costa, 2008).

Os objetivos do programa devem ser formulados de uma forma concreta e operacional, tornando-se pertinente integrar o treino cognitivo, que compreenda a prática repetida de exercícios cognitivos específicos, de competências básicas, essenciais para o desempenho das funções cognitivas mais complexas. Como em qualquer processo de aprendizagem, este treino deve ser organizado segundo uma graduação de dificuldades e as competências treinadas repetidamente em cada nível de treino. Este deve ser realizado num contexto real e quotidiano do indivíduo, construindo as aprendizagens através de rotinas e competências aprendidas ao longo da vida. Desta forma, o que é treinado torna-se pertinente para a vida prática do indivíduo, podendo

melhorar a sua funcionalidade. (Oliveira, 2007; Nunes, 2008 cit in André, 2010). Os objetivos estão, assim, focados no desempenho real das atividades de cada pessoa, sendo revistos periodicamente e adaptados às necessidades de mudança do indivíduo, para promover uma melhor recuperação.

Ainda que a população que defini, para desenvolver o meu projeto com vista à aquisição de competências enquanto EEER, sejam as pessoas que sofreram TCE, enquanto desenvolvia a minha atividade no contexto da comunidade, pude constatar que a área cognitiva também podia e deveria ter uma representação nos cuidados prestados. Apesar de nenhuma das pessoas alvo da minha intervenção tenham sofrido TCE, algumas delas apresentavam défice cognitivo ligeiro, que se caracteriza por um funcionamento cognitivo inferior ao que é expectável para a idade e nível de escolaridade da pessoa, manifestado pela dificuldade em realizar mais do que uma tarefa em simultâneo; dificuldade em resolver problemas mais complexos ou nas tomadas de decisão, e esquecimento de informação recente, ainda que a pessoa continue a manter um nível de funcionalidade normal ou quase inalterado, apesar da existência dessas alterações (Nunes & Pais, 2014).

O EEER é responsável por identificar necessidades de intervenção a fim de otimizar e/ou reeducar a função a diferentes níveis como sejam o motor, sensorial mas também o cognitivo. É também responsável por implementar planos de reeducação funcional e programas de redução do risco de alterações a vários níveis como o motor, sensorial e cognitivo (OE, 2010b). Ao integrar uma ECCI que desenvolve a sua prática no domicílio das pessoas, o EEER pode ver a sua atuação a nível cognitivo assentar em encorajar atividades que promovam estimulação cognitiva, encorajar a atividade física, otimizar a estimulação ambiental, incluir família e cuidador informal nos cuidados prestados, implementar medidas para a promoção de bem-estar e equilíbrio emocional através de estratégias de desenvolvimento de sensação de autocontrolo, segurança interna e externa (promoção da autoconfiança e autoestima), e estimular rotinas positivas e gratificantes (UMCCI, 2011).

Para além dos exercícios específicos que permitem trabalhar e melhorar determinado défice cognitivo, o EEER pode implementar procedimentos facilitadores de recuperação das capacidades cognitivas que conduzam a uma maior autonomia possível: criar condições para a existência de meios (espelhos, quadros, relógios) que permitam a orientação para a realidade; dispor de ambiente estimulante, de espaços organizados e com referências espaço-temporais, de modo a permitir ou facilitar a

interação e adaptação da pessoa e minimizar os défices cognitivos e funcionais; proporcionar um ambiente íntimo, calmo no qual a pessoa possa realizar a atividade ao seu ritmo e preservando a sua intimidade; valorizar os objetivos conseguidos; reforçar a autoimagem da pessoa; envolver a família segundo os seus desejos e capacidades; reforçar identidade e a autoestima da pessoa; manter a orientação; manter a funcionalidade, evitar a desabilitação; e, manter os hábitos e o estilo da pessoa (UMCCI, 2011).

A Sra. M.F.A. de 82 anos com fratura do colo do fémur²² direito, que necessitou de intervenção cirúrgica e antecedentes de AVC (de acordo com a pessoa, sem registo médico), transtornos psicóticos (sem informação clínica específica) e depressão é referenciada para a UCCI por diminuição da massa muscular ao nível do membro inferior direito, desequilíbrio, défice de marcha, dores, dependência nas AVD e risco elevado de queda (Estudo de caso apresentado no Apêndice VI). Apresentava, igualmente, lapsos de memória, dificuldades de concentração e raciocínio, dificuldades de planeamento de atividades e um discurso por vezes desorganizado. De mencionar que a Sr. M.F.A. refere estar deprimida pelo facto de não sair de casa.

Embora a fisiopatologia do AVC, dos transtornos psicóticos e da fratura do colo do fémur sejam distintas, as manifestações destas e o impacto na vida das pessoas convergem de um modo geral em alterações do equilíbrio, força muscular, marcha, humor e cognição. De acordo com Faria, Machala, Dias e Dias (2003) a pessoa para exercer as suas AVD e manter-se independente necessita de um bom desempenho físico-funcional. Assim, o plano de intervenção deve priorizar a correção dos fatores que podem levar à disfunção para que haja restauração ou manutenção da mesma.

Após avaliação segundo os parâmetros anteriormente referidos foi desenvolvido e discutido um plano de intervenção que visava prevenir complicações como queda, lesões osteoarticulares e melhorar a funcionalidade nas áreas do autocuidado com défice (estudo de caso desenvolvido no apêndice VI).

Perante as alterações diagnosticadas e os objetivos definidos, no sentido de fortalecer a musculatura dos membros inferiores, em particular do membro inferior direito. Numa fase inicial, foram instruídos exercícios de mobilização ativa numa

²² São fraturas que se localizam na região compreendida entre uma linha rasante à base da cabeça do fémur e a linha basicervical, o traço de fratura é intracapsular. Estas fraturas surgem em pessoas idosas, geralmente mulheres, que sofreram uma queda, por vezes ligeira (Dias, 2012).

posição de sentada, diariamente 2 a 3 vezes por dia, com 10 a 15 repetições, Posteriormente, instruí e supervisionei mobilizações ativas/resistidas desses movimentos, com introdução de elementos como a bola (que a pessoa tinha de manter entre os joelhos sem deixar cair durante 10 a 15 segundos), pelo menos 3 a 4 vezes por dia, mantendo o mesmo número de repetições. Com este plano de exercícios pretendia-se manter/aumentar o tónus, força muscular e tolerância ao esforço visto que a força muscular está fortemente relacionada com a performance muscular, Faria et al. (2003) sugerem que exercícios de fortalecimento muscular se traduzem com grande impacto na minimização do declínio funcional e na recuperação da função, com enfoque no membro inferior direito.

Relativamente à realização da transferência (sentado para de pé e vice-versa) constatou-se que a maior dificuldade residia na desadequação da cadeira/sofá à Sr. M.F.A., pois, como afirma Thompson (2002), a pessoa deve sentar-se em cadeiras com altura adequada para a prevenção de complicações. Foi feita instrução para a Sra. M.F.A. se sentar em cadeiras mais altas com apoio de braços, que se traduziu no restauro da independência nessa atividade.

Quanto ao equilíbrio, que consiste em manter o centro de gravidade dentro de uma base de suporte que proporcione maior estabilidade nos segmentos corporais durante situações estáticas e dinâmicas, foram desenvolvidas intervenções que melhorassem o equilíbrio corporal (Faria et al., 2003). Numa primeira abordagem treinou-se e supervisionou-se a postura corporal da pessoa, de modo a que esta olhasse em frente com a cabeça e os ombros alinhados, durante os exercícios a serem introduzidos. Os exercícios contemplaram treino de equilíbrio com auxílio de uma bola, em que esta era jogada em diversas direções e a pessoa tinha de apanhar; e treino de marcha com contorno de obstáculos, em que fazia uso das próprias características da habitação da pessoa para simular possíveis trajetos que esta teria de percorrer para realizar algumas das suas atividades domésticas.

Intervi, igualmente, ao nível do treino de marcha, que se apresentava deficitária face à fratura do colo do fémur, e também, segundo Faria et al. (2003) a marcha deteriora-se com a idade devido a mudanças, tais como o encurtamento e diminuição da altura do passo; alargamento da base de suporte; diminuição da velocidade da marcha e da extensão do joelho; e aumento da fase de apoio e do tempo de duplo suporte. Em decorrência disso, a pessoa desenvolve uma marcha com maior gasto energético, o que pode desencadear um declínio das atividades desempenhadas e, conseqüentemente, uma

diminuição da força muscular, contribuindo para a deterioração motora. Foi realizado treino de marcha para melhorar a mobilidade da pessoa, inicialmente ao nível da marcha assistida por dispositivo de apoio (andarilho) e posteriormente sem ajuda. Quando foi retirado o andarilho e se passou para uma marcha sem apoio, a Sr. M.F.A. inicialmente não contrabalançava os membros superiores de forma alternada com os membros inferiores, pelo que foi instruído esse movimento uma vez que ajuda a manter o equilíbrio durante a marcha. Foi, também, incluído o treino de subir e descer escadas, em que inicialmente a Sr. M.F.A. necessitava do apoio do corrimão e de uma pessoa, e após 4 semanas de treino conseguia descer e subir as escadas com independência auxiliando-se apenas no corrimão. Foi ainda realizado treino de marcha na rua, que acarretou um desafio maior para esta, visto estarem presentes diversos tipos de pavimentos, mais objetos para contornar e mais elementos causadores de distração.

Após 4 semanas verificou-se uma melhoria do equilíbrio estático e dinâmico, da realização da transferência (pé/sentado e vice versa) com maior segurança e estabilidade, da capacidade de marcha e subir/descer escadas, que permitiu concretizar um dos objetivos da Sr. M.F.A, integrar novamente as atividades de lazer fora do domicílio. Todos estes esquemas de intervenção, juntamente com a modificação de comportamentos de risco nas diversas atividades de vida diárias e instrumentais, levam a uma prevenção do risco de queda.

Durante o tempo de intervenção que tive com esta pessoa, foi-me possível verificar que a existência de barreiras arquitetónicas e como estas são um entrave à mobilidade da pessoa. Neste caso, esta habitava num 2º andar de um prédio notoriamente velho e degradado. Apresentava espaços pequenos, com um degrau à porta do prédio, sem que tivesse rampa de acesso, tratando-se de um prédio antigo, sem elevador. Para acessos aos vários apartamentos do prédio existia umas escadas com degraus estreitos e com diversas alturas. Degraus em péssimo estado de conservação, alguns com algumas zonas empodrecidas. O corrimão que dava suporte às escadas, também ele bastante deteriorado, apresentava-se partido em diversos pontos, colado com fita-cola. Situação esta que foi referenciada em reunião de equipa com médicos e assistente social, que ficou de referenciar para os responsáveis da autarquia local. De acordo com o Decreto-Lei 163/2006 de 8 de agosto, a

promoção da acessibilidade constitui um elemento fundamental na qualidade de vida das pessoas, sendo um meio imprescindível para o exercício dos direitos que são conferidos a qualquer membro de uma sociedade democrática, contribuindo decisivamente para um maior reforço dos laços sociais,

para uma maior participação cívica de todos aqueles que a integram.

A prestação de cuidados à Sra. M.F.A. permitiu-me perceber a importância e o cuidado na prescrição de produtos de apoio, nomeadamente para otimizar a realização dos auto-cuidados. Percebi que “menos é mais”, ou seja, o importante é ir ao encontro do objetivo da pessoa e procurar a melhor resposta em termos de produtos de apoio. No domicílio da Sra M.F.A. existia um andarilho e a filha ia trazer uma cadeira de rodas. A cadeira de rodas ia apresentar-se como um elemento contraproducente, não só porque a utente tinha capacidade para realizar marcha sem apoio, como já tinha na sua posse um andarilho que facilitava nas transferências e lhe dava o suporte para os momentos em que ela se sentisse mais insegura. Ou seja, a disponibilidade da cadeira de rodas iria fazer com que se inibisse de andar sem apoio ou mesmo com o andarilho, para além de que a casa tinha divisões pequenas e corredores estreitos, o que iria dificultar a circulação desta. Foi incentivado o uso de outros produtos de apoio como o alteador de sanita, que facilitam o sentar e o levantar com segurança, as barras de apoio para o duche, e o assento de duche, que permitiam à Sr. M.F.A. realizar este autocuidado de forma independente.

No que refere aos lapsos de memória, dificuldades de concentração e raciocínio, dificuldades de planeamento de atividades e discurso por vezes desorganizado, também foram desenvolvidas intervenções a fim de colmatar esses défices. Como já foi referido a Sra M.F.A. apresentava como antecedentes transtornos psicóticos e depressão que, entre outra sintomatologia, se manifesta por uma lentificação psicomotora, assim como a própria imobilidade acarreta efeitos como diminuição da memória, alterações da personalidade, diminuição do tempo de reação a estímulos externos, entre outros (OE, 2013 cit in Pedrosa, 2016).

Iniciei a minha intervenção, seguindo os princípios de Sohlber e Mateer (2015), primeiramente por gerir o ambiente. Aquando das sessões percebemos que o marido da utente era um fator de grande distratibilidade, desta forma optei por incluir o cuidador no programa desenvolvido atuando este como uma função complementar ao cuidado profissional. Da mesma forma, durante as duas primeiras semanas de contacto aquando da nossa sessão, a televisão era desligada, de forma a minimizar interferências de outros estímulos que desviassem a atenção. Foi também disponibilizada uma folha com o plano dos exercícios da parte motora com dicas e orientações para que a pessoa pudesse rever as etapas da sessão e consultar durante a realização de determinada atividade. Os exercícios eram repartidos em segmentos mais simples. Com o avançar das semanas

foram sendo introduzidos elementos como a televisão ligada e o discutir sobre um tema do interesse da pessoa aquando da realização dos exercícios motores. Desta forma foi possível utilizar diversas estratégias que resultaram numa melhoria significativa da função (atenção), como o controlo da tarefa, as modificações ambientais e também o uso de dispositivos externos (Sohlber & Mateer, 2015).

Quanto aos “lapsos de memória” referidos pela Sr. M.F.A e o seu cuidador, seguindo as diretivas de Braga et al. (2008) passou-se a incluir o relógio e o calendário como ferramentas para o registo e alerta de determinada situação, neste caso foram assinalados no calendário os dias das sessões e as horas a que esta iria decorrer, assim como consultas médicas, e datas de aniversários relevantes para a pessoa. Durante as sessões de treino motor foram sendo introduzidos, progressivamente, elementos de interação verbal entre a pessoa e o EEER. Os temas abordados incidiam sobre quais as atividades que tinha realizado nesse dia (o que seria por exemplo o almoço), o que tencionava fazer no período da tarde, eventos e compromissos futuros, situações vividas no passado, com relevância para a pessoa, sendo as respostas validadas com o cuidador. A Sr. M.F.A. era incentivada a apresentar cada elemento da família com recurso a fotografias revelando as características de cada um desse elemento, em algumas situações eram lidas notícias do interesse da pessoa e debatido sobre o que se tinha lido, noutras ocasiões houve oportunidade para usar o jogo *Todo pelas Partes*²³ (Apêndice XI). De referir que a informação era simplificada, sendo apresentada pouca informação de cada vez e havendo sempre a preocupação de validar se a pessoa tinha entendido o que lhe tinha sido dito.

O objetivo principal dos programas ditos de reabilitação, ou de estimulação cognitiva, para pessoas idosas é ajudá-las a melhorar o desempenho das atividades de vida diária, de modo a não necessitarem de assistência de outra pessoa, ou pelo menos minimizar a necessidade de assistência externa. A implementação de um programa de estimulação da cognição é fundamental, pois permite potenciar a cognição, melhorar a autonomia e minimizar o impacto dos défices (Costa & Sequeira, 2013). Para Mello e Costa (2004), o objetivo central de qualquer programa de reabilitação é a generalização, que pode proporcionar autonomia e independência. O novo conhecimento pode ser aplicado com sucesso em uma variedade de novos contextos, e requer o uso de

²³ Jogo de estimulação cognitiva, destinada a adultos e adultos seniores. Tem como objetivo promover o desenvolvimento das funções mentais através de um trabalho informal e lúdico, em grupo ou individual.

estratégias de memória e habilidades de pensamento.

O estágio na ECCI foi fértil em situações de treino de AVD devido às características da população com compromisso neuromuscular, assim como de identificação de barreiras arquitetónicas e prescrição de matérias de apoio. A avaliação e superação de dificuldades arquitetónicas pelas orientações do EEER, como mudar a disposição do quarto, em que relembro o caso da Sra. T.B. de 67 anos, com uma Lesão Ocupante de Espaço²⁴, em que nos períodos que a utente passava no leito, a cama era reposicionada para que ela pudesse ver a rua. Mudar a pessoa de determinado local de casa, retirar tapetes, prescrever produtos, articulação com a parte social no sentido de conseguir os apoios quando as pessoas não tinham disponibilidade financeira para o fazer foram algumas das intervenções que pude assistir e ter um papel mais interventivo. No entanto não pude, de forma alguma, descurar o facto de que nos cuidados ao domicílio, a casa das pessoas é o local de habitação, mais do que isso é o seu espaço íntimo, e o profissional de saúde é um elemento estranho ao espaço. Pelo que deve ter sempre atenção quando tenta introduzir alterações sejam estas estruturais ou de dinâmicas, para que a pessoa e cuidador possam perceber o real valor das sugestões. Em algumas situações, algumas sugestões eram rejeitadas, como por exemplo o retirar tapetes ou o reposicionar dos móveis em determinada assoalhada, o que era respeitado, não obstante a explanação dos riscos.

Para finalizar este objetivo, importa sublinhar que no processo de capacitação da pessoa com dependência é de todo relevante que haja uma abertura e esclarecimento de informações prestadas às pessoas desde o início do programa. O esclarecimento informado sobre o processo de reabilitação realça o papel que esta tem, destacando a autonomia e mantendo as expectativas dentro de objetivos realistas.

2.5. Maximizar a funcionalidade da pessoa com alterações cognitivas decorrentes de TCE com vista a um melhor desempenho das AVD

²⁴ Uma Lesão Ocupando Espaço cerebral é um achado imagiológico. Esta designação é utilizada enquanto se fazem outros estudos para esclarecer a natureza da lesão (Portal da Codificação Clínica e dos GDH, 2011).

O descritivo desta competência, conforme é descrito pela OE (2010b), centra-se na intervenção do EEER com a pessoa, no sentido de desenvolver atividades que permitam maximizar as suas capacidades funcionais, e assim permitir um melhor desempenho motor e cardiorrespiratório, potenciando o rendimento e o desenvolvimento pessoal.

Em ambos os locais de estágio tive a oportunidade de conceber, implementar e avaliar programas de treino cardiorrespiratório e reeducação funcional respiratória com pessoas em situação de imobilidade e sequelas de imobilidade. Do foro neurocrítico, traumatológico e pré-operatório, visando a maximização das habilidades da pessoa e da família, em complemento aos programas de reabilitação cognitiva definidos.

Enfatiza-se a independência da pessoa ou maximização da capacidade funcional. Descreve-se o caso da Sra. E.R., de 83 anos, com diagnóstico de Alzheimer, que vive num apartamento no 3º andar com elevador. A doença de Alzheimer é a forma mais comum de demência, constituindo cerca de 50% a 70% de todos os casos, que provoca uma deterioração global, progressiva e irreversível de diversas funções cognitivas (memória, atenção, concentração, linguagem, pensamento, entre outras) (Alzheimer Portugal, 2017²⁵). Esta deterioração tem como consequências alterações no comportamento, na personalidade e na capacidade funcional da pessoa. Dificultando a realização das tarefas de vida diária (como a higiene, vestir e despir) e das atividades instrumentais de vida diária que dizem respeito a atividades domésticas e comunitárias.

A Sra. E.R. foi referenciada para a ECCI por apresentar um declínio da sua capacidade funcional, devido à progressão da sua doença de base, ao processo de envelhecimento, assim como uma maior intolerância ao esforço associada a um episódio de infeção respiratória²⁶. A experiência de episódios de cansaço e dispneia levou a que a esta pessoa tenha diminuído progressivamente a atividade física, levando a um défice de marcha e a maiores períodos de inatividade. O aumento da fadiga, cansaço e dispneia dificultavam que a utente realizasse as suas atividades de vida diárias, necessitando, segundo a Teoria do Déficit de Autocuidado, de um sistema totalmente compensatório,

²⁵ Alzheimer Portugal – Associação Portuguesa de Familiares e Amigos dos Doentes de Alzheimer que apresenta como missão sensibilizar para a urgência de um Plano Nacional Alzheimer; desenvolver campanhas nacionais e locais de informação sobre a doença; desenvolver ações de formação para cuidadores; e criação de serviços e equipamentos modelo.

²⁶ As infeções respiratórias e as suas complicações são as principais causas de hospitalização e mortalidade entre as pessoas acima dos 60 anos (França et al., 2008 cit in Cordeiro e Menoita, 2014)

para compensar o défice em autocuidado, quando anteriormente um sistema parcialmente compensatório ou de apoio/educação eram suficientes. É foco de enfermagem o impacto que estas alterações têm na pessoa, causando-lhe dependência. A utente deixou igualmente de realizar a caminhada, que fazia 1 vez por semana com o marido até ao supermercado.

O envelhecimento, associado a doenças crónico-degenerativas, leva à ocorrência de uma série de modificações fisiológicas inevitáveis sobre os sistemas neuro-músculo-esquelético e sensorial. Essas alterações levam muitas vezes a défices de equilíbrio, alterações na marcha e predisõem a pessoa a quedas e limitações funcionais, com consequente perda da autonomia e independência (Faria et al., 2003). No entanto os mesmos autores afirmam que a força muscular está fortemente relacionada com a performance funcional, sugerindo que um tratamento de fortalecimento muscular resultará num grande impacto na recuperação da função. Assim, a equipa programou um programa de reabilitação respiratória²⁷ contemplando RFR²⁸ e treino de exercício, para capacitar e maximizar o desempenho da utente nas AVD. Como objetivos estabeleceram-se reeducar a musculatura respiratória abdomino-diafragmática e costal, corrigir a postura corporal, aumentar a tolerância ao esforço, executar treino de exercício de fortalecimento muscular nos membros inferiores e superiores, treino de marcha e treino de subir e descer escadas. Ao estabelecer o plano de intervenção constatou-se que não seria possível dissociar a reabilitação respiratória da motora, assim como da estimulação cognitiva, considerando a perspetiva holística da pessoa. A intervenção cognitiva em pessoas com défice cognitivo ligeiro permite elevar o nível da sua qualidade de vida e retardar a evolução da sintomatologia, em especial se as estratégias apreendidas são adaptadas às reais necessidades/dificuldades diárias da pessoa (Sousa, 2012).

O programa de exercícios decorreu ao longo de 8 semanas, no domicílio desta, 3

²⁷ “processo que usa de modo sistemático opções diagnósticas e terapêuticas cientificamente baseadas para conseguir um funcionamento óptimo nas atividades de vida diárias e uma qualidade de vida relacionada com a saúde, de doentes individualizados sofrendo de deficiência e incapacidade devida a doença respiratória” (Canteiro & Heitor, 2003 cit in Cordeiro & Menoita, 2014, p.59)

²⁸ Terapêutica baseada no movimento, que atua principalmente nos fenómenos mecânicos da respiração, ou seja na ventilação externa e através desta melhorar a ventilação alveolar, com recurso a vários exercícios respiratórios (Cordeiro & Menoita, 2014).

vezes por semana e foi contextualizado e adaptado à Sra. E.R. Em cada sessão eram monitorizados os sinais vitais, a saturação periférica e avaliada a dispneia e fadiga generalizada com recurso à escala de Borg modificada²⁹. O programa começava com a RFR através de técnicas de relaxamento com o propósito de reduzir a tensão psíquica e muscular, facilitando a participação da pessoa e proporcionando o controlo da respiração (Heitor et al., 1988 cit in Cordeiro e Menoita, 2014). Seguidamente procedia-se à consciencialização e controlo da respiração, que permite à pessoa melhorar a sua coordenação e eficiência dos músculos respiratórios e melhorar a sua capacidade em controlar a respiração (Cordeiro & Menoita, 2014). Nesta técnica era associado o treino de dissociação dos tempos respiratórios, com o treino da respiração diafragmática. Assim, a Sra. E.R. era incitada a inspirar pelo nariz, como “se estivesse a cheirar uma flor”, permitindo aquecer, humidificar e filtrar o ar, antes de este alcançar as vias aéreas superiores; e expirar pela boca com os lábios semicerrados como “se fosse dar um beijo” ou “soprar uma vela sem a apagar”, de forma a permitir criar uma pressão positiva que reduza o colapso alveolar. Quanto à respiração diafragmática, nas primeiras sessões, o estímulo proprioceptivo era a mão do EEER sobre o abdómen da pessoa. Nas sessões seguintes a Sra. E.R. foi instruída a utilizar a sua própria mão para acompanhar o movimento de elevação do abdómen aquando da inspiração, e de depressão aquando da expiração. De seguida, executava-se a reeducação diafragmática na posição de sentado e, também, na posição ortostática, passando para a reeducação costal global na posição de sentado, com auxílio da bengala da utente, e a abertura costal seletiva, que promovem a expansão torácica e melhoram a distribuição e a ventilação alveolar (Cordeiro & Menoita, 2014).

Foi, também, realizado treino de correção postural, pois a adoção de uma correta posição é fundamental para uma boa ventilação e correção de defeitos posturais. Este treino foi feito com recurso a um espelho normal não quadriculado, visto as sessões decorrerem no domicílio da utente.

Após os exercícios de RFR era efetuado o treino de exercício, que serve como

²⁹ Escala muito usada durante o exercício físico, ou atividades físicas, uma vez que permite medir o nível de intensidade física, baseando-se nas sensações físicas que uma pessoa experimenta durante a atividade física, incluindo aumento da frequência cardíaca e/ou respiratória, aumento da sudorese e fadiga muscular. A medição é feita de uma forma direta no momento em que a pessoa apresenta dispneia. Esta é uma escala que varia de 0 a 10, em que 0 representa ausência de dispneia e 10 representa dispneia máxima (Cordeiro e Menoite, 2014).

estratégia eficaz para a dessensibilização da dispneia e para reverter o ciclo de inatividade. Segundo Cordeiro e Menoita (2014) os exercícios aeróbicos são uma componente fundamental dos programas de reabilitação respiratória, pois permitem aumentar a tolerância ao esforço, diminuir a dispneia e melhorar a eficiência do trabalho muscular, contribuindo para uma melhoria da qualidade de vida. Existem duas modalidades de treino, o treino aeróbico (*endurance*) que compreende a realização de estímulos de intensidade moderada a elevada e duração moderada a longa, utilizando grandes grupos musculares, servindo-se da energia produzida por via aeróbica; e o treino de força (*resistence*) que pressupõe a utilização de estímulos de intensidade elevada e de curta duração, localizado a pequenos grupos musculares.

O programa de treino de exercício contemplava o treino dos músculos dos membros superiores com resistências (garrafas de água cheias com areia), inicialmente com garrafas de 330ml até progredir para garrafas de 750ml fazendo 2 séries de 10 repetições de flexão/extensão do cotovelo, adução/abdução e flexão/extensão do ombro. Fui corrigindo a postura corporal da Sra. E.R. ao longo da realização destes exercícios, nomeadamente pés à largura dos ombros e olhar para a frente, e instrui o cuidador a fazer estas correções quando fossem necessárias. Quanto ao treino de exercícios dos membros inferiores não foi realizado com resistências, e contemplava 2 séries de 10 repetições de flexão/extensão do joelho e coxofemoral e abdução/adução coxofemoral. Após estes exercícios a utente fazia 10 minutos de pedaleira, treino de subir e descer escadas e era colocada uma cadeira sem braços à janela na qual a utente tinha de se levantar e sentar 10 vezes. No final de cada treino instrui e demonstrei a importância dos exercícios de alongamento que como afirma Cordeiro e Menoita (2014), têm como objetivo alongar os grupos musculares exercitados, uma vez que reduzem o risco de lesões, favorecem a recuperação, melhoram e corrigem a postura dentro de outros benefícios, devendo sempre ser associados aos movimentos respiratórios.

Como Cordeiro e Menoita (2014) referem, existe pouca literatura relativamente à atuação do EEER na patologia respiratória aguda na pessoa idosa, estando os artigos relacionado com a importância de se interromper o ciclo de inatividade/imobilidade comum na pessoa idosa.

Quanto ao treino e estimulação cognitiva, este parece ter um efeito de proteção relativamente ao aparecimento e evolução de quadros demenciais. Os principais benefícios deste tipo de treino são os ganhos em tarefas específicas, no humor e na qualidade de vida dos indivíduos. Contudo, os seus efeitos podem ser limitados no

tempo, sendo por isso importante manter o treino no quotidiano da pessoa e reforçar as estratégias aprendidas, tendo a intervenção junto dos familiares uma importância fundamental nesta manutenção (Sousa, 2012). Assim, o marido da Sra. E.R. foi incentivado a encorajá-la a realizar os seus autocuidados, explicar e demonstrar passo a passo a execução de determinada tarefa, preparar e organizar tudo o que era necessário para a tarefa para que a Sra E.R. executasse posteriormente, manter referências temporais que a permitissem orientar para a realidade, e utilizar o reforço positivo. Paralelamente ao treino cognitivo é fundamental adaptar o ambiente da pessoa de forma a torná-lo mais autónomo no seu dia-a-dia. O ambiente deve ser seguro e as adaptações devem ser feitas de forma gradual, mantendo os objetos pessoais da pessoa nos mesmos locais e áreas bem iluminadas (Nunes & Pais, 2014). A reestruturação do ambiente é conseguida com o apoio da família/cuidadores. No âmbito desta competência a realização de ensino à pessoa e família assume-se como fundamental, uma vez que a informação partilhada com a pessoa e família aumenta leva ao aumento dos seus repertórios de conhecimento conduzindo desenvolvimento das suas capacidades. (Sousa, 2012).

No que se refere à aquisição de competências no domínio de maximizar a funcionalidade da pessoa, destaco que contactei com pessoas com necessidade de assistência na permeabilização da via aérea, nomeadamente duas crianças, irmãs com 3 anos de idade, institucionalizadas, com doença neurológica rara, com manifestação ao nível do deficitário desenvolvimento físico e cognitivo. Estas crianças, com infeções respiratórias recorrentes apresentavam, a cada visita, uma grande quantidade de expectoração associada a um reflexo de tosse ineficaz, que não permitia mobilizar nem expelir essas mesmas secreções. O foco principal de atuação enquanto EEER a estas duas crianças era fundamentalmente a permeabilização das vias aéreas, uma vez que o seu compromisso impede uma oxigenação eficaz dos tecidos. Ainda que as técnicas a serem aplicadas sejam semelhantes às dos adultos, em pediatria existem especificidades relacionadas com as diferenças anatómicas e fisiológicas existentes. A diferença na aplicação das técnicas de RFR deve-se ao facto de, neste caso em concreto, terem sido aplicadas algumas delas de forma passiva e outras com ludoterapia (jogos e brincadeiras) (Rus, 2003 cit in Cordeiro & Menoita, 2014).

As sessões iniciavam-se sempre com a nebulização, sendo que cerca de meia hora antes das sessões as meninas faziam aerossolterapia prescrita pelo pediatra que as acompanhava, de forma a proporcionar o aumento do calibre das vias aéreas e

humidificar as secreções brônquicas, facilitando a sua expulsão. Seguidamente, dava-se o brincar com as crianças, que se iniciava sempre com um período de relaxamento, consciencialização e controlo da respiração. Era favorecido a reeducação costal global e a reeducação global seletiva com recurso aos vários brinquedos disponíveis e muitas vezes ao jogo da imitação, assim como às várias manobras acessórias como a percussão e vibração (para esta existia uma joaninha com capacidade vibrátil). A sessão terminava com a aspiração de secreções, apesar do risco resultante do seu carácter invasivo que pode causar entre outros traumatismo hemorrágico, broncospasmo e hipoxemia (Cordeiro & Menoita, 2014).

Tal como é descrito na literatura a grande dificuldade que eu senti, mais do que adaptar as técnicas, foi o trabalhar a minha capacidade de comunicação e estabelecer uma relação de confiança e conquista com as meninas. Se por um lado, o choro que elas apresentavam proporciona a adução das cordas vocais e consequentemente uma maior resistência respiratória, que aumenta a distribuição pulmonar e expansão alveolar por outro, pode tornar-se bastante fatigante para a criança e mostrar a dificuldade em ganhar a sua confiança. No entanto com o avançar das sessões e tempo de contacto consegui desenvolver uma relação de cumplicidade através do cuidar brincando.

2.6. Promover a continuidade de cuidados com vista à reinserção da pessoa com alterações cognitivas decorrentes de TCE na família e comunidade

Igualmente importante como a avaliação e a implementação de intervenções junto das pessoas com alterações motoras, sensórias e cognitivas é a promoção da continuidade de cuidados pós alta. Durante o meu período de estágio no serviço de neurocirurgia apercebi-me que o regresso a casa nem sempre é viável, devido aos défices cognitivos e motores sequelares. Tratando-se de um hospital que recebe pessoas de diferentes áreas do país, após a sua estabilização clínica, estas são transferidas para um hospital distrital da sua área de residência, por norma para um serviço de internamento de Medicina. Estas transferências ocorrem de forma inesperada e apresentam-se como uma limitação na preparação da alta da pessoa. Pude constatar que a continuidade de cuidados de enfermagem de reabilitação em muitas das vezes não era assegurada, pois as informações pertinentes não constavam da carta de enfermagem. Tive oportunidade de colmatar essa lacuna, com as pessoas a quem prestei cuidados especializados. No serviço de neurocirurgia desenvolvi duas cartas de alta, uma para um hospital distrital e outra para um centro com medicina física e de reabilitação.

Esta atividade constitui uma mais-valia no sentido em que me permitiu refletir na importância da transmissão de informação. Aquando da transferência da pessoa para outro serviço/unidade é de extrema importância ir identificada a história da pessoa, a evolução durante o internamento, as necessidades de autocuidado, a capacidade da pessoa para desempenhar cada atividade, de forma a fomentar a maior independência e autonomia. Bem como as intervenções desenvolvidas no plano de enfermagem de reabilitação e resultados destas.

Na ECCI houve também oportunidade para desenvolver esta competência. Neste contexto as pessoas já se encontram nos seus domicílios, no entanto há que planear atempadamente a alta da pessoa, com o intuito de perceber quais são as necessidades da pessoa/família a fim de se poder dar uma resposta adequada. Muitas das vezes, a resposta passou por envolver a assistente social, uma vez que ela agia como o principal elo de ligação entre a unidade e os recursos da comunidade. As altas que tive oportunidade de acompanhar eram de pessoas em que o principal foco de cuidados era motor, pelo que progressivamente foi dada cada vez mais autonomia à pessoa e cuidadores para gerirem a sessão de cuidados de forma a interiorizarem os exercícios realizados e a esclarecerem as suas dúvidas. Foi também desenvolvido um guia de exercícios para a pessoa, para poder manter a realização destes mesmos após a alta.

Tanto no contexto do serviço de neurocirurgia como na ECCI, aquando do planeamento da alta houve, sempre, a necessidade de envolver a família nas atividades de preparação para a alta, pois a envolvência dos familiares é determinante para uma transição saudável no exercício do seu papel face à necessidade de cuidar de um familiar dependente (Petronilho, 2010).

3. AVALIAÇÃO

A avaliação pretende clarificar os pontos fortes, as dificuldades e as oportunidades na implementação do projeto. Vou basear a minha reflexão na tipologia SWOT (Strengths, Weakness, Opportunities, Threats).

Strengths

A orientação e a disponibilidade das enfermeiras orientadoras, assim como das equipas de enfermagem que integravam, e o ótimo acolhimento que tive pela equipa multidisciplinar em ambos os locais de estágio revelou-se uma mais-valia, pois permitiu-me apresentar o meu projeto, analisá-lo de uma forma crítica e implementá-lo visando atingir os objetivos a que me propus, servindo-me de fio condutor.

A bagagem de conhecimentos provenientes das unidades curriculares, principalmente de enfermagem de reabilitação I, II e III, assim como a dedicação em ampliar conhecimentos sobre enfermagem de reabilitação e suas intervenções num contexto de uma unidade especializada e em cuidados domiciliários (ECCI).

Considero ter sido de grande interesse para o meu projeto o estágio em dois campos de estágio tão díspares e tão ricos em aprendizagens. Por um lado, a unidade especializada em neurocirurgia permitiu-me desenvolver intervenções com maior destaque na reabilitação cognitiva, para a população que tinha definido. O estágio na comunidade (ECCI) possibilitou-me o desenvolvimento de atividades na área da reeducação funcional respiratória, reabilitação sensoriomotora e perceber como a reabilitação cognitiva pode e deve ser sempre considerada em qualquer plano de cuidados.

Weaknesses

Alguns constrangimentos pela inexperiência no desempenho das intervenções recém-adquiridas nos locais de estágio.

Imprevistos que não foram considerados, como o aparecimento de uma situação aguda, ou a alta do doente, que levaram à transferência da pessoa, numa fase ainda precoce do desenvolvimento das intervenções planeadas. Os processos de reabilitação, como estratégias de intervenção de primeira linha na recuperação e reinserção da pessoa têm de ser implementados de forma sistemática, repetitiva e contínua, de início precoce, que se mantém muito além da alta hospitalar.

Dificuldades sentidas na gestão do tempo, nomeadamente os turnos extra e a necessidade de seguir turno devido à falta de pessoal por motivo de atestado no local de

trabalho, tornou-se numa sobrecarga horária, que levou à necessidade de reorganizar o horário para completar as horas de estágio previstas. Assim como a alteração da minha dinâmica familiar, que levou ao dispêndio de tempo para poder acompanhar a minha família durante um processo de luto.

Opportunities

Cuidar de pessoas com doenças neurológicas é um processo difícil e complexo, que necessita de um conhecimento aprofundado de neurociências. Este foi um dos primeiros pontos com que me deparei, a necessidade de aprofundar conhecimento e estudar a influência da rede neuronal nos processos de reabilitação. O EEER tem de conhecer o funcionamento cerebral, para realizar uma avaliação cuidada dos défices cognitivos sobre os quais pode intervir e seleccionar procedimentos e instrumentos de avaliação, que o auxiliem a delinear objetivos e ações adequadas à reeducação cognitiva.

A ausência de programas de estimulação foi uma realidade encontrada, esse facto permitiu que em ambos os locais de estágio pudesse realizar uma sessão de formação com o objetivo de sensibilizar os colegas para a importância desta área e das intervenções que, transversalmente, se podem desenvolver no domínio cognitivo.

A adaptação de recursos foi uma necessidade detetada, essencialmente no internamento direccionado para a fase aguda. A presença de materiais fornecidos pelos próprios enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação transformando-os em instrumentos de trabalho, ocorreu com regularidade na implementação das intervenções delineadas. A criatividade do EEER, em particular na ECCI é impressionante. A capacidade de aproveitamento dos recursos disponíveis na casa da pessoa como instrumentos para a reabilitação, por exemplo, transformar pacotes de massa em alteres para fortalecimento muscular, cabos de vassoura em bastões para exercícios de abertura costal global, entre outros. Em que ao utilizar produtos disponíveis o EEER não só rentabiliza recursos, como torna eficaz a sua prestação, uma vez que poderá ser mais útil utilizar objetos conhecidos pela pessoa do que outros que requeiram adaptação.

Threats

As dificuldades que foram encontradas quer no decorrer dos ensinamentos clínicos, quer na elaboração do relatório permitiram que desenvolvesse o pensamento auto e heterocrítico.

No serviço de internamento, o maior constrangimento relacionou-se com o não desempenho de funções da enfermeira especialista de reabilitação por parte da enfermeira orientadora, que desempenhava funções de enfermeira generalista.

Inicialmente esta situação colocou-se como um entrave à aprendizagem que foi superado com uma atitude proativa e de interesse pela mesma, sempre associando a autonomia à responsabilidade.

Falta de conhecimento e experiência na observação e interpretação de exames imagiológicos como radiografia de tórax, TAC de crânio, assim como a auscultação pulmonar. Para a superar contei com a partilha de conhecimentos dos enfermeiros orientadores.

A ausência de registos de evolução diária de enfermagem de reabilitação, bem como a inexistência de escalas que permitissem avaliar a funcionalidade da pessoa foi uma limitação com a qual me deparei, no serviço de internamento.

Do ponto de vista pessoal, a concretização deste percurso corresponde não só a um objetivo profissional, mas também a um desejo pessoal, revelando-se acima de tudo gratificante. A sua frequência constituiu um desafio e em certos momentos colocou à prova todas as minhas capacidades e competências – pessoais, relacionais, profissionais e de aprendizagem, requerendo energia e dedicação de tempo, provocando alterações nas prioridades habituais do meu dia-a-dia pessoal e profissional.

3.1. Contributos para a prática profissional

Os processos de reabilitação devem ser considerados como estratégias de primeira linha de intervenção na recuperação e reinserção da pessoa, devendo ser implementadas de forma sistemática e contínua, com início precoce, que se mantém muito além da alta hospitalar. Só assim, e com metodologias de trabalho organizadas e validadas com instrumentos de medida específicos, é possível conseguir resultados consistentes, suscetíveis de serem generalizados, e descritos como práticas baseadas na evidência.

Considero que com este projeto, com foco na reabilitação cognitiva, alcancei resultados que demonstram os benefícios da ação do EEER na pessoa com TCE e défice cognitivo ligeiro, melhorando a sua capacidade funcional a nível cognitivo, sensoriomotor e treino de autocuidados. Os resultados obtidos da aplicação de reabilitação cognitiva são traduzidos a nível de observação de comportamento na pessoa, na sua interação social e melhoria na realização dos seus autocuidados, evidenciando um aumento gradual da sua independência (escala de Barthel). Os ganhos que obtive fornecem evidência para apoiar os benefícios da reabilitação cognitiva aplicada pelo EEER num programa de reabilitação.

Como sugestão, e de forma a melhorar as metodologias utilizadas, sugiro o estudo de casos individuais, e a aplicação de intervenções no período pós-agudo, em que a recuperação é mais rápida e a pessoa beneficia de estimulação intensiva. Assim, devem ser considerados programas de enfermagem de reabilitação sistematizados e personalizados a cada quadro clínico e características pessoais do utente, com objetivos a curto e longo prazo, a serem implementados de forma continuada. Os resultados obtidos tornam-se mais consistentes com a avaliação da capacidade funcional e independência da pessoa utilizando instrumentos de medida da avaliação.

É necessário maior investigação e interesse nesta área por parte dos enfermeiros, esperando que o meu contributo, com a elaboração deste relatório, contribua para a melhoria da qualidade de cuidados e impulse outros a interessarem-se por esta área.

4. CONCLUSÃO

O dia-a-dia da prática clínica do enfermeiro, sendo rico em desafios e experiências, exige reflexão e investigação para que as suas práticas sejam competentes, reconhecidas, valorizadas e diferenciadas. Neste percurso de aperfeiçoamento, com aquisição de competências para uma prática clínica especializada em enfermagem de reabilitação, as intervenções foram realizadas para dar sentido e resposta, às necessidades das pessoas com quem tive oportunidade de trabalhar e cuidadores ou familiares, assegurando a sua dignidade e autonomia, superando ou compensando as limitações impostas pela doença.

Durante a implementação do projeto em estágio e a elaboração do presente relatório, foram várias as considerações realizadas. Os traumatismos crânio encefálicos são uma dura realidade, um problema de saúde pública que acontece de forma súbita e inesperada no seio das famílias e que altera, de forma mais ou menos severa, a dinâmica familiar. A pessoa vítima de TCE enfrenta problemas de natureza vária, desde alterações sensoriomotoras a cognitivas, com repercussões na sua reinserção sociofamiliar. O enfermeiro especialista de reabilitação assume um papel fundamental na identificação dos défices cognitivos e avaliação da funcionalidade da pessoa, realização de diagnósticos de enfermagem, intervenções especializadas e avaliação das mesmas com o objetivo de potencializar as capacidades da pessoa e ajudá-la na sua reinserção. Participa com cuidados diferenciados, conhecimentos sólidos e saber-fazer no seio da equipa multidisciplinar.

A implementação do projeto num contexto prático permitiu desenvolver competências de enfermeiro especialista, desenvolver e aplicar conhecimentos teóricos na prática bem como refletir sobre a atuação do enfermeiro especialista de reabilitação. Da mesma forma, sendo o caminho percorrido o que havia sido planeado, o contornar obstáculos e ultrapassar vicissitudes permitiu o crescimento pessoal e profissional. A realização do presente relatório contribuiu para o desenvolvimento do pensamento crítico, da reflexão e para a autoavaliação das competências atingidas de acordo com as atividades desenvolvidas. Pode considerar-se como um espelho do processo de ensino-aprendizagem desenvolvido. A aplicação prática do projeto e a elaboração do relatório permitiram o desenvolvimento do saber e saber fazer, considerando os mesmos como uma mais-valia na prática diária, na prestação de cuidados à pessoa com TCE e sua família.

Atendendo ao desenho do projeto considero que os objetivos foram atingidos. As atividades realizadas e experiências vividas foram determinantes para o desenvolvimento da minha identidade profissional, pois permitiram a integração de novas competências no meu repertório pessoal. Pelo que considero bem-sucedida a operacionalização do projeto. Apesar de os objetivos e competências propostos terem sido alcançados, considero que o aperfeiçoamento será desenvolvido na prática diária enquanto enfermeira especialista de reabilitação.

Os locais de estágio relevaram-se de relevância para o desenvolvimento das competências a que me propus. A unidade hospitalar especializada foi o local de eleição para dar resposta aos objetivos dentro da temática do projeto, todavia, as vivências na comunidade proporcionaram a possibilidade de desenvolvimento de outras competências, e o contacto com uma realidade com outros desafios que se prendem com a proximidade à pessoa na vida real e no seu ambiente. A disponibilidade dos enfermeiros orientadores para o desenvolvimento do projeto e das competências foi de relevo.

Como futura enfermeira que cuida de pessoas com necessidades especiais, em qualquer contexto e ao longo do ciclo de vida da mesma, considero que desenvolvi uma perícia na abordagem à pessoa com défice cognitivo, em especial na promoção da sua autonomia, recuperação, readaptação e reinserção social e familiar. Neste sentido, a minha prática clínica de hoje em diante será sem dúvida mais competente e criativa, com um domínio de juízo crítico mais apurado, assim como na gestão de casos e na tomada de decisão.

Terminando uma etapa, irei iniciar outro caminho na conquista do meu espaço, e na afirmação da importância do EEER no seio da equipa multidisciplinar, demonstrando os saberes apreendidos, com suporte na investigação e no conhecimento, dando respostas às várias solicitações. Os avanços na disciplina de enfermagem e a sua afirmação como ciência do cuidar, só são possíveis com a produção de conhecimento científico. Ao investir como EEER na área da reabilitação cognitiva, considero que tenho agora uma visão abrangente e crítica em relação aos aspetos das funções cerebrais superiores. Detenho, agora, o conhecimento e as competências para fazer a diferença.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alzheimer Portugal (2017). *Doença de alzheimer*. Acedido em 13/10/2017. Disponível em: <http://alzheimerportugal.org/pt/text-0-9-30-14-a-doenca-de-alzheimer>.

Amendoeira, J. (2009). Ensino de enfermagem: perspetivas de desenvolvimento. *Pensar em Enfermagem*, 13 (1), 2-12.

André, C. (2010). *Intervenção cognitiva na demência: um contributo para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem*. Dissertação de Mestrado. Disponível no RCAAP: <http://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/15751>

Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica da enfermagem*. Coimbra: Quarteto.

Braga, L., Ylvisaker, M.; Rossi, L. & Souza, L. (2008). Desenvolvimento cognitivo e neuropsicológico. In: L. Braga, A. Campos da Paz. (Org.). *Método sarah - reabilitação baseada na família e no contexto da criança com lesão cerebral* (pp. 53-101). São Paulo: Santos Editora.

Cardol, M.; Jong, B.; Ward, C. (2002). On autonomy and participation in rehabilitation. *Disability and Rehabilitation*, Vol. 24 (18).p. 970- 974.

Chaves, M. (2008). Testes de avaliação cognitiva: mini-exame do estado mental. *Departamento Científico de Neurologia Cognitiva e do Envelhecimento da Academia Brasileira de Neurologia*. Acedido a 23/06/2017. Disponível em: http://cadastro.abneuro.org/site/arquivos_cont/8.pdf.

Chung, C.; Pollock, A.; Campbell, T.; Durward, B. & Hagen, S. (2013). Cognitive rehabilitation for executive dysfunction in adults with stroke or other adult non-progressive acquired brain damage (Review). *The Cochrane Library*, (4), 1–78. DOI: 10.1002/14651858.CD008391.pub2.

Cicerone, K., Dahlberg, C.; Kalmar, K.; Langenbahn, D., Malce, J., Bergquist, T. ... Morse, P. (2000). Evidence-based cognitive rehabilitation: Recommendations for clinical practice. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 81(12), 1596–1615. DOI: 10.1053/apmr.2000.19240.

Cicerone, K., Langenbahn, D., Braden, C., Malce, J., Kalmar, K., Fraas, M. ... Ashman, T. (2011). Evidence-based cognitive rehabilitation: updated review of the literature from 2003 through 2008. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 92 (4), 519-530. DOI: 10.1016/j.apmr.2010.11.015

Coelho, C.; Barros, H. & Sousa, L. (2017). Reeducação da função sensoriomotora. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Coord). *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp. 227 - 251). Loures: Lusodidacta

Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (2015). *Áreas investigação prioritárias para a especialidade de enfermagem de reabilitação*. Porto: Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação.

Cordeiro, M. & Menoíta, E. (2014). *Manual de boas práticas na reabilitação respiratória: conceitos, princípios e técnicas*. Loures: Lusociência.

Costa, A. & Sequeira, C. (2013). Efectividade de um programa de estimulação cognitiva em idosos com défice cognitivo ligeiro. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (9), 14-20.

Cunha, M. (2014). *Cuidados de enfermagem de reabilitação no doente com AVC isquémico e a demora média de internamento hospitalar*. Projeto para obtenção de grau de mestre. Disponível no RCAAP: <https://bibliotecadigital.ipb.pt/handle/10198/10436>.

Cunha, B., Costa, D. & Mota, J. (2012). *Estudo epidemiológico de incidência e mortalidade por traumatismo crânio encefálico na população portuguesa*. Universidade Católica Portuguesa. Acedido 19/05/2016. Disponível em: <http://www.novamente.pt/wp-content/uploads/2013/04/Relat%C3%B3rio-ESP.pdf>.

Dams-O'Connor, K. & Gordon, W. (2010). Role and impact of cognitive rehabilitation. *The Psychiatric Clinics of North America*, 33(4), 893-904. DOI: 10.1016/j.psc.2010.08.002.

Decreto-Lei n.º 74/2006 de 24 de março. Aprova o regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior, em desenvolvimento do disposto nos artigos 13.º a 15.º da Lei n.º 46/86, de 14 de Outubro (Lei de Bases do Sistema Educativo), bem como o disposto no n.º 4 do artigo 16.º da Lei n.º 37/2003, de 22 de Agosto (estabelece as bases do financiamento do ensino superior). *Diário da República I Série A*, N.º 60 (24/03/2006) 2242-2257.

Decreto-Lei n.º 163/2006 de 8 de Agosto. Regime da acessibilidade aos edifícios e estabelecimentos que recebem público, via pública e edifícios habitacionais, revogando o Decreto-Lei n.º 123/97, de 22 de Maio. *Diário da República I Série*, N.º 152 (08/08/2006) 5670 – 5689.

Dias, L. (2012). *Avaliação funcional da pessoa pós fratura do colo do fémur*. Dissertação de Mestrado. Disponível no repositório.esenfc.: [https://repositorio.esenfc.pt/private\(index.php?process=download&id=24096&code=531](https://repositorio.esenfc.pt/private(index.php?process=download&id=24096&code=531)

Dicionário Priberam da Língua Portuguesa. (2008-2013). (s.n.) Acedido a 29.08.2016. Disponível em: <http://www.priberam.pt/dlpo/autonomia>.

Ekman, L. (2004). *Neurociência: fundamentos para a reabilitação* (Fernando Mundim, Vilma Varga, Trad.). Rio de Janeiro: Elsevier.

Faria, J.; Machala, C.; Dias, R. & Dias, J. (2003). Fortalecimento muscular em idosos. *Acta Fisiátrica*, 10(3), 133-137. DOI: 10.5935/0104-7795.20030003.

Fonseca, E. (2015). Formação: uma narrativa para a prestação de cuidados de enfermagem. *Nursing*. Acedido em 15/03/2017. Disponível em: <http://www.nursing.pt/formacao-uma-narrativa-para-a-prestacao-de-cuidados-de-enfermagem/>

Freitas, C. (2015). *Intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação na prevenção de complicações da espasticidade que interferem na marcha decorrentes de lesão neurológica*. Dissertação de Mestrado. Disponível no RCAAP: <http://repositorio.ipsantarem.pt/handle/10400.15/1383>.

Ghajar, J. (2000). Traumatic brain injury. *Lancet*, 356(9233), 923-929. DOI:10.1016/S0140-6736(00)02689.

Gonzaga, L. & Nunes, B. (2008). Reabilitação da memória após lesão cerebral. In: B. Nunes (Coord.). *Memória – funcionamento, perturbações e treino* (pp. 289-308). Lisboa: Lidel.

Gouveia, P. (2004). Reabilitação neuropsicológica em lesão cerebral adquirida. In V. Andrade, F. Santos & O. Buenos (Ed.). *Neuropsicologia hoje*. São Paulo: Artes Médicas.

Hesbeen, W. (2003). *A reabilitação – criar novos caminhos* (Manuela Martins, Trad.). Loures: Lusociência-Edições Técnicas e Científicas, Lda.

Hoeman, S. (2000). *Enfermagem de reabilitação – processo e aplicação* (M. Abecassis, Trad.). Loures: Lusociência.

Hoeman, S. (2011). *Enfermagem de reabilitação. Prevenção, intervenção e resultados esperados* (C. Saraiva et al. Trad.) (4º ed). Loures: Lusodidacta.

Jennekens, N., Casterlé, B., Dobbels, F. (2010). A systematic review of care needs of people with traumatic brain injury (TBI) on a cognitive, emotional and behavioural level. *Journal of Clinical Nursing*, 19, 1198-1206. DOI: 10.1111/j.1365-2702.2009.03114.x.

Khan F.; Baguley I. & Cameron, I. (2003). Rehabilitation after traumatic brain injury. *MJA Practice Essentials*, 178 (6), 290-295.

Koehler, R.; Wihelm, E. & Shoulson, I. (2011). *Cognitive rehabilitation therapy for traumatic brain injury - evaluating the evidence*. Washington: The National Academies Press.

Lei n.º 9/89 de 2 de Maio. Lei de bases da prevenção e da reabilitação e integração das pessoas com deficiência que visa promover e garantir o exercício dos direitos que a constituição da república portuguesa consagra nos domínios da prevenção da deficiência, do tratamento, da reabilitação e da equiparação de oportunidades da pessoa com deficiência. *Diário da República, I Série*, N.º100 (02-05-1989) 1796-1799.

Lei n.º 15/2014 de 21 de março. Consolida a legislação em matéria de direitos e deveres do utente dos serviços de saúde. *Diário da República, I Série*, N.º 57 (21-03-2014) 2127 – 2131.

Lei nº27/2002 de 8 de novembro. Leia de bases da saúde, que aprova o novo regime jurídico da gestão hospitalar e procede à primeira alteração à Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto. *Diário da República, I Série*, N.º 258 (08-11-2002) 7150-7154.

Lei n.º 111/2009 de 16 de setembro. Procede à primeira alteração ao estatuto da ordem dos enfermeiros, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de abril. *Diário da República, I Série*. N.º 180 (16/09/2009) 6528-6550.

Lindolpho, M.; Sá, S. & Cruz, T. (2010). Estimulação cognitiva em idosos com demência: uma contribuição da enfermagem. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano: RBCEH*, 7(1), p. 125-131. **DOI:** 10.5335/rbceh.2012.835.

Loetscher, P. & Lincoln, P. (2013). Cognitive rehabilitation for attention deficits following stroke. *The Cochrane Library*, 5, 1-58. **DOI:** 10.1002/14651858.CD002842.pub2.

Machado, N. (2013). *Gestão da qualidade dos cuidados de enfermagem – um modelo de melhoria contínua baseado na reflexão-acção*. Tese doutoramento. Disponível no RCAAP: <http://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/14957>

Martins, I. (2006). Função Cognitiva. In J. Ferro & J. Pimentel (Coord.). *Neurologia: princípios, diagnóstico e tratamento* (pp.1-23). Lisboa: Lidel.

Matias, P. (2016). *Enfermagem de reabilitação à pessoa em situação de imobilidade em cuidados intensivos*. Dissertação de Mestrado. Disponível no RCAAP: <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/16506>.

MCEER (2014). *Competências no âmbito de cuidados especializados em enfermagem de reabilitação*. Parecer n.º12/2014. Acedido em 23/03/2017. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/Documents/MCEER_Parecer_12_2014_Competencias_no_ambito_dos_cuidados_especializados_em_Enfermagem_de_Reabilitacao.pdf.

Mello, W. & Costa, R. (2004). *Um supermercado virtual para a reabilitação cognitiva*. Acedido 14/09/2017. Disponível em: <http://www.tise.cl/2010/archivos/tise2005/30.pdf>

Mendes, R. (2011). *Avaliação cognitiva em traumatizados crânio-encefálicos ligeiros*. Tese doutoramento. Disponível no RCAAP: <http://ria.ua.pt/handle/10773/4161>.

Menoita, E. (2012). *Reabilitar a pessoa idosa com AVC: contributos para um envelhecer resiliente*. Loures: Lusociência.

Menon, D.; Schwab, K.; Wright, M.; Adelson, P.; Balkin, T.; Bullock, R. ... Wainwright, M. (2010). Position statement: definition of traumatic brain injury. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 91(11), 1637-1640. **DOI:** 10.1016/j.apmr.2010.05.017

Morais, A. (2014). *Estudo exploratório do impacto de um programa de reabilitação neuropsicológica na lesão cerebral adquirida*. Dissertação de Mestrado. Disponível no RCAAP: <http://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/15335>.

Morris, J. (2007). Cognitive rehabilitation: where we are and what is on the horizon. *Physical Medicine and Rehabilitation Clinics of North America*, 18 (1), 27-42. **DOI:**10.1016/j.pmr.2006.11.003.

Nair, R. & Lincoln, P. (2008) Cognitive rehabilitation for memory deficits following stroke. *The Cochrane Library*, 4, 1-22. DOI: 10.1002/14651858.CD002293.pub3.

Nascimento, D.; Carvalho, G.; Costa, R. (2008). *Reabilitação cognitiva através de uma aplicação de realidade aumentada*. Acedido a 14/09/2017. Disponível em <http://www2.fc.unesp.br/wrva/artigos/50466.pdf>.

Neves, A. (2012). *Efeitos da formação na prevenção de lesões músculo-esqueléticas da coluna lombar nos profissionais de saúde: revisão sistemática*. Dissertação de Mestrado. Disponível no RCAAP: <https://run.unl.pt/handle/10362/9708>.

Novamente (2014). *Um estudo prospetivo sobre o impacto sócio familiar do traumatismo crânio encefálico*. Cascais: Novamente

Nunes, B. & Pais, J. (2014). *Doença de alzheimer exercícios de estimulação*. Lisboa: Lidel

Orem, D. (2001). *Nursing: concepts of practice* (6th ed.). St. Louis: Mosby

Oliveira, E., Lavrador, J., Santos, M.; Lobo Antunes, J. (2012). Traumatismo crânio-encefálico: abordagem integrada. *Acta Médica Portuguesa*, 25(3), 179-192.

Orden dos Enfermeiros (2001). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem. Enquadramento conceptual enunciados descritivos*. Conselho de Enfermagem.

Ordem dos Enfermeiros (2002). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: enquadramento conceptual, enunciados descritos*. Lisboa: Conselho de Enfermagem.

Ordem dos Enfermeiros (2003). *Código deontológico do enfermeiro: anotações e comentários*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2009). *Caderno temático modelo de desenvolvimento profissional sistema de individualização das especialidades clínicas em enfermagem*

(SIECE). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2010a). *Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2010b). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação*. Assembleia de Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação

Ordem dos Enfermeiros (2014). *Percurso e programa formativo para a especialidade de enfermagem de reabilitação*. Porto: Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação.

Ordem dos Enfermeiros (2015). *Estatuto da ordem dos enfermeiros e REPE*. Ordem dos Enfermeiros.

Pedrosa, P. (2016). *Intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação na promoção do autocuidado na pessoa com dependência nas ABVD*. Dissertação de Mestrado. Disponível no RCAAP: <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/18141>.

Petronilho, F. (2010). Transição dos membros da família para o exercício do papel de cuidador quando incorporam um membro dependente no autocuidado: uma revisão de literatura. *Revista Investigação em Enfermagem*, (21), 43-58.

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

Pinho, A. (2012). *Efeitos de um programa de reabilitação cognitiva em pessoas com demência em contexto hospitalar*. Dissertação de Mestrado. Disponível em

repositorio.esenfc:

<https://repositorio.esenfc.pt/private/index.php?process=download&id=28915&code=45>

5.

Pinto, V. M.; Mendes, A. (2017). Devolver a cognição à pessoa com TCE. In C. Marques-Vieira & L. Sousa. *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp. 451 - 463). Loures: Lusodidacta.

Podell, K.; Gifford, K.; Bougakov, D. & Goldberg, K. (2010). Neuropsychological assessment in traumatic brain injury. *Psychiatrics Clinics of North America*, 33(4), 855-876. **DOI:** 10.1016/j.psc.2010.08.003

Portellano, J. (2005). *Introducción a la neuropsicología*. Madrid: McGraw-Hill.

Rodrigues, J. (2012). *Declínio funcional cognitivo e risco de queda em doentes idosos internados*. Dissertação de Mestrado. Disponível no RCAAP: <https://bibliotecadigital.ipb.pt/handle/10198/7704>.

Santos, M.; Sousa, L. & Castro-Caldas, A. (2003). Epidemiologia dos traumatismos crânio-encefálicos em Portugal. *Acta Médica Portuguesa*, 16, 71-76.

Seixas, M. (2015). *Estimulação sensorial enquanto intervenção promotora da reabilitação da pessoa com AVC*. Dissertação de mestrado. Disponível no RCAAP: <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/16422>.

Senathi-Raja, D. Ponsford J.& Schonberger, M. (2010). Impact of age on long-term cognitive function after traumatic brain injury. *Neuropsychology*, 24(3), 336-344. **DOI:** 10.1037/a0018239.

Sohlberg, M. & Mateer, C. (2015). *Reabilitação cognitiva: uma abordagem neuropsicológica integrativa*. São Paulo: Santos Editora.

Sousa, L. (2012). *Programa de intervenção na memória para idosos com défice cognitivo ligeiro*. Dissertação de mestrado. Disponível no RCAAP: <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/9366>.

Thompson, L. (2002). Alterações fisiológicas associadas ao envelhecimento. In A. Guccione. *Fisioterapia Geriátrica* (2.^a Ed.) (pp.27-52). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Toubarro, F. (2017). Função sensoriomotora. In C. Marques-Vieira & L. Sousa. *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp. 159 - 166). Loures: Lusodidacta

UMCCI (2011). *Manual do prestador – recomendações para a melhoria contínua*. Lisboa. Acedido em 13/10/2017. Disponível em: http://www.seg-social.pt/documents/10152/3735071/Man_Prestador_UMCCI-RNCCI/fe2e98b2-35ba-4a7a-9eb9-d3bba713e7b5/fe2e98b2-35ba-4a7a-9eb9-d3bba713e7b5

Varanda, E.; Rodrigues, C. (2017). Avaliação da pessoa com alterações da função cognitiva: avaliar para reeducar e readaptar. In C. Marques-Vieira & L. Sousa. *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp. 145 - 158). Loures: Lusodidacta

Varanda, E.; Rodrigues, C. (2017). Reeducação cognitiva em enfermagem de reabilitação: recuperar o bailado da mente. In C. Marques-Vieira e L. Sousa. *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp. 215 - 225). Loures: Lusodidacta

Vaz, R. (1990). *Traumatismos crânio-encefálicos*. Porto: Litomédica.

Vaz, R. (1996). *Traumatismos crânio-encefálicos*. (3^a ed.). Porto: Litomédica.

White, J. & Rosenthal, M. (1992). Reabilitação do paciente com traumatismo craniano. In: Delisa, J. (Ed.). *Medicina de reabilitação – princípios e prática* (Vol.2). São Paulo: Manole.

WHO (2016). Neurotrauma. Acedido 19.05.2016. Disponível em:

http://www.who.int/violence_injury_prevention/road_traffic/activities/neurotrauma/en/.

Apêndices

Apêndice I

Folha de Colheita de Dados

Nome	
Idade	
Data de Nascimento	
Raça	
Estado Civil	
Profissão	
Data de Admissão	
Motivo de Internamento	
Diagnóstico Principal	
Pessoa Significativa	
História Atual da doença	
Antecedentes Pessoais	
Terapêutica Habitual	
História Social e Económica	

Exames Complementares de Diagnóstico	
Terapêutica	

Avaliação Neurológica

Escala de Coma de Glasgow				
Abertura dos Olhos	1 - Nenhuma			
	2 - Resposta à dor			
	3 - Resposta à fala			
	4 - Espontânea			
Melhor resposta verbal	1 - Nenhuma			
	2 - Sons incompreensíveis			
	3 - Palavras inadequadas			
	4 - Confusa			
	5 - Orientada			
Melhor Resposta Motora	1 - Nenhuma			
	2 - Extensão anormal			
	3 - Flexão anormal			
	4 - Retirada			
	5 - Localiza o estímulo doloroso			
	6 - Obedece a comandos verbais			
	Score total			

Orientação				
Orientada	Pessoa			
	Espaço			
	Tempo			

Memória				
Imediata	Mantida			
	Alterada			
Recente	Mantida			
	Alterada			
Remota	Mantida			
	Alterada			

Atenção				
Atenção selectiva	Captada			
	Mantida			
	Alterada			

Pares Cranianos

Data			
(I) Olfativo	- Pedir para fechar os olhos; - Dar a cheirar o café; - Pedir para identificar bilateralmente.		
(II) Óptico	Exame de confrontação: - Avaliar acuidade visual: Pedir para contar os dedos a x metros com um olho fechado (fazer bilateralmente); - Avaliar campos visuais: Pedir ao doente para fechar um dos olhos e saber ate que ângulo vê.		
(III) Oculomotor	- Pesquisar resposta pupilar: reação, tamanho, contornos e forma; - Avaliar movimentos conjugados do globo ocular, desenhando um H com um dedo no espaço.		
(IV) Patético			
(VI) Motor Ocular Comum			
(V) Trigémio	- Pesquisar sensibilidade térmica, táctil e térmica da face nas 3 divisões; - Pesquisar o reflexo córneo-palpebral; - Pedir ao doente para realizar movimentos mastigatórios. Observar simetrias.		
(VII) Facial	- Pesquisar simetria facial: Pedir ao doente para franzir o sobrolho, encerrando as pálpebras; - Identificar sabores nos 2/3 anteriores da língua.		
(VIII) Acústico	Testar acuidade auditiva: fazer voz cíciada ou identificar o som do relógio a uma determinada distância. Teste de rinne, weber. -Testar o equilíbrio estático e dinâmico sentado e em pé: romberg, romberg sensibilizado, equilíbrio dinâmico sentado e em pé.		
(IX) Glossofaríngeo	- Identificar sabores no 1/3 posterior da língua		
(X) Vago	- Pesquisar reflexo do vômito; -Pesquisar alteração do tom de voz ou rouquidão.		
(XI) Espinhal	- Avaliar a força muscular contra resistência do esternocleidomastóideu e trapézio.		
(XII) Hipoglosso	- Avaliar desvios e tremores da língua; - Pedir vários movimentos da língua.		
M – Mantido; D – Diminuído; A – Ausente; Nav – Não Avaliado			

Escala Avaliação da Força Muscular (Medical Council Research)

Segmentos	Movimentos						
Cabeça e Pescoço	Flexão						
	Extensão						
	Flexão Lateral Esquerda						
	Flexão Lateral Direita						
	Rotação						
Membro superior		Dta	Esq.	Dta	Esq.	Dta	Esq.
Escapulo-umeral	Flexão						
	Extensão						
	Abdução						
	Adução						
	Rotação externa						
	Rotação interna						
Cotovelo	Flexão						
	Extensão						
Antebraço	Supinação						
	Pronação						
Punho	Flexão palmar						
	Dorsi- flexão						
	Desvio radial						
	Desvio cubital						
	Circundação						
Dedos mão	Flexão						
	Extensão						
	Adução						
	Abdução						
	Circundação						

	Oponência do polegar						
Membro inferior		Dta	Esq.	Dta	Esq	Dta	Esq
Coxo Femural	Flexão						
	Extensão						
	Adução						
	Abdução						
	Rotação interna						
	Rotação externa						
Joelho	Flexão						
	Extensão						
Tíbio- Társica	Flexão plantar						
	Flexão dorsal						
	Inversão						
	Eversão						
Dedos pé	Flexão						
	Extensão						
	Adução						
	Abdução						

Escala Medical Council Research

5/5 – Movimento normal contra gravidade e resistência;

4/5 – Movimento muscular completo contra resistência moderada e contra gravidade. O doente consegue elevar o membro e tem alguma resistência em relação à sua própria força;

3/5 – Movimento muscular completo apenas contra gravidade, não contra resistência;

2/5 – Tem movimento muscular das extremidades mas não contra gravidade. O doente consegue mover o membro na base da cama;

1/5 – Observa-se contração muscular palpável e/ou visível sem movimento.

0/5 – Sem contração muscular e sem movimento

NT- Não testável

Escala Avaliação do Tónus Muscular (Escala de Ashworth modificada)

Segmentos	Movimentos						
Cabeça e Pescoço	Flexão						
	Extensão						
	Flexão Lateral Esquerda						
	Flexão Lateral Direita						
	Rotação						
Membro superior		Dta	Esq.	Dta	Esq.	Dta	Esq.
Escapulo-umeral	Flexão						
	Extensão						
	Abdução						
	Adução						
	Rotação externa						
	Rotação interna						
Cotovelo	Flexão						
	Extensão						
Antebraço	Supinação						
	Pronação						
Punho	Flexão palmar						
	Dorsi- flexão						
	Desvio radial						
	Desvio cubital						
	Circundação						
Dedos mão	Flexão						
	Extensão						
	Adução						
	Abdução						
	Circundação						

	Oponência do polegar						
Membro inferior		Dta	Esq.	Dta	Esq	Dta	Esq
Coxo Femural	Flexão						
	Extensão						
	Adução						
	Abdução						
	Rotação interna						
	Rotação externa						
Joelho	Flexão						
	Extensão						
Tíbio- Társica	Flexão plantar						
	Flexão dorsal						
	Inversão						
	Eversão						
Dedos pé	Flexão						
	Extensão						
	Adução						
	Abdução						

Escala de Ashworth modificada

0 – Não há aumento do tônus muscular;

1 – Ligeiro aumento do tônus muscular, manifestado pelo apanhar e largar ou por uma resistência mínima no final do arco de movimento;

1⁺ – Ligeiro aumento no tônus muscular, manifestado pelo apanhar/largar, seguido de uma resistência mínima (antes de metade do restante do arco de movimento);

2 – Aumento do tônus mantido mais marcado na quase totalidade do arco de movimento, mas consegue-se mobilizar facilmente os segmentos lesados;

3 – Aumento considerável do tônus muscular com mobilização passiva difícil.

Avaliação da Sensibilidade

Segmentos Data												
	Térmica		Táctil		Dolorosa		Térmica		Táctil		Dolorosa	
Face	Dto	Esq	Dto	Esq	Dto	Esq	Dto	Esq	Dto	Esq	Dto	Esq
Braço												
Cotovelo												
Antebraço												
Punho												
Mão												
Dedos												
Face anterior tórax												
Face posterior tórax												
Abdómen												
Anca												
Coxa												
Joelho												
Perna												
Pé												
Dedos												
0 – Ausente 1 – Diminuída 2 – Normal												

Avaliação da Coordenação Motora

Data	11/10/16			31/10/16			21/11/16		
	Ritmo	Simetria	Rapidez	Ritmo	Simetria	Rapidez	Ritmo	Simetria	Rapidez
Prova dedo-nariz olhos abertos									
Prova dedo-nariz olhos fechados									
Alternância da palma da mão									
Prova calcanhar-joelho									

B – Bom; R –Razoável; D – Deficiente; A – Ausente; NT –Não Testado

Avaliação do Equilíbrio

Data	11/10/16		31/10/16		21/11/16	
	Estático	Dinâmico	Estático	Dinâmico	Estático	Dinâmico
Sentado						
Em pé						

B – Bom; R –Razoável; D – Deficiente; A – Ausente; NT –Não Testado

Apêndice II
Reflexão das Jornadas

7º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Reflexão de Aprendizagem

1^{as} Jornadas dos Enfermeiros Especialistas
em Enfermagem de Reabilitação do
CHLO.

Da formação à prática clínica.

Tânia Isabel Figueiredo de Almeida (aluno n.º. 6701)

Docente: José Carlos Pinto Magalhães

LISBOA

2017

No dia 18 de Novembro de 2016, no auditório do metro do Alto dos Moinhos em Lisboa, ocorreram as 1^{as} Jornadas dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação do CHLO, subordinada ao tema Da formação à prática clínica, da responsabilidade do CHLO, E.P.E..

Face ao programa desenvolvido para estas jornadas percebe-se que a organização desenvolveu um grande esforço no sentido de abranger várias áreas de atuação de Enfermagem de Reabilitação. Tendo o dia de trabalho sido desenvolvido em torno de 4 mesas redondas, as quais se apresentam de seguida de forma sucinta.

A primeira mesa foi subordinada ao tema **Reabilitação Respiratória** na qual se deu primazia à via inalatória como via preferencialmente recomendada na terapêutica da patologia das vias aéreas. Foi igualmente demonstrado os vários dispositivos de inalação, assim como algumas das indicações clínicas, vantagens e desvantagens da sua utilização, sendo essencial um conhecimento do seu manuseamento com vista à maximização da terapêutica que veiculam.

Nesta mesa foi, também, abordado o tema VNI no doente submetido a cirurgia cardíaca, apresentando-se a VNI como optimizadora do padrão respiratório/trocas gasosas, foram igualmente apresentadas indicações para uso da VNI e que esta deve ser gerida consoante a sedação residual, os gases arteriais, a dor no local da incisão (que condiciona a amplitude e expansão pulmonar, leva a uma respiração de predomínio costal superior e o uso de músculos acessórios), taqui/bradipneia e as situações de broncoespamo. Este tem como objetivo facilitar o desmame ventilatório invasivo. Foram apresentadas as diversas modalidades de VNI desde a assistida (CPAP) em que o a pessoa desencadeia os movimentos ventilatórios, a assistida/controlada, e a controlada na qual o ventilador desencadeia todos os movimentos ventilatórios. Há que considerar alguns aspectos antes de iniciar a VNI, como sendo o nível de sedação, a estabilidade hemodinâmica, a presença de vômitos, o aumento de secreções brônquicas, a presença de agitação psicomotora, entre outros. Para terminar foram apresentados alguns dos valores dos parâmetros a colocar no VNI, e fazendo menção à sua variação consoante a pessoa apresente patologia respiratória, mas acima de tudo foi explicitado que ao iniciar VNI, os parâmetros e com isto refiro-me às pressões iniciais, em que estas devem inicialmente ser baixas e ir subindo de forma gradual, permitindo uma adaptação e prevenindo o colapso alveolar.

Seguidamente foi apresentada a VNI na pediatria, na qual se fez menção às indicações de uso nesta área tão específica, como SDR, apneia por prematuridade, parésia iatrogénica (diafragma), entre outras. Foram dadas a conhecer as modalidades ventilatórias como o CPAP e BPAP, mas também o NIV-NAVA que consiste na colocação de uma sonda de forma oro ou nasogástrica que detecta a atividade do diafragma, através do sinal eléctrico que o centro respiratório envia ao diafragma, servindo esse sinal electromiográfico com *trigger* ventilatório, permitindo a sincronização ventilatória entre o ventilador e a criança.

Para terminar esta mesa, foi apresentado o contributo do EEER no doente crítico, em que o grande foco foi dado à mobilização precoce da pessoa, de forma a reduzir a sedação profunda e a manter a capacidade funcional. Foi demonstrado que existe um aumento da fraqueza muscular entre 25% a 60% após uma semana de ventilação mecânica. Foi igualmente apresentado o protocolo desenvolvido pelos EEER que serve como guia orientador para as intervenções a realizar, que passam pela de uma forma muito geral pela mudança de decúbito, posicionamento funcional e progresso, treino de equilíbrio em que a sequência e intensidade do exercício vai depender da condição da pessoa, ou seja, nível de consciência, colaboração e capacidade em aprender o que está a ser ensinado, utilizando para isso a escala de Coma de Glasgow e a RAAS.

A segunda mesa foi referente às **Alterações na Deglutição** iniciando-se com a avaliação da deglutição numa UAVC, unidade especializada no tratamento de pessoas que sofreram AVC, sendo que nos anos de 2014-2015 entre 42% a 67% das pessoas que deram entrada nesta unidade, apresentavam problemas na deglutição. Foram explanados os métodos de avaliação da deglutição que passam pela videofluoroscopia, método invasivo que comporta um valor acrescido para a gestão hospitalar, e a utilização de escalas, nomeadamente a escala de Guss. Esta escala já se encontra validada para a população portuguesa e comporta dois momentos de avaliação, um primeiro momento que passa por uma avaliação indireta, em que é observado a presença de tosse, alterações da fonética, o estado de vigília da pessoa e capacidade de deglutir a saliva; o segundo momento passa por uma avaliação direta, ou seja, são utilizados alimentos, iniciando-se primeiro alimentos com uma consistência semi-sólida, em seguida uma consistência líquida e posteriormente a consistência sólida. A aplicação da escala traduz-se num score que varia de 0 a 20, sendo que um score de 0

a 9 traduz uma disfagia grave, sem indicação para alimentação oral e com indicação para alimentação por SNG, um score entre 10-14 uma disfagia moderada, um score entre 15-19 uma disfagia ligeira ou a sólidos e um score de 20 traduz uma pessoa sem disfagia. Para terminar ficou a indicação de que com a utilização da escala, avaliação e cumprimento das indicações desta face ao score obtido, registou-se uma diminuição dos episódios de pneumonia por aspiração e, também, uma diminuição dos défices da pessoa aquando da alta.

Seguidamente foi abordada a questão da disfagia no doente cirúrgico, especificamente, otorrinolaringologia. A incidência de tumores na cabeça e pescoço apresentam-se com a quarta patologia com maior incidência em Portugal. O tratamento passa pela remoção cirúrgica e/ou pela realização de quimioterapia e/ou radioterapia. Após a cirurgia a pessoa mantém a entubação nasogástrica passando a atuação do EEER pela progressão na dieta da pessoa e ensino à pessoa/família. É de mencionar que a disfagia é sub-diagnosticada, não constando nas notas de alta.

A terceira mesa abordou a **Reabilitação Cardíaca** iniciando-se com a perspetiva da pessoa face ao papel do EEER na sua recuperação após cirurgia cardíaca, constituindo-se como um estudo realizado pela enfermeira para obtenção do grau de mestre. Este estudo demonstrou que 81,1% dos participantes identificam o EEER, dessa população 84% identificam as intervenções específicas no âmbito da RFR e da reabilitação funcional e motora.

Seguiu-se esta mesa com a apresentação de um programa de reabilitação na pessoa com insuficiência cardíaca que apresenta como objectivos um aumento da tolerância ao esforço, controlar os sintomas cardíacos, estabilizar/controlar o processo arterosclerótico e redução da mortalidade. O EEER assume um papel preponderante na fase 1, através da gestão do regime terapêutico e gestão do exercício físico, tendo como meta a prevenção de complicações, a redução do número de dias de internamento e o aumento da autonomia da pessoa na realização das AVD. O programa apresentado nestas jornadas começou a ser implementado em 2015, e ainda que recente apresenta bons indicadores como sendo a taxa de reinternamentos nestas pessoas que ronda os 50%, e através deste programa esta taxa é de 12,6%. São feitas 4 consultas de *follow-up* ao 1º mês, depois aos 3 meses, 6 meses e um ano, sendo que à data das jornadas aos 6 meses, 87,7% das pessoas apresentavam-se satisfeitas com o seu estado de saúde.

A quarta, e última mesa, contemplou a temática da **Reabilitação Motora** iniciando-se com a reabilitação do TVM, em que na fase aguda o foco é a identificação e prevenção de complicações, como sendo as alterações respiratórias, úlceras de pressão, episódios de disreflexia autônoma e alterações músculo-esqueléticas, existindo assim, um protocolo de enfermagem de reabilitação, no serviço da palestrante que contempla mobilizações (alternância de decúbito em bloco), exercícios de mobilização articular e RFR. Consoante o tipo de tratamento instituído assim, também, varia a atuação do EEER. Se ocorrer o tratamento conservador com a existência do uso de ortótese o foco é o ensino sobre o objetivo da ortótese, a sua colocação/manutenção, possíveis complicações da não adesão e autocuidado da mesma. Se for adoptado um tratamento cirúrgico, pós cirurgia, o EEER inicia um treino progressivo de verticalidade, transferência, marcha, posicionamentos e ensino de autocuidados. O índice de Barthel é utilizado como objetivador da necessidade de cuidados especializados em enfermagem de reabilitação, uma vez que tem traduzido um aumento da independência das pessoas no decorrer do internamento até ao momento da alta.

Seguidamente foi abordada a reabilitação motora na pessoa com AVC, em que foi apresentado um estudo, com 49 pessoas, dado enfoque aos fatores de risco mais predominantes hipertensão e diabetes mellitus, e à avaliação da pessoa que contempla nível de consciência, comunicação, deglutição, força muscular, sensibilidade e equilíbrio. Neste estudo ficou demonstrado que a intervenção do EEER foi fundamental para a evolução positiva na aquisição da independência, resultados apoiados pela avaliação do índice de Barthel na admissão e na alta.

Para finalizar, foi apresentado o papel do EEER na pessoa com amputação, em que o EEER desempenha um papel fundamental na avaliação das condições habitacionais, necessidades de apoio domiciliário como a referenciação para a RNCCI ou o encaminhamento para os serviços sociais. A atuação do EEER passa, igualmente, pelo manter ou aumentar a independência funcional da pessoa, através da identificação dos défices motores, sensoriais e cognitivos. Ainda durante o internamento o EEER avalia o risco de rigidez muscular/articular (prevenir a anquilose do joelho para possível uso de prótese), o potencial aumento de força muscular, o transferir-se e o andar com auxiliar de marcha (iniciar primeiro com andariço e posteriormente evoluir para canadianas, quando a pessoa é amputada de

uma membro). O EEER demonstra assim a sua importância não só nas intervenções diretas à pessoa durante o internamento, mas também pela articulação com a comunidade.

Ainda que os oradores e moderadores tivessem sido apenas EEER é de sublinhar que os programas de Reabilitação "devem ser sempre programas holísticos, desenvolvidos por profissionais inter e multidisciplinares", e neste sentido, fizeram-se notar na plateia diversas categorias profissionais que também quiseram dar o seu contributo através das questões colocadas que permitiram momentos de debate.

Na minha opinião as jornadas contaram com um conjunto de oradores com experiência profissional nos diferentes temas que foram abordados, que garantiu uma boa base para um debate que se revelou bastante produtivo. No entanto senti que os temas foram abordados numa vertente praticamente teórica, ou seja, que as experiências e atuação do dia-a-dia dos diferentes oradores foi muito pouco explorada, sendo que essas experiências seriam de forma indubitável enriquecedoras e iriam transmitir conhecimento de como atuar na prática, pois como é sabido existe diferenças entre o que é preconizado teoricamente e o que é possível desenvolver na prática.

Poderia ter sido considerada uma mesa subordinada à área cognitiva, visto que de uma forma mais ou menos direta todos os oradores reforçaram a ideia de que a capacidade cognitiva da pessoa alvo dos cuidados condiciona o desenvolvimento de determinadas intervenções. Ficou esta minha opinião registada nas sugestões à organização para umas futuras jornadas.

Ainda que nestas jornadas não tivesse havido nenhuma mesa subordinada à área cognitiva, minha área de intervenção no desenho do projeto, contribuíram para a aprofundar e consolidar conhecimentos nas diversas áreas da reabilitação, pois prestar cuidados de enfermagem de reabilitação com qualidade pressupõe uma formação contínua no sentido de uma enfermagem de reabilitação avançada, com a utilização de mais e melhor evidencia científica e ser capaz de contextualizar a ação face à complexidade do ser humano.

As diferentes temáticas desenvolvidas tem como objective global permitir a partilha e discussão sobre o domínio de decisão clínica dos enfermeiros, em particular dos especialistas em reabilitação.

Apêndice III
Estimulação Multissensorial



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE
LISBOA

7º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Jornal de Aprendizagem

Estimulação Multisensorial

Tânia Isabel Figueiredo de Almeida (aluno nº. 6701)

Docente: José Carlos Pinto Magalhães

LISBOA

2016

O Serviço de Neurocirurgia do [REDACTED] confronta-se frequentemente com pessoas internadas nas quais estão presentes alterações do estado de consciência de etiologia diversa. Este Jornal de Aprendizagem surge pela necessidade de prestação de cuidados a um utente com diagnóstico de Traumatismo Crânio-Encefálico com estado de consciência mínimo, apresentando um score de 10 na escala de coma de Glasgow.

Ao desenvolver o plano de cuidados para este utente, rapidamente, me apercebi juntamente com a minha enfermeira orientadora que o programa de reabilitação a implementar para além das intervenções do foro da redução funcional respiratória e da reabilitação física e motora, também, teria de contemplar intervenções da área da reabilitação neuropsicológica. Tendo-se estabelecido esta premissa e depois debatido junto com a neuropsicóloga, que dá apoio a este serviço, foi integrado no plano de cuidados deste utente o enriquecimento ambiental e a estimulação multissensorial. Visto ter definido estas intervenções no plano de cuidados e tê-las aplicado junto do utente, visto no processo de tomada de decisão em enfermagem e na fase de implementação das intervenções, o enfermeiro deve incorporar os resultados da investigação na sua prática (Ordem dos Enfermeiros, 2001), faz-me sentido desenvolver um jornal de aprendizagem que vise este tema, uma vez que não foi inicialmente contemplado no meu projeto. Igualmente, considero que a EM se enquadra no meu projeto e em particular com o Modelo Teórico Adotado, Teoria do Autocuidado, visto esta pessoa apresentar o estado de consciência comprometido, que afecta a sua dependência em todas as atividades de vida.

Ao estabelecer intervenções como o enriquecimento ambiental e estimulação multissensorial pretende-se obter ganhos em saúde, uma vez que se está a potenciar à pessoa um despertar e um evoluir para um nível de consciência o mais elevado possível, tendo como foco a consciência plena e a autonomia da pessoa, que vai de encontro com o Enquadramento Conceptual dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2001) ao descrever que na prática os enfermeiros necessitam de focalizar a sua intervenção na interdependência pessoa/ambiente, e também com as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Ordem dos Enfermeiros, 2010a) ao desenvolver uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção, promover práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais, criar e manter um ambiente terapêutico seguro, e pela gestão dos cuidados. Da mesma forma que, também dá

resposta a Competências Específicas do EEER (Ordem dos Enfermeiros, 2010b) uma vez que se está a cuidar de uma pessoa com necessidades especiais, procurando (Ordem dos Enfermeiros, 2001) estabelecer uma parceria que deverá envolver a pessoa e as pessoas que lhe são significativas, sendo esta também uma premissa aquando da Estimulação Multissensorial (EM). Constituindo-se o cuidar (Honoré, 2001 cit in Simões, 2011) como um processo dinâmico entre a pessoa e o cuidador, constituindo a essência de todas as intervenções de Enfermagem.

Na prática do Serviço de Neurocirurgia de [REDACTED] foi-me possível constatar que alguns enfermeiros (maioritariamente os EEER) já estão sensibilizados para a estimulação destes utentes e efetuam-no, ainda que nem sempre de uma forma sistematizada, porém outros limitam-se a prestar cuidados sem essa preocupação. Sabe-se que estes utentes têm uma resposta comportamental escassa ou até mesmo ausente o que não incentiva a interação, no entanto esta falta ou escassa resposta não é sinónimo de ausência de percepção, havendo a necessidade de serem estimulados.

Pelo nível de afetação ao nível do impacto funcional no quotidiano da pessoas e dos seus familiares o conhecimento de estratégias a implementar numa fase de estado mínimo de consciência, estado vegetativo ou mesmo coma é de extrema importância, visando promover a recuperação desse mesmo estado de consciência (Cabral, 2008). Segundo Varanda, Rodrigues e Costa (2015) os mais recentes estudos sobre neuroplasticidade comprovam que o Sistema Nervoso Central tem a capacidade de regeneração, desde que haja um programa de reabilitação global e precoce dirigido à recuperação das funções afectadas, que facilite a evolução do nível de consciência, Programa de Estimulação Multisensorial (PEM) sistematizado, que pretende desenvolver a capacidade da pessoa captar, por meio dos cinco sentidos, os estímulos sensoriais ambientais, de forma a estimular o Sistema Activador Reticular Ascendente (SARA).

Consciência

São várias as definições de consciência existentes, mas segundo Iankova (2006 cit in Cabral, 2008) num sentido mais lato, a consciência pode ser descrita como a situação em que o indivíduo tem total consciência de si próprio e do meio externo, é conhecedor das relações de tempo, espaço, fatos e pessoas ao seu redor, ou segundo Damásio (2010), é um estado mental em que se tem conhecimento da própria existência e da existência daquilo que nos rodeia.

De uma forma simplificada a tomada de consciência contempla dois componentes, um reticular de vigília e um cortical de análise (Varanda, Rodrigues & Costa, 2015), assim, a vigília que faz referência ao nível de consciência depende da integridade do SARA, lesões neste sistema causam alterações no nível de consciência. Já o conteúdo de consciência relaciona-se com o córtex cerebral intacto capaz de interpretar a entrada de informações sensoriais e gerar resposta apropriadas, ou seja, é dependente da função cortical e de lesões no córtex que levam a distúrbios nas funções superiores¹ (Cabral, 2008). Cabral (2008) usa a analogia em que o SARA funciona como interruptor e o córtex como lâmpada.

Ainda que estruturas do SARA estejam lesadas que leve a uma diminuição do estado de consciência, a estimulação sensorial é fundamental para aumentar a atividade cortical, pois a informação pode passar por vias alternativas ou por neurónios não lesados.

Avaliação da Consciência

Nas últimas décadas foi desenvolvida uma variedade de instrumentos que permitem a avaliação do nível de consciência de forma a padronizar a avaliação da evolução clínica e a uniformizar a comunicação entre os profissionais de saúde.

A literatura sobre a matéria apresenta variadíssimas escalas como sendo a Escala Motora Simplificada e a Escala Verbal Simplificada; a ACDU - alerta, confuso, sonolento (drowsy) e sem resposta (unresponsive) e a escala da responsividade AVPU – alerta, responde a pergunta, responde a dor (pain) e sem resposta; Reaction Level Scale; ou mesmo a Escala de Coma de Innsbruck (Oliveira, Pereira & Freitas, 2014). Face à diversidade de escalas desenvolvidas Simões (2010) aponta a Escala de Coma de Glasgow, a Escala Rancho Los Amigos Levels of Cognitive Functioning Scale (LCFS) e a Disability Rating Scale (DRS) como as de referência e preconizadas para a avaliação comportamental destas pessoas.

Uma vez que no projeto já foi abordada a Escala de Coma de Glasgow (ECG), neste jornal apenas se fará menção à LCFS e DRS.

A Rancho Los Amigos Levels of Cognitive Functioning Scale (LCFS) é uma escala de classificação comportamental que inclui oito amplas categorias de comportamento para todos os espectros de recuperação do TCE. Esta escala foi

¹ Distúrbios como afasias, agnosias, apraxias.

originalmente concebida como uma descrição dos oito estádios de funcionamento cognitivo através dos quais os utentes que sofreram lesões cerebrais normalmente progredem durante o internamento hospitalar e a reabilitação aguda. Os oito níveis de funcionamento cobrem a maior parte da gama de comportamentos observáveis e psicossocialmente relevantes. A escala varia de nenhuma resposta, na qual o utente está em coma profundo e completamente indiferente, para o funcionamento intencional e apropriado, onde o utente está lúcido e capaz de recordar o passado e integrar eventos recentes, e é capaz de dar resposta aos estímulos do seu ambiente. Neste sentido, os oito pontos da escala variam do nível I correspondente a pessoas em coma até o nível VIII que descreve as pessoas que estão integradas na comunidade (Varanda, Rodrigues & Costa, 2015).

A LCFS é utilizada em pessoas que se encontrem em coma, estado vegetativo ou estado mínimo de consciência. Tem a vantagem de ser de fácil aplicação, adequar-se ao doente com alterações do estado de consciência desde o coma até à integração na comunidade. Embora esta escala reflecta as tendências comuns da recuperação, não clarifica o estatuto dos processos cognitivos individuais do utente num determinado momento (Simões, 2011).

Existe alguma controvérsia sobre a sua utilização na investigação, sendo a sua fiabilidade e validade inferiores às da DRS. No entanto, como refere Simões (2011) “dada a sua simplicidade operacional e a sua utilidade clínica, e o seu uso difundido nos Estados Unidos é um trunfo para qualquer conjunto de dados”. Outra vantagem da LCFS, que encontramos na pesquisa bibliográfica, são as indicações de estimulação específica e diferenciada para os diferentes níveis da escala.

A Disability Rating Scale (DRS) foi desenvolvida com o propósito de traçar a evolução ao nível da funcionalidade da pessoas desde o coma até à vida em comunidade. De carácter quantitativo, esta escala contempla 4 categorias e 8 itens, podendo o score variar entre 0-29, sendo que a primeira categoria se sobrepõe à ECG, e as restantes relacionam-se com a independência funcional (Varanda, Rodrigues & Costa, 2015).

Estimulação do doente com alterações do estado de consciência

Estudos sobre a neuroplasticidade comprovam que o Sistema Nervoso Central (SNC) tem a capacidade de regeneração, desde que se implemente um programa de reabilitação global de forma precoce e dirigido à recuperação das funções perdidas.

Estes estudos abrem novas portas para compreender e intervir em pessoas com estado mínimo de consciência, estado vegetativo ou mesmo coma contribuindo para a sua recuperação. Um dos pontos chave para uma evolução favorável da pessoa assenta na estimulação multissensorial, pois mesmo que a pessoa não revele resposta comportamental, não significa que esta tenha ausência da percepção da estimulação (Varanda, Rodrigues & Costa, 2015).

Estimulação Multissensorial

Uma das primeiras referências à estimulação multissensorial (EM) foi feita em 1950, quando um grupo de investigadores ao trabalharem com pacientes comatosos em que o principal problema era de origem encefálica, perceberam que face à origem do problema levava a que ocorresse uma privação de contacto com o meio externo, que conduzia a uma maior deterioração dos processos intelectuais e de percepção, acompanhados por uma diminuição da atividade elétrica. Este grupo avançou com a ideia que aumentando a frequência, intensidade e duração da estimulação existente no ambiente hospitalar, o grau e a velocidade de recuperação do nível de consciência aumentava (Cabral, 2008).

A EM de acordo com Gerber (2005 cit in Cabral, 2008) é implementada para aumentar o nível de consciência por meio de estimulação do SARA, visto ser este o sistema responsável pelo estado de alerta cortical, concentração, percepção e regulação da informação sensorial, assim a estimulação realizada de forma controlada pode ser facilitar a função dos neurónios reticulares lesados. Esta pode passar por estímulos cognitivos, sensoriais e motores.

Os programas de estimulação multissensorial criados têm como objetivo colmatar a privação sensorial das pessoas em coma e facilitar a sua recuperação, baseando-se em estímulos olfativos, visuais, tácteis, gustativos e vestibulares que facilitam a capacidade de captar estímulos sensoriais e evoluir no estado de consciência (Cabral, 2008).

Varanda, Rodrigues e Costa (2015) estabelecem critérios para que possa ser iniciada a EM, como o seu início ser de 72h a uma semana após a lesão e existir estabilidade hemodinâmica, importa referir que a ventilação mecânica não é factor de exclusão. O tempo das sessões varia de 10 a 45 minutos, e é exigido uma regulação multissensorial, que consiste em ter controlo sobre a intensidade, frequência, duração e organização dos estímulos, assim como do ambiente (luz, ruído e temperatura),

sendo ideal uma quantidade de estimulação moderada. A estimulação auditiva severa ser das primeiras pois permite direcionar os outros sentidos. Considera-se que os estímulos são mais eficazes se forem familiares, que vai de encontro com Damásio (2010) quando afirma que desde que uma cena tenha algum valor, desde que na altura houvesse suficiente emoção, o cérebro apreende imagens, sons, odores e sabores.

Programa de Estimulação Multissensorial

Baseado no trabalho de Varanda, Rodrigues e Costa (2015) o PEM deve orientar-se por princípios:

1. Estabelecimento de critérios e início;
2. Estimulação dos cinco sentidos, vestibular e proprioceptiva;
3. Estímulos sociais e inanimados significativos;
4. Regulação sensorial dos estímulos;
5. Envolvimento da Família;
6. Avaliação do impacto das intervenções através de escala de nível de consciência.

Ao aplicar a estimulação multissensorial na pessoa que motivou o desenvolvimento deste jornal de aprendizagem inicialmente começou-se por fornecer estímulos auditivos, pela apresentação de cada elemento que se encontrava a trabalhar com a pessoa e explicação da intervenção a ser realizada, proporcionaram-se dados que permitiam a orientação temporal e espacial da pessoa, todos estes dados fornecidos à pessoas tinham, também, o intuito de orientação para a realidade. Atuamos, também, na estimulação proprioceptiva e táctil aquando da reabilitação respiratória e sensorio motora. Após ter sido estabelecido contacto com a família esta foi envolvida no processo, não só por ser fonte de recolha de dados das preferências da pessoas e à qual foi solicitado que trouxesse alguns elementos, mas também, porque proporcionavam familiaridade na estimulação à pessoa. Assim, pediu-se à família para trazer os produtos de higiene habituais da pessoa, pijamas, fotos e música do agrado da pessoa.

Ainda que grande parte das intervenções, neste caso específico, tenha sido realizadas pela equipa de enfermagem, nomeadamente EEER, estas foram desenvolvidas em conjunto com a família/cuidador é essencial, o que vem de encontro com o que é descrito por Cabral (2008), em que a EM em pacientes comatosos envolve toda a equipa multiprofissional assim como a participação da família, esta

com o intuito de orientar os profissional sobre as características pessoais da pessoa pré-lesão e atuando na terapia como fonte de estímulo.

Seguidamente apresentam-se intervenções que podem ser adoptadas num programa de estimulação multissensorial com enfoque nos cinco sentidos (Varanda, Rodrigues & Costa, 2015).

1. Auditiva: Falar em tom de voz normal, apresentar-se à pessoa, explicar a intervenção que se vai desenvolver, facultar dados temporais e espaciais afim de proporcionar orientação espacial e temporal, proporcionar sons e música adequadas às preferências da pessoa, proporcionar vozes familiares;

2. Táctil: toque aquando dos exercícios de RFR e RFM, massagem, banho e banho multissensorial na maca banheira;

3. Olfactiva: aroma dos produtos de higiene pessoal, aroma do perfume da pessoa, aromas da sua preferência (ex. Café);

4. Visual: Fotos e presença de pessoas significa;

5. Paladar: com sabores conhecidos e do agrado da pessoa aplicados em quantidades mínimas, sem o objetivo de alimentar, nos lábios e língua.

Enriquecimento ambiental

O enriquecimento ambiental refere-se às condições que promovam uma maior possibilidade de exploração do meio com recurso a estratégias que forneçam estímulos somatossensoriais e visuais, situações que envolvam a resolução de problemas e motricidade, visando a melhora da sensibilidade, cognição e movimentação (Cabral, 2008).

Considerações finais

A EM tem vindo a ser apontada como um método de favorecer o processamento da informação sensorial através do SARA, que funciona como o “despertador biológico” do córtex cerebral. Apesar dos indícios provenientes da observação clínica que apontam para os efeitos benéficos da EM e de vários trabalhos discutirem a metodologia de aplicação da EM, até então não foi publicado nenhum ensaio clínico randomizado que comprovasse de forma efetiva a influencia da EM no nível de consciência em pessoas em coma, estado vegetativo e estado mínimo de consciência. (Cabral et al, 2008).

Referências Bibliográficas

Cabral, F.; Pompeu, S.; Apolonário, A. & Pompeu, J. (2008). Estimulação multissensorial em pacientes comatosos: uma revisão da literatura. *O Mundo da Saúde*, 32 (1),64-69.

Damásio, A. (2010). *O livro da consciência*. Lisboa: Círculo de Leitores.

Oliveira, D.; Pereira, C. & Freitas, Z. (2014). Escalas para avaliação do nível de consciência em trauma cranioencefálico e sua relevância para a prática de enfermagem em neurocirurgia. *Arquivos Brasileiros de Neurocirurgia*, 33(1), 22-23.

Ordem dos Enfermeiros (2001). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento Conceptual Enunciados descritivos. Conselho de Enfermagem.

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.

Simões, J. (2011). *A Influência da Estimulação Auditiva na Pessoa em Coma*. (Tese de doutoramento). Disponível no RCAAP: <http://ria.ua.pt/handle/10773/6868>.

Varanda, E.; Rodrigues, C. & Costa, A. (2015). Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Avaliação e Estimulação do Doente com Alteração do Estado de Consciência. Almada: Hospital Garcia da Horta, EPE.

Apêndice IV
Estudo de Caso I

7º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Estudo de Caso

Serviço de Neurocirurgia



Tânia Isabel Figueiredo de Almeida (aluno n.º. 6701)

Docente: José Carlos Pinto Magalhães

LISBOA

2016

1. Colheita de Dados

1.1. História Atual e Progressa

Caracterização da Pessoa

Nome: S. M.

Idade: 25 anos

Data de Nascimento: 20/04/1991

Género: Masculino

Raça: Caucasiana

Estado Civil: Solteiro

Profissão: Designer gráfico

Internamento no Serviço de Neurocirurgia

Data de Admissão: 23.07.2016

Diagnóstico Principal: Traumatismo Crânio-Encefálico

Antecedentes Pessoais: Não refere

Motivo de Internamento: Utente vítima de acidente de viação, choque frontal, mota contra automóvel, no dia 21.06.2016.

História Atual da Doença: Utente vítima de acidente de viação, mota contra automóvel. Avaliado no local pela VMER, politraumatizado, com trauma craniano e facial. Sem resposta a estímulos, com CGS 3 (O1M1V1). É sedado, entubado e ventilado no local. Transportado para o SU do HSJ.

Admitido na Unidade de Urgência Médica (UUM). Durante o período que se manteve na UUM observado e acompanhado pela neurocirurgia, otorrinolaringologia, unidade vertebro-medular, cirurgia maxilo-facial, cirurgia plástica e reconstrutiva, cirurgia vascular, ortopedia e cirurgia cardiotorácica, com o intuito de dar resposta às necessidades de cuidados que o utente apresentava:

- Fratura da base do crânio bilateral e extensa fractura fronto-temporal esquerda, numerosos aerocelos e apagamento dos sulcos da convexidade e cisternas da base;
 - Fraturadas apófises espinhosas de C6, D1, D2 e D3 com indicação para manter colar cervical;
 - Provável fratura da vertente lateral esquerda da pirâmide nasal sem
-

desvio/afundamento do dorso do nariz;

- Fratura do ramo horizontal esquerdo da mandíbula com indicação operatória;
- Contusão pulmonar direita, pneumotórax bilateral e pneumomediastino direito;
- Lesões de queimadura por abrasão ao nível do braço e antebraço direito, aparente queimadura térmica por ignição da roupa ao nível do flanco/tórax lateral direito e região nadegueira - 2º grau;
- Hematoma da face externa da coxa esquerda e da articulação tibio-társica esquerda;
- Fratura do ramo isquiopúbico esquerdo da bacia e sacro, com indicação apenas para repouso.

O Sr. S.M. manteve-se internado nesta unidade até apresentar estabilidade hemodinâmica, afim de ser transferido para um serviço de enfermaria. Aquando da transferência para a enfermaria, no dia 22/07 após 32 dias de internamento, utente com GCS de 10, traqueostomizado, sem necessidade de aporte de oxigénio, sem necessidade de uso de colar cervical, sem indicação de repouso no leito, totalmente dependente na realização dos seus Auto-Cuidados.

Situação Familiar, Social e Habitacional

Agregado Familiar: Utente e mãe

Cuidador informal: P.M. (mãe)

História Social: Utente filho de pais divorciados, com uma irmã. Encontra-se a residir com a mãe. Utente profissionalmente ativo, desempenha a sua atividade, na empresa de família.

Reside em habitação de construção moderna, na zona de Sacavém. A habitação de acordo com a cuidadora, apresenta boas áreas, sem grandes barreiras arquitectónicas. Com boas condições de habitabilidade.

Com boa relação com a irmã e sobrinhos, que constituem a rede de apoio. Mantem, igualmente, boa relação com o pai, assim como com a companheira do pai, no entanto com contactos mais ocasionais com estes.

1.2. Avaliação Objetiva

Parâmetros Vitais

Tensão Arterial	Frequência Cardíaca	Temperatura	Frequência Respiratória	Dor
112/68 mmHg	73 bpm	36,2°	24 cpm	0

Glicemia Capilar (jejum)	Padrão Respiratório
89 mg/dl	Tipo: Espontânea Padrão: Toraco-abdominal Amplitude: Média Simetria: Simétrico Ritmo: Regular

Terapêutica Habitual

Medicação	9h	13h	17h	21h
Baclofeno (PO)	10mg	10mg		10mg
Enoxaparina (SC)			40mg	
Esomeprazol (PO)	20mg			
Quetiapina (PO)				25mg
Sertralina (PO)	50mg			
Paracetamol 1000mg (PO) SOS				
Metamizol Magnésico 575 mg (PO) SOS				

Meios Complementares de Diagnóstico

TAC CE

“Não identificamos hematoma intracraniano em fase aguda, nem anomalias parenquimatosas e/ou sinais efeito massa “de novo” inequívocos em relação a estudo TC CE de 19/08/2016 existente em arquivo, sendo idêntica expressão dimensional de sistemas ventricular e cisternal de sulcos corticais e espaços de liquor cerebelosos.”

1.3. Avaliação Neurológica

Escala de Coma de Glasgow		11/10/16	31/10/16	21/11/16
Abertura dos Olhos	1 - Nenhuma			
	2 - Resposta à dor			
	3 - Resposta à fala			
	4 - Espontânea	x	x	x
Melhor resposta verbal	1 - Nenhuma	x		
	2 - Sons incompreensíveis		x	
	3 - Palavras inadequadas			
	4 - Confusa			
	5 - Orientada			x
Melhor Resposta Motora	1 - Nenhuma			
	2 - Extensão anormal			
	3 - Flexão anormal			
	4 - Retirada			
	5 - Localiza o estímulo doloroso			
	6 - Obedece a comandos verbais	x	x	x
Score total		11	12	15

Orientação		11/10/16	31/10/16	21/11/16
Orientada	Pessoa	-	x	x
	Espaço	-	x	x
	Tempo	-	x	x

Memória		11/10/16	31/10/16	21/11/16
Imediata	Mantida	-		x
	Alterada	-	x	
Recente	Mantida	-		
	Alterada	-	x	x
Remota	Mantida	-	x	x
	Alterada	-		

Atenção		11/10/16	31/10/16	21/11/16
Atenção selectiva	Captada		x	x
	Mantida		x	x
	Alterada	x		

Avaliação de Neuropsicologia

01/09/2016

“Doente com acentuada alteração dos processos atencionais ao nível da seletividade e

da intencionalidade. Com períodos de sonolência intercalados com períodos de agitação. Sugeriu-se à família programa de estímulos multissensoriais de forma a estimular cognitivamente, respeitando o efeito de habituação e fadiga. Mantem-se monitorização/estimulação.”

01/10/2016

“Melhoria dos processos atencionais ao nível da intensidade, mantendo contudo baixo nível de selectividade. Responde não verbal, por ex. um aceno, corretamente a solicitações simples e isoladas. Identifica corretamente cores e objetos. Sugeriu-se à mãe uso de estímulos familiares. Mantem-se monitorização/estimulação.”

Mini-Mental

11/10/2016 e 31/10/2016

Não foi possível aplicar o teste do Mini-Mental, visto na primeira avaliação o utente não ter resposta verbal e na segunda avaliação a resposta verbal serem som incompreensíveis. Tomou-se a avaliação da neuropsicóloga como ponto de partida, assim como a avaliação feita recorrendo aos exercícios de estimulação aplicados, que visavam as funções cognitivas superiores.

21/11/2016

Consegue 24 pontos na aplicação do Mini-Mental State Examination. Com défice ao nível da orientação, não consegue nomear o nome do hospital, nem o serviço onde se encontra; ao nível da evocação, só recorda 2 das 3 palavras que tinha de memorizar; e na habilidade construtiva.

Pares Cranianos

Data	11/10/16	31/10/16	21/11/16
(I) Olfativo	Nav (Não participa)	Nav (Não participa)	D (Não identifica do lado esquerdo)
(II) Óptico	M	M	D (Diminuição da acuidade visual à esquerda)

(III) Oculomotor (IV) Patético (VI) Motor Ocular Comum	M	M	M
(V) Trigémio	Nav	D (Com sensibilidade tátil, térmica e dolorosa mantida, mas movimentos mastigatórios deficitários)	D (Com sensibilidade tátil, térmica e dolorosa mantida, mas movimentos mastigatórios deficitários)
(VII) Facial	D (Parésia facial bilateral)	D (Parésia facial bilateral)	D (Parésia facial bilateral)
(VIII) Acústico	D (Acuidade auditiva mantida, sem equilíbrio estático e dinâmico em pé)	D (Acuidade auditiva mantida, equilíbrio estático em pé deficitário)	M
(IX) Glossofaríngeo	Nav	Nav	Nav
(X) Vago	D	D	D
(XI) Espinhal	M	M	M
(XII) Hipoglosso	Nav	D	D
M – Mantido; D – Diminuído; A – Ausente; Nav – Não Avaliado			

1.4. Avaliação Motora e Sensitiva

Escala Avaliação da Força Muscular (Medical Council Research)

Segmentos	Movimentos	11/10/16		31/10/16		21/11/16	
Cabeça e Pescoço	Flexão	5/5		5/5		5/5	
	Extensão	5/5		5/5		5/5	
	Flexão Lateral Esquerda	5/5		5/5		5/5	
	Flexão Lateral Direita	5/5		5/5		5/5	
	Rotação	5/5		5/5		5/5	
Membro superior		Dta	Esq.	Dta	Esq.	Dta	Esq.
Escapulo-umeral	Flexão	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5
	Extensão	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5
	Abdução	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5
	Adução	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5
	Rotação externa	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5
	Rotação interna	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5
Cotovelo	Flexão	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5
	Extensão	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5
Antebraço	Supinação	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5
	Pronação	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5
Punho	Flexão palmar	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5
	Dorsi- flexão	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5
	Desvio radial	4/5	4/5	5/5	5/5	5/5	5/5
	Desvio cubital	4/5	4/5	5/5	5/5	5/5	5/5
	Circundação	4/5	4/5	5/5	5/5	5/5	5/5
Dedos mão	Flexão	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5
	Extensão	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5
	Adução	4/5	4/5	5/5	5/5	5/5	5/5
	Abdução	4/5	4/5	5/5	5/5	5/5	5/5
	Circundação	3/5	3/5	4/5	4/5	5/5	5/5
	Oponência do polegar	3/5	3/5	4/5	4/5	5/5	5/5
Membro inferior		Dta	Esq.	Dta	Esq.	Dta	Esq.
Coxo Femural	Flexão	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5
	Extensão	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5
	Adução	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5
	Abdução	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5
	Rotação interna	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5
	Rotação externa	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5
Joelho	Flexão	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5
	Extensão	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5
Tíbio- Társica	Flexão plantar	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5
	Flexão dorsal	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5
	Inversão	4/5	4/5	5/5	5/5	5/5	5/5
	Eversão	4/5	4/5	5/5	5/5	5/5	5/5
Dedos pé	Flexão	NT	NT	NT	NT	NT	NT
	Extensão	NT	NT	NT	NT	NT	NT

	Adução	NT	NT	NT	NT	NT	NT
	Abdução	NT	NT	NT	NT	NT	NT

Escala Medical Council Research

5/5 – Movimento normal contra gravidade e resistência;

4/5 – Movimento muscular completo contra resistência moderada e contra gravidade. O doente consegue elevar o membro e tem alguma resistência em relação à sua própria força;

3/5 – Movimento muscular completo apenas contra gravidade, não contra resistência;

2/5 – Tem movimento muscular das extremidades mas não contra gravidade. O doente consegue mover o membro na base da cama;

1/5 – Observa-se contração muscular palpável e/ou visível sem movimento.

0/5 – Sem contração muscular e sem movimento

NT- Não testado

Avaliação da Coordenação Motora

Data	11/10/16			31/10/16			21/11/16		
	Ritmo	Simetria	Rapidez	Ritmo	Simetria	Rapidez	Ritmo	Simetria	Rapidez
Prova dedo-nariz olhos abertos	R	R	D	R	R	R	B	B	B
Prova dedo-nariz olhos fechados	D	D	D	R	R	R	R	R	R
Alternância da palma da mão	D	D	D	R	R	R	B	B	B
Prova calcanhar Joelho	NT	NT	NT	B	B	B	B	B	B

B – Bom; R –Razoável; D – Deficiente; A – Ausente; NT –Não Testado

Avaliação do Equilíbrio

Data	11/10/16		31/10/16		21/11/16	
	Estático	Dinâmico	Estático	Dinâmico	Estático	Dinâmico
Sentado	R	D	B	R	B	B
Em pé	D	D	D	R	R	B

B – Bom; R –Razoável; D – Deficiente; A – Ausente; NT –Não Testado

1.5. Avaliação das Atividades de Vida Diárias

Medida de Independência Funcional - MIF

Data	11/10/2016	21/11/2016
Auto-Cuidado		
Alimentação	1	1
Higiene Pessoal	1	4
Banho	1	6
Vestir metade superior	2	6
Vestir metade inferior	1	6
Utilização da sanita	1	6
Controlo de Esfínteres		
Bexiga	1	7
Intestino	1	7
Transferências		
Leito, cadeira, cadeira de rodas	3	6
Sanita	3	6
Banheira, chuveiro	3	6
Locomoção		
Marcha/cadeira de rodas	2	5
Escadas	1	3
Comunicação		
Compreensão	3	7
Expressão	1	4
Cognição Social		
Interação Social	2	4
Resolução de problemas	1	3
Memória	2	3
Total	30	90

Níveis:

- 7 – Independência completa (em segurança, em tempo normal)
- 6 – Independência modificada (Ajuda técnica)
- 5 – Supervisão
- 4 – Ajuda mínima (indivíduo participa $\geq 75\%$)
- 3 – Ajuda moderada (indivíduo participa $\geq 50\%$)
- 2 – Ajuda máxima (indivíduo participa $\geq 25\%$)
- 1 – Ajuda total (indivíduo participa $\leq 25\%$)

- Nível 7, 6 e 5 – Grau Reduzido
- Nível 4 e 3 – Grau Moderado
- Nível 2 – Grau Elevado
- Nível 1 – Grau Muito Elevado

1.6. Avaliação do EEER

Avaliação EEER

Estado de consciência/Comunicação: Utente, durante as duas primeiras semanas, com comportamento disruptivo, apresentando-se agressivo, reticente e não colaborante nos cuidados. Não mostra aceitação e não permite que seja estabelecida uma relação. Após as duas semanas iniciais de contacto, utente mais calmo e receptivo à minha presença, apresentando-se, assim, mais colaborante nos cuidados. Com um score de 11 na GCS. Quanto ao estado de orientação não foi possível fazer uma avaliação inicial, visto o utente não comunicar verbal e não-verbal. Com dificuldade em aceitar a sua auto-imagem, devido à grande perda de peso e massa muscular, assim como à presença de SNG e traqueostomia.

Funções Cognitivas: Inicialmente não foi possível aplicar o Mini-Mental State Examination, pelo que avaliação foi feita com base na avaliação da neuropsicóloga e pela aplicação de exercícios de estimulação, que visavam as funções cognitivas superiores. Apresenta grande distratibilidade, compromisso da memória imediata e recente, assim como ao nível do planeamento (funções executivas).

Higiene/Vestuário: Necessita de um sistema totalmente compensatório para a realização dos cuidados de higiene. Realiza o banho no chuveiro, com recurso a cadeira sanitária, não participando em nenhuma atividade.

Alimentação: Com SNG, cumpre alimentação entérica, necessitando de um sistema totalmente compensatório.

Eliminação: Incontinente de esfíncteres, usa fralda.

Mobilidade: Utente com tónus muscular mantido, apresenta força grau 5/5 em todos os segmentos articulares. Com compromisso ao nível do equilíbrio e défice de marcha. Realiza levante diário para cadeirão, necessitando ficar com imobilização de tronco, para prevenção de quedas.

Pele/Mucosas: Coradas e hidratadas. Pele íntegra.

Hemodinamicamente estável. Com ocasionais acessos de tosse, expelindo secreções mucoides em pequena quantidade, pela traqueostomia. Sem sinais de dispneia ou cansaço.

Mãe (cuidadora) muito presente e solícita.

Objetivos da intervenção do EEER

Manter tónus muscular;

Melhorar o equilíbrio corporal;

Optimizar marcha;

Realizar a transferência segura;

Articular intervenções com a fisioterapia para facilitar o movimento normal;

Optimizar a realização dos Auto-Cuidados;

Maximizar a participação na realização dos Auto-Cuidados;

Optimizar o regime terapêutico;

Estimular as funções cognitivas;

Compensar défices cognitivos;

Envolver a cuidadora no plano de cuidados.

1.7. Plano de Cuidados

Data de Início	Diagnóstico de Enfermagem	Objetivos	Intervenções de Enfermagem	Avaliação
11/10/2016	Défice no Auto-Cuidado: Higiene Vestuário Eliminação	<ul style="list-style-type: none"> - Optimizar a realização dos Auto-Cuidados; - Maximizar a participação na realização dos Auto-Cuidados; - Manter a motivação para a aquisição de maior autonomia nos auto-cuidados; - Manter tónus muscular; - Manter a integridade dos tegumentos; - Promover a higiene da pele; - Promover o conforto; - Otimizar o uso de ajudas técnicas; - Otimizar o uso de dispositivos compensatórios; - Integrar a cuidadora nos cuidados. 	<p>- <u>Sistema de Assistência em Enfermagem</u>: Totalmente compensatório.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Avaliar e monitorizar o auto-cuidado com recurso à escala de MIF; - Assistir na realização dos Auto-Cuidados; - Desenvolver materiais que exemplifiquem a tarefas por imagens e por sequência; - Treinar a realização dos Auto-Cuidados; - Ensinar a planear a realização dos autocuidados; - Incentivar o Sr. S. M. a ser mais autónomo nos auto-cuidados; - Incentivar a Sr. S. M. a vigiar a pele; 	<p>11/10/2016</p> <ul style="list-style-type: none"> -O Sr. S. M. necessita de um sistema totalmente compensatório para realização dos Auto-Cuidados; - Faz uso da cadeira sanitária e barra de apoio para realizar o banho, e cadeira de apoio para vestir; - Não manifesta iniciativa, nem colabora na realização destes, mesmo quando estimulado a fazê-lo; - Desenvolvidos materiais que exemplificavam a tarefas por imagens e por sequência, imprimindo-se e plastificando esses materiais de modo a que

			<p>- Fornecer reforço positivo.</p> <p><u>A 18/10/2016 acrescentam-se as seguintes intervenções:</u></p> <p>- Realizar treino vesical.</p>	<p>pudessem ser afixados no wc, assim na zona de duche foi afixada uma sequência de imagens representativas das rotina banho, na zona de vestir a rotina vestuário, no lavatório a rotina pentear, lavar os dentes e barbear.</p> <p><u>31/10/2016</u></p> <p>- Mostra iniciativa e colabora dentro das suas possibilidades na realização dos Auto-Cuidados;</p> <p>- Serve-se dos materiais desenvolvidos como guia orientador dos passos a desenvolver em cada tarefa;</p> <p>- Consegue nomear, previamente, os itens que necessita para realizar determinado Auto-Cuidado.</p> <p><u>21/11/2016</u></p>
--	--	--	--	---

				<p>- O Sr. S. M. conseguiu evoluir de um sistema totalmente compensatório para um sistema de apoio/educação no autocuidado higiene e vestuário, em que necessita de uma ajuda mínima, incidindo esta na organização do espaço físico (colocação da cadeira na zona de banho, colocação dos produtos de higiene ao alcance do utente). Veste-se e despe-se de forma independente com recurso a cadeira de apoio e barra para facilitar o levante e equilíbrio;</p> <p>- Na realização da higiene pessoal, também com um sistema de apoio/educação necessita que lhe sejam providenciados os instrumentos (escova, escova de dentes, lâmina barbear), conseguindo realizar a sua higiene oral e</p>
--	--	--	--	---

				<p>pentear-se de forma independente, já para desfazer a barba requer um sistema parcialmente compensatório;</p> <p>- Utente continente de esfíncteres, usando o wc no período diurno e urinol no noturno, não necessita uso de fralda.</p>
--	--	--	--	--

Data de Início	Diagnóstico de Enfermagem	Objetivos	Intervenções de Enfermagem	Avaliação
11/10/2016	Défi ce no Auto-Cuidado: Marcha Transferência	<ul style="list-style-type: none"> - Optimizar a realização dos Auto-Cuidados; - Manter a motivação para a aquisição de maior autonomia nos auto-cuidados; - Manter tónus muscular; - Melhorar o equilíbrio corporal; - Facilitar o movimento normal; 	<ul style="list-style-type: none"> - <u>Sistema de Assistência em Enfermagem</u>: Sistema Totalmente Compensatório. - Avaliar parâmetros vitais; - Avaliar e monitorizar força muscular, com recurso à escala da Medical Council 	<p>11/10/2016</p> <ul style="list-style-type: none"> - Feita avaliação motora do utente; - Discutido com a fisioterapia a realizar; - Utente, aquando do levante, necessita ficar com imobilização

	<p>Equilíbrio Corporal Comprometido</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Optimizar marcha com e sem ajudas técnicas; - Realizar a transferência segura com maior autonomia (sentado para de pé e vice-versa); - Prevenção de quedas; - Manter participação social e familiar; - Integrar a cuidadora nos cuidados. 	<p>Research;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Avaliar e monitorizar o equilíbrio; - Executar exercícios de mobilização ativa/resistida numa posição de sentada: <ul style="list-style-type: none"> - Abdução e adução, flexão e extensão, rotação interna e externa da articulação escapulo-umeral; 	<p>de tronco como prevenção de quedas.</p> <p><u>31/10/2016</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Utente colaborante e motivado com o plano de exercícios que executa diariamente;
	<p>Risco de Queda Elevado</p>		<ul style="list-style-type: none"> - Abdução e adução, flexão e extensão, rotação interna e externa da articulação escapulo-umeral; - Abdução e adução da articulação coxofemoral; - Extensão e flexão, elevação e depressão da articulação do joelho; - Eversão e inversão tibiotársica; - Dorsiflexão e flexão plantar; - Instruir e supervisionar mobilizações ativas/resistidas; - Treinar e supervisionar postural corporal; - Identificar e minimizar compensações realizadas no decorrer dos exercícios/atividades terapêuticas - Treinar equilíbrio; - Treinar transferência segura de pé para sentada e vice-versa; 	<ul style="list-style-type: none"> - Introduzidos elementos como a bola, que é atirada em diversas direções e o utente tem de apanhar e devolver. Exercícios realizado com o utente sentado; - Executa a transferência com maior segurança; - Não necessita imobilização de tronco quando sentado no cadeirão; - Consegue deambular médias/longas distâncias com apoio de terceiros (1 pessoa). <p><u>21/11/2016</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - O Sr. S. M. mantém-se colaborante e motivado face às

			<ul style="list-style-type: none">- Optimizar treino de marcha com contorno de obstáculos;- Ensinar sobre prevenção de quedas;- Estabelecer parceria com a fisioterapia;- Fornecer reforço positivo.	<p>melhorias registadas;</p> <ul style="list-style-type: none">- Realiza a transferência com maior segurança e estabilidade;- Apresenta marcha otimizada, com o movimento do MS a acompanhar MI contralateral;- Realiza marcha apenas com supervisão, sem tropeçar, sem desvio da linha da marcha apenas para se desviar de objetos;- Faz treino de equilíbrio com a bola (atirar e devolver) na posição de pé.
--	--	--	---	--

Data de Início	Diagnóstico de Enfermagem	Objetivos	Intervenções de Enfermagem	Avaliação
11/10/2016	Défice na Gestão do Regime Terapêutico	<ul style="list-style-type: none"> - Optimizar o regime terapêutico; - Integrar a cuidadora nos cuidados. 	<p><u>*Sistema de Assistência em Enfermagem</u>: Apoio/Educação.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Informar sobre a gestão de regime terapêutico: factores de risco, alimentação, exercício físico, medicação; - Gestão de expectativas face ao plano de enfermagem de reabilitação desenhado. 	<p><u>21/11/2016</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Aceitação por parte do utente e mãe que os ganhos se desenvolvem progressivamente; - Aceitação da importância em graduar os estímulos e estar atento às respostas de fadiga e cansaço, respeitando os limites da pessoa, evitando causar frustração e retrocesso.

Data de Início	Diagnóstico de Enfermagem	Objetivos	Intervenções de Enfermagem	Avaliação
11/10/2016	Comportamento Disruptivo	<ul style="list-style-type: none"> - Estabilizar e adequar o humor; - Estabilizar e adequar o comportamento; - Optimizar comunicação; - Promover a aceitação da sua imagem; - Integrar a cuidadora nos cuidados. 	<p><u>*Sistema de Assistência em Enfermagem:</u> Sistema Totalmente Compensatório.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Trabalhar o controlo ambiental; - Adequar a postura (neutra); - Gerir a comunicação: <ul style="list-style-type: none"> - Estabelecer contacto visual, tom de voz adequado, linguagem simples, clara e concisa; - Promover oportunidade para o utente expressar os seus sentimentos; - Disponibilizar presença, gerir ambiente; - Assistir a Sr. S. M. a identificar elementos precipitantes do comportamento disruptivo, que podem ou não ser alterados (ruído, escolhas reduzidas); - Assistir o utente a analisar o seu comportamento; - Assistir o utente a analisar o seu humor; 	<p><u>11/10/2016</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Utente com comportamento disruptivo e humor depressivo. Recusa qualquer intervenção. - Apresenta parésia facial bilateral, com interferência na fala, na comunicação não-verbal e na autoimagem. - Traqueostomizado.
	Comunicação alterada			<p><u>31/10/2016</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Aceitação da minha presença que foi conseguida através do controlo ambiental, em que primava por estabelecer contactos com o utente em períodos mais calmos do dia, com menos ruído e menos atividades causadoras de stress (como a hora da higiene); e desenvolvia várias interações por dia, com curta duração. Para além
	Auto-imagem alterada			

			<ul style="list-style-type: none"> - Identificar com o utente pensamentos e sentimentos; - Proporcionar escolhas nas atividades a desenvolver (ex. ouvir música, jogos de papel e caneta, ver fotos, entre outras); - Promover a maior autonomia do utente nos seus autocuidados; - Trabalhar a percepção da auto-imagem; - Assistir o utente a identificar os elementos causadores de maiores constrangimentos; - Desenvolver estratégias para trabalhar os elementos causadores de constrangimento. <p><u>A 17/10/2016 utente descanulado pelo que acrescentam-se as seguintes intervenções:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Realizar massagem facial; - Realizar exercícios de reeducação da musculatura facial: <ul style="list-style-type: none"> - “assobiar”, “encher a boca com ar”, “mostrar os dentes”, “sorrir”, “mastigar”, 	<p>disso, por vezes havia a necessidade de ignorar determinados comportamentos, e redirecionar a sua atenção que permitia uma quebra no ciclo de perseveração/frustração;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Descanulado. <p><u>21/11/2016</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Utente com humor eutímico, com comportamento calmo e adequado com a equipa, família e demais pessoas que interagissem com ele. - Utente com significativos progresso na restauração da motricidade facial, com melhoria da articulação das palavras. - Recuperou movimento ao nível do lábio à direita e maior controlo de movimento da pálpebra direita, melhorando-lhe a autoestima e auto-imagem.
--	--	--	--	--

			<p>“mandar beijos”, “depressão do lábio inferior”. “soprar”.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Instruir a cuidadora na realização dos exercícios de reeducação da musculatura facial; -Treinar cuidadora na realização dos exercícios de reeducação da musculatura facial; - Assistir o utente no controlo da respiração; - Assistir o utente na melhoria da qualidade da voz e articulação de palavras. 	
--	--	--	---	--

Data de Início	Diagnóstico de Enfermagem	Objetivos	Intervenções de Enfermagem	Avaliação
02/01/2017	Défice de Atenção, Memória e Funções Executivas	<ul style="list-style-type: none"> - Estimular as funções cognitivas; - Recuperar a readaptar défices de atenção, memória e funções executivas; 	<p>*Sistema de Assistência em <u>Enfermagem</u>: Sistema Totalmente Compensatório.</p>	<p>11/10/2016</p> <ul style="list-style-type: none"> - Utente apresentava dificuldades na realização de exercícios de

		<ul style="list-style-type: none"> - Compensar défices de atenção, memória e funções executivas; - Melhorar as funções cognitivas, adaptadas ao quotidiano; - Compensar as funções cognitivas, adaptadas ao quotidiano; - Manter participação social e familiar; - Integrar a cuidadora nos cuidados. 	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar os domínios cognitivos através do Mini-Mental State Examination; - Gerir o ambiente: <ul style="list-style-type: none"> - Redução do barulho e de outros factores causadores de distração, local de referência da pessoa; - Gerir a comunicação: <ul style="list-style-type: none"> - Estabelecer contacto visual, tom de voz adequado, linguagem simples, clara e concisa, postura adequada; - Realizar orientação para a realidade no tempo e espaço: <ul style="list-style-type: none"> - Utilizar pistas do meio ambiente (relógio, atividades específicas de determinadas horas, ex. alimentação); - Construir materiais (calendário; quadro esquemático das várias atividades do dia); - Fornecer de informação verbal referente a acontecimentos diários; - Realizar atividades terapêuticas no 	<p>estimulação sensoriomotora por distração e desinteresse.</p> <p><u>31/10/2016</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Utente receptivo à realização dos exercícios que eram realizados de forma sistemática num período de 30 a 40 minutos, num ambiente calmo e adequando para a pessoa. - Os exercícios eram realizados de forma hierárquica e conforme a evolução, grau de desempenho, facilidade e frustração. - Introduzido o apoio da cuidadora, com a minha orientação prévia, para continuidade dos exercícios. <p><u>21/11/2016</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - O Sr. S. S. M. com melhoria significativa dos processos cognitivos sobre os quais incidiu a
--	--	--	--	---

			<p>âmbito da atenção;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Realizar exercícios para trabalhar a atenção mantida: <ul style="list-style-type: none"> - Construção de puzzles em suporte digital; construção de torre de blocos em suporte físico; sequência de números; ouvir palavras e pressionar algo quando o alvo é identificado; - Realizar exercícios para trabalhar a atenção alternada: <ul style="list-style-type: none"> - Exercícios de alternância de números ou letras, como a sopa de letras, sopa de números, sopa de figuras e cores; e identificação de diferenças. - Trabalhar a atenção seletiva: <ul style="list-style-type: none"> - Introduzir factos de distração durante realização dos exercícios (estímulos externos de sons ou objetos); - Realizar atividades terapêuticas no âmbito da memória; - Realizar exercícios para trabalhar a 	<p>intervenção;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Os ganhos no domínio cognitivo traduziu-se em ganhos no domínio dos Auto-cuidados.
--	--	--	--	--

			<p>memória imediata:</p> <ul style="list-style-type: none">- Repetição de sequências de números e frases pela ordem e no sentido inverso; <p>- Realizar exercícios para trabalhar a memória recente:</p> <ul style="list-style-type: none">- Mostrar objetos e pedir para memorizar; mostrar imagens pedir para memorizar e descrever; memorizar desenhos e reproduzir; memorizar palavras e leitura de textos curtos (revistas, notícias, livro de exercícios), seguida de uma organização da informação (anotação dos pontos principais), e discussão com outras pessoas sobre o tema; <p>- Realizar exercícios para trabalhar a memória remota:</p> <ul style="list-style-type: none">-Técnica de reminiscência com o uso de figuras, fotografias, músicas, jogos ou outros estímulos relacionados com a vida passada do utente;	
--	--	--	---	--

			<ul style="list-style-type: none">- Realizar atividades terapêuticas no âmbito das funções executivas:<ul style="list-style-type: none">- Exercícios de semelhanças e diferenças entre pares de palavras; ordenação de sequências de ação; ordenação de sequências lógicas com números e figuras; flexibilidade em unir figuras com cores/formas alternadas; exercícios de cálculo; realização de listas de compras; organização do espaço físico; criar rotinas específicas para a tarefa; planejar ações de forma repetida;- Ensinar a usar dispositivos de compensação (calendário, relógio, alarmes, cadernos de apontamentos, post-it);- Treinar o uso de dispositivos de compensação (calendário, relógio, alarmes, cadernos de apontamentos, post-it);- Envolver a cuidadora na continuidade dos exercícios de treino de atenção,	
--	--	--	---	--

			memória e funções executivas; - Motivar a pessoa (reforço positivo) na realização das atividades terapêuticas de atenção, memória e funções executivas.	
--	--	--	--	--

Data de Início	Diagnóstico de Enfermagem	Objetivos	Intervenções de Enfermagem	Avaliação
02/01/2017	Descoordenação Motora (Membros Superiores)	<ul style="list-style-type: none"> - Optimizar a coordenação motora; - Facilitar o movimento normal dos membros superiores; - Manter a integridade articular; - Manter a motivação para a participação nos exercícios; - Integrar a cuidadora nos cuidados. 	<p><u>*Sistema de Assistência em Enfermagem:</u> Totalmente Compensatório.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Trabalhar a coordenação motora; - Realizar exercícios para trabalhar a coordenação motora: <ul style="list-style-type: none"> - Abrir e fechar fechos e cadeados; fazer fios de missangas; enrolar cordel em volta de uma argola; atar atacadores; desenroscar e enroscar parafusos; empilhar uma torre de blocos sem deixar cair; - Assistir o utente na melhoria da 	<p><u>11/10/2016</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Utente apresentava dificuldades na realização de exercícios de coordenação motora e motricidade fina. <p><u>21/11/2016</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - A aplicação e treino dos exercícios resultaram numa maior coordenação e rapidez na execução destes, assim como potenciava em simultâneo o treino da atenção.

			realização dos exercícios e rapidez; - Envolver a cuidadora na continuidade dos exercícios de treino de coordenação motora.	
--	--	--	--	--

1.8. Carta de Alta

O Sr. [REDACTED], de 25 anos, permaneceu internado neste serviço desde dia 23.07.2016. Encontra-se, actualmente, num score de 15, na Escala de Coma de Glasgow, calmo e colaborante com a equipa.

Na avaliação dos pares cranianos com alteração do I par (olfactivo), não identifica os cheiros do lado esquerdo; do II par (óptico) com diminuição da acuidade visual do olho esquerdo; do V par (trigémio) não apresenta movimentos mastigatórios; VII par (facial) com parésia facial bilateral; X par (vago) com alteração no tom da voz. Não foi avaliado o IX (glossofaríngeo).

Com força mantida em todos os segmentos articulares. Com défice ao nível do equilíbrio, feito treino sentado e de pé (estático e dinâmico) com introdução de materiais como bola, que era atirada em diversas direcções, nas quais o utente tinha de apanhar e devolver.

Apresenta défice de marcha pelo que foi articulado com a fisioterapia os treinos de marcha a realizar, pelo que actualmente o utente deambula de forma independente com supervisão e feedback para correcção da postura.

Com descoordenação motora e com alteração da motricidade fina pelo que foram desenvolvidas actividades como montar uma torre de blocos, abrir e fechar fechos e cadeados, fazer fios de missangas, enrolar um cordel em volta de uma argola, atar atacadores, entre outros que resultaram numa maior coordenação e rapidez na execução dos exercícios.

Apresenta parésia facial bilateral, instituídos exercícios de mimica facial com recurso a cartões com imagens, actualmente esboça movimento ao nível do lábio à direita e maior controlo de movimento da pálpebra direita. Os exercícios que não consegue realizar apenas com recurso aos músculos da face, auxilia com as mãos a fim de completar o movimento.

Devido ao grande período de internamento e às sequelas associadas ao tipo de lesão sofrida, utente com alterações ao nível da cognição, em particular nas componentes da atenção, memória e funções executivas. Desenvolvidas várias intervenções, a fim de melhorar as funções cognitivas, adaptadas ao quotidiano e necessidades do utente, como a impressão de sequências de imagens representativas das rotinas diárias como o banho, higiene pessoal, vestuário, entre outras, que serviram como técnicas compensatórias para a realização dos autocuidados e

integração destes nas funções executivas, assim como potenciadoras da atenção do utente. Actualmente o utente não necessita das imagens (dispositivos externos de compensação) para realizar os seus autocuidados, consegue iniciar e desenvolver a acção pretendida.

Desta forma, no que respeita o autocuidado banho, o utente necessita de uma ajuda mínima, incidindo esta na organização do espaço físico (colocação da cadeira na zona de banho, colocação dos produtos de higiene ao alcance do utente). O utente veste-se e despe-se de forma independente com recurso a cadeira de apoio e barra para facilitar o levante e equilíbrio. Para a realização da higiene pessoal necessita que lhe sejam providenciados os instrumentos (escova, escova de dentes, lâmina barbear), conseguindo realizar a sua higiene oral e pentear-se de forma independente, para desfazer a barba requer ajuda moderada.

Com os ganhos nas funções cognitivas foi possível fazer treino vesical, apresentando-se actualmente continente de esfíncteres, usando o wc no período diurno e urinol no nocturno, não necessita uso de fralda.

Utente obtém 90 pontos na MIF (Medida de Independência Funcional).

Além da estimulação das funções cognitivas com os autocuidados, também foram desenvolvidos exercícios restaurativos para as diversas funções como sendo sequências de acção, sequências lógicas, jogo de pares, flexibilidade em unir figuras, leitura e análise de textos, listas de compras e orçamentos, assim como recursos a jogos digitais (tablet e telemóvel), que se traduziram em ganhos na sua vida de relação e interacção social, obtendo 24 pontos no MMSE. . Feito uso de fotografia prévias e pós acidente, vídeos e músicas do agrado do utente. Com ganhos notórios ao nível da memória e atenção, não apresentando tanta distratibilidade, mesmo quando introduzidos de forma propositada factores de distracção.

Durante todas as intervenções e abordagens considerada a terapia de orientação para a realidade, com recurso a elementos como calendário e telemóvel. Articulados os cuidados com a cuidadora que se apresentou disponível e receptiva às intervenções desenvolvidas, estabelecendo-se como parceira de cuidados.

1.9. Materiais que exemplificam a tarefa por imagens e por seqüência



1.10. Exercícios de Estimulação das Funções Cognitivas

Caderno de Actividades - Atenção

ATENÇÃO
EXERCÍCIO 6

INSTRUÇÕES: pedir ao seu familiar que procure e assinale os algarismos 7 e 9.

22/11/2016

3	5	7	9	5	4	9	6	8	7	1	8	2	4	5
4	2	6	1	8	9	7	8	8	6	5	7	5	9	7
1	5	1	6	9	6	5	7	9	5	4	5	4	4	5
0	9	2	3	6	0	4	6	1	8	9	8	5	8	8
6	8	7	1	8	2	5	3	5	7	9	5	4	7	2
4	4	6	1	8	9	8	4	4	6	1	8	9	6	7
1	3	1	6	9	6	9	1	3	1	6	9	6	1	5
0	0	2	3	6	0	6	0	0	2	3	6	0	2	7
6	8	7	1	8	2	8	6	8	7	1	8	2	7	5
9	6	8	7	1	8	2	4	5	5	7	5	9	5	8
6	5	7	8	8	6	5	7	5	9	9	6	9	1	3
5	3	5	7	9	5	4	5	4	4	6	0	6	0	0
7	4	4	6	1	8	9	8	5	0	8	2	8	6	8
3	1	6	9	6	9	1	3	1	6	1	8	2	4	5
6	2	3	6	0	4	6	1	8	9	8	5	0	9	3

27

ATENÇÃO
EXERCÍCIO 20

INSTRUÇÕES: pedir ao seu familiar que procure e assinale as estrelas brancas.

12/11/2016

41

Caderno de Actividades - Atenção

ATENÇÃO
EXERCÍCIO 20

INSTRUÇÕES: pedir ao seu familiar que procure e assinale as estrelas brancas.

12/11/2016

41

Caderno de Actividades - Atenção

ATENÇÃO
EXERCÍCIO 26

INSTRUÇÕES: pedir ao seu familiar que procure e assinale os quadrados verdes.

12/11/2016

47

Caderno de Atividades - Memória

MEMÓRIA

MEMÓRIA IMEDIATA

EXERCÍCIO 1

15/11/2016

INSTRUÇÕES: ler os seguintes números ao seu familiar e pedir-lhe que os repita, primeiro pela ordem que ouviu e depois invertendo a ordem.

2 5	✓
6 3	✓
4 7 5	✓
1 7 4	✓
8 6 0 2	✓
2 7 4 5	✗
8 4 9 7 1	✗
4 3 8 1 3	✓
3 5 1 2 8 7	✗
5 6 3 8 1 0	✗

Caderno de Atividades - Memória

MEMÓRIA

MEMÓRIA RECENTE

EXERCÍCIO 10

15/11/2016

INSTRUÇÕES: dizer calmamente as seguintes palavras ao seu familiar e pedir-lhe que as memorize.

<p>Exercício 1 ✓</p> <p>Anel ✓ Celeste ✓ Sapato ✓ Ilha ✓</p>	<p>Exercício 5 ✓</p> <p>Futebol ✓ Manta ✓ Piquenique ✓ Escola ✓</p>	<p>Exercício 8 ✗</p> <p>Clip ✗ Árvore ✗ Cão ✗ Barco ✗ Terra ✗ Andar ✗ Viagem ✗ Pai ✗</p>
<p>Exercício 2 ✓</p> <p>Cola ✓ Nariz ✓ Esparguete ✓ Tubo ✓</p>	<p>Exercício 6 ✗</p> <p>Bola ✗ Caneca ✗ Pano ✗ Girafa ✗ Livro ✗ Parafuso ✗</p>	<p>Exercício 9 ✗</p> <p>Avião ✗ Marinheiro ✗ Campeonato ✗ Irmão ✗ Calor ✗ Calendário ✗ Tecto ✗ Frio ✗</p>
<p>Exercício 3 ✓</p> <p>Veado ✓ Erva ✓ Comida ✓ Caçador ✓</p>	<p>Exercício 7 ✓</p> <p>Chave de fendas ✓ Fechadura ✓ Janela ✓ Chuva ✓ Tapete ✓ Portão ✓</p>	
<p>Exercício 4 ✓</p> <p>Lebre ✓ Correr ✓ Jovem ✓ Mato ✓</p>		

Exercícios de Estimulação

MEMÓRIA

EXERCÍCIO 12

15/11/2016

MEMÓRIA RECENTE

INSTRUÇÕES: ler o seguinte texto ao seu familiar, devagar e assegurando-se de que está atento.

O Gonçalo tem doze anos. Anda na escola e a professora diz que aprende muito bem.

De seguida, fazer-lhe as seguintes perguntas:

Lembra-se do nome do personagem do texto?	✓
É uma criança ou um adulto?	✓
Que idade tem?	✓
Aprende bem ou mal na escola?	✓

Exercícios de Estimulação

MEMÓRIA

EXERCÍCIO 14

22/11/16

MEMÓRIA RECENTE

INSTRUÇÕES: ler o seguinte texto ao seu familiar, devagar e assegurando-se de que está atento.

A família Fonseca, no Verão, decidiu fazer um piquenique na encosta do Castelo de Santa Maria da Feira. A D. Rosa Fonseca fez uma torta de noz, que é a preferida dos seus 2 filhos, a Camila e o Carlos. Também levaram sumo de laranja, sandes de queijo e fiambre, com alface e tomate, e fruta variada. Como estava muito sol, o Sr. José Fonseca achou melhor levarem um guarda-sol para se protegerem. Depois de comer, a família foi dar uma volta pelo Castelo. Regressaram a casa por volta das 5 horas da tarde.

De seguida, fazer-lhe as seguintes perguntas:

Qual é o apelido da família de que se fala no texto?	Fonseca
Quantas pessoas fazem parte dessa família e como se chamam elas?	4: D. Rosa, Camila, Carlos, Sr. José
Em que época do ano é que esta família decidiu fazer o piquenique?	Verão
Onde fizeram o piquenique?	encosta do castelo Santa Maria
Que bolo fez a D. Rosa Fonseca?	noz
Quem gostava desse bolo?	filhos
Que outras coisas levaram eles para comer?	sumo de laranja, sandes de queijo e fiambre, com alface e tomate, e fruta variada
Como estava o tempo?	sol
O que fez a família depois de comer?	dar uma volta pelo castelo
A que horas regressaram a casa?	5h

Caderno de Actividades - Memória

MEMÓRIA

EXERCÍCIO 22

MEMÓRIA REMOTA

INSTRUÇÕES: dizer ao seu familiar que vão realizar um exercício sobre a distribuição do tempo em horas, dias, meses, etc.

15/11/2016

Quantos dias tem uma semana? Quais são?	7
Quantos meses tem um ano? Quais são?	12
Quantos estações tem um ano? Quais são?	4
Quantos dias tem um ano?	365
Quantos dias tem um mês?	28/29/30/31
Quantas horas tem um dia?	24
Quantos minutos tem uma hora?	60
Quantos segundos tem um minuto?	60

Caderno de Actividades - Funções Executivas

FUNÇÕES EXECUTIVAS

EXERCÍCIO 4

15/11/2016

SEQUÊNCIAS DE ACÇÃO

INSTRUÇÕES: ler atentamente as seguintes frases ao seu familiar e pedir-lhe que as ordene para que sigam uma sequência de acção.

Para comprar pão:

Escolher o pão	2
Pagar	3
Entrar na loja	1

Para dormir:

Deitar-se na cama	3
Vestir o pijama	2
Cobrir-se com o cobertor	4
Tirar a roupa	1

Para fazer uma refeição:

Levar a comida à boca	3
Pegar nos talheres	1
Partir a comida	2
Servir-se da travessa	4

167

Exercício de Estimulação

FUNÇÕES EXECUTIVAS

EXERCÍCIO 5

SEQUÊNCIAS DE ACÇÃO

INSTRUÇÕES: ler atentamente as seguintes frases ao seu familiar e pedir-lhe que as ordene para que sigam uma sequência de acção.

20/11/2016

Para lavar a louça:

Esfregar a louça	3
Pôr detergente no esfregão	2
Passar por água	1
Deixar escorrer	4

Para ver televisão:

Seleccionar o canal	3
Ligar a televisão	2
Ver o programa	4
Pegar no comando	1

Para telefonar:

Falar ao telefone	4
Procurar o número de telefone	1
Pegar no auscultador	3
Marcar o número de telefone	2

168

Exercício de Estimulação

FUNÇÕES EXECUTIVAS

EXERCÍCIO 11

SEQUÊNCIAS LÓGICAS

INSTRUÇÕES: pedir ao seu familiar que complete as seguintes séries:

15/11/2016

●●●●●	Azul
●●●●●	Verde
●●●●●	Verde
●●●●●	Azul
●●●●●	Azul

Caderno de Actividades - Funções Executivas

FUNÇÕES EXECUTIVAS

EXERCÍCIO 33

FLEXIBILIDADE

INSTRUÇÕES: pedir ao seu familiar que una as figuras abaixo alternando as cores e seguindo a ordem verde - vermelho - azul.

15/11/2016

Apêndice V

Estudo de Caso II

7º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Estudo de Caso

Serviço de Neurocirurgia

Tânia Isabel Figueiredo de Almeida (aluno nº. 6701)

Docente: José Carlos Pinto Magalhães

LISBOA

2016

1. Colheita de Dados

1.1. História Atual e Pgressa

Caracterização da Pessoa

Nome: L. C.

Idade: 24 anos

Data de Nascimento: 17/01/1992

Género: Masculino

Raça: Caucasiana

Estado Civil: Solteiro

Profissão: Operário e distribuidor numa empresa de charcutaria

Internamento no Serviço de Neurocirurgia

Data de Admissão: 03.10.2016

Diagnóstico Principal: Traumatismo Crânio-Encefálico

Antecedentes Pessoais: Não refere

Motivo de Internamento: Utente vítima de acidente de viação, despiste de viatura com embate frontal em árvore e capotamento.

História Atual da Doença No dia 11 de Setembro, o Sr. L. C. é vítima de despiste de viatura, com embate frontal com árvore e capotamento. Assistido no local pela VMER que descreve CGS 3 (O1M1V1). Transportado para o CHLC onde se descreve politraumatizado, com CGS 4 (O1M2V1). Avaliado pela neurocirurgia que considera sem indicação cirúrgica nem colocação de sensor de pressão intracraniana, sendo transferido para a Unidade Cuidados Intensivos Neurocríticos (UCINC). Sedado e ventilado, fica internado nesta unidade com o intuito de dar resposta às necessidades de cuidados que o utente apresentava:

- Hematoma epidural;
 - Contusão cerebral;
 - Lesão axonal difusa;
 - Hemorragia subaracnoideia;
 - Hematoma subdural;
-

-
- Contusão pulmonar;
 - Insuficiência respiratória pós trauma.

Por incapacidade de proteger adequadamente a via aérea é realizada no dia 18 Setembro traqueotomia cirúrgica. Posteriormente é desconectado do ventilador ficando em espontâneo por cânula.

O Sr. S.M permaneceu internado na Unidade de Cuidados Intensivos Neurocríticos (UCINC) até 3 de outubro, data em que é transferido para a enfermaria. Aquando da transferência para a enfermaria, após 33 dias de internamento, utente com GCS 10 (O4M5V1) existindo dúvidas se por vezes cumpre ordens de forma errática, neurologicamente melhorado. Totalmente dependente para a realização dos Auto-Cuidados, traqueostomizado, sem necessidade de aporte de oxigénio, tolerando levantar para cadeirão.

De intercorrências refere-se no dia 21 Setembro quadro traqueobronquite nosocomial sendo medicado com piperacilina/tazobactam com resposta clinica favorável.

Situação Familiar, Social e Habitacional

Agregado Familiar: Utente e pais

Cuidador informal: A. C. (Irmão); C. C. (irmã); M. C. (namorada)

História Social: Utente reside com os pais, com relação estável com a namorada M. C.. Reside em habitação inserida num complexo de apartamentos, num segundo andar, na zona de Rio Maior. A habitação de acordo com os cuidadores, apresenta boas áreas, e apesar de ser um segundo andar, apresenta elevador de acesso ao apartamento, com boas condições de habitabilidade.

Com boa relação com os pais e irmãos (não residentes na mesma habitação), que constituem a rede de apoio.

Utente profissionalmente ativo, é operário e distribuidor numa empresaria de charcutaria a nível nacional.

Interessa-se por desporto e forma física (utilizador assíduo de ginásio) e de música (rock e heavy metal).

1.2. Avaliação Objetiva

Parâmetros Vitais

Tensão Arterial	Frequência Cardíaca	Temperatura	Frequência Respiratória	Dor
117/65 mmHg	80 bpm	36,3°	22 cpm	0

Glicémia Capilar (jejum)	Padrão Respiratório
97 mg/dl	Tipo: Espontânea Padrão: Torácico Amplitude: Baixa Simetria: Assimétrica Ritmo: Regular Auscultação pulmonar: Apresenta murmúrio vesicular mantido, ainda que menos audível ao nível do hemitórax esquerdo.

Terapêutica Habitual

Medicação	7h	9h	13h	15h	21h	23h
Propranolol (PO)	20mg			20mg		20mg
Amoxicilina + Ácido Clavulâmico (PO)	500+125mg			500+125mg		500+125mg
Levetiracetam (PO)		1500mg			2000mg	
Furosemida (PO)		20mg				
Clonazepam (PO)						2mg
Esomeprazol (PO)						20mg
Ultra Levur (PO)			250mg			
Enoxaparina (SC)			40mg/0,4ml			

Meios Complementares de Diagnóstico

TAC CE (11/09/2016)

“Hematoma epidural frontal esquerdo, com efeito de massa apenas loco-regional, mas sem desvios de estruturas da linha média. Focos contusionais edemato-hemorrágicos, fronto-insular e também fronto-basal à direita. Pequeno foco cortical hemorrágico temporo-insular direito e frontal posterior homolateral. Lesões de natureza pós-traumática aguda com componentes hemorrágicos (lesão axonal difusa/lesão vascular difusa). Hemorragia subaracnoideia maioritariamente parietal. Discretos níveis hemáticos intra-ventriculares. Fina lâmina hemática subdoral na vertente esquerda.”

TAC TAP (11/09/2016)

“Contusão pulmonar no segmento ápico-posterior do lobo superior esquerdo e basal interno do lobo inferior direito.”

RM CE (16/09/2016)

“Aspectos sugestivo de focos contusionais edemato-hemorrágicos, fronto-insular e também fronto-basal à direita. Pequeno foco cortical hemorrágico temporo-insular direito e frontal posterior homolateral. Múltiplas pequenas lesões dispersas: zona de transição cortico-subcortical frontal e parietal predominantemente à esquerda; vertente esquerda do esplénio do corpo caloso; vertente direita do fórnix e vertente postero-lateral esquerda da protuberância e mesencéfalo. Coleção hemática extra-axial epidural frontal esquerda, com aproximadamente 20 mm de maior espessura. Coexistem discretos níveis hemáticos subaracnoideus. Fina lâmina hemática subdural tentorial na sua vertente esquerda. Discretos níveis hemáticos intra-ventriculares. Estruturas da linha média sem deformações ou desvios posicionais.”

TAC CE (06/10/2016)

“Em comparação com o exame prévio efectuado dia 13 de Setembro, observa-se reabsorção parcial da coleção hemática extra-axial frontal anterior esquerda, atualmente em fase de isodensidade e com cerca de 9 - 10 mm de maior espessura, aspecto este que cursa, conseqüentemente, com evidente atenuação do efeito de massa, já praticamente inexistente.

Relativamente ao restante exame observa-se reabsorção dos vestígios de HSA

multifocal e também das lesões hemorrágicas parenquimatosas, quer do foco de contusão fronto-orbitário posterior direito, quer das inúmeras lesões milimétricas sugestivas de focos de estiramento axonal difuso. Documentam-se pequenas áreas de hipodensidade na face interna da vertente superior da transição fronto-parietal esquerda, região fronto-orbitário direita e vertente posterior da transição ponto-mesencefálica à esquerda, resultantes de evolução das lesões traumáticas referidas. De referir por último o alargamento ligeiro dos ventrículos e dos sulcos comparativamente com o estudo prévio, sem características de hidrocefalia, sugerindo evolução para componente ligeiro de atrofia. A merecer no entanto estudo evolutivo.”

1.3. Avaliação Neurológica

Escala de Coma de Glasgow		06/10/16	11/10/16
Abertura dos Olhos	1 - Nenhuma		
	2 - Resposta à dor		
	3 - Resposta à fala		
	4 - Espontânea	x	x
Melhor resposta verbal	1 - Nenhuma	x	
	2 - Sons incompreensíveis		x
	3 - Palavras inadequadas		
	4 - Confusa		
	5 - Orientada		
Melhor Resposta Motora	1 - Nenhuma		
	2 - Extensão anormal		
	3 - Flexão anormal		
	4 - Retirada		
	5 - Localiza o estímulo doloroso	x	
	6 - Obedece a comandos verbais		x
Score total		10	12

Orientação		06/10/16	11/10/16
Orientada	Pessoa	-	-
	Espaço	-	-
	Tempo	-	-

Memória		06/10/16	11/10/16
Imediata	Mantida	-	-
	Alterada	-	-
Recente	Mantida	-	-
	Alterada	-	-
Remota	Mantida	-	-
	Alterada	-	-

Atenção		06/10/16	11/10/16
Atenção selectiva	Captada	-	-
	Mantida	-	-
	Alterada	-	-

Escala Rancho Los Amigos

Encontra-se no nível III de funcionamento cognitivo, traduzindo-se por ir estando mais acordado durante o dia com mais movimentos, e por ter uma resposta específica

mas não consistente aos estímulos (ex. virar-se para um som, fuga à dor, tenta observar uma pessoa que se move na sala, começa a reconhecer familiares, segue algumas instruções simples).

Não foi possível fazer avaliação da orientação do utente, assim como funções cognitivas uma vez que o utente ainda sem ciclo de sono/vigília estabelecido, alternado períodos de sonolência, com períodos de agitação psicomotora.

Da mesma forma, que também, não foi possível aplicar o Mini-Mental State Examination.

Pares Cranianos

Data	06/10/16	11/10/16
(I) Olfativo	Nav (Não participa)	Nav (Não participa)
(II) Óptico	Nav (Não participa)	Nav (Não participa)
(III) Oculomotor (IV) Patético (VI) Motor Ocular Comum	D (Pupilas simétricas redondas, com 4 mm de diâmetro)	D (Pupilas simétricas redondas, com 4 mm de diâmetro)
(V) Trigémio	D (Apresenta movimentos mastigatórios deficitários e deglute)	D (Apresenta movimentos mastigatórios deficitários e deglute)
(VII) Facial	Nav (Não participa)	M (Franze o sobrolho e encerra as pálpebras)
(VIII) Acústico	D (Sem equilíbrio estático e dinâmicos sentado e em pé)	D (Com equilíbrio deficitário estático sentado, e sem equilíbrio estático e dinâmicos em pé)
(IX) Glossofaríngeo	Nav (Não participa)	Nav (Não participa)
(X) Vago	Nav (Não participa)	Nav (Não participa)
(XI) Espinhal	A	D (Com força ao nível do esternocleidomastóideu e trapézio, mas não contra a

		resistência)
(XII) Hipoglosso	Nav (Não participa)	Nav (Não participa)
M – Mantido; D – Diminuído; A – Ausente; Nav – Não Avaliado		

A avaliação dos pares cranianos não foi realizada adequadamente pela pouca participação do doente, considerando-se, igualmente, a cânula de traqueotomia como constrangimento à correta avaliação.

1.4. Avaliação Motora e Sensitiva

Escala Avaliação da Força Muscular (Medical Council Research)

Segmentos	Movimentos	06/10/16		11/10/16	
Cabeça e Pescoço	Flexão	1/5		3/5	
	Extensão	1/5		3/5	
	Flexão Lateral Esquerda	1/5		2/5	
	Flexão Lateral Direita	1/5		2/5	
	Rotação	1/5		1/5	
Membro superior		Dta	Esq.	Dta	Esq.
Escapulo-umeral	Flexão	3/5	1/5	3/5	4/5
	Extensão	3/5	1/5	3/5	3/5
	Abdução	2/5	1/5	2/5	3/5
	Adução	2/5	1/5	3/5	4/5
	Rotação externa	1/5	1/5	1/5	1/5
	Rotação interna	1/5	1/5	1/5	1/5
Cotovelo	Flexão	3/5	2/5	4/5	4/5
	Extensão	3/5	2/5	4/5	4/5
Antebraço	Supinação	2/5	1/5	2/5	2/5
	Pronação	2/5	1/5	2/5	2/5
Punho	Flexão palmar	3/5	2/5	3/5	3/5
	Dorsi- flexão	3/5	1/5	3/5	2/5
	Desvio radial	1/5	1/5	2/5	1/5
	Desvio cubital	1/5	1/5	2/5	1/5
	Circundação	1/5	1/5	2/5	1/5
Dedos mão	Flexão	3/5	2/5	4/5	4/5
	Extensão	3/5	2/5	4/5	4/5
	Adução	2/5	1/5	2/5	2/5
	Abdução	2/5	1/5	2/5	2/5
	Circundação	1/5	1/5	2/5	2/5
	Oponência do polegar	1/5	1/5	1/5	1/5
Membro inferior		Dta	Esq.	Dta	Esq.
Coxo Femural	Flexão	2/5	3/5	3/5	4/5
	Extensão	2/5	3/5	3/5	4/5
	Adução	2/5	1/5	2/5	2/5
	Abdução	2/5	1/5	2/5	2/5
	Rotação interna	1/5	1/5	1/5	1/5
	Rotação externa	1/5	1/5	1/5	1/5
Joelho	Flexão	2/5	3/5	3/5	4/5
	Extensão	2/5	3/5	3/5	4/5
Tibio- Társica	Flexão plantar	1/5	1/5	1/5	1/5
	Flexão dorsal	1/5	1/5	1/5	1/5
	Inversão	1/5	1/5	1/5	1/5
	Eversão	1/5	1/5	1/5	1/5
Dedos pé	Flexão	1/5	1/5	1/5	1/5
	Extensão	1/5	1/5	1/5	1/5

	Adução	NT	NT	1/5	1/5
	Abdução	NT	NT	1/5	1/5
Escala Medical Council Research					
5/5 – Movimento normal contra gravidade e resistência;					
4/5 – Movimento muscular completo contra resistência moderada e contra gravidade. O doente consegue elevar o membro e tem alguma resistência em relação à sua própria força;					
3/5 – Movimento muscular completo apenas contra gravidade, não contra resistência;					
2/5 – Tem movimento muscular das extremidades mas não contra gravidade. O doente consegue mover o membro na base da cama;					
1/5 – Observa-se contração muscular palpável e/ou visível sem movimento.					
0/5 – Sem contração muscular e sem movimento					
NT- Não testado					

Escala Avaliação do Tónus Muscular (Escala de Ashworth modificada)

Segmentos	Movimentos	06/10/16		11/10/16	
Cabeça e Pescoço	Flexão	0		0	
	Extensão	0		0	
	Flexão Lateral Esquerda	1		0	
	Flexão Lateral Direita	0		0	
	Rotação	0		0	
Membro superior		Dta	Esq.	Dta	Esq.
Escapulo-umeral	Flexão	1	1 ⁺	0	1
	Extensão	1	1 ⁺	0	1
	Abdução	1	1 ⁺	0	1
	Adução	1	1	0	0
	Rotação externa	1	3	1	2
	Rotação interna	1 ⁺	2	1 ⁺	1 ⁺
Cotovelo	Flexão	1	3	0	1 ⁺
	Extensão	1	3	0	1 ⁺
Antebraço	Supinação	1	3	0	1 ⁺
	Pronação	1	3	0	1 ⁺
Punho	Flexão palmar	1	2	1	1
	Dorsi- flexão	1	2	1	1
	Desvio radial	1	3	1	1 ⁺
	Desvio cubital	1	3	1	1 ⁺
	Circundação	1	3	0	1 ⁺
Dedos mão	Flexão	1	2	1	1
	Extensão	1	2	1	1
	Adução	1	2	0	1 ⁺
	Abdução	1	2	0	1 ⁺
	Circundação	1	1	0	1
	Oponência do polegar	1	2	1	1 ⁺
Membro inferior		Dta	Esq.	Dta	Esq.
Coxo Femoral	Flexão	1 ⁺	1	1	0
	Extensão	1 ⁺	1	1	0

	Adução	1	1	1	1
	Abdução	1 ⁺	1 ⁺	1 ⁺	1 ⁺
	Rotação interna	1 ⁺	2	1	1
	Rotação externa	1	1	1	0
Joelho	Flexão	1	1	1	0
	Extensão	1	1	1	1
Tíbio- Társica	Flexão plantar	1	2	1	1 ⁺
	Flexão dorsal	1	2	1	1 ⁺
	Inversão	1 ⁺	2	1	1
	Eversão	1 ⁺	2	1	1
Dedos pé	Flexão	1	2	1	1
	Extensão	1	2	1	1
	Adução	1	2	1	1
	Abdução	1	2	1	1

Escala de Ashworth modificada

0 – Não há aumento do tônus muscular;

1 – Ligeiro aumento do tônus muscular, manifestado pelo apanhar e largar ou por uma resistência mínima no final do arco de movimento;

1⁺ – Ligeiro aumento no tônus muscular, manifestado pelo apanhar/largar, seguido de uma resistência mínima (antes de metade do restante do arco de movimento);

2 – Aumento do tônus mantido mais marcado na quase totalidade do arco de movimento, mas consegue-se mobilizar facilmente os segmentos lesados;

3 – Aumento considerável do tônus muscular com mobilização passiva difícil.

Avaliação do Equilíbrio

Data	06/10/16		11/10/16	
	Estático	Dinâmico	Estático	Dinâmico
Sentado	A	A	D	A
Em pé	A	A	A	A

B – Bom; R –Razoável; D – Deficiente; A – Ausente; NT –Não Testado

1.5. Avaliação das Atividades de Vida Diárias

Medida de Independência Funcional - MIF

Data	06/10/2016	11/11/2016
Auto-Cuidado		
Alimentação	1	1
Higiene Pessoal	1	1
Banho	1	1
Vestir metade superior	1	1
Vestir metade inferior	1	1
Utilização da sanita	1	1
Controlo de Esfíncteres		
Bexiga	1	1
Intestino	1	1
Transferências		
Leito, cadeira, cadeira de rodas	1	1
Sanita	1	1
Banheira, chuveiro	1	1
Locomoção		
Marcha/cadeira de rodas	1	1
Escadas	1	1
Comunicação		
Compreensão	1	2
Expressão	1	1
Cognição Social		
Interação Social	1	2
Resolução de problemas	1	1
Memória	1	1
Total	18	20

Níveis:

- 7 – Independência completa (em segurança, em tempo normal)
- 6 – Independência modificada (Ajuda técnica)
- 5 – Supervisão
- 4 – Ajuda mínima (indivíduo participa $\geq 75\%$)
- 3 – Ajuda moderada (indivíduo participa $\geq 50\%$)
- 2 – Ajuda máxima (indivíduo participa $\geq 25\%$)
- 1 – Ajuda total (indivíduo participa $\leq 25\%$)

- Nível 7, 6 e 5 – Grau Reduzido
- Nível 4 e 3 – Grau Moderado
- Nível 2 – Grau Elevado
- Nível 1 – Grau Muito Elevado

1.6. Avaliação do EEER

Avaliação EEER

Estado de consciência/Comunicação: Utente consciente, alterando períodos em que se encontra mais sonolento/letárgico com outros em que se apresenta vígil. Sem ciclo de sono/vigília estabelecido. Alterna, igualmente, períodos de sonolência, com períodos de agitação psicomotora com necessidade de contenção física dos membros superiores, numa ótica de prevenção de comportamentos lesivos (visto o utente apresentar drenagem vesical, sonda nasogástrica e traqueostomia). Encontra-se num score de 10-12 (CGS) consoante o discurso incompreensível e cumprimento de ordens simples. Contudo, considera-se a cânula de traqueotomia como constrangimento na avaliação correta da escala de comas de Glasgow

Funções Cognitivas: Avaliaram-se as funções cognitivas com recurso à escala Rancho Los Amigos, encontrando-se no nível III de funcionamento cognitivo, traduzindo-se por ir estando mais acordado durante o dia com mais movimentos, e por ter uma resposta específica mas não consistente aos estímulos (ex. virar-se para um som, fuga à dor, tenta observar uma pessoa que se move na sala, começa a reconhecer familiares, segue algumas instruções simples).

Higiene/Vestuário: Necessita de um sistema totalmente compensatório para a realização dos cuidados de higiene. Realiza o banho no leito, não participando em nenhuma atividade.

Alimentação: Com SNG n.º 20, cumpre alimentação entérica, necessitando de um sistema totalmente compensatório.

Eliminação: Incontinente de esfíncteres. Apresentou-se com drenagem vesical (Folley n.º 14) até dia 09/10, tendo posteriormente sido instituído Penrose. Usa, igualmente, fralda.

Mobilidade: Esboça aumento do tônus muscular ao nível do hemicorpo esquerdo, com inclinação da cabeça homolateral, conforme avaliado pela Escala de Avaliação do Tônus Muscular (Escala de Ashworth modificada). Com força diminuída, como identificado na escala de Escala Avaliação da Força Muscular (Medical Council Research). Sem equilíbrio de pé e sentado (estático e dinâmico), com controlo deficitário da cabeça e pescoço. Realiza levante diário para cadeirão, necessitando ficar com imobilização de tronco, para prevenção de quedas.

Pele/Mucosas: Coradas e hidratadas. Pele íntegra.

Hemodinamicamente estável. Com compromisso da limpeza das vias áreas, traqueostomizado, Com ocasionais acessos de tosse, expelindo secreções mucoides em pequena quantidade, pela traqueostomia. Sem sinais de dispneia ou cansaço.

Irmãos e namorada (cuidadores) muito presentes e solícitos.

Objetivos da intervenção do EEER

Reduzir o aumento do tónus muscular;

Aumentar a amplitude articular;

Aumentar a força muscular;

Melhorar o equilíbrio corporal;

Realizar a transferência segura;

Optimizar a realização dos Auto-Cuidados;

Optimizar o regime terapêutico;

Optimizar limpeza das vias aéreas;

Providenciar enriquecimento ambiental;

Realizar estimulação multissensorial;

Envolver a participação dos cuidadores no plano de cuidados.

1.7. Plano de Cuidados

Data de Início	Diagnóstico de Enfermagem	Objetivos	Intervenções de Enfermagem	Avaliação
06/10/2016	Défice no Auto-Cuidado: Higiene Vestuário Eliminação	<ul style="list-style-type: none"> - Optimizar a realização dos Auto-Cuidados; - Reduzir o aumento do tónus muscular; - Manter a integridade dos tegumentos; - Aumentar a amplitude articular; - Aumentar a força muscular; - Promover a higiene da pele; - Promover o conforto. 	<ul style="list-style-type: none"> - <u>Sistema de Assistência em Enfermagem</u>: Totalmente compensatório. - Avaliar e monitorizar o auto-cuidado com recurso à escala de MIF; - Assistir na realização dos Auto-Cuidados; - Realizar mobilizações passivas aquando dos cuidados de higiene; - Vigiar a pele; - Vigiar permeabilidade dos dispositivos de eliminação urinária; - Vigiar padrão intestinal; - Fornecer reforço positivo. 	<p><u>06/10/2016</u></p> <p>-O Sr. S. M. necessita de um sistema totalmente compensatório para realização dos Auto-Cuidados;</p> <p>- Realizar a higiene no leito, e nos períodos que se encontra vÍgil, não colabora na realização destes, mesmo quando estimulado a fazê-lo;</p> <p>- Sem controlo de esfínteres. Faz uso de fralda e de drenagem vesical.</p> <p><u>11/10/2016</u></p> <p>- Mantem-se a realizar a higiene no leito, e nos períodos que se encontra vÍgil, não colabora na</p>

				<p>realização destes, mesmo quando estimulado a fazê-lo;s a desenvolver em cada tarefa;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mantem-se sem controlo de esfíncteres. Faz uso de fralda e de Penrose.
--	--	--	--	--

Data de Início	Diagnóstico de Enfermagem	Objetivos	Intervenções de Enfermagem	Avaliação
06/10/2016	<p>Défi ce no Auto-Cuidado: Posicionamentos Transferência Marcha</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Optimizar a realização dos Auto-Cuidados; - Reduzir o aumento do tónus muscular; - Manter a integridade dos tegumentos; - Aumentar a amplitude articular; - Aumentar a força muscular - Melhorar o equilíbrio corporal; 	<ul style="list-style-type: none"> - <u>Sistema de Assistência em Enfermagem</u>: Sistema Totalmente Compensatório. - Avaliar parâmetros vitais; - Avaliar e monitorizar força muscular, com recurso à escala da Medical Council Research; - Avaliar e monitorizar tónus muscular, 	<p>06/10/2016</p> <ul style="list-style-type: none"> - Feita avaliação motora do utente; - Iniciaram-se mobilizações passivas ao utente exercícios no leito, considerando o biofeedback e a integração do movimento por parte do utente nos momentos de maior vigília.

	<p>Equilíbrio Corporal Comprometido</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar a transferência; - Promover o levante do utente; - Prevenção de quedas. 	<p>com recurso à escala da Ashworth modificada;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Avaliar e monitorizar o equilíbrio; - Executar exercícios de mobilização passiva: 	<p>Utente pouco colaborante nos cuidados;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Instituídos levantes para o cadeirão no sentido de integração do corpo e treino de equilíbrio sentado. Utente, aquando do levante, necessita ficar com imobilização de tronco como prevenção de quedas.
	<p>Risco de Queda Elevado</p>		<ul style="list-style-type: none"> - Flexão/extensão, flexão lateral esquerda e direita, rotação da cabeça; Abdução e adução, flexão e extensão, rotação interna e externa da articulação escapulo-umeral; Flexão e extensão do cotovelo; Supinação e pronação do antebraço; Flexão palmar, dorsiflexão, desvio radial e cubital, circundação e oponência do polegar nos dedos da mão; Abdução e adução; flexão e extensão, rotação interna e externa da articulação coxofemoral; Extensão e flexão, elevação e depressão da articulação do joelho; Eversão e inversão, flexão plantar e dorsal da tibiotársica; e, Abdução e adução, flexão e extensão dos dedos dos pés. 	<p>-Sem capacidade de marcha presente.</p> <p><u>11/10/2016</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Utente mantém-se a realizar mobilizações passivas e os exercícios no leito, com pouca colaboração da sua parte; - As intervenções resultaram numa maior amplitude articular, numa diminuição da hipertonía e algum ganho ao nível da força muscular; - Apresenta, ainda que

			<ul style="list-style-type: none">- Posicionamento em padrão anti-espástico;- Realizar exercícios de ponte;- Realizar exercícios de rolamentos bilaterais no leito;- Corrigir postural corporal;- Treinar equilíbrio (estático sentado na cama);- Treinar transferência segura (cama/cadeirão e vice-versa);- Realizar levante para cadeirão;- Ensinar aos cuidadores sobre prevenção de quedas;- Fornecer reforço positivo.	<p>deficitário, equilíbrio estático sentado;</p> <ul style="list-style-type: none">- Mantem-se sem capacidade de marcha.
--	--	--	--	--

Data de Início	Diagnóstico de Enfermagem	Objetivos	Intervenções de Enfermagem	Avaliação
06/10/2016	Compromisso da limpeza das vias áreas	<ul style="list-style-type: none"> - Optimizar a limpeza das vias áreas; - Corrigir defeitos ventilatórios para melhorar a distribuição e a ventilação alvéolar; - Promover a fluidificação e a mobilização das secreções. 	<p><u>*Sistema de Assistência em Enfermagem:</u> Sistema Totalmente Compensatório.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Avaliar presença de sintomatologia: dispneia, cansaço, inspeção estática e dinâmica, palpação, percussão e auscultação pulmonar; - Avaliar parâmetros vitais, nomeadamente: saturação periférica e FC (antes e após a sessão); - Estimular a concentração e o relaxamento durante a sessão; - Treinar a consciencialização da respiração; - Treinar sobre o controlo e dissociação dos tempos respiratórios; - Aumento dos volumes com insuflador manual; - Executar exercícios de reeducação 	<p><u>06/11/2016</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Traqueostomizado; - Apresente uma respiração do tipo espontânea, de predomínio torácico, com baixa amplitude, ritmo regular, mas assimétrica. Com murmúrio vesicular mantido, ainda que menos audível ao nível do hemitórax esquerdo. <p><u>11/11/2016</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Mantem traqueostomia; - Com diminuição da quantidade de secreções, com murmúrio vesicular mantido, sem ruídos adventícios, e com ocasionais acessos de tosse produtiva.

			<p>diafragmáticos e costais:</p> <ul style="list-style-type: none">- Reeducação diafragmática da porção posterior e anterior do diafragma;- Reeducação das hemicúpulas diafragmáticas (esquerda e direita);- Reeducação costal seletiva inferior bilateral, antero-lateral direita e esquerda e potero-lateral direita e esquerda com compressão na expiração;- Reeducação costal com abertura do membro superior direito e esquerdo;- Executar nebulizações com soro fisiológico;- Executar técnica de drenagem postural;- Executa manobras acessórias:<ul style="list-style-type: none">- Percussão;- Compressão;- Vibração;- Aspiração de secreções.	
--	--	--	--	--

Data de Início	Diagnóstico de Enfermagem	Objetivos	Intervenções de Enfermagem	Avaliação
06/10/2016	Défice na Gestão do Regime Terapêutico	<ul style="list-style-type: none"> - Optimizar o regime terapêutico; - Integrar os cuidadores nos cuidados. 	<p><u>*Sistema de Assistência em Enfermagem</u>: Apoio/Educação.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Informar sobre a gestão de regime terapêutico: factores de risco, alimentação, exercício físico, medicação; - Informar sobre as atitudes terapêuticas a desenvolver no domínio do enriquecimento ambiental e estimulação multissensorial; - Gestão de expectativas face ao plano de enfermagem de reabilitação desenhado. 	<p><u>06/11/2016</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Aceitação por parte dos cuidadores do utente que os ganhos se desenvolvem progressivamente; - Aceitação dos cuidadores em providenciar materiais a serem utilizados no enriquecimento ambiental e estimulação multissensorial; - Aceitação da importância em graduar os estímulos e estar atento às respostas de fadiga e cansaço, respeitando os limites da pessoa, evitando causar frustração e retrocesso.

Data de Início	Diagnóstico de Enfermagem	Objetivos	Intervenções de Enfermagem	Avaliação
06/10/2016	Comportamento Disruptivo	<ul style="list-style-type: none"> - Estabilizar e adequar o humor; - Estabilizar e adequar o comportamento; - Optimizar comunicação; - Promover a aceitação da sua imagem; - Integrar os cuidadores nos cuidados. 	<p><u>*Sistema de Assistência em Enfermagem:</u> Sistema Totalmente Compensatório.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Trabalhar o controlo ambiental; - Adequar a postura (neutra); - Gerir a comunicação: <ul style="list-style-type: none"> -Estabelecer contacto visual, tom de voz adequado, linguagem simples, clara e concisa; - Disponibilizar presença, gerir ambiente; - Proporcionar atividades do seu interesse (ex. ouvir música, ver fotos, companhia de familiares); 	<p><u>06/10/2016</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Utente com comportamento disruptivo e humor depressivo. Recusa qualquer intervenção. - Necessita ficar com contenção dos membros superiores para prevenção de comportamentos auto-lesivos. - Traqueostomizado, com sonda nasogástrica e drenagem vesical com interferência na fala, na comunicação não-verbal e na autoimagem.
	Comunicação alterada			

	Auto-imagem alterada		<ul style="list-style-type: none"> - Trabalhar a percepção da auto-imagem; - Desenvolver estratégias para trabalhar os elementos causadores de constrangimento; - Assistir o utente no controlo da respiração; - Assistir o utente na melhoria da qualidade da voz e articulação de palavras. - Possibilitar a presença de pessoas significativas para o utente. 	<p><u>11/10/2016</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Utente mais receptivo à equipa que foi conseguida através do controlo ambiental, em que primava por estabelecer contactos com o utente em períodos mais calmos do dia, com menos ruído e menos atividades causadoras de stress; - Utente apresenta-se mais calmo, tenta interagir e verbalizar na presença dos cuidadores.
--	----------------------	--	---	--

Data de Início	Diagnóstico de Enfermagem	Objetivos	Intervenções de Enfermagem	Avaliação
06/10/2016	Alteração do estado de consciência (sonolento/letárgico – vigil)	<ul style="list-style-type: none"> - Enriquecimento ambiental; - Estimulação mutissensorial; - Integrar os cuidadores nos cuidados. 	<p><u>*Sistema de Assistência em Enfermagem:</u> Sistema Totalmente Compensatório.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Avaliar o impacto das intervenção 	<p><u>06/11/2016</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Feita avaliação do nível de consciência do utente e instituído o programa de estimulação multissensorial. O tempo das sessões variava entre

			<p>através de escala de nível de consciência;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fornecer estímulos auditivos: <ul style="list-style-type: none"> -Falar em tom de voz normal, apresentar-se à pessoa, explicar a intervenção que se vai desenvolver, facultar dados temporais e espaciais afim de proporcionar orientação espacial e temporal, proporcionar sons e música adequadas às preferências da pessoa, proporcionar vozes familiares; - Fornecer estímulos tácteis: <ul style="list-style-type: none"> -Toque aquando dos exercícios de RFR e RFM, massagem e banho; - Fornecer estímulos olfactivos: <ul style="list-style-type: none"> - Aroma dos produtos de higiene pessoal, aroma do perfume da pessoa, aromas da sua preferência; - Fornecer estímulos visuais: <ul style="list-style-type: none"> -Fotos e presença de pessoas significativas; - Fornecer estímulos ao nível do paladar: <ul style="list-style-type: none"> -Sabores conhecidos e do agrado da 	<p>10 a 45 minutos. Era feita uma regulação multissensorial, que consistia em ter controlo sobre a intensidade, frequência, duração e organização dos estímulos, assim como do ambiente (luz, ruído e temperatura), sendo ideal uma quantidade de estimulação moderada (o que nem sempre era muito fácil, visto o utente estar numa enfermaria com 6 utentes). Iniciou-se pela estimulação auditiva conforme descrito pela literatura, pois permite direccionar os outros sentidos. E foram utilizados estímulos familiares ao utente.</p> <p><u>11/10/2016</u></p> <p>Com as intervenções desenvolvidas, ainda que num curto período de tempo (visto a alta precoce do utente), foi</p>
--	--	--	--	--

			<p>pessoa aplicados em quantidades mínimas, sem o objetivo de alimentar, nos lábios e língua;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Estabelecer parceria com a neuropsicologia; - Envolver os cuidadores: <p>Facultar informações sobre os gostos e preferências do utente e para colaborarem em trazerem os produtos de higiene habituais da pessoa, pijamas, fotos e música do agrado da pessoa.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fornecer reforço positivo. 	<p>possível colmatar a privação sensorial; trabalhar a facilitação na sua recuperação baseando-se em estímulos olfativos, visuais, tácteis, gustativos e vestibulares, que facilitam a capacidade de captar estímulos sensoriais, e evoluir no estado de consciência.</p>
--	--	--	--	---

1.8. Carta de Alta

O Sr. [REDACTED], de 24 anos, permaneceu internado neste serviço desde dia 3/10/2016. Encontra-se num SG 10 – 12 consoante o discurso incompreensível e cumprimento de ordens simples. Contudo, considera-se a canula de traqueotomia como constrangimento na avaliação correcta da escala de comas de Glasgow. Alterna períodos de sonolência, com períodos de agitação psicomotora com necessidade de contenção física dos MS. Ainda sem ciclo de sono/vigília estabelecido.

A avaliação de pares cranianos é dificultada pelo estado neurológico do doente. Apresenta movimentos mastigatórios, sem aparentes alterações oculomotoras, com pupilas iguais e isorreactivas. Tem reflexo de deglutição embora a avaliação dos pares craneanos não tenha sido realizada adequadamente pela pouca participação do doente. Sem parésias faciais.

Devido ao período de imobilidade esboça aumento do tónus muscular ao nível do hemicorpo esquerdo, com inclinação da cabeça homolateral. Considerando o biofeedback e a integração do movimento por parte do utente realizaram-se mobilizações passivas, aproveitando momentos de maior vigília para assistir no que consegue realizar de forma autónoma. Posicionamentos em padrão anti-espástico. As intervenções resultaram em maior amplitude articular (embora sem avaliação de graus de amplitude), diminuição do tónus muscular e aumento da força muscular nos diferentes segmentos corporais.

Sem equilíbrio de pé (estático e dinâmico) e equilíbrio estático sentado diminuído, com controlo deficitário da cabeça e pescoço. Feito treino de equilíbrio estático sentado na cama. Realizados exercícios no leito como a ponte, no qual não colabora, e rolamentos bilaterais. Instituído levante do utente para cadeirão, com sentido de integração do corpo e treino do equilíbrio sentado estático.

Utente com compromisso da limpeza das vias áreas, traqueostomizado, com compromisso da mobilidade, respiração torácica, de baixa amplitude, pelo que foi instituído plano de reeducação funcional respiratória, contemplando exercícios de respiração abdomino-diafragmática, abertura costal global e seletiva e aspiração de secreções. Aumento dos volumes com insuflador manual. Atualmente, com diminuição da quantidade de secreções, com murmúrio vesicular mantido, sem ruídos adventícios, e com ocasionais acessos de tosse produtiva.

Estabelecido contacto com a neuropsicologa no sentido de se desenvolver atividades de enriquecimento ambiental e estimulação sensorial, que passou pela integração de objetos do quotidiano do utente nas atividades de autocuidado, como sendo o uso dos seus produtos de higiene pessoal, roupa do próprio e uso de música do gosto do utente. Foi assim articulado com a família no sentido de obter a sua colaboração e os envolver nos cuidados, apresentando-se o utente mais reativo aquando da presença da família.

Apêndice VI

Estudo de Caso III



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE
LISBOA

7º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Estudo de Caso

ECCI [REDACTED]

Tânia Isabel Figueiredo de Almeida (aluno nº. 6701)

Docente: José Carlos Pinto Magalhães

LISBOA

2017

1. Colheita de Dados

1.1. História Atual e Pgressa

Caracterização da Pessoa

Nome: M.F.A.

Idade: 82 anos

Data de Nascimento: 05/08/1934

Género: Feminino

Raça: Caucasiana

Estado Civil: Casada

Profissão: Reformada (cabeleireira)

Internamento na ECCI

Data de Admissão: 29.12.2016

Diagnóstico Principal: Fratura do colo do fémur à direita

Antecedentes Pessoais: DM II; Transtornos Psicóticos (depressão); AVC (segundo a utente há 8 anos).

Motivo de Internamento: Utente no dia 17.09.2016 sofreu uma queda da qual resultou fratura do colo do fémur à direita. Foi submetida a cirurgia no dia 22.09.2016 no Hospital de Santa Ana.

História Atual da Doença: Utente anteriormente referenciada para esta ECCI e autorizada a sua admissão, no entanto por aparentes erros de comunicação, nomeadamente por a família referir que a utente se encontrava a habitar fora da área de abrangência da ECCI, a utente perdeu a oportunidade de ingressar na rede, tendo o processo que ser reiniciado novamente.

Utente admitida na ECCI após nova avaliação médica e de enfermagem que refere utente com diminuição da massa muscular ao nível do MI direito, assim como dores risco de queda elevado.

Situação Familiar, Social e Habitacional

Agregado Familiar: Utente reside com o esposo

Cuidador informal: F.A. (esposo)

História Habitacional: Utente reside em prédio antigo, num 2º andar sem elevador. O prédio apresenta umas escadas estreitas de madeira com um corrimão, sendo que alguns degraus se apresentam danificados e com pouca estabilidade, assim como o corrimão, que se encontra remendado com fita-cola em algumas zonas.

A habitação é composta por uma sala ampla, com três quartos, um corredor de acesso à cozinha, casa de banho e uma pequena varanda. A habitação permite uma fácil mobilidade da utente e apresenta boas condições de habitabilidade.

Habitação arrendada, com uma mensalidade de 84€/mês.

História Social: Casal pensionista. Com dois filhos, ambos residentes na zona de Odivelas e Frielas, que prestam todo o apoio necessário. O casal vai com frequência a casa dos filhos, pernoitando muitas vezes. O marido da utente apresenta-se como cuidador principal apoiando a esposa em todas as atividades de vida diária, sendo que quando questionado sobre a possibilidade de ter apoio, o casal recusou uma vez que conseguem entre eles e os filhos fazer essa gestão.

Ajudas Técnicas: Utente dispõe de andarilho, alteador de sanita, de barra de apoio na banheira e assento para duche.

1.2. Avaliação Objetiva

Parâmetros Vitais

Tensão Arterial	Frequência Cardíaca	Temperatura	Frequência Respiratória	Dor
125/67 mmHg	84 bpm	36°	20 cpm	0

Glicemia Capilar (jejum)	Padrão Respiratório	Perímetro Abdominal
107 mg/dl	Tipo: Espontânea Padrão: Toraco-abdominal Amplitude: Média Simetria: Simétrico Ritmo: Regular	96 cm

Terapêutica Habitual

Medicação	Pequeno Almoço	Almoço	Jantar	Deitar
Metformina 850mg	1cp			
Losartan 50mg	1cp			
Sinvastatina 20mg			1cp	
Trazadona 100mg				1cp

1.3. Avaliação Neurológica

Escala de Coma de Glasgow		2/1/17	8/2/17
Abertura dos Olhos	1 - Nenhuma		
	2 - Resposta à dor		
	3 - Resposta à fala		
	4 - Espontânea	x	x
Melhor resposta verbal	1 - Nenhuma		
	2 - Sons incompreensíveis		
	3 - Palavras inadequadas		
	4 - Confusa		
	5 - Orientada	x	x
Melhor Resposta Motora	1 - Nenhuma		
	2 - Extensão anormal		
	3 - Flexão anormal		
	4 - Retirada		
	5 - Localiza o estímulo doloroso		
	6 - Obedece a comandos verbais	x	x
Score total		15	15

	Orientação	2/1/17	8/2/17
Orientada	Pessoa	x	x
	Espaço	x	x
	Tempo	x	x

	Memória	2/1/17	8/2/17
Imediata	Mantida	x	x
	Alterada		

Recente	Mantida		x
	Alterada	x	
Remota	Mantida	x	x
	Alterada		

Atenção		2/1/17	8/2/17
Atenção selectiva	Captada		x
	Mantida		x
	Alterada	x	

Mini-Mental

02/01/2017

Consegue 26 pontos na aplicação do Mini-Mental State Examination. Com défice ao nível da orientação, não consegue identificar o ano em que nos encontramos; ao nível da evocação só recorda 2 das 3 palavras que tinha de memorizar; da atenção falha um dos cálculos por distratibilidade, mas consegue executar o seguintes corretamente; na linguagem, não consegue escrever uma frase e na habilidade construtiva.

1.4. Avaliação Motora e Sensitiva

Escala Avaliação da Força Muscular (Medical Council Research)

Segmentos	Movimentos	02/01/2017		08/02/2017	
Cabeça e Pescoço	Flexão	5/5		5/5	
	Extensão	5/5		5/5	
	Flexão Lateral Esquerda	5/5		5/5	
	Flexão Lateral Direita	5/5		5/5	
	Rotação	5/5		5/5	
Membro superior		Dta	Esq.	Dta	Esq.
Escapulo-umeral	Flexão	5/5	5/5	5/5	5/5
	Extensão	5/5	5/5	5/5	5/5
	Abdução	5/5	5/5	5/5	5/5
	Adução	5/5	5/5	5/5	5/5
	Rotação externa	5/5	5/5	5/5	5/5
	Rotação interna	5/5	5/5	5/5	5/5
Cotovelo	Flexão	5/5	5/5	5/5	5/5
	Extensão	5/5	5/5	5/5	5/5
Antebraço	Supinação	5/5	5/5	5/5	5/5
	Pronação	5/5	5/5	5/5	5/5
Punho	Flexão palmar	5/5	5/5	5/5	5/5
	Dorsi- flexão	5/5	5/5	5/5	5/5
	Desvio radial	5/5	5/5	5/5	5/5
	Desvio cubital	5/5	5/5	5/5	5/5
	Circundação	5/5	5/5	5/5	5/5
Dedos mão	Flexão	5/5	5/5	5/5	5/5
	Extensão	5/5	5/5	5/5	5/5
	Adução	5/5	5/5	5/5	5/5
	Abdução	5/5	5/5	5/5	5/5

	Circundação	5/5	5/5	5/5	5/5
	Oponência do polegar	5/5	5/5	5/5	5/5
Membro inferior		Dta	Esq.	Dta	Esq
Coxo Femural	Flexão	4/5	5/5	5/5	5/5
	Extensão	4/5	5/5	5/5	5/5
	Adução	4/5	5/5	5/5	5/5
	Abdução	4/5	5/5	5/5	5/5
	Rotação interna	4/5	5/5	5/5	5/5
	Rotação externa	4/5	5/5	5/5	5/5
Joelho	Flexão	4/5	5/5	5/5	5/5
	Extensão	4/5	5/5	5/5	5/5
Tíbio- Tarsica	Flexão plantar	4/5	5/5	5/5	5/5
	Flexão dorsal	4/5	5/5	5/5	5/5
	Inversão	4/5	5/5	5/5	5/5
	Eversão	4/5	5/5	5/5	5/5
Dedos pé	Flexão	5/5	5/5	5/5	5/5
	Extensão	5/5	5/5	5/5	5/5
	Adução	5/5	5/5	5/5	5/5
	Abdução	5/5	5/5	5/5	5/5
Escala Medical Council Research					
5/5 – Movimento normal contra gravidade e resistência;					
4/5 – Movimento muscular completo contra resistência moderada e contra gravidade. O doente consegue elevar o membro e tem alguma resistência em relação à sua própria força;					
3/5 – Movimento muscular completo apenas contra gravidade, não contra resistência;					
2/5 – Tem movimento muscular das extremidades mas não contra gravidade. O doente consegue mover o membro na base da cama;					
1/5 – Observa-se contração muscular palpável e/ou visível sem movimento.					
0/5 – Sem contração muscular e sem movimento					
NT- Não testável					

Escala de Equilíbrio de Berg

Data	02/01/2017	08/02/2017
Da posição de sentado para a posição de pé	3	3
Ficar em pé sem apoio	4	4
Sentado sem apoio	4	4
Da posição de pé para a posição de sentado	3	3
Transferência	3	4
Ficar em pé de olhos fechados	4	4
Ficar em pé com os pés juntos	4	4
Inclinar-se para a frente com o braço esticado	4	4
Apanhar um objeto do chão	2	4
Virar-se para olhar para trás	3	4
Dar uma volta de 360°	1	2
Colocar os pés alternadamente num degrau	0	2
Ficar com um pé à frente do outro	0	0
Ficar em pé sobre uma perna	0	1
Total	35	43

1.5. Avaliação das Atividades de Vida Diárias

Índice de Barthel

DATA	02/01/2017	08/02/2017
<u>Higiene pessoal</u>		
Necessita de ajuda com o cuidado pessoal _____ 0	5	5
Independente no barbear, dentes, rosto e cabelo _____ 5		
<u>Banho</u>		
Dependente _____ 0	0	5
Independente (lava-se no chuveiro/ banho de emersão/ usa a esponja por todo o corpo sem ajuda) _____ 5		
<u>Vestir-se</u>		
Dependente _____ 0	5	10
Necessita de ajuda, mas faz cerca de metade sem ajuda _____ 5		
Independente (incluindo botões, fechos e atacadores) _____ 10		
<u>Alimentar-se</u>		
Incapaz _____ 0	10	10
Necessita de ajuda para cortar, barrar manteiga, etc. _____ 5		
Independente (a comida é providenciada) _____ 10		
<u>Ir à casa de banho (uso de sanitário)</u>		
Dependente _____ 0	10	10
Necessita de ajuda mas consegue fazer algumas coisas sozinho ___ 5		
Independente (senta-se, levanta-se, limpa-se e veste-se sem ajuda) 10		
<u>Urinar</u>		
Incontinente ou algaliado _____ 0	10	10
Episódios ocasionais de incontinência (máx. uma vez em 24h.) ___ 5		
Continente (por mais de 7 dias) _____ 10		
<u>Evacuar</u>		
Incontinente (ou necessita que lhe sejam aplicados clisteres) _____ 0	10	10
Episódios ocasionais de incontinência (uma vez por semana) _____ 5		
Continente (não apresenta episódios de incontinência) _____ 10		
<u>Transferências (cadeira /cama)</u>		
Incapaz - não tem equilíbrio ao sentar-se _____ 0		
Grande ajuda (uma ou duas pessoas) física, consegue sentar-se ___ 5	10	15
Pequena ajuda (verbal ou física) _____ 10		
Independente (não necessita qualquer ajuda, mesmo que utilize cadeira de rodas) _____ 15		

Mobilidade (deambulação)		
Imobilizado _____ 0	10	10
Independente na cadeira de rodas incluindo cantos, etc. _____ 5		
Anda com ajuda de uma pessoa (verbal ou física) _____ 10		
Independente (mas pode usar qualquer auxiliar, ex.: bengala) _____ 15		
Escadas		
Incapaz _____ 0	0	5
Necessita de ajuda (verbal, física, transporte dos auxiliares de marcha) ou supervisão _____ 5		
Independente (subir / descer escadas, com apoio do corrimão ou dispositivos ex.: muletas ou bengala) _____ 10		
Total	70	90

Medida de Independência Funcional - MIF

Data	02/01/2017	08/02/2017
Auto-Cuidado		
Alimentação	7	7
Higiene Pessoal	6	7
Banho	3	6
Vestir metade superior	4	7
Vestir metade inferior	3	6
Utilização da sanita	6	7
Controlo de Esfíncteres		
Bexiga	7	7
Intestino	7	7
Transferências		
Leito, cadeira, cadeira de rodas	4	7
Sanita	6	7
Banheira, chuveiro	4	6
Locomoção		
Marcha/cadeira de rodas	4	5
Escadas	2	5
Comunicação		
Compreensão	5	5
Expressão	5	5
Cognição Social		

Interação Social	4	5
Resolução de problemas	3	3
Memória	3	4
Total		

Níveis:

7 – Independência completa (em segurança, em tempo normal)

6 – Independência modificada (Ajuda técnica)

5 – Supervisão

4 – Ajuda mínima (indivíduo participa $\geq 75\%$)

3 – Ajuda moderada (indivíduo participa $\geq 50\%$)

2 – Ajuda máxima (indivíduo participa $\geq 25\%$)

1 – Ajuda total (indivíduo participa $\leq 25\%$)

Nível 7, 6 e 5 – Grau Reduzido

Nível 4 e 3 – Grau Moderado

Nível 2 – Grau Elevado

Nível 1 – Grau Muito Elevado

1.6. Avaliação do EEER

Avaliação EEER

Estado de consciência/Comunicação: Utente calma, consciente e colaborante dentro das suas possibilidades. A utente e o esposo referem lapsos de memória, apresentando um discurso por vezes desorganizado, no entanto orientada no tempo, espaço e pessoa. Com alterações a nível da atenção, com grande distratibilidade. A utente refere estar deprimida pelo facto de não sair de casa.

Higiene/Vestuário: Parcialmente dependente neste autocuidado, realizados cuidados de higiene no WC, com auxílio do esposo. Tem ajudas técnicas como barra na banheira para se apoiar e assento para o duche. Ainda que, aparentemente, com capacidade para se vestir e higienizar de forma autónoma, esta refere apenas higienizar de forma independente a parte superior do corpo, assim como o vestir.

Alimentação: Alimenta-se de dieta geral, de forma autónoma, tanto na preparação dos alimentos como na ingestão destes.

Eliminação: Continente de esfíncteres urina e evacua no WC. Tem alcedor de sanita, no entanto requer a ajuda do esposo para despir e vestir a roupa.

Mobilidade: Utente com tónus muscular mantido, apresenta força grau 5/5 em todos os segmentos articulares dos membros superiores, ao nível dos membros inferiores 4/5. Com compromisso ao nível do equilíbrio. Apresenta défice de marcha, deambulando com auxílio de andarilho, necessitando ser acompanhada em todo o processo, ou de terceiros (esposo). Com dificuldade em passar da posição de sentado para de pé e vice-versa, necessita auxiliar-se na mobília ou apoio de terceiros. Consegue realizar transferência para o leito de forma autónoma.

Pele/Mucosas: Coradas e hidratadas. Pele íntegra.

Hemodinamicamente estável. Anteriormente à queda (17.09.2016) fazia controlo da glicemia capilar uma vez por semana na farmácia, atualmente sem registos de BM teste.

Marido muito presente e solícito, no entanto parece assumir todos os auto cuidados pela utente.

Objetivos da intervenção do EEER

Manter tónus muscular;

Aumentar a tolerância ao esforço;

Melhorar o equilíbrio corporal;

Optimizar marcha com e sem ajudas técnicas (andarrilho);

Realizar a transferência segura progressivamente com maior autonomia (sentado para de pé e vice-versa);

Subir e descer escadas de forma segura;

Optimizar a realização dos Auto-Cuidados;

Optimizar o regime terapêutico;

Estimular as funções cognitivas;

Envolver a participação do cuidador no plano de cuidados.

1.7. Plano de Cuidados

Data de Início	Diagnóstico de Enfermagem	Objetivos	Intervenções de Enfermagem	Avaliação
02/01/2017	Défice no Auto-Cuidado: Higiene Vestuário Eliminação	<ul style="list-style-type: none"> - Optimizar a realização dos Auto-Cuidados; - Manter a motivação para a aquisição de maior autonomia nos auto-cuidados; - Manter tónus muscular; - Aumentar a tolerância ao esforço; - Manter a integridade dos tegumentos; - Promover a higiene da pele; - Promover o conforto; - Optimizar o uso de ajudas técnicas. 	<p>- <u>Sistema de Assistência em Enfermagem</u>: Apoio/Educação.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Avaliar e monitorizar o auto-cuidado com recurso à escala de Barthel e MIF; - Adequar o uso da barra na banheira e do assento para o duche; - Adequar o uso do alteador de sanita com barras de apoio; - Ensinar a planear a realização dos autocuidados; - Incentivar a Sra. M.F.A. a ser mais autónoma nos auto-cuidados; - Incentivar a Sra. M.F.A. a vigiar a pele; - Fornecer reforço positivo. 	<p><u>02/01/2017</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Necessita do cuidador para entrar na banheira, organizar os produtos de higiene, lavar e secar a metade inferior do corpo; - Necessita do cuidador para sentar e levantar da sanita. <p><u>22/01/2017</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Independente na realização do auto-cuidado eliminação; - Necessita do cuidador para entrar e sair da banheira, secar os pés e vestir as meias; - Tem presente a necessidade de planear antecipadamente a tarefa. <p><u>08/02/2017</u></p>

				- Consegue entrar e sair da banheira autonomamente, requer apenas supervisão do cuidador como factor de segurança para a utente.
--	--	--	--	--

Data de Início	Diagnóstico de Enfermagem	Objetivos	Intervenções de Enfermagem	Avaliação
02/01/2017	Défice no Auto-Cuidado: Marcha Transferência	- Optimizar a realização dos Auto-Cuidados; - Manter a motivação para a aquisição de maior autonomia nos auto-cuidados; - Manter tónus muscular; - Aumentar a tolerância ao esforço;	- <u>Sistema de Assistência em Enfermagem</u> : Sistema Parcialmente Compensatório. - Avaliar parâmetros vitais;	<u>02/01/2017</u> - Feita avaliação da parte motora à utente, que se encontra ansiosa pelo plano de exercícios a ser instituído. Reconhece a importância da realização do plano para recuperação da sua autonomia.
	Equilíbrio Corporal Comprometido	- Melhorar o equilíbrio corporal; - Optimizar marcha com e sem ajudas técnicas (andarrilho);	- Avaliar e monitorizar força muscular, com recurso à escala da Medical Council Research; - Avaliar e monitorizar o equilíbrio, com recurso à escala de Equilíbrio de Berg;	<u>22/01/2017</u>
	Risco de Queda Elevado	- Realizar a transferência segura progressivamente com maior autonomia	- Executar exercícios de mobilização	- Utente colaborante e motivada com o plano de exercícios que

		<p>(sentado para de pé e vice-versa);</p> <ul style="list-style-type: none"> - Subir e descer escadas de forma segura; - Otimizar o uso de ajudas técnicas; - Prevenção de quedas; - Manter participação social e familiar. 	<p>ativa/resistida numa posição de sentada:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Abdução e adução da articulação coxofemoral; Extensão e flexão da articulação do joelho; Elevação e depressão do joelho; Eversão e inversão tibiotársica; Dorsiflexão e flexão plantar; - Instruir e supervisionar mobilizações ativas/resistidas; - Treinar e supervisionar postural corporal; - Treinar equilíbrio; - Treinar transferência segura de pé para sentada e vice-versa; - Otimizar treino de marcha com contorno de obstáculos; - Treinar subir e descer escadas; - Ensinar sobre prevenção de quedas; - Fornecer reforço positivo. 	<p>executa diariamente 2 a 3 vezes por dia, com séries de 10 repetições. Negociada a introdução de elementos como a bola (que a utente tem de manter entre os joelhos sem deixar cair durante 10 a 15 segundos), pelo menos 3 a 4 vezes por dia, mantendo o mesmo número de repetições, com sucesso;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Executa a transferência com maior segurança, numa cadeira adequada aos seus défices; - Sobe e desce 2 lances de escadas, com apoio do corrimão e da enfermeira. <p><u>08/02/2017</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - A Sra. M.F.A. mantém-se colaborante, motivada e bem-disposta face às melhorias registadas; - Realiza a transferência
--	--	---	---	--

				<p>(pé/sentado e vice versa) com maior segurança e estabilidade;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Apresenta marcha otimizada, com o movimento do MS a acompanhar MS contralateral; - Sobe e desce escadas apenas com apoio do corrimão e supervisão; - Realiza marcha no exterior, sem tropeçar, sem desvio da linha da marcha apenas para se desviar de objetos; - Mantem a realização dos exercícios musculares.
--	--	--	--	--

Data de Início	Diagnóstico de Enfermagem	Objetivos	Intervenções de Enfermagem	Avaliação
02/01/2017	Défice na Gestão do Regime Terapêutico	- Optimizar o regime terapêutico.	<p><u>*Sistema de Assistência em Enfermagem</u>: Apoio/Educação.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Informar sobre a gestão de regime terapêutico: factores de risco, 	<p>08/08/2017</p> <ul style="list-style-type: none"> - A Sra. M.F.A. verbaliza a importância da realização dos exercícios de fortalecimento muscular, assim como de uma

			<p>alimentação, exercício físico, medicação, avaliação da glicemia capilar;</p> <p>- Ensinar sobre gestão de riscos: adaptação do domicílio para andar (zonas livres, desimpedidas, bem-iluminadas, sem fios, tapetes e outros matérias que potenciem o risco de queda).</p>	<p>correta alimentação com repercussão ao nível dos valores da glicemia capilar.</p>
--	--	--	--	--

Data de Início	Diagnóstico de Enfermagem	Objetivos	Intervenções de Enfermagem	Avaliação
02/01/2017	Humor deprimido	- Estabilizar ou adequar o humor.	<p>*<u>Sistema de Assistência em Enfermagem</u>: Sistema Parcialmente Compensatório.</p> <p>- Assistir a Sra. M.F.A. a identificar elementos precipitantes do humor disfuncional, que podem ou não ser alterados (stress situacional, problemas físicos);</p> <p>- Assistir a utente a analisar o seu humor;</p>	<p><u>02/01/2017</u></p> <p>- A Sra. M.F.A. apresenta humor deprimido, com fâcies triste, discurso negativista, com falta de iniciativa e isolamento social.</p> <p><u>22/01/2017</u></p> <p>- Com os ganhos notórios ao nível da sua capacidade física, que lhe permitiram uma maior</p>

			<ul style="list-style-type: none"> - Identificar com a utente pensamento e sentimentos; - Promover a participação da utente em atividades de lazer: <ul style="list-style-type: none"> - Ver televisão, ler revistas, cuidar do seu cabelo – de referir que a era cabeleireira); - Promover a maior autonomia da utente nos seus autocuidados; - Promover uma maior participação da utente nas tarefas domésticas; - Gerir a comunicação: <ul style="list-style-type: none"> -Estabelecer contacto visual, tom de voz adequado, linguagem simples, clara e concisa, postura adequada; - Promover oportunidade para a utente expressar os seus sentimentos: <ul style="list-style-type: none"> -Escuta ativa, disponibilizar presença, gerir ambiente; - Supervisionar o humor. 	<p>participação na realização dos seus autocuidados e uma maior participação nas atividades domésticas, a utente com humor mais eutímico.</p> <p><u>08/02/2017</u></p> <p>- Os ganhos a nível motor permitiram concretizar um dos objetivos da utente, integrar novamente as atividades de lazer fora do domicílio, o que se traduziu num grande bem estar para a utente e num humor eutímico.</p>
--	--	--	---	--

Data de Início	Diagnóstico de Enfermagem	Objetivos	Intervenções de Enfermagem	Avaliação
02/01/2017	Défice de Atenção e Memória	<ul style="list-style-type: none"> - Estimular as funções cognitivas; - Recuperar a readaptar défices de atenção e memória; - Compensar défices de atenção e memória; - Manter participação social e familiar. 	<p><u>*Sistema de Assistência em Enfermagem:</u> Sistema Parcialmente Compensatório.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Avaliar os domínios cognitivos através do Mini-Mental State Examination; - Gerir o ambiente: <ul style="list-style-type: none"> - Redução do barulho e de outros factores causadores de distração, local de referência da pessoa; - Gerir a comunicação: <ul style="list-style-type: none"> - Estabelecer contacto visual, tom de voz adequado, linguagem simples, clara e concisa, postura adequada; - Acompanhar a utente na realização de atividades terapêuticas no âmbito da atenção: <ul style="list-style-type: none"> - Sopas de letras, leitura de notícias, identificação de diferenças; - Acompanhar a utente na realização de atividades terapêuticas no âmbito da 	<p>02/01/2017</p> <ul style="list-style-type: none"> - A Sra. M.F.A. apresenta lapsos de memória, com períodos de discurso desorganizado, com alterações a nível da tenção, com grande distratibilidade, O esposo apresenta-se como um factor potenciador desta mesma distratibilidade, pelo optei por incluir o cuidador no programa desenvolvido. Nas primeiras sessões a televisão era desligada, de forma a minimizar interferências de outros estímulos que desviassem a atenção. Disponibilizei uma folha com o plano dos exercícios da parte motora com dicas e orientações para que a utente pudesse rever as etapas da sessão e consultar durante a realização de

			<p>memória:</p> <ul style="list-style-type: none">- Compromissos e acontecimentos pessoais; histórias; apontar recados; imagens visuais;- Ensinar a usar dispositivos de compensação (calendário, relógio, alarmes, cadernos de apontamentos, post-it);- Treinar o uso de dispositivos de compensação (calendário, relógio, alarmes, cadernos de apontamentos, post-it);- Envolver o prestador de cuidados na continuidade dos exercícios de treino de atenção e memória;- Motivar a pessoa (reforço positivo) na realização das atividades terapêuticas de atenção e memória;	<p>determinada atividade; assim como os exercícios eram repartidos em segmentos mais simples.</p> <p><u>22/02/2017</u></p> <p>Com o avançar das sessões foram sendo introduzidos elementos como a televisão ligada e o discutir sobre tema do interesse da utente aquando da realização dos exercícios motores. Utente com significativa melhoria da atenção mantida.</p> <p>- Incluído o relógio e o calendário como ferramentas para o registo e alerta de determinada situação, assinalados no calendário os dias das sessões e as horas a que esta iria decorrer, assim como consultas médicas, e datas de aniversários relevantes para a utente.</p>
--	--	--	--	---

				<p>08/02/2017</p> <ul style="list-style-type: none">- A Sra. M.F.A. com melhoria significativa da atenção mantida e captada, consegue desenvolver os exercícios motores e simultaneamente falar sobre algo do seu interesse.- Ao nível da atenção, a utente e marido adoptaram os meios de compensação, com grande destaque para o calendário e caderno de apontamentos.
--	--	--	--	---

1.8. Plano de Exercícios



Elevar e baixar o joelho 15 vezes;



Dobrar o joelho e esticar, 15 vezes;



Afaste uma perna da outra, enquanto a uma das pernas permanece imóvel, 15 vezes;



Sentada, apertar bola entre os joelhos durante 5 segundos, 10 vezes;



Em pé apoiada numa cadeira ou no parapeito da janela, dobrar e esticar o joelho, 15 vezes;



Afaste uma perna da outra com o joelho esticado, 15 vezes;



Agachamento 15 vezes.

Apêndice VII

Apresentação Reabilitação Cognitiva (Serviço Neurocirurgia)

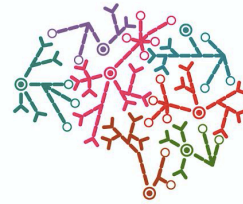
Centro Hospitalar [REDACTED]

Hospital [REDACTED]

Neurocirurgia

Reabilitação Cognitiva

A Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na pessoa com alterações cognitivas decorrentes de TCE.

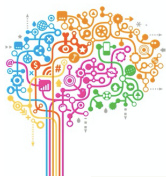


Tânia Almeida
Novembro 2016

...

■ Sumário

1. Pertinência do Tema
2. A pessoa com TCE
3. O impacto dos défices cognitivos
4. A intervenção do EEER na pessoa com défices cognitivos decorrentes de TCE



1. Pertinência do Tema

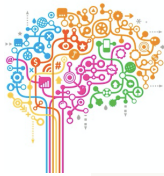
TCE associado ao politraumatizado acidental, com grande representação a nível epidemiológico e com elevado impacto económico.

Uma das causas mais frequentes de morbilidade e mortalidade em todo o mundo, com um impacto importante na qualidade de vida.

(Ghajar, 2000)

Efeitos perduram durante longos períodos acarretando alterações na pessoa, família e sociedade.

(Ghajar, 2000)



1. Pertinência do Tema

- Apesar do TCE poder causar incapacidade física a longo prazo, as alterações cognitivas e comportamentais, manifestadas pela dificuldade em manter relações pessoais, lidar com o seu emprego são relatadas como mais incapacitantes do que quaisquer deficits físicos.

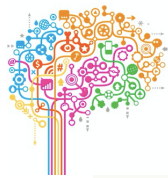
(Khan, Baguley & Cameron, 2003)



1. Pertinência do Tema

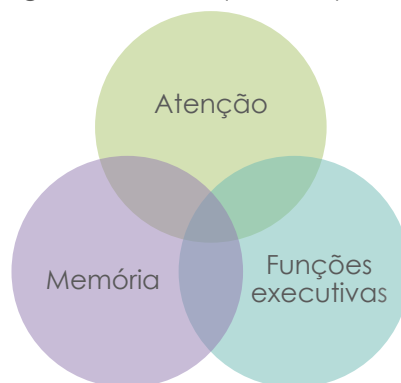
- ▣ A recuperação da pessoa que sofreu TCE não pode apenas focar-se na promoção de intervenções de recuperação sensório-motora, de autonomia e autocuidados, pois as capacidades cognitivas são indispensáveis para aprender e desempenhar novas funções.

(Gonzaga & Nunes, 2008)



2. A Pessoa com TCE

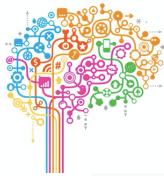
- ▣ Défices cognitivos mais frequentes após TCE.



2. A Pessoa com TCE

▣ Atenção

- ▣ Processo mental que possibilita à pessoa permanecer em estado de alerta, selecionar, manter, alternar e dividir a sua concentração entre conteúdos ambientais e do próprio pensamento, apresentando-se, também, como pré-requisito para outros processos mentais.



(Podell et al. 2010)

2. A Pessoa com TCE

▣ Atenção

- ▣ Alterações desta função originam:
 - ▣ Diminuição da concentração,
 - ▣ Distração,
 - ▣ Lentidão,
 - ▣ Cansaço.



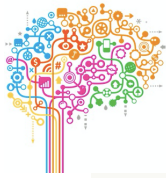
(Loetscher & Lincoln, 2013)

2. A Pessoa com TCE

▣ Memória

- ▣ Representa o conjunto das estruturas e processos cognitivos que permitem codificar, armazenar e recuperar diversos tipos de informação.

(Menoita, 2014)

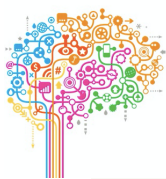


2. A Pessoa com TCE

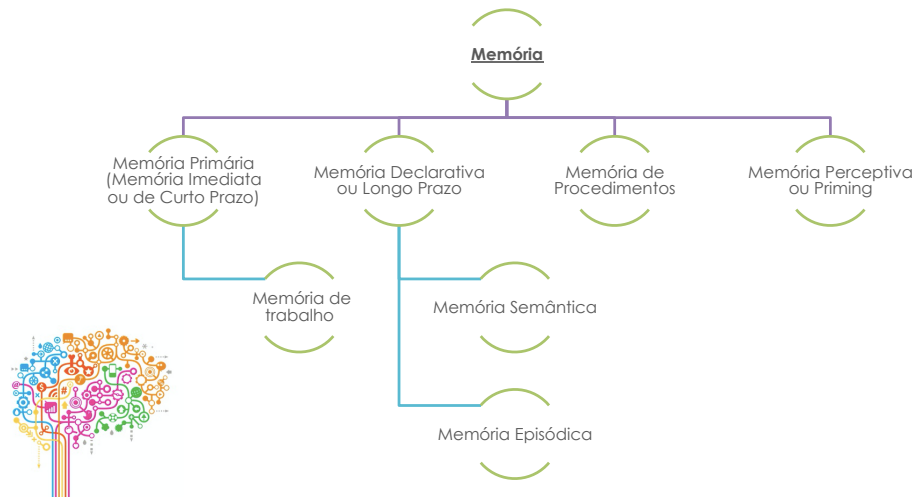
▣ Memória

- ▣ Alterações desta função afetam:
 - ▣ Capacidade de recordar eventos,
 - ▣ Levar a cabo intenções futuras.

(Nair & Lincoln, 2008)



2. A Pessoa com TCE

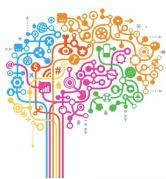


2. A Pessoa com TCE

▣ Funções Executivas

- ▣ Inclui o raciocínio abstrato e permitem:
 - ▣ Planear ou desenvolver objetivos,
 - ▣ Iniciar comportamentos,
 - ▣ Resolver problemas,
 - ▣ Criar estratégias,
 - ▣ Antecipar consequências de determinada ação,
 - ▣ Avaliar o progresso face a um objetivo,
 - ▣ Focar a atenção em informação tida como relevante para o sujeito,
 - ▣ Gerir o tempo e espaço

(Cicerone et al. 2000)



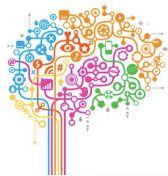
2. A Pessoa com TCE

▣ Funções Executivas

- ▣ Alterações desta função levam a que a pessoa:
 - ▣ Não consiga de forma adequada analisar e planear tarefas mais complexas e tomar as decisões necessárias,

- ▣ Podendo, contudo
 - ▣ Funcionar bem em situações conhecidas e estruturadas,
 - ▣ Havendo a tendência para ações repetitivas com pouca criatividade, provocando frustração na própria pessoa.

(Mendes, 2011)



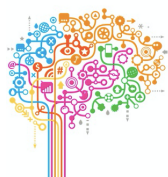
3. O impacto dos défices cognitivos

- ▣ As regiões cerebrais mais frequentemente lesadas após TCE são os lobos frontais e temporais.

(Portellano, 2005)

- ▣ Défice na capacidade de julgar nas funções executivas (planeamento, iniciativa, monitorização do comportamento),
- ▣ Défice de memória,
- ▣ Lentidão no processamento da informação,
- ▣ Distúrbios de atenção e um pensamento divergente pobre.

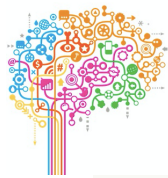
(Mendes, 2011)



3. O impacto dos défices cognitivos

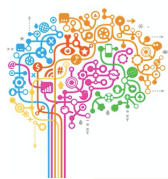
- ▣ A qualidade de vida destes indivíduos fica muito dependente do grau de afecção da cognição.
 - ▣ Condiciona a autonomia,
 - ▣ Realização de autocuidado da pessoa.

(Koehler, Wilhelm & Shoulson, 2011)



3. O impacto dos défices cognitivos

- ▣ A cognição tem um impacto importante na reabilitação da pessoa, pois esta compreende:
 - ▣ A capacidade da pessoa para se lembrar e aprender nova informação,
 - ▣ Reaprender o autocuidado e retomar um estilo de vida apropriado,
 - ▣ Desempenha um papel importante na determinação do potencial de reabilitação.



4. A intervenção do EEER na pessoa com défices cognitivos decorrentes de TCE

- O EEER está capacitado para cuidar ao longo de todo o processo de reabilitação e ao longo do ciclo vital de pessoas que sofreram alterações cognitivas por doença ou lesão identificando as necessidades e adaptando as intervenções às necessidades de cada indivíduo, considerando as repercussões pessoais, familiares e sociais, visto que cada indivíduo afetado por TCE apresenta um padrão específico de alterações.

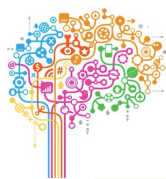
(Mendes, 2011)



4. A intervenção do EEER na pessoa com défices cognitivos decorrentes de TCE

- A reabilitação cognitiva tem como objetivos:
 - Melhorar o desempenho nas AVD;
 - Estimular, recuperar ou compensar as funções cognitivas lesadas;
 - Maximizar as funções cognitivas;
 - Melhorar a qualidade de vidas das pessoas.

(Cicerone et al. 2011)



4. A intervenção do EEER na pessoa com défices cognitivos decorrentes de TCE

▣ Plasticidade neural:

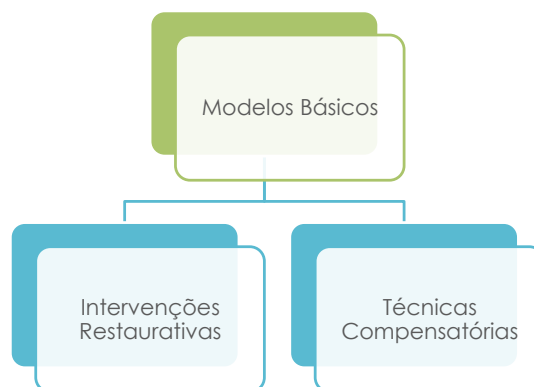
- ▣ A capacidade do cérebro para regeneração e adaptação da sua morfologia e função;
- ▣ Entende-se o cérebro humano como um órgão dinâmico e adaptativo, capaz de se reestruturar em função de novas exigências ambientais ou das limitações funcionais impostas por lesões cerebrais.



(Menoita, 2014)

4. A intervenção do EEER na pessoa com défices cognitivos decorrentes de TCE

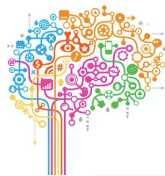
▣ Reabilitação Cognitiva



4. A intervenção do EEER na pessoa com défices cognitivos decorrentes de TCE

▣ Atenção

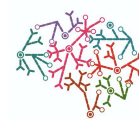
- ▣ Gerir o ambiente de forma a minimizar interferências de outros estímulos;
- ▣ Variar a natureza da atividade segundo o interesse da pessoa (por ex.: leitura de notícias curtas, jogos de interesse,...);
- ▣ Contextualizar sempre as situações, trazer exemplos do quotidiano da pessoa;
- ▣ Disponibilizar bilhetes com dicas e orientações para situações em que se identificou que a pessoa necessita de auxílio;
Rever e escrever os objetivos e as etapas das atividades para que a pessoa possa consultar durante a execução da atividade;



4. A intervenção do EEER na pessoa com défices cognitivos decorrentes de TCE

▣ Atenção

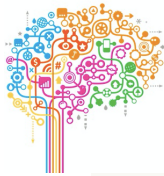
- ▣ Evitar locais com distrações e ruídos de fundo quando está a realizar uma atividade;
- ▣ Evitar a realização de várias tarefas em simultâneo;
- ▣ Fazer períodos de descanso entre as suas atividades;
- ▣ Fazer as tarefas mais complexas no momento do dia em que está menos cansado;



4. A intervenção do EEER na pessoa com défices cognitivos decorrentes de TCE

▣ Atenção

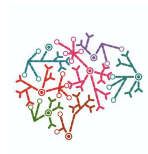
- ▣ Fazer intervalos, breves mas frequentes, durante a realização de uma tarefa;
- ▣ Repartir em pequenas tarefas simples uma tarefa complexa e fazer uma tarefa da cada vez;
- ▣ Levar o tempo que for necessário para realizar cada tarefa.



4. A intervenção do EEER na pessoa com défices cognitivos decorrentes de TCE

▣ Memória

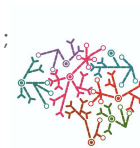
- ▣ Observação de fotografias tiradas antes e/ou posteriores ao acidente;
- ▣ Usar formas de registo (fotos, palavras, imagens, áudio) para eventos importantes que ocorreram no dia, compromissos futuros, ou ainda informações que, para serem relembradas pela pessoa, exijam pistas;
- ▣ Leitura de textos curtos (revistas, notícias), seguida de uma organização da informação (anotação dos pontos principais), e discussão com outras pessoas sobre o tema;
- ▣ Uso de possíveis ferramentas para o registo e alerta de determinada situação;



4. A intervenção do EEER na pessoa com défices cognitivos decorrentes de TCE

▣ Memória

- ▣ Usar uma agenda na qual possa ver diariamente os compromissos;
- ▣ Desenvolver uma rotina para as atividades e cumprir;
- ▣ Planear atividades de forma a ajudar a diminuir o risco de se esquecer;
- ▣ Criar um espaço para cada coisa e guardar sempre no mesmo sítio;
- ▣ Fazer listas (lista de compras, lista de tarefas diárias, etc.);



4. A intervenção do EEER na pessoa com défices cognitivos decorrentes de TCE

▣ Memória

- ▣ Usar um bloco de notas para registar tudo o que for importante, e para verificar o que escreveu;
- ▣ Usar um sistema de lembretes – telemóvel, despertador, post-it – e escolher o local mais apropriado para os colocar (ex. Em casa, o frigorífico para colocar notas, horários, etc.).
- ▣ Repetir a informação mais do que uma vez, ensaiar a informação ajuda a recordá-la.



4. A intervenção do EEER na pessoa com défices cognitivos decorrentes de TCE

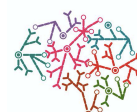
▣ Funções Executivas

- ▣ Facilitar a organização do espaço físico de forma a reduzir a cargas das funções executivas;
- ▣ Colocação de estímulos ou sinais para aumentar o comportamento adaptativo, como por exemplo a rotina para vestir-se, afixada no espelho do quarto;
- ▣ Ensinar rotinas específicas para a tarefa;
- ▣ Dar várias oportunidades para planear as atividades.



4. A intervenção do EEER na pessoa com défices cognitivos decorrentes de TCE

- ▣ Importante graduar os estímulos,
- ▣ Estar atento às respostas de fadiga e cansaço,
- ▣ Respeitar os limites da pessoa, evitando causar frustração;
- ▣ Utilizar estímulos familiares (vozes, músicas, objetos);
- ▣ Manter a calma;
- ▣ Evitar comparações com o passado;
- ▣ Manter o sentido de humor;
- ▣ Ser generoso com o reforço positivo.

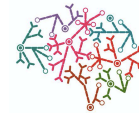


4. A intervenção do EEER na pessoa com défices cognitivos decorrentes de TCE

- Após lesão cerebral a qualidade e adequação do estímulo são variáveis mais significativas para novas aprendizagens do que a intensidade dos estímulos.

(Norrie et al. 2010)

- A família, cuidador e pessoas significativas devem ser envolvidas nos programas de reabilitação, atuando como função complementar ao cuidado profissional.

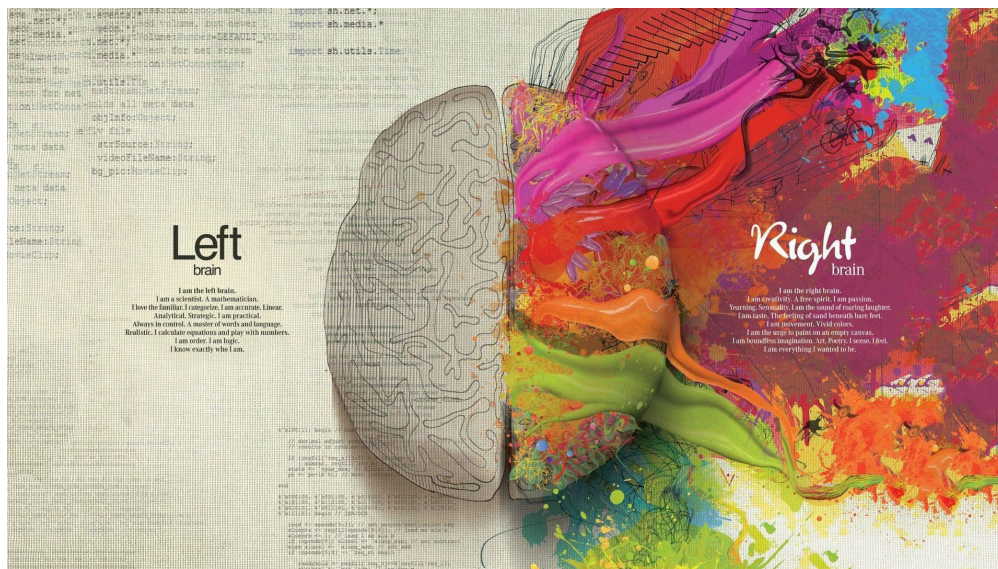


Referências Bibliográficas

- Cicerone, K., Langenbahn, D., Braden, C., Malce, J., Kalmar, K., Fraas, M. ... Ashman, T. (2011). Evidence-Based Cognitive Rehabilitation: Updated Review of the Literature From 2003 Through 2008. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 92 (4), 519-530. DOI: 10.1016/j.apmr.2010.11.015
 - Ghajar, J. (2000). Traumatic brain injury. *Lancet*, 356(9233), 923-929. DOI:10.1016/S0140-6736(00)02689-1
 - Gonzaga, L & Nunes, B (2008). Reabilitação da memória após lesão cerebral. In: B., Nunes (Coord.). *Memória – Funcionamento, Perturbações e Treino* (pp. 289-308). Lisboa: Lidel.
 - Jennekens, N., Casterlé, B., Dobbels, F. (2010). A systematic review of care needs of people with traumatic brain injury (TBI) on a cognitive, emotional and behavioural level. *Journal of Clinical Nursing*, 19, 1198-1206. DOI: 10.1111/j.1365-2702.2009.03114.x.
-

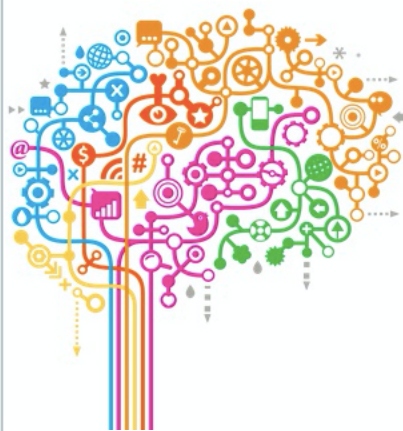
Referências Bibliográficas

- Khan F.; Baguley I. & Cameron, I. (2003). Rehabilitation after traumatic brain injury. *MJA Practice Essentials*, 178 (6), 290-295. Acedido 29.05.2016. Disponível em: <https://www.mja.com.au/journal/2003/178/6/4-rehabilitation-after-traumatic-brain-injury>.
- Koehler, R.; Wilhelm, E. & Shoulson, I. (2011). *Cognitive Rehabilitation therapy for Traumatic Brain Injury - Evaluating the Evidence*. Washington: The National Academies Press.
- Mendes, R. (2011). *Avaliação cognitiva em traumatizados crânio-encefálicos ligeiros*. (Tese doutoramento). Disponível no RCAAP.
- Menoita, E. (2014) – Reabilitar a Pessoa Idosa com AVC: Contributos para um envelhecer resiliente. Loures: Lusociência.
- Norrie, J.; Heitger, M.; Leathem, J.; Anderson, T.; Jones, R.; Flett, R. (2010). Mild traumatic brain injury and fatigue: a prospective longitudinal study. *Brain Injury*, 24(13-14), 1528-1538. DOI: 10.3109/02699052.2010.531687.
- Portellano, J. (2005). *Introducción a la Neuropsicología*. Madrid: McGraw-Hill.



Apêndice VIII

Panfleto Reabilitação Cognitiva (Serviço Neurocirurgia)



Muitas das pessoas que sofreram Traumatismo Crânio-Encefálico ficam com sequelas que vão interferir na sua vida pessoal, social e profissional. Apesar do TCE poder causar incapacidade física a longo prazo, as alterações cognitivas e comportamentais, manifestadas pela dificuldade em manter relações pessoais, lidar com o seu emprego são relatadas como mais incapacitantes do que quaisquer deficits físicos (Khan, Baguley & Cameron, 2003). A reabilitação cognitiva tem como objetivos melhorar o desempenho nas atividades de vida diária; maximizar as funções cognitivas e melhorar a qualidade de vida das pessoas (Cicerone et al, 2011).



Embora, o TCE, seja um evento que ocorra em segundos, os seus efeitos perduram durante longos períodos acarretando alterações na pessoa, família e sociedade, pois conduz a mudanças acentuadas nos papéis e relações, uma vez que a pessoa que sofreu TCE pode apresentar défices temporários ou permanentes, tanto a nível físico, como a nível cognitivo, comportamental e social.



Hospital [REDACTED]

Área de Neurociências

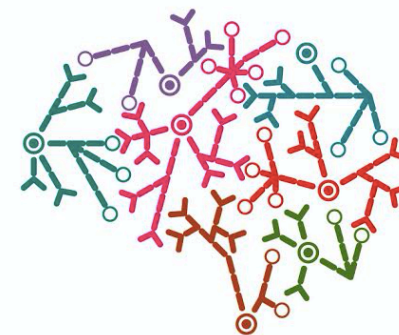
Especialidade de Neurocirurgia

Contatos – Unidade de Internamento:

Piso 1: [REDACTED]

Piso 2: [REDACTED]

Traumatismo Crânio Encefálico



Alterações cognitivas



Estratégias e Orientações

Atenção

- * Evite locais com distrações e ruídos de fundo quando está a realizar uma atividade;
- * Evite a realização de várias tarefas em simultâneo;
- * Faça períodos de descanso entre as suas atividades;
- * Faça as tarefas mais complexas no momento do dia em que está menos cansado;
- * Faça intervalos, breves mas frequentes, durante a realização de uma tarefa;
- * Reparta em pequenas tarefas simples uma tarefa complexa e faça uma da cada vez;
- * Leve o tempo que for necessário para as realizar cada tarefa.

Memória:

- * Use uma agenda na qual possa ver diariamente os seus compromissos;
- * Desenvolva uma rotina para as suas atividades e cumpra-a;
- * Planear atividades ajuda a diminuir o risco de esquecer-se de algo;
- * Crie um espaço para cada coisa e guarde-as sempre no mesmo sítio;
- * Faça listas (lista de compras, lista de tarefas diárias, etc.);

- * Use um bloco de notas para registar TUDO o que for importante, e para verificar o que escreveu;
- * Use um sistema de lembretes – telemóvel, despertador, post-it – e escolha o local mais apropriado para os colocar (ex. o frigorífico para colocar notas, horários, etc.);
- * Repita a informação mais do que uma vez, ensaiar a informação ajuda a recordá-la.

Funções Executivas

- * Organizar o espaço físico;
- * Colocar estímulos ou sinais, como por exemplo a rotina para vestir-se, afixada no espelho do quarto;
- * Ensinar rotinas específicas para determinada tarefa;
- * Dar várias oportunidades para planear as atividades.

- * Ao trabalhar os défices cognitivos após TCE é importante graduar os estímulos e estar atento às respostas de fadiga e cansaço, respeitando os limites da pessoa, evitando causar frustração.
- * Deve utilizar estímulos familiares (vozes, músicas, objetos), manter a calma, evitar situações stressantes e comparações com o passado.
- * Manter o sentido de humor e ser generoso com o reforço positivo.

Atenção:

Dificuldade em manter-se atento na realização de uma tarefa, ou num pensamento, sendo fácil distrair-se;

Memória:

Afeta a capacidade de recordar eventos e levar a cabo intenções futuras;

Funções executivas:

Dificuldade em organizar e planear as atividades, dificuldade em iniciar atividades.



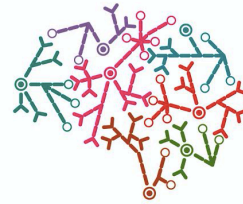
Apêndice IX
Apresentação Reabilitação Cognitiva & Estimulação Sensorial
(ECCI)

UCC [REDACTED]

ECCI [REDACTED]

Reabilitação Cognitiva & Estimulação Sensorial

Tânia Almeida
Luís Santos
Fevereiro, 2017

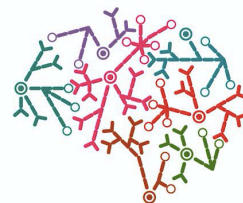


UCC [REDACTED]

ECCI [REDACTED]

Reabilitação Cognitiva

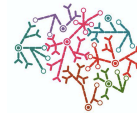
Tânia Almeida



...

■ Sumário

1. Défice cognitivo ligeiro
2. A pessoa com défice cognitivo ligeiro
3. O impacto dos défices cognitivos
4. A intervenção do EEER na pessoa com défice cognitivo ligeiro
5. O Todo pelas Partes



1. Défice cognitivo ligeiro

Caracteriza-se:

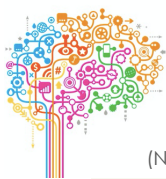
Funcionamento cognitivo inferior ao que é expectável, para a idade e nível de escolaridade da pessoa

Manifesta-se:

Dificuldade em realizar mais do que uma tarefa em simultâneo

Dificuldade em resolver problemas mais complexos ou nas tomadas de decisão

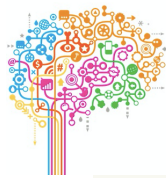
Esquecimento de informação recente



(Nunes & Pais, 2014)

1. Déficit cognitivo ligeiro

Apesar da existências destas alterações, a pessoa continua a manter um nível de funcionalidade normal ou quase inalterado.



2. A Pessoa com déficit cognitivo ligeiro

□ Défices cognitivos:

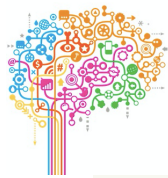


2. A Pessoa com défice cognitivo ligeiro

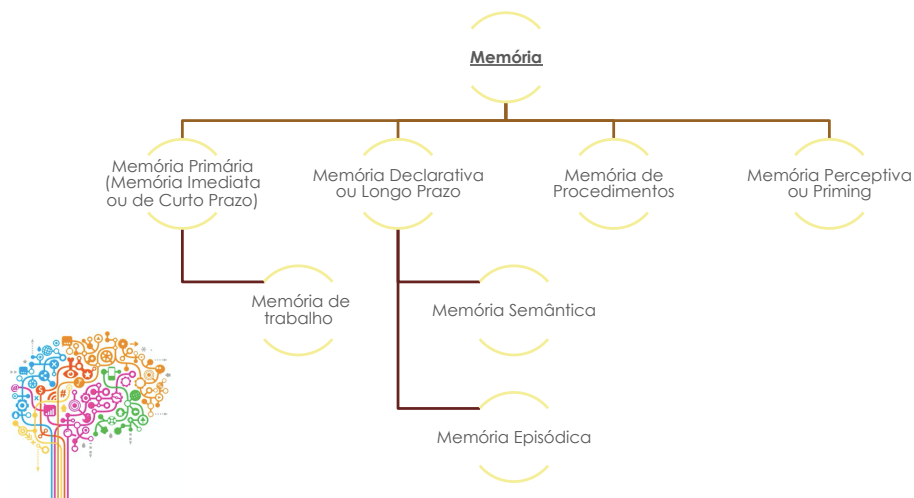
□ Memória

- Representa o conjunto das estruturas e processos cognitivos que permitem codificar, armazenar e recuperar diversos tipos de informação.

(Menoita, 2014)



2. A Pessoa com défice cognitivo ligeiro

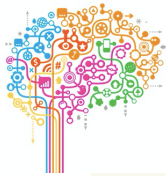


2. A Pessoa com défice cognitivo ligeiro

■ Memória

- Alterações desta função afetam:
 - Capacidade de recordar eventos,
 - Levar a cabo intenções futuras.

(Nair & Lincoln, 2008)

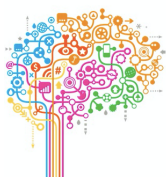


2. A Pessoa com défice cognitivo ligeiro

■ Atenção

- Processo mental que possibilita à pessoa permanecer em estado de alerta, selecionar, manter, alternar e dividir a sua concentração entre conteúdos ambientais e do próprio pensamento, apresentando-se, também, como pré-requisito para outros processos mentais.

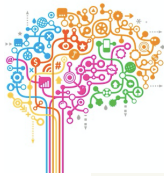
(Podell et al, 2010)



2. A Pessoa com déficit cognitivo ligeiro

■ Atenção

- Alterações desta função originam:
 - Diminuição da concentração,
 - Distração,
 - Lentidão,
 - Cansaço.



(Loetscher & Lincoln, 2013)

2. A Pessoa com déficit cognitivo ligeiro

■ Funções Executivas

- Inclui o raciocínio abstrato e permitem:
 - Planear ou desenvolver objetivos,
 - Iniciar comportamentos,
 - Resolver problemas,
 - Criar estratégias,
 - Antecipar consequências de determinada ação,
 - Avaliar o progresso face a um objetivo,
 - Focar a atenção em informação tida como relevante para o sujeito,
 - Gerir o tempo e espaço



(Cicerone et al. 2000)

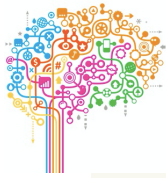
2. A Pessoa com défice cognitivo ligeiro

■ **Funções Executivas**

- Alterações desta função levam a que a pessoa:
 - Não consiga de forma adequada analisar e planear tarefas mais complexas e tomar as decisões necessárias,

- Podendo, contudo
 - Funcionar bem em situações conhecidas e estruturadas,
 - Havendo a tendência para ações repetitivas com pouca criatividade, provocando frustração na própria pessoa.

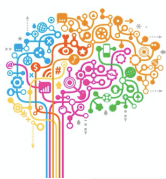
(Mendes, 2011)



3. O impacto dos défices cognitivos

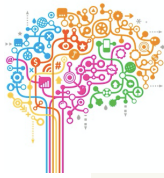
- A qualidade de vida destes indivíduos fica muito dependente do grau de afecção da cognição.
 - Condiciona a autonomia,
 - Realização de autocuidado da pessoa.

(Costa & Sequeira, 2013)



3. O impacto dos défices cognitivos

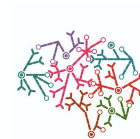
- A cognição tem um impacto importante na reabilitação da pessoa, pois esta compreende:
 - A capacidade da pessoa para se lembrar e aprender nova informação,
 - Reaprender o autocuidado e retomar um estilo de vida apropriado,
 - Desempenha um papel importante na determinação do potencial de reabilitação.



4. A intervenção do EEER na pessoa com défice cognitivo ligeiro

- O EEER está capacitado para cuidar ao longo de todo o processo de reabilitação e ao longo do ciclo vital de pessoas que sofreram alterações cognitivas por doença ou lesão identificando as necessidades e adaptando as intervenções às necessidades de cada indivíduo.

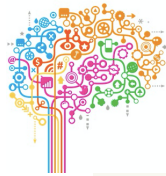
(Mendes, 2011)



4. A intervenção do EEER na pessoa com défice cognitivo ligeiro

- A reabilitação cognitiva tem como objetivos:
 - Melhorar o desempenho nas AVD;
 - Estimular, recuperar ou compensar as funções cognitivas lesadas;
 - Maximizar as funções cognitivas;
 - Melhorar a qualidade de vidas das pessoas.

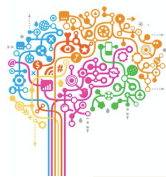
(Cicerone et al, 2011)



4. A intervenção do EEER na pessoa com défice cognitivo ligeiro

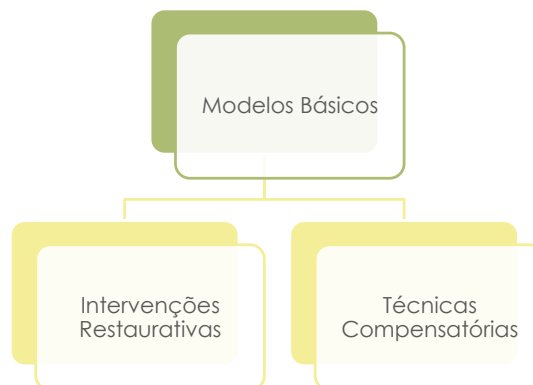
- Plasticidade neural:
 - A capacidade do cérebro para regeneração e adaptação da sua morfologia e função;
 - Entende-se o cérebro humano como um órgão dinâmico e adaptativo, capaz de se reestruturar em função de novas exigências ambientais ou das limitações funcionais impostas por lesões cerebrais.

(Menoita, 2014)



4. A intervenção do EEER na pessoa com défice cognitivo ligeiro

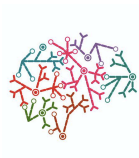
■ Reabilitação Cognitiva



4. A intervenção do EEER na pessoa com défice cognitivo ligeiro

■ Memória

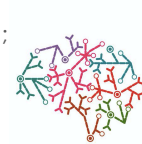
- Usar formas de registo (fotos, palavras, imagens, áudio) para eventos importantes que ocorreram no dia, compromissos futuros, ou ainda informações que, para serem lembradas pela pessoa, exijam pistas;
- Leitura de textos curtos (revistas, notícias), seguida de uma organização da informação (anotação dos pontos principais), e discussão com outras pessoas sobre o tema;
- Uso de possíveis ferramentas para o registo e alerta de determinada situação;



4. A intervenção do EEER na pessoa com défice cognitivo ligeiro

■ Memória

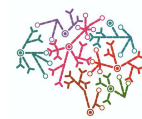
- Usar uma agenda na qual possa ver diariamente os compromissos;
- Desenvolver uma rotina para as atividades e cumprir;
- Planear atividades de forma a ajudar a diminuir o risco de se esquecer;
- Criar um espaço para cada coisa e guardar sempre no mesmo sítio;
- Fazer listas (lista de compras, lista de tarefas diárias, etc.);



4. A intervenção do EEER na pessoa com défice cognitivo ligeiro

■ Memória

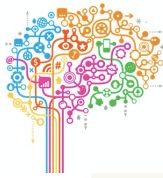
- Usar um bloco de notas para registar tudo o que for importante, e para verificar o que escreveu;
- Usar um sistema de lembretes – telemóvel, despertador, post-it – e escolher o local mais apropriado para os colocar (ex. Em casa, o frigorífico para colocar notas, horários, etc.).
- Repetir a informação mais do que uma vez, ensaiar a informação ajuda a recordá-la.



4. A intervenção do EEER na pessoa com défice cognitivo ligeiro

■ Atenção

- Gerir o ambiente de forma a minimizar interferências de outros estímulos;
- Variar a natureza da atividade segundo o interesse da pessoa (por ex.: leitura de notícias curtas, jogos de interesse,...);
- Contextualizar sempre as situações, trazer exemplos do quotidiano da pessoa;
- Disponibilizar bilhetes com dicas e orientações para situações em que se identificou que a pessoa necessita de auxílio;
Rever e escrever os objetivos e as etapas das atividades para que a pessoa possa consultar durante a execução da atividade;



4. A intervenção do EEER na pessoa com défice cognitivo ligeiro

■ Atenção

- Evitar locais com distrações e ruídos de fundo quando está a realizar uma atividade;
- Evitar a realização de várias tarefas em simultâneo;
- Fazer períodos de descanso entre as suas atividades;
- Fazer as tarefas mais complexas no momento do dia em que está menos cansado;



4. A intervenção do EEER na pessoa com défice cognitivo ligeiro

■ Atenção

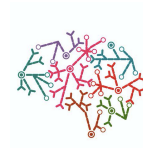
- Fazer intervalos, breves mas frequentes, durante a realização de uma tarefa;
- Repartir em pequenas tarefas simples uma tarefa complexa e fazer uma tarefa da cada vez;
- Levar o tempo que for necessário para realizar cada tarefa.



4. A intervenção do EEER na pessoa com défice cognitivo ligeiro

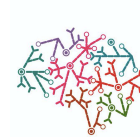
■ Funções Executivas

- Facilitar a organização do espaço físico de forma a reduzir a cargas das funções executivas;
- Colocação de estímulos ou sinais para aumentar o comportamento adaptativo, como por exemplo a rotina para vestir-se, afixada no espelho do quarto;
- Ensinar rotinas específicas para a tarefa;
- Dar várias oportunidades para planear as atividades.



4. A intervenção do EEER na pessoa com défice cognitivo ligeiro

- Importante graduar os estímulos,
- Estar atento às respostas de fadiga e cansaço,
- Respeitar os limites da pessoa, evitando causar frustração;
- Utilizar estímulos familiares (vozes, músicas, objetos);
- Manter a calma;
- Evitar comparações com o passado;
- Manter o sentido de humor;
- Ser generoso com o reforço positivo.



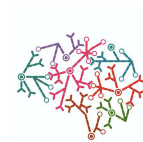
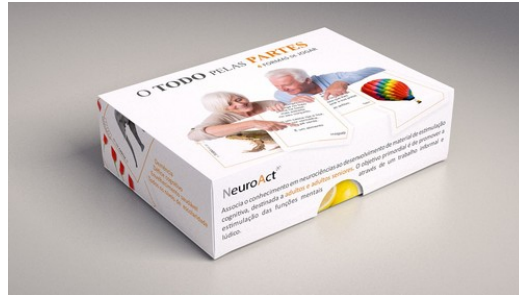
4. A intervenção do EEER na pessoa com défice cognitivo ligeiro

A família, cuidador e pessoas significativas devem ser envolvidas nos programas de reabilitação, atuando como função complementar ao cuidado profissional.



5. O Todo pelas Partes

- O Todo pelas Partes é um jogo de estimulação cognitiva inovador e versátil, que pretende estimular capacidades cognitivas.



5. O Todo pelas Partes

- Formas de jogar:
 - Jogo 1: Leitura das descrições pelo profissional;
 - Jogo 2: Cada jogador descreve as imagens que tem no seu baralho para que os restantes adivinhem;
 - Jogo 3: Mimica;
 - Jogo 4: Loto de imagens.

(NeuroAct, 2016)



5. O Todo pelas Partes

- Jogo 1 – Estimula funções executivas, memória semântica, raciocínio lógico, atenção;
- Jogo 2 – Estimula linguagem, criatividade, percepção visuo-espacial, atenção;
- Jogo 3 – Estimula praxias, atenção;
- Jogo 4 – Percepção visual e atenção, para pessoas com demência ou défice cognitivo ligeiro.



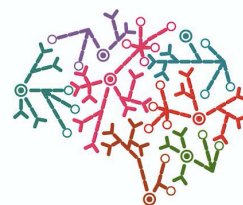
(NeuroAct, 2016)

UCC [REDACTED]

ECCI [REDACTED]

Estimulação Sensorial

Luís Santos



...

■ Sumário

1. Conceitos
2. Sensores
3. Estimulação sensorial
4. Habitus
5. Estímulos não significativos e autobiográficos
6. Caixa de estimulação sensorial/motora e neuro avaliação



1. Conceitos: Consciência

- “capacidade de nos dar conta de nós próprios, da nossa atividade mental e do ambiente”

(Ferro & Pimentel, 2006, p25).

- “estado mental que ocorre quando estamos acordados e em que dispomos de um conhecimento privado e pessoal da nossa própria existência.”

(Damásio, 2010, p.200)



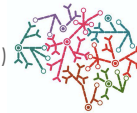
1. Conceitos: Neuro-plasticidade

- “capacidade de o cérebro mudar e alterar a sua estrutura e função”

(Sohlberg & Mateer, 2015,p.71)

- Plasticidade anatômica e bioquímica do cérebro e a sua recuperação natural fornece a base para as intervenções de reabilitação.

(Andeletic,N, et al (2011); Zhu et al ,2007)

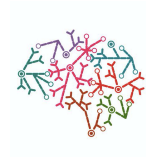


1. Conceitos



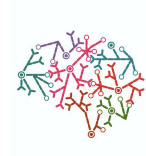
2. Sensores

- Os sentidos são agrupamentos de sensores definindo estes como “órgãos capazes de recolher informações do mundo exterior”
(Castro Caldas, 2000, p.82)
- O ser humano tem uma capacidade de interação com o meio, usando os sentidos numa relação dinâmica.

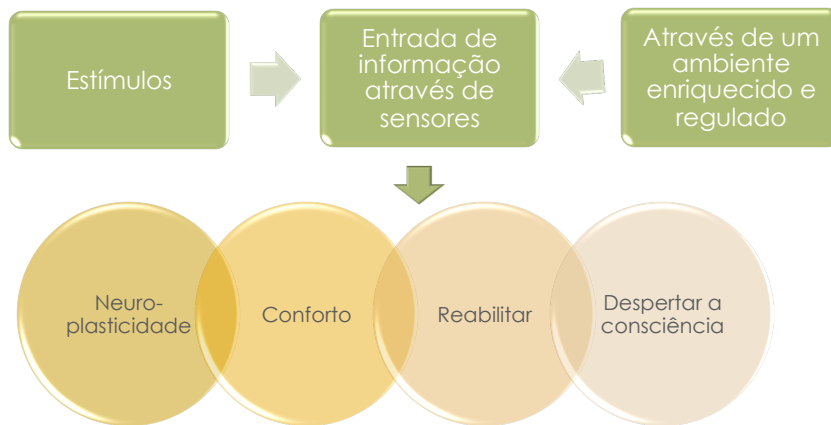


2. Sensores

- Olfato (sensíveis a moléculas químicas);
- Paladar (sensíveis a moléculas químicas);
- Audição (receptores de som);
- Visão (receptores da luz);
- Sensibilidade (tátil, dor, temperatura, vibratória, propriocetiva).



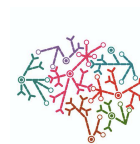
3. Estimulação sensorial



Adaptado de Silva, Seixas, Pinto 2016

3. Estimulação sensorial

- ▣ Promoção da neuro-plasticidade;
- ▣ Promoção do conforto;
- ▣ Disponibilização de estímulos de forma controlada à pessoa;
- ▣ Favorece a reabilitação motora;
- ▣ Ter em conta o habitus da pessoa;
- ▣ Envolvimento da família.



4. Habitus

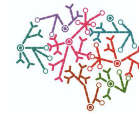
- Sistema que integra todas as experiências passadas;

(Bordieu 1963, 1972; Setton 2002)

- Associado ao passado e presente;

- Reflete uma identidade social e uma experiência biográfica.

(Setton 2002)



5. Estímulos não significativos e autobiográficos

Olfato

- Reconhecimento de cheiros (perfume, shampoo, café);
- Aromaterapia.

Paladar

- Reconhecimento de alimentos (alimentos favoritos, sabores).

Audição

- Vozes familiares, música, leitura, sons familiares.

Visão

- Imagens projetadas, fotografias, autoimagem/espelho, filmes, objetos pessoais, cores.

Sensibilidade

- Massagem, banho, objetos com diversas texturas, mobilizações.
-

6. Caixa de estimulação sensorial/motora e neuro avaliação



Referências Bibliográficas

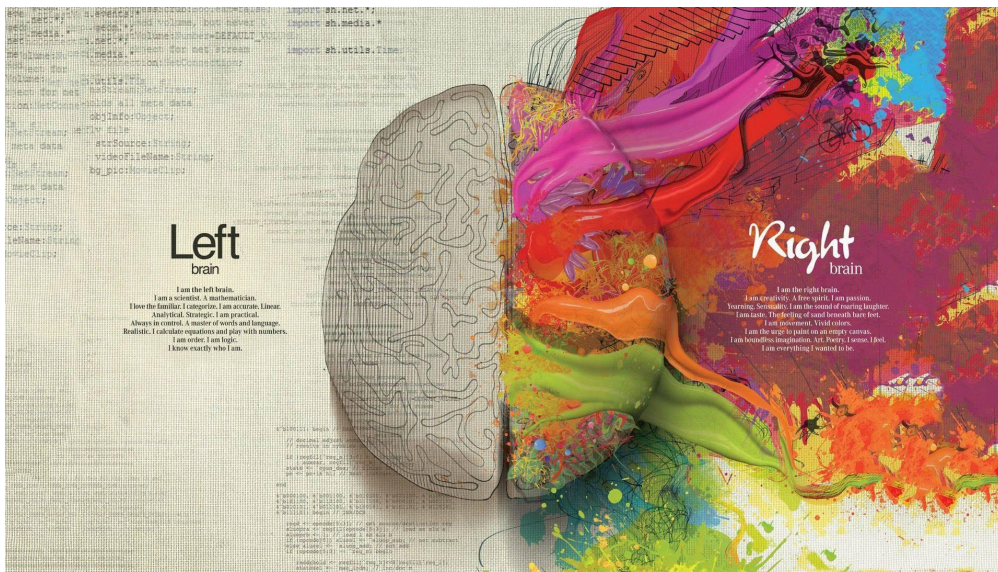
- Andelic, N., Sigurdardottir, S., Sveen, U., Tornas, S. (2011). Does an early onset and continuous chain of rehabilitation improve the long-term functional outcome of patients with severe traumatic brain injury?. *Journal of trauma*. DOI: 10.1089/neu.2011.1811
- Caldas, A. C. (2000). *A herança de Franz Joseph Gall, o cérebro ao serviço do comportamento humano*. Portugal: McGraw-Hill. ISBN:972-773-034-5.
- Cicerone, K., Dahlberg, C.; Kalmár, K.; Langenbahn, D., Malce, J., Bergquist, T. ... Morse, P. (2000). Evidence-based cognitive rehabilitation: Recommendations for clinical practice. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 81 (12), 1596-1615. DOI: 10.1053/apmr.2000.19240
- Cicerone, K., Langenbahn, D., Braden, C., Malce, J., Kalmár, K., Fraas, M. ... Ashman, T. (2011). Evidence-Based Cognitive Rehabilitation: Updated Review of the Literature From 2003 Through 2008. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 92 (4), 519-530. DOI: 10.1016/j.apmr.2010.11.015
- Costa, A. & Sequeira C. (2013). Efetividade de um programa de estimulação cognitiva em idosos com défice cognitivo ligeiro. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*,(9), 14-20.
- Damásio, A. (2000). *O livro da consciência: a construção do cérebro consciente*. Maia. Temas e debates. ISBN: 978-989-644-120-3.
- Ferro, J., Pimentel, J. (2006). *Neurologia - Princípios, diagnóstico e tratamento*. Lisboa: Lidel -Edições Técnicas, Lda. ISBN:978-972-757-368-4.

Referências Bibliográficas

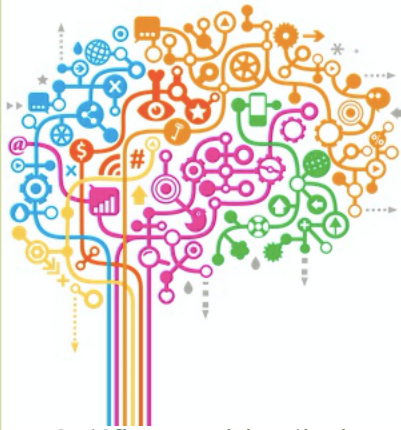
- Loetscher, P. & Lincoln, P. (2013). Cognitive rehabilitation for attention deficits following stroke. *The Cochrane Library*, 5, 1-58. DOI: 10.1002/14651858.CD002842.pub2.
- Mendes, R. (2011). *Avaliação cognitiva em traumatizados crânio-encefálicos ligeiros*. (Tese doutoramento). Disponível no RCAAP.
- Menoita, E. (2014) – *Reabilitar a Pessoa Idosa com AVC: Contributos para um envelhecer resiliente*. Loures: Lusociência.
- Nair, R. & Lincoln, P. (2008) Cognitive rehabilitation for memory deficits following stroke. *The Cochrane Library*, 4, 1-22. DOI: 10.1002/14651858.CD002293.pub3.
- NeuroAct (2016). *Soluções de Neuroestimulação*. Disponível em: <http://www.neuro-act.com/>
- Nunes, B. & Pais, J. (2014). *Doença de Alzheimer. Exercícios de Estimulação*. Lisboa: Lidel.
- Podell, K.; Gifford, K.; Bougakov, D. & Goldberg, K. (2010). Neuropsychological assessment in traumatic brain injury. *Psychiatric Clinics of North America*, 33(4), 855-876. DOI: 10.1016/j.psc.2010.08.003

Referências Bibliográficas

- Podell, K.; Gifford, K.; Bougakov, D. & Goldberg, K. (2010). Neuropsychological assessment in traumatic brain injury. *Psychiatric Clinics of North America*, 33(4), 855-876. DOI: 10.1016/j.psc.2010.08.003
 - Setton, J. (2002). A teoria do habitus de Pierre Bourdier: uma leitura contemporânea. *Revista brasileira de educação*, 20, 60-70.
 - Silva, C. (2016). *A regulação sensorial na promoção do conforto da pessoa em estado vegetativo persistente*. (Tese mestrado). Disponível no Resel-repositório digital.
 - Sohlberg, M. M., Mateer, C. A. (2015). *Reabilitação cognitiva-Uma abordagem neuropsicológica integrada*. São Paulo: Santos Editora. ISBN 978-85-7288-704-5
-



Apêndice X
Panfleto Défice Cognitivo Ligeiro (ECCI)



O défice cognitivo ligeiro:

Caracteriza-se por um funcionamento cognitivo inferior ao que é expectável para a idade e nível de escolaridade da pessoa.

Manifesta-se pela:

Dificuldade em realizar mais do que uma tarefa em simultâneo;

Dificuldade em resolver problemas mais complexos ou nas tomadas de decisão;

Esquecimento de informação recente.

Apesar da existências destas alterações, a pessoa continua a manter um nível de funcionalidade normal ou quase inalterado.



A estimulação das capacidades cognitivas é fundamental no défice cognitivo ligeiro, de modo a obter um nível de funcionamento o mais aproximado da autonomia.

A reabilitação cognitiva tem como objetivos melhorar o desempenho nas atividades de vida diária; maximizar as funções cognitivas e melhorar a qualidade de vida das pessoas
(Cicerone et al, 2011)



ECCI [redacted]

[redacted], 4

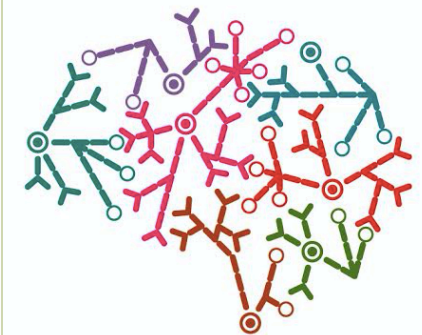
[redacted] Lisboa

Telefone: [redacted]

Telemóvel: [redacted]

[redacted]@arslvt.min-saude.pt

Défice Cognitivo Ligeiro



Alterações cognitivas



ECCI [redacted]

[redacted]

Estratégias e Orientações

Atenção

- * Evite locais com distrações e ruídos de fundo quando está a realizar uma atividade;
- * Evite a realização de várias tarefas em simultâneo;
- * Faça períodos de descanso entre as suas atividades;
- * Faça as tarefas mais complexas no momento do dia em que está menos cansado;
- * Faça intervalos, breves mas frequentes, durante a realização de uma tarefa;
- * Reparta em pequenas tarefas simples uma tarefa complexa e faça uma da cada vez;
- * Leve o tempo que for necessário para as realizar cada tarefa.

Memória:

- * Use uma agenda na qual possa ver diariamente os seus compromissos;
- * Desenvolva uma rotina para as suas atividades e cumpra-a;
- * Planear atividades ajuda a diminuir o risco de esquecer-se de algo;
- * Crie um espaço para cada coisa e guarde-as sempre no mesmo sítio;
- * Faça listas (lista de compras, lista de tarefas diárias, etc.);

- * Use um bloco de notas para registar TUDO o que for importante, e para verificar o que escreveu;
- * Use um sistema de lembretes – telemóvel, despertador, post-it – e escolha o local mais apropriado para os colocar (ex. o frigorífico para colocar notas, horários, etc.);
- * Repita a informação mais do que uma vez, ensaiar a informação ajuda a recordá-la.

Funções Executivas

- * Organizar o espaço físico;
- * Colocar estímulos ou sinais, como por exemplo a rotina para vestir-se, afixada no espelho do quarto;
- * Ensinar rotinas específicas para determinada tarefa;
- * Dar várias oportunidades para planear as atividades.

- * Ao trabalhar os défices cognitivos é importante graduar os estímulos e estar atento às respostas de fadiga e cansaço, respeitando os limites da pessoa, evitando causar frustração.
- * Deve utilizar estímulos familiares (vozes, músicas, objetos), manter a calma e evitar situações stressantes.

Atenção:

Dificuldade em manter-se atento na realização de uma tarefa, ou num pensamento, sendo fácil distrair-se;

Memória:

Afeta a capacidade de recordar eventos e levar a cabo intenções futuras;

Funções executivas:

Dificuldade em organizar e planear as atividades, dificuldade em iniciar atividades.



Sempre que possível deve realizar cerca de 30 minutos de exercícios todos os dias, de forma a assegurar a continuidade da estimulação.

Apêndice XI

Jogo: Todo pelas Partes



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE
LISBOA

7º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Documento Orientador

“O Todo pelas Partes”

Tânia Isabel Figueiredo de Almeida (aluno n.º. 6701)

Docente: José Carlos Pinto Magalhães

LISBOA

2017

Documento Orientador para o jogo “O Todo pelas Partes”

Pertinência do jogo:

O jogo o Todo pelas Partes foi desenvolvido pela NeuroAct que é uma marca que se associa ao desenvolvimento de atividades e jogos de estimulação cognitiva, destinada a adultos e adultos seniores institucionalizados ou que recebem apoio domiciliário. Tem como objetivo promover o desenvolvimento das funções mentais através de um trabalho informal e lúdico, em grupo ou individual.

O jogo surge da premissa que o envelhecimento nem sempre ocorre de forma saudável, e por esse facto, foram desenvolvidas atividades direcionadas a seniores com patologia de demência associada ou outras. Com a missão de promover o bem-estar cognitivo e afectivo, pois são dois conceitos intimamente relacionados.

Os Psicólogos, Neuropsicólogos, Terapeutas Ocupacionais, Terapeutas da Fala, entre outros, que desenvolvem trabalho em consultório, e os Enfermeiros, com especial enfoque nos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação que desenvolvem o seu trabalho no domicílio poderão enquadrar o jogo, num plano de intervenção estruturada e individualizada, junto de pessoas com défice cognitivo ou que, simplesmente, pretendem a prevenção da deterioração cognitiva provocada pela idade.

"O Todo pelas Partes" permite ao Técnico um trabalho de dinâmica de grupo ou neuroestimulação individual. Uma intervenção informal e de divertimento, ou de recuperação cognitiva, formal e inserida num plano de intervenção. O jogo visa preservar funções cognitivas como a memória, atenção e funções executivas.

A memória é o mecanismo de aquisição, codificação, consolidação ou armazenamento e recuperação de informação. Nos processos da memória estão envolvidos os estados emocionais e a motivação.

A atenção é a capacidade cognitiva que permite o ser humano lidar com um estímulo relevante, seleccionando-o, de um meio rico em informação, em número suficiente, para não ser permitido o seu processamento visual. Assim, a atenção poderá ser conceptualizada como sendo um processo seletivo.

As funções executivas, são o processo pelo qual, um sujeito otimiza o seu desempenho quando tem de operar mais do que uma aptidão cognitiva. É a capacidade de coordenação das diversas áreas cognitivas e responsável pelo poder

inibitório. Isto é, tem o poder de controlo, supervisão. Constituem um mecanismo de integração intermodal e intemporal, que permite projetar cognições e emoções, desde o passado até ao futuro, com o objetivo de encontrar a melhor solução para situações novas ou complexas, com o intuito ao comportamento adaptativo.

O jogo:

"O Todo pelas Partes" é um jogo de estimulação cognitiva inovador e versátil, que pretende estimular capacidades cognitivas, tais como: atenção, raciocínio lógico, praxias, memória semântica e percepção visual.

Quem pode jogar:

Adultos seniores com diversos níveis de escolaridade (ou sem), envelhecimento saudável, défice cognitivo, demência.

Constituição do jogo:

80 cartas (40 cartas de imagens e 40 cartas com as descrições das imagens) agrupadas em 5 categorias (transportes, alimentos, arquitetura, objetos e animais).

Formas de jogar:

Jogo 1: Leitura das descrições pelo profissional. Cada jogador fica com um kit de imagens, respeitantes às 5 categorias, o profissional detém as cartas das descrições, e de forma aleatória, lê cada carta. Os jogadores adivinham de que imagem se trata, e verificam se a têm no seu baralho.

Pode ser, também, realizado sem o recurso a imagens, em que o jogador tem que adivinhar de que se trata a descrição.

Jogo 2: Cada jogador descreve as imagens que tem no seu baralho para que os restantes adivinhem.

Sugestão de jogo:

Usar como jogo da memória. Juntar 10 cartas, em que a mesma categoria esteja presente em duas cartas (ex. 2 cartas de animais, 2 cartas de alimentos, 2 cartas de arquitetura, 2 cartas de transportes e 2 cartas de objetos), com as imagens viradas para baixo. O utente ao levantar uma das cartas terá de fixar a posição e a categoria a fim de encontrar o par. Trocar os conjuntos assim que os jogadores vão terminando. Tempo de jogo 50 minutos.

Jogo 3: Mimica. Cada jogador indica por gestos, a imagem que visualiza para que os restantes possam adivinhar.

Jogo 4: Loto de imagens.

Sugestões de jogo:

1. Entregar 3/4 cartas de cada vez e solicitar que o jogador indique a imagem solicitada pelo profissional. Trocar de imagens assim que o jogador adivinhar todas as imagens;
2. Deixar um conjunto de cartas espalhadas sobre a mesa, das várias categorias e solicitar que o jogador as agrupe por categorias;
3. Deixar um conjunto de cartas espalhadas sobre a mesa, das várias categorias e solicitar que o jogador entregue as cartas que tenham a mesma cor, ou que a cor seja predominante.

Tempo médio de jogo 30/50 minutos, pode ser trabalhado individualmente ou em pequenos grupos.

Por ser um jogo que permite ser jogado de 4 formas diferentes, cada intervenção terá objetivos distintos. Assim, podem-se considerar os seguintes:

Jogo 1 – Estimula funções executivas, memória semântica, raciocínio lógico, atenção;

Jogo 2 – Estimula linguagem, criatividade, percepção visuo-espacial, atenção;

Jogo 3 – Estimula praxias, atenção;

Jogo 4 – Percepção visual e atenção, para pessoas com demência ou défice cognitivo ligeiro.



Bibliografia

NeuroAct (2016). *Soluções de Neuroestimulação*. Disponível em: <http://www.neuroact.com/>

NeuroAct (2016). Disponível em: <http://neuroact.blogs.sapo.pt/>

Apêndice XII
Atividades Terapêuticas em Reabilitação

7º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Atividades terapêuticas de Reabilitação

Tânia Isabel Figueiredo de Almeida (aluno n.º. 6701)

Docente: José Carlos Pinto Magalhães

LISBOA

2017

1. Atividades Terapêuticas de Reabilitação

Este documento é elaborado com o propósito de apresentar algumas das atividades terapêuticas de reabilitação motora e cognitiva, que desenvolvi durante o meu período de estágio, junto das pessoas com quem tive a oportunidade de trabalhar e cuidar.

As atividades serão apresentadas em capítulos, onde se apresentam os objectivos de cada uma, e o modo de aplicação. Não se apresentam apenas atividades com foco na função cognitiva, mas também na função motora, uma vez que ambas as funções deverão ser integradas num plano de reabilitação que englobe as reais necessidades da pessoa, com vista a traduzir-se em ganhos em saúde.

As atividades poderão ser executadas por um profissional envolvido no processo de reabilitação, após avaliação da pessoa, identificação das suas necessidades e elaboração do plano de cuidados.

De acordo com Nunes e Pais (2014) para a realização das atividades deverá acontecer de uma forma continua, variando a área a estimular e o tipo de exercício, durante um período de cerca de 30 minutos. Considerar um ambiente calmo e adequado à realização das atividades. Deve-se começar com atividades que englobem exercícios mais simples, para se aumentar progressivamente a dificuldade, sendo que quando a pessoa não consegue realizar exercício de maior grau de dificuldade, deve-se voltar a um grau de dificuldade inferior e treinar até que seja possível mudar de nível. Isto, com o intuito de evitar sentimentos de frustração e desmotivação na pessoa. A leitura e explicação dos exercícios deve ser feita com voz calma e tranquila, com recurso a frases simples e diretas, explicando um exercício de cada vez.

Estas atividades podem ser aplicadas, também, pelos cuidadores, para que na ausência do profissional possa existir uma continuidade no processo de reabilitação.

1.1 Orientação

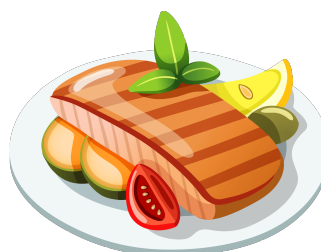
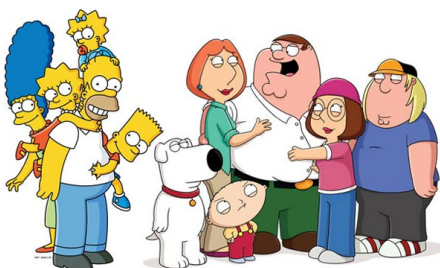
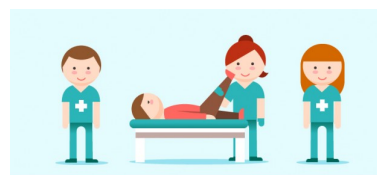
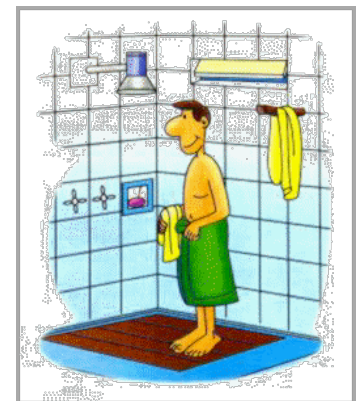
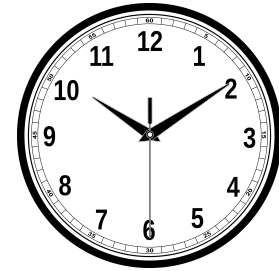
Esta atividade apresenta como objetivos a orientação para a realidade, a promoção da orientação no tempo e espaço. Desenvolve-se com recurso a pistas do meio ambiente (relógio, atividades específicas de determinadas horas, ex. alimentação), e com a construção de materiais como calendário (onde é possível assinalar acontecimentos significativos), e quadro esquemático, com recurso a imagens, das várias atividades a desenvolverem-se nesse dia, desde o autocuidado

higiene até à hora de ir deitar). Também é possível de ser realizada, através do fornecimento de informação verbal referente a acontecimentos diários.



Calendário Outubro 2017

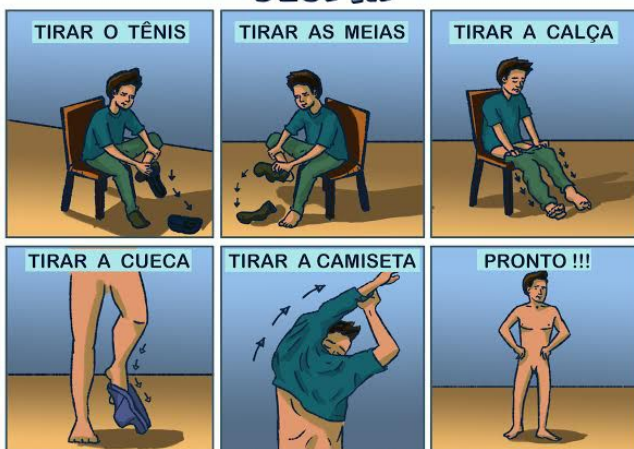
Calendário 365 .pt



1.2. Autocuidados

Ainda que o autocuidado possa não ser tido como uma atividade/exercício terapêutico, durante o estágio foram desenvolvidos materiais que tinham por objectivo a integração das várias atividades/passos referentes a vários componentes do autocuidado, nomeadamente, o banho, o vestir, e a higiene pessoal. A atividade passa por instruir a pessoa a desenvolver o seu autocuidado, com recurso a imagens e sequência ilustrativas da atividade a realizar.

DESPIR



ARTE: NEIMER GIANVECHIO / PROJETO INTEGRAR - TODOS OS DIREITOS RESERVADOS - 01/06/2016

VESTIR



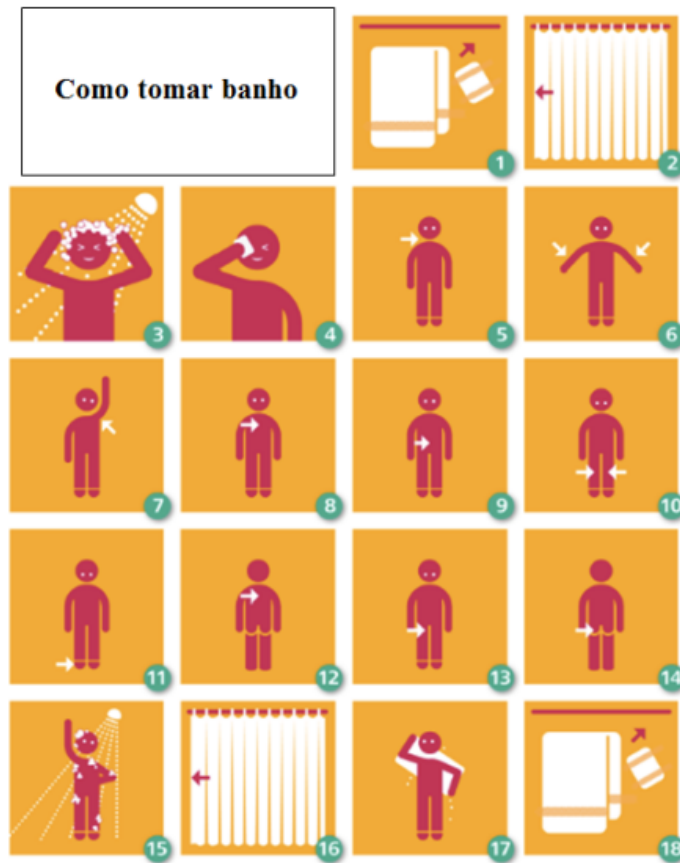
ARTE: NEIMER GIANVECHIO / PROJETO INTEGRAR - TODOS OS DIREITOS RESERVADOS - 01/06/2016

ESCOVANDO OS DENTES



ARTE: NEIMER GIANVECHIO / PROJETO INTEGRAR - TODOS OS DIREITOS RESERVADOS





1.3. Reeducação da musculatura facial

Com estes exercícios tem-se como objetivos exercitar a musculatura facial, proporcionar estímulos visuais, e a aquisição de imagem corporal. Esta atividade concretiza-se pelo instruir a pessoa a realizar os exercícios em frente ao espelho, com recurso às imagens ou instruções verbais facultadas.





1.4. Coordenação motora e motricidade fina

Foram desenvolvidos vários exercícios como o abrir e fechar fechos, atar atacadores, fazer fios de missangas, enrolar cordel em argolas, fazer torres de blocos, abrir e fechar cadeados, com o intuito de estimular a sensibilidade tátil, estimular a motricidade fina e promover atividades bimanuais.

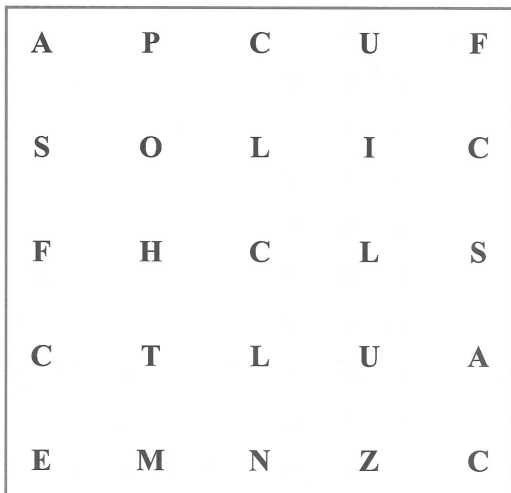


1.5. Exercícios de Atenção

Têm como objetivo capacitar a pessoa em selecionar informação em detrimento de outra não essencial para determinada situação, assim como estimular a capacidade da pessoa em estar atenta e concentrada, essencial para que outras atividades possam ser realizadas (Nunes & Pais, 2014).

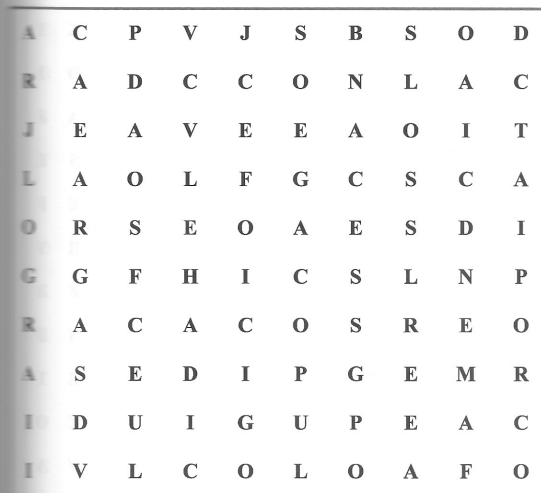
ATENÇÃO
EXERCÍCIO 8

INSTRUÇÕES: pedir ao seu familiar que procure e assinale as letras A e C.



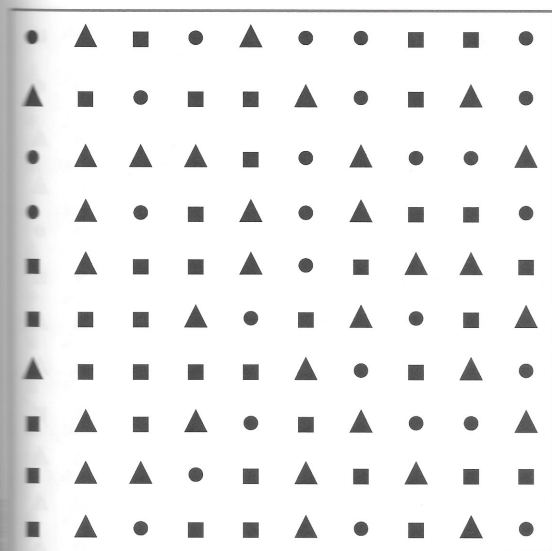
ATENÇÃO
EXERCÍCIO 10

INSTRUÇÕES: pedir ao seu familiar que procure e assinale as letras P e L.



ATENÇÃO
EXERCÍCIO 16

INSTRUÇÕES: pedir ao seu familiar que procure e assinale os quadrados e as bolas.



ATENÇÃO
EXERCÍCIO 24

INSTRUÇÕES: pedir ao seu familiar que procure e assinale as bolas verdes.



1.6. Exercícios de Memória

Têm como objetivo estimular a capacidade da pessoa de reter e evocar informação. Os exercícios que se apresentam, visam estimular os diferentes tipos de memória em função do tempo, como a imediata, recente e remota (Nunes & Pais, 2014).

Caderno de Actividades – Memória

MEMÓRIA

EXERCÍCIO 1

MEMÓRIA IMEDIATA

INSTRUÇÕES: ler os seguintes números ao seu familiar e pedir-lhe que os repita, primeiro na ordem que ouviu e depois invertendo a ordem.

2 5
6 3
4 7 5
1 7 4
8 6 0 2
2 7 4 5
8 4 9 7 1
4 3 8 1 3
3 5 1 2 8 7
5 6 3 8 1 0

Caderno de Actividades – Memória

MEMÓRIA

EXERCÍCIO 3

MEMÓRIA IMEDIATA

INSTRUÇÕES: ler as seguintes frases ao seu familiar e pedir-lhe que as repita, primeiro pela ordem que ouviu e depois invertendo a ordem das palavras na frase.

Vou comer
Tenho frio
Hoje está sol
Amanhã é domingo
O céu está encoberto
Depois vamos ao cinema
O Manuel está com a Ana
Sábado é dia de festa na aldeia
O Rui teve más notas a matemática
Se amanhã não chover vamos à praia

Caderno de Actividades – Memória

MEMÓRIA

EXERCÍCIO 4

MEMÓRIA RECENTE

INSTRUÇÕES: mostrar os seguintes objectos ao seu familiar e pedir-lhe que os memorize.

<table border="1" style="width: 100%;"> <thead><tr><th>Exercício 1</th></tr></thead> <tbody><tr><td>Maçã Lápis</td></tr> </tbody> </table> <table border="1" style="width: 100%;"> <thead><tr><th>Exercício 2</th></tr></thead> <tbody><tr><td>Carro Boneca</td></tr> </tbody> </table> <table border="1" style="width: 100%;"> <thead><tr><th>Exercício 3</th></tr></thead> <tbody><tr><td>Chupeta Bola</td></tr> </tbody> </table> <table border="1" style="width: 100%;"> <thead><tr><th>Exercício 4</th></tr></thead> <tbody><tr><td>Telefone Clip</td></tr> </tbody> </table> <table border="1" style="width: 100%;"> <thead><tr><th>Exercício 5</th></tr></thead> <tbody><tr><td>Folha de papel Candeiro</td></tr> </tbody> </table>	Exercício 1	Maçã Lápis	Exercício 2	Carro Boneca	Exercício 3	Chupeta Bola	Exercício 4	Telefone Clip	Exercício 5	Folha de papel Candeiro	<table border="1" style="width: 100%;"> <thead><tr><th>Exercício 6</th></tr></thead> <tbody><tr><td>Chaves Óculos Caneca</td></tr> </tbody> </table> <table border="1" style="width: 100%;"> <thead><tr><th>Exercício 7</th></tr></thead> <tbody><tr><td>Panela Colher Pasta de dentes</td></tr> </tbody> </table> <table border="1" style="width: 100%;"> <thead><tr><th>Exercício 8</th></tr></thead> <tbody><tr><td>Envelope Laranja Palito</td></tr> </tbody> </table> <table border="1" style="width: 100%;"> <thead><tr><th>Exercício 9</th></tr></thead> <tbody><tr><td>Lápis Alfinete Relógio</td></tr> </tbody> </table>	Exercício 6	Chaves Óculos Caneca	Exercício 7	Panela Colher Pasta de dentes	Exercício 8	Envelope Laranja Palito	Exercício 9	Lápis Alfinete Relógio
Exercício 1																			
Maçã Lápis																			
Exercício 2																			
Carro Boneca																			
Exercício 3																			
Chupeta Bola																			
Exercício 4																			
Telefone Clip																			
Exercício 5																			
Folha de papel Candeiro																			
Exercício 6																			
Chaves Óculos Caneca																			
Exercício 7																			
Panela Colher Pasta de dentes																			
Exercício 8																			
Envelope Laranja Palito																			
Exercício 9																			
Lápis Alfinete Relógio																			

Exercícios de Estimulação

MEMÓRIA

EXERCÍCIO 9

MEMÓRIA RECENTE

INSTRUÇÕES: dizer calmamente as seguintes palavras ao seu familiar e pedir-lhe que as memorize.

<table border="1" style="width: 100%;"> <thead><tr><th>Exercício 1</th></tr></thead> <tbody><tr><td>Laranja Casaco</td></tr> </tbody> </table> <table border="1" style="width: 100%;"> <thead><tr><th>Exercício 2</th></tr></thead> <tbody><tr><td>Chupeta Anel</td></tr> </tbody> </table> <table border="1" style="width: 100%;"> <thead><tr><th>Exercício 3</th></tr></thead> <tbody><tr><td>Casa Sapato</td></tr> </tbody> </table> <table border="1" style="width: 100%;"> <thead><tr><th>Exercício 4</th></tr></thead> <tbody><tr><td>Sol Marinheiro</td></tr> </tbody> </table> <table border="1" style="width: 100%;"> <thead><tr><th>Exercício 5</th></tr></thead> <tbody><tr><td>Canção Menino</td></tr> </tbody> </table>	Exercício 1	Laranja Casaco	Exercício 2	Chupeta Anel	Exercício 3	Casa Sapato	Exercício 4	Sol Marinheiro	Exercício 5	Canção Menino	<table border="1" style="width: 100%;"> <thead><tr><th>Exercício 6</th></tr></thead> <tbody><tr><td>Noite Casa Lápis</td></tr> </tbody> </table> <table border="1" style="width: 100%;"> <thead><tr><th>Exercício 7</th></tr></thead> <tbody><tr><td>Máquina Chapéu Sol</td></tr> </tbody> </table> <table border="1" style="width: 100%;"> <thead><tr><th>Exercício 8</th></tr></thead> <tbody><tr><td>Lobo Casa Terra</td></tr> </tbody> </table> <table border="1" style="width: 100%;"> <thead><tr><th>Exercício 9</th></tr></thead> <tbody><tr><td>Marchar Lâmpada Chuva</td></tr> </tbody> </table> <table border="1" style="width: 100%;"> <thead><tr><th>Exercício 10</th></tr></thead> <tbody><tr><td>Azul Aviador Molhado</td></tr> </tbody> </table>	Exercício 6	Noite Casa Lápis	Exercício 7	Máquina Chapéu Sol	Exercício 8	Lobo Casa Terra	Exercício 9	Marchar Lâmpada Chuva	Exercício 10	Azul Aviador Molhado
Exercício 1																					
Laranja Casaco																					
Exercício 2																					
Chupeta Anel																					
Exercício 3																					
Casa Sapato																					
Exercício 4																					
Sol Marinheiro																					
Exercício 5																					
Canção Menino																					
Exercício 6																					
Noite Casa Lápis																					
Exercício 7																					
Máquina Chapéu Sol																					
Exercício 8																					
Lobo Casa Terra																					
Exercício 9																					
Marchar Lâmpada Chuva																					
Exercício 10																					
Azul Aviador Molhado																					

138

MEMÓRIA RECENTE

INSTRUÇÕES: ler o seguinte texto ao seu familiar, devagar e assegurando-se de que está compreendido.

O João e a Teresa decidiram celebrar as suas bodas de ouro e vão organizar um jantar para a sua família. O jantar vai ser besugo no forno. Para a sobremesa, encomendaram uma torta de chocolate e nozes com cinquenta velas. Os convidados chegam a partir das nove da noite com os presentes para o João e a Teresa.

Em seguida, fazer-lhe as seguintes perguntas:

Lembra-se do nome dos personagens do texto?
Que vão eles celebrar?
Como vão celebrar?
Quem é que eles convidaram?
O que é o menu?
A que horas chegam os convidados?

MEMÓRIA RECENTE

INSTRUÇÕES: pedir ao seu familiar que descreva acontecimentos pessoais recentes.

Exemplo

Descrever o que jantou no dia anterior

Exemplo

Descrever o que fez no fim-de-semana

Exemplo

Descrever as principais notícias do telejornal

MEMÓRIA REMOTA

INSTRUÇÕES: explicar ao seu familiar que vão fazer um exercício sobre a sua família. Pedir-lhe que indique os nomes dos seus pais, irmãos, esposo(a), filhos e netos.

O meu nome é _____
O meu pai chama-se _____
A minha mãe chama-se _____
Os meus irmãos chamam-se _____
O meu esposo/a chama-se _____
Os meus filhos chamam-se _____
Os meus netos chamam-se _____
Outros familiares _____

1.7. Exercícios de Funções Executivas

Apresentando-se as funções cognitivas como as mais avançadas e as que “comandam” as restantes funções cognitivas, com os exercícios ilustrados pretende-se exercitar o controlo do comportamento e a capacidade de iniciar e levar a cabo comportamentos dirigidos a um objetivo. Os exercícios visam estimular a capacidade de planear uma ação, selecionar os meios adequados e verificar os resultados obtidos (Nunes & Pais, 2014)

Caderno de Actividades – Funções Executivas

FUNÇÕES EXECUTIVAS
EXERCÍCIO 6

SEQUÊNCIAS DE ACÇÃO

INSTRUÇÕES: ler atentamente as seguintes frases ao seu familiar e pedir-lhe que as ordene para que sigam uma sequência de acção.

Para acender uma lareira:

Pôr lenha seca
Atear fogo à acendalha
Acender um fósforo
Pôr a acendalha por baixo da lenha

Para se vestir:

Calçar os sapatos
Vestir o casaco
Escolher a roupa
Vestir as calças e a camisola
Vestir a roupa interior

Para lavar os dentes:

Pôr pasta de dentes na escova
Pegar na escova de dentes
Lavar a boca com água
Escovar os dentes
Lavar a escova de dentes

Caderno de Actividades – Funções Executivas

FUNÇÕES EXECUTIVAS
EXERCÍCIO 10

SEQUÊNCIAS DE ACÇÃO

INSTRUÇÕES: ler atentamente as seguintes frases ao seu familiar e pedir-lhe que as ordene para que sigam uma sequência de acção.

Colocou uma panela com água ao lume
Descascou batatas, cebolas e cenouras e pô-las a cozer na água
Quando as couves ficaram cozidas, a sopa ficou pronta
Passou a sopa com a varinha mágica e acrescentou as couves
A Diana fez sopa para o jantar

Lavou o cabelo e ensabouou o corpo
Por fim, vestiu-se
Depois de tirar todo o sabão, secou-se com uma toalha
Foi tomar banho
A Rita esteve a arranjar o jardim e sujou-se com terra
Temperou a água, despiu-se e entrou na banheira

SEQUÊNCIAS LÓGICAS

INSTRUÇÕES: pedir ao seu familiar que complete as seguintes séries:

SEQUÊNCIAS LÓGICAS

INSTRUÇÕES: pedir ao seu familiar que complete as seguintes séries:

SEQUÊNCIAS LÓGICAS

INSTRUÇÕES: pedir ao seu familiar que complete as seguintes séries:

1	3	5	7	9	_____
8	7	6	5	4	_____
5	10	15	20	25	_____
12	10	8	6	4	_____
1	2	1	2	1	_____
4	4	5	5	4	_____

FLEXIBILIDADE

INSTRUÇÕES: pedir ao seu familiar que una as figuras abaixo alternando as formas e seguindo a ordem **bola** – **quadrado** – **triângulo** – **cruz**.

Referências Bibliográficas

Nunes, B. & Pais, J. (2014). *Doença de Alzheimer Exercícios de Estimulação*. Lisboa: Lidel