



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO

A PESSOA COM DEMÊNCIA: CONTRIBUTOS DA ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NA PROMOÇÃO DA INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL

Sílvia Maria Fernandes Pereira



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO

Sílvia Maria Fernandes Pereira
Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final

A PESSOA COM DEMÊNCIA: CONTRIBUTOS DA ENFERMAGEM
DE REABILITAÇÃO NA PROMOÇÃO DA INDEPENDÊNCIA
FUNCIONAL

VI Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Trabalho efetuado sob a orientação de:

Professora Doutora Maria de La Salette Rodrigues Soares

Coorientação de:

Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação José Abílio Afonso Pinto

Março de 2023

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Maria de La Salette Rodrigues Soares, orientadora deste relatório, por toda a disponibilidade, incentivo e apoio.

Ao Enfermeiro José Pinto, Especialista em Enfermagem de Reabilitação, pela orientação ao longo deste processo formativo, pelos ensinamentos e transmissão de conhecimentos.

A todos os enfermeiros que trabalham na UCC onde decorreu o Estágio, especialmente à Enfermeira Chefe e Coordenadora da unidade, por toda a disponibilidade, apoio e encorajamento.

A todos os professores que lecionaram no VI curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, pelos saberes transmitidos.

A todos os utentes e cuidadores que aceitaram fazer parte deste estudo, a minha profunda gratidão.

À minha família, pelo encorajamento, motivação e acima de tudo, pela paciência e compreensão pelas longas ausências.

PENSAMENTO

“Por vezes, sentimos que aquilo que fazemos não é senão uma gota de água no mar.
Mas o mar seria menor se lhe faltasse uma gota”

(Madre Teresa de Calcutá)

RESUMO

Enquadramento: O presente relatório assenta no percurso formativo do Estágio de Natureza Profissional com uma componente de investigação, realizado nos Cuidados de Saúde Primários, e dedicado fundamentalmente aos problemas decorrentes do envelhecimento, sensíveis às competências da prática da Enfermagem de Reabilitação. A idade avança e muitas vezes a presença de doenças crónicas, como a demência e a DPOC, culminam na limitação e na incapacidade da pessoa se manter independente no seu dia-a-dia, fruto de um declínio funcional, desde: perda de força muscular, alteração do padrão da marcha, diminuição da flexibilidade, perda de agilidade, alteração da coordenação sensório-motora, diminuição da mobilidade articular e comprometimento do equilíbrio. Impõem-se assim medidas que promovam a manutenção e, ou, a melhoria da funcionalidade da pessoa idosa no seu contexto de vida, sendo para tal os cuidados de Enfermagem de Reabilitação um recurso importante. Assim, é abordada a reabilitação no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários, sintetizando o papel do EEER na comunidade e as áreas de intervenção ao longo do processo formativo. Sendo a demência uma patologia de grande impacto na funcionalidade da pessoa, neste trabalho aprofunda-se esta problemática através da realização de um estudo de investigação.

Metodologia: Para responder aos objetivos do estágio recorreu-se à exploração de conceitos e questões através de uma abordagem crítico-reflexiva do percurso formativo na busca pelo desenvolvimento de competências, sustentado nas teorias de enfermagem e bibliografia atual. No âmbito da investigação, foi realizado um estudo quase-experimental de grupo único, com o objetivo de avaliar os efeitos de um programa de Reabilitação funcional motora, no utente com demência moderada em contexto domiciliário. A amostra incluiu 18 pessoas, os quais foram alvo de intervenção do EEER durante 10 semanas, com um total de 20 sessões, numa periodicidade de 2 a 3 vezes por semana.

Resultados: A realização do ENP, possibilitou o desenvolvimento e aquisição de competências Comuns e Específicas em Enfermagem de Reabilitação e de Mestre. Relativamente ao programa de intervenção, as avaliações realizadas demonstraram indícios de melhoria global da funcionalidade da pessoa, nomeadamente numa maior independência no autocuidado, melhoria da mobilidade e locomoção, aumento da força muscular global, e melhoria do equilíbrio estático e dinâmico, apresentando ganhos em saúde sensíveis aos cuidados do Enfermeiro de Reabilitação.

Conclusões: Os cuidados de Enfermagem de Reabilitação podem ser um contributo para a manutenção e mesmo melhoria da capacidade funcional da pessoa com limitações funcionais, mesmo com patologia crónica como a demência.

Palavras-Chave: Envelhecimento, dependência funcional, reabilitação funcional motora, enfermagem em reabilitação.

ABSTRACT

Framing: This report is based on the formative course of the Professional Internship with a research component, carried out in Primary Health Care, and dedicated fundamentally to the problems arising from aging, sensitive to the capabilities of rehabilitation nursing practice. Age advances and often the presence of chronic diseases, such as dementia and COPD, culminate in the limitation and inability of the person to remain independent in his daily life, resulting from a functional decline, for instance: loss of muscle strength, change in gait pattern, decreased flexibility, loss of agility, alteration of mental-motor coordination, decreased joint mobility and impaired balance. Therefore, measures are needed to promote the maintenance and, or, improvement of the functionality of the senior citizen in their life context, and rehabilitation nursing care is an important resource. Rehabilitation in the scope of Primary Health Care is addressed, synthesizing the role of the EEER in the community and the areas of intervention at the end of the formative process. Since dementia is a pathology of great impact on the person's functionality, this work deepens this problem through the realization of a research study.

Methodology: To respond to the objectives of the internship, we used the exploration of concepts and questions through a critical-reflexive approach to the formative path way in the search for the development of capabilities, supported by nursing theories and current bibliography. In the scope of the research, a single-group near-experimental study was conducted with the objective of evaluating the effects of a motor functional rehabilitation program on users with moderate dementia in the home context. The sample included 18 people, who were the target of EEER intervention for 10 weeks, with a total of 20 sessions, at a frequency of 2 to 3 times a week.

Results: The performance of the ENP, allowed the development and acquisition of Common and Specific competencies in Rehabilitation and Master Nursing. Regarding the intervention program, the evaluations showed evidence of overall improvement in the person's functionality, namely a greater independence in self-care, improvement of mobility and locomotion, increased overall muscle strength, and improvement of static and dynamic balance, presenting health gains sensitive to the care of rehabilitation nurses.

Conclusions: Rehabilitation Nursing care can be a contribution to the maintenance and even improvement of the functional capacity of the person with functional limitations, even with chronic pathology such as dementia.

Keywords: Aging, functional dependence, motor functional rehabilitation, rehabilitation nursing.

ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

Art. - Artigo

Coord. - coordenadores

Ed. – editor

et al. – et ali

N.º - Número

p. – página

Vol. – Volume

MIF - Medida de Independência Funcional

POMAI - Performace Oriented Mobility Assessment

SPSS – Statistical Package for the Social Science

ACeS - Agrupamento de Centros de saúde

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde

AVD - Atividades de vida diária

AIVD – Atividades instrumentais de vida diária

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DGS - Direção Geral de saúde

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

ECCI - Equipa de Cuidados Continuados Integrados

EEER - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

ENP – Estágio de Natureza Profissional

INE – Instituto Nacional de Estatística

MS – Ministério da Saúde

OCDE - [Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico](#)

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

ONDR – Observatório Nacional de Doenças Respiratórias

RFR - Reeducação Funcional Respiratória

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

RR – Reabilitação Respiratória

UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade

UMCCI – Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados

ULSAM - Unidade Local de Saúde do Alto Minho

SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS	II
PENSAMENTO	III
RESUMO	IV
ABSTRACT	V
ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS	VI
SUMÁRIO	VIII
ÍNDICE DE FIGURAS E QUADROS	0
INTRODUÇÃO	1
1. ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS: CONTEXTO DE ESTÁGIO	3
2. ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NA COMUNIDADE: DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	10
3. CONTRIBUTOS DA ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NO ACOMPANHAMENTO DA PESSOA COM DEMÊNCIA	23
3.1. PROBLEMÁTICA E OBJETIVOS DE INVESTIGAÇÃO	24
3.2. PESSOA COM DEMÊNCIA: PERSPETIVA DA ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO	29
3.2.1. Demência Enquanto Entidade Clínica	30
3.2.2. Da Manutenção da Funcionalidade à Promoção da Independência Funcional	34
3.2.3. Programa de Enfermagem de Reabilitação	44
3.3. METODOLOGIA	53
3.3.1. Tipo de Estudo.....	53
3.3.2. Hipóteses	54
3.3.3. Variáveis	55
3.3.4. População e Amostra	55
3.3.5. Instrumento de Recolha de Dados	56
3.3.6. Procedimento de Recolha, Tratamento e Análise de Dados	58
3.3.7. Considerações Éticas	60
3.4. APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	60
3.5. CONCLUSÕES, LIMITAÇÕES E SUGESTÕES	72
CONCLUSÃO	76
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	79
ANEXOS	90
Anexo I - INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS.....	91
Anexo II - DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO	98
APÊNDICES	100
Apêndice I – PLANO DE SESSÃO – DPOC: CONTRIBUTOS DA ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO	101

Apêndice II – APRESENTAÇÃO DE POWERPOINT - DPOC: CONTRIBUTOS DA ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO	103
Apêndice III – PLANO DE SESSÃO – RNCCI E O PAPEL DO EEER NA COMUNIDADE	115
Apêndice IV – APRESENTAÇÃO DE POWERPOINT - RNCCI E O PAPEL DO EEER NA COMUNIDADE	117
Apêndice V – SESSÕES DO PROGRAMA DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO	130

ÍNDICE DE FIGURAS E QUADROS

Figura 1. Programa de Reabilitação da Pessoa com demência moderada em contexto domiciliário.....	45
Quadro 1. Dados da avaliação da independência funcional.....	62
Quadro 2. Dados da avaliação da força muscular.....	67
Quadro 3. Dados da avaliação do equilíbrio corporal.....	69

INTRODUÇÃO

O presente relatório surge no âmbito da unidade curricular Estágio de Natureza Profissional, do VI Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, promovido pelo Instituto Politécnico de Viana do Castelo - Escola Superior de Enfermagem, realizado no período de 14 de outubro de 2021 a 31 de março de 2022, numa Unidade de Cuidados na Comunidade do Alto Minho, e sob orientação da Professora Doutora Salete Soares e do Mestre José Abílio Pinto.

Este pretende descrever, de forma fundamentada e reflexiva, as atividades desenvolvidas ao longo de todo o processo formativo, de acordo com interesses profissionais e pessoais, e sempre alinhados com os objetivos académicos, quer a nível da prestação de cuidados, quer a nível da formação e governação clínica, sendo objeto de apreciação e discussão pública para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Reabilitação. Pretende-se assim evidenciar, através de uma descrição reflexiva, as aprendizagens vivenciadas durante o curso, e particularmente as experiências e conhecimentos desenvolvidos ao longo do estágio final, norteada pelos pressupostos das competências gerais e específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação e pelas teorias de enfermagem e evidência científica atual.

O processo formativo decorreu de acordo com os objetivos propostos, com opção por intervenção em áreas distintas dos cuidados na comunidade, como: a prestação de cuidados especializados de enfermagem de reabilitação dirigidos aos utentes em ECCI e a utentes com DPOC; formação realizada aos formandos do VII curso de enfermagem de reabilitação sobre a RNCCI e o papel do EEER nas Unidades de Cuidados na Comunidade; e um trabalho de investigação sobre o papel dos EEER junto de utentes com demência e seus familiares.

O relatório é composto por três capítulos, dos quais fazem parte uma contextualização do percurso formativo com uma reflexão sobre os cuidados de Enfermagem de Reabilitação nos Cuidados de Saúde Primários, seguida de uma abordagem às opções formativas na busca pelo desenvolvimento de competência profissionais. Por fim apresenta-se o trabalho de investigação realizado no âmbito das demências, com o objetivo de avaliar os contributos da Enfermagem de Reabilitação na promoção funcionalidade. Em anexo e apêndice apresentam-se alguns documentos elaborados ao longo deste trajeto e que complementam o relatório.

**1. ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NOS CUIDADOS DE SAÚDE
PRIMÁRIOS: CONTEXTO DE ESTÁGIO**

O envelhecimento da população é um fenómeno mundial e uma realidade incontestável, estando associada a presença de doenças crónicas e vulnerabilidade da pessoa idosa. Esta realidade não é diferente em Portugal, uma vez que de acordo com o Instituto Nacional de Estatística (2021), o fenómeno do envelhecimento da população agravou-se, com um aumento expressivo da população idosa e a diminuição da população jovem.

Este é um fenómeno mundial e uma realidade incontestável, congruente com a noção de que os cuidados de saúde têm registado maiores taxas de sucesso no combate das patologias agudas, acarretando um aumento da esperança média de vida. Contudo o aumento da longevidade nem sempre significa viver melhor, estando assim associado à fragilidade física e mental levando ao aparecimento de doenças crónicas e consequentemente ao agravamento da morbilidade e vulnerabilidade da pessoa idosa. De entre as patologias crónicas mais frequentes podemos destacar as demências e a doença pulmonar obstrutiva crónica.

O apoio e acompanhamento destas pessoas torna-se imperativo para que a trajetória de vida seja no sentido do envelhecimento ativo e saudável ou pelo menos com auxílio e readaptação às dificuldades. Assim o longo das últimas décadas, a par das transformações da sociedade portuguesa, o sistema nacional de saúde também sofreu relevantes modificações, nomeadamente a nível dos Cuidados de Saúde Primários, com a reorganização dos serviços existentes e o aparecimento de novas unidades de saúde.

Foi no âmbito desta reforma, ao abrigo do Decreto-Lei nº.28/2008 de 22 de fevereiro, que surgiram os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACeS), em que os cuidados de saúde se configuram em serviços públicos com autonomia administrativa, organizados em unidades funcionais, que atuam em articulação, com base nos propósitos de cada unidade, partilhando recursos e, acima de tudo, trabalhando com base nas necessidades identificadas da população da sua área de abrangência. As unidades funcionais existentes, são diversas, desde: unidade de saúde familiar; unidade de cuidados de saúde personalizados; unidade de cuidados na comunidade; unidade de saúde pública; unidade de recursos assistenciais partilhados e outras unidades ou serviços que possam ser considerados necessários pelas administrações regionais de saúde (MS, 2012).

De acordo com o previsto no n.º 2 do Artigo 7º, do Decreto-Lei n.º 28/2008 de 22 de fevereiro, em cada Centro de Saúde componente de um ACeS funciona, pelo menos uma Unidade de Cuidados na Comunidade ou serviços desta, como é o caso das Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI). As UCC têm como competência a prestação de cuidados de saúde globais e abrangentes, com acompanhamento de proximidade e atividade corporizada na comunidade que serve, com especial relevância nos grupos de maior vulnerabilidade, sendo constituída por uma equipa multidisciplinar, articulando-se com outras unidades de saúde e diferentes infraestruturas da comunidade (tais como Agrupamentos de Escolas, Núcleo Local de Inserção, Comissão de Proteção de Crianças e Jovens, Intervenção Precoce na Infância, Conselho Local de Ação Social, Autarquia e Associações, entre outras). São equipas multidisciplinares que integram profissionais de diversas áreas, desde Psicologia, Nutrição, Serviço Social, Medicina, Fisioterapia e Enfermagem com diferentes áreas de especialidade. Anualmente estas unidades integram um processo de contratualização interna com o ACeS's à qual pertencem, onde negociam a sua atividade assistencial, definindo as metas a atingir, com base num plano de ação elaborado de acordo com o diagnóstico de situação local.

A crescente exigência na prestação de cuidados das UCC, tendo estas que responder eficazmente às necessidades das comunidades cada vez mais envelhecidas, através de respostas adequadas às limitações funcionais quer em situações transitórias de doença, quer em limitações decorrentes do próprio envelhecimento, fez imergir e reforçar a importância e necessidade dos cuidados de enfermagem de reabilitação. Neste sentido e cada vez mais frequente, as UCC integram no plano anual de ação atividades e projetos na área da reabilitação.

Tal como refere Oliveira, Couto e Silva, in Ribeiro, O, (2021, p.655),

“Em todas as áreas os cuidados de enfermagem de reabilitação têm impacto; no entanto, a dimensão “gestão da doença” concentra a maior expressão da intervenção do EEER, nomeadamente nas subdimensões reabilitação, doença crónica e equipas de cuidados continuados integrados (ECCI)”.

Um bom exemplo desses cuidados são os Projetos realizados nas áreas da doença cerebrovascular, na doença neuro degenerativa, na doença respiratória (como a DPOC), no

envelhecimento ativo, na prevenção de quedas, na capacitação dos cuidadores, contudo ainda existe um leque imenso de possibilidades e necessidades de atuação.

Um outro passo gigante e fundamental na evolução dos cuidados de saúde foi a criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI). Assim o Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho, veio criar a RNCCI, que visa uma criteriosa gestão da necessidade de cuidados e um encaminhamento adequado, com base em critérios clínicos e sociais. Este nível intermédio de cuidados de saúde e apoio social baseia-se numa prestação individualizada e humanizada, com articulação e continuidade entre os diferentes serviços, e sempre que necessário com mobilidade entre tipologias e equipas da rede. Os cuidados são prestados por equipas multidisciplinares e interdisciplinares que trabalham com base numa avaliação integral das necessidades da pessoa em situação de dependência e definição periódica de objetivos de funcionalidade e autonomia, tendo sempre em conta a participação do utente e seus familiares ou representante legal. Esta apresenta uma efetiva rede de apoio com instituições e equipas prestadoras de cuidados mediante duas formas de internamento, o domiciliário e o institucional.

É através das Unidades de Cuidados na Comunidade que o ACeS participa na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), através das Equipas de Cuidados Continuados Integrados, da sua responsabilidade e dependência funcional.

Com a reforma dos CSP, com organização dos cuidados por unidades funcionais, nomeadamente as UCC e dentro destas as ECCI's, os cuidados de Enfermagem de Reabilitação passaram a ter um novo desafio, passando a ser prestados na comunidade, nomeadamente no domicílio, de forma organizada e dirigida às necessidades da pessoa/família que deles necessita.

Assim este novo modelo de funcionamento dos CSP, através de equipas multidisciplinares com especial atenção aos enfermeiros de reabilitação e aos cuidados prestados em contexto familiar, veio dar respostas a problemas de saúde que anteriormente eram descorados.

Neste contexto os EEER ocupam e desempenham um papel fulcral na prestação de cuidados diferenciados e ajustados às reais necessidades das comunidades atuais, ajudando os utentes a maximizar o seu potencial funcional e independência. Pois a intervenção do EEER tem por

base o diagnóstico precoce e ações preventivas de forma a garantir a manutenção das capacidades funcionais dos utentes, 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 (Ordem dos Enfermeiros, 2018b).

Esta nova reestruturação dos cuidados veio evidenciar a importância dos cuidados de reabilitação, cuidados estes baseados nos modelos teóricos do autocuidado e das transições, na busca pela excelência do cuidar. De acordo com Ordem dos Enfermeiros (OE, 2018b, p.6), “(...) na orientação da prática de cuidados de Enfermagem de Reabilitação, os modelos de autocuidado e das transições revelam-se estruturantes e de excelência para a otimização da qualidade e do exercício profissional.”

Na Teoria do Défice de Autocuidado de Orem (2001), a pessoa dependente e a sua família passam a ser elementos ativos e envolventes na tomada de decisão, bem como na própria concretização dos cuidados, estando as ações de Enfermagem focadas na autonomia da pessoa. Para Meleis (2009), os enfermeiros como facilitadores de transições, estão numa posição privilegiada para ajudar a vivenciar este processo.

Estes modelos teóricos sustentam e orientam a prática, na busca incessantes pela melhoria dos cuidados às populações, e apoiam o desenvolvimento da enfermagem enquanto ciência.

Assim a Enfermagem de Reabilitação, “mais do que uma especialidade de Enfermagem, pode ser uma estratégia de assistência na configuração deste novo paradigma de prestação de cuidados de saúde” (OE, 2010, p.26).

É neste novo paradigma de cuidados que a UCC onde decorreu o estágio profissional baseia a sua atividade assistencial, impulsionando a busca por funções e atividades de vigilância e investigação epidemiológica, de prevenção da doença, de defesa, proteção e promoção da saúde, bem como a contínua implementação e avaliação dos programas de saúde, no sentido de melhorar o estado de saúde da sua comunidade.

Esta unidade está sediada no respetivo Centro de Saúde do concelho, e integra o ACeS do Alto Minho, da Unidade Local de Saúde respetiva. De acordo com último diagnóstico social do concelho (2013), a população de inscritos neste Centro de Saúde, é de 13.198 utentes,

correspondendo a 47,64% do sexo masculino e 52,36% do sexo feminino. Da população inscrita, 24,69% tem mais de 65 anos, evidenciando o envelhecimento deste concelho, consequentemente a necessidade de cuidados a prestar para minimizar os problemas associados à longevidade: desde doenças crónicas, degenerativas e incapacitantes.

No que diz respeito à constituição e organização do Centro de Saúde onde decorreu o estágio, este é composto por três unidades funcionais (uma de saúde familiar, uma de cuidados na comunidade e uma de serviços administrativos gerais) que trabalham em estreita colaboração e articulação. Existem ainda alguns serviços partilhados com a ULSAM, EPE, como: saúde pública, serviços de nutrição, medicina física e reabilitação, psicologia e serviço social.

As atividades da UCC desenvolvem-se com autonomia organizativa, funcional e técnica, integrada numa lógica de rede com outras unidades funcionais do ACeS e da comunidade. Assegura respostas integradas, articuladas, diferenciadas, de elevada proximidade às necessidades em cuidados de saúde da população do concelho, com um horário de funcionamento das 08:00 às 20:00 durante a semana e das 09:00 às 17:00 ao fim de semana e feriados.

Compete à UCC, de acordo com o lineado no artigo 11º do DL nº28/ 2008, e 22 de fevereiro,

“prestar cuidados de saúde e apoio psicológico e social no âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo, e atua ainda na educação para saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção.”

A intervenção desta UCC é norteada pela implementação dos Programas Nacionais de Saúde da Direção-Geral da Saúde, do Plano Nacional de Saúde, nos diferentes settings: instituições de ensino dos diferentes níveis, locais de trabalho, locais de lazer, entidades residenciais para idosos, domicílios, comunidades de risco, entre outros. Assim da Carteira de Serviços desta UCC consta uma grande diversidade de atividades e projetos, alguns dos quais se desenvolvem com o contributo da Enfermagem de Reabilitação, tais como: ECCI, Acompanhamento de utentes com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica com telemonitorização domiciliária, Acompanhamento de utentes com DPOC grupo B e Colaboração em algumas sessões específicas no âmbito da Preparação para o parto e da

Saúde Escolar.

Para dar resposta aos programas/projetos implementados, objetivando sempre a melhoria da qualidade de vida da comunidade, dotando-os de competências para que possam gerir os seus projetos de saúde, esta UCC conta com uma equipa multidisciplinar composta por diferentes classes profissionais, desde: um médico, nove enfermeiros, um assistente social, um psicólogo, uma nutricionista, um fisioterapeuta e um assistente administrativo, vinculados ao serviço em tempo parcial ou tempo inteiro. O serviço de nutrição, fisioterapia, serviço social, médico e psicologia, pertencem a outras unidades funcionais ou serviços da ULSAM, EPE, pelo que estão apenas afetos a tempo parcial. Os restantes profissionais estão afetos a tempo inteiro, com carga horária de 35 horas semanais.

No que respeita à equipa de enfermagem, esta é constituída por nove elementos, com diferentes áreas de especialização, desde: Especialistas em Enfermagem Comunitária, Especialista em Enfermagem de Saúde Mental, Especialistas em Enfermagem de Reabilitação, Especialista em Saúde Infantil, Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia e Mestre em Cuidados Paliativos.

**2. ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NA COMUNIDADE:
DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS**

Numa expectativa incessante pelo desenvolvimento e aprimorar de competências comuns e específicas da prática de cuidados de Enfermagem de Reabilitação, e com base nos objetivos propostos, quer pessoais quer académicos, optou-se pela realização do Estágio de Natureza Profissional em contexto Comunitário – Unidade de Cuidados na Comunidade, anteriormente apresentada.

Os primeiros dias do processo formativo foram essenciais para conhecer a organização do serviço, a sua estrutura física, a dinâmica funcional, a equipa multidisciplinar, a metodologia de trabalho desenvolvida, os diferentes projetos implementados, e ainda, um primeiro contato com a comunidade local.

Este primeiro período de integração foi fundamental para traçar o percurso formativo, definindo atividades e projetos a desenvolver, pautados pelas necessidades institucionais e da comunidade local, necessidades pessoais, e os objetivos gerais do estágio. Traçou-se assim um plano de estudo focado no fenómeno do envelhecimento, como problema geral e local, tendo por base os requisitos pessoais e académicos desde: desenvolvimento de competências em Enfermagem de Reabilitação na área da prestação de cuidados à pessoa ao longo do ciclo de vida; desenvolvimento de aprendizagens profissionais nomeadamente na identificação de necessidades na área da gestão de cuidados e da governação clínica; desenvolvimento de aprendizagens profissionais nomeadamente, no diagnóstico de necessidades de formação, gestão de programas formativos e intervenção como formador; desenvolvimento de um papel dinamizador na resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores, e articulação na equipa multiprofissional; desenvolvimento de competências na prática de investigação em Enfermagem; conceber/colaborar em programas de melhoria contínua da qualidade de cuidados; desenvolvimento de uma prática profissional, ética e legal, na sua área de intervenção.

Foram assim diversas as atividades realizadas ao longo deste processo, na busca pelo desenvolvimento e aquisição das competências profissionais na enfermagem de reabilitação em diferentes áreas de intervenção dos cuidados na Comunidade, desde: a prestação direta de cuidados aos utentes em ECCI e a utentes com DPOC, formação aos colegas do VI curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação sobre a RNCCI e o

papel do EEER nas Unidades de Cuidados na Comunidade, e a realização do trabalho de investigação.

As competências comuns de um Enfermeiro Especialista, de acordo com o Regulamento das Competências Comuns, reportam-se a competências “demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e acessória.” (Diário da Republica, 2ª série, regulamento nº140/ 2019, p.4744).

Destas competências fazem parte o domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, a melhoria contínua da qualidade, a gestão de cuidados e o desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

No que diz respeito às competências específicas da Enfermagem de Reabilitação, de acordo com o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista, estas reveem-se numa intervenção que,

“visa promover o diagnóstico precoce e ações preventivas de enfermagem de reabilitação, de forma a assegurar a manutenção das capacidades funcionais dos clientes, prevenir complicações e evitar incapacidades, assim como proporcionar intervenções terapêuticas que visam melhorar as funções residuais, manter ou recuperar a independência nas atividades de vida, e minimizar o impacto das incapacidades instaladas (quer por doença ou acidente) nomeadamente, ao nível das funções neurológica, respiratória, cardíaca, ortopédica e outras deficiências e incapacidades. Para tal, utiliza técnicas e tecnologias específicas de reabilitação e intervém na educação dos clientes e pessoas significativas, no planeamento da alta, na continuidade dos cuidados e na reintegração das pessoas na família e na comunidade, proporcionando-lhes assim, o direito à dignidade e à qualidade de vida.” (Diário da República, regulamento nº392/2019, p.13565).

Torna-se assim visível que destas competências fazem parte um leque variado de intervenções, que podemos referir de uma forma generalizada, como: cuidar de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados; capacitar a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da

participação para a reinserção e exercício da cidadania; e maximizar a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.

Assim para melhor se compreender a aquisição de competências, é apresentada de seguida uma reflexão sobre as principais atividades realizadas, com a consciência que o desenvolvimento desta prática especializada teve na sua base as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional.

O progressivo envelhecimento da população, o aumento da esperança média de vida e a crescente prevalência de pessoas com doenças crónicas incapacitantes, as instituições de saúde passaram a enfrentar um grande desafio na prestação dos cuidados, surgindo a necessidade de cuidados de saúde e apoio social de forma continuada e integrada a pessoas que se encontrem em situação de dependência e que se objetiva uma recuperação global, promovendo a autonomia e melhorando a funcionalidade. Foi assim que surgiu a necessidade de implementar um nível intermédios de cuidados de saúde e apoio social, fundamentados não só nas estruturas físicas, mas também na otimização de recursos existentes e na diferenciação dos cuidados, a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Assim o Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho, veio criar a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, que visa uma criteriosa gestão da necessidade de cuidados e um encaminhamento adequado, com base em critérios clínicos e sociais. Este nível intermédio de cuidados de saúde e apoio social baseia-se numa prestação individualizada e humanizada, com articulação e continuidade entre os diferentes serviços, e sempre que necessário com mobilidade entre tipologias e equipas da RNCCI. Os cuidados são prestados por equipas multidisciplinares e interdisciplinares que trabalham com base numa avaliação integral das necessidades da pessoa em situação de dependência e definição periódica de objetivos de funcionalidade e autonomia, tendo sempre em conta a participação do utente e seus familiares ou representante legal. A RNCCI apresenta uma efetiva rede apoio com instituições e equipas prestadoras de cuidados mediante duas formas de internamento, o domiciliário e o institucional. No internamento domiciliário, os cuidados são prestados por equipa domiciliárias, das quais se destacam as Equipas Comunitárias de Cuidados Paliativos, e as Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI).

As Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), segundo o Decreto-Lei n.º

101/2006, são:

“Equipas multidisciplinares da responsabilidade dos Cuidados de Saúde Primários e das entidades de apoio social, para a prestação de serviços domiciliários, a pessoas em situação de dependência funcional, doença terminal, ou em processo de convalescença, com rede de suporte social cuja situação não requer internamento mas que não podem deslocar-se de forma autónoma, fomentando a resposta integrada a situações de saúde e sociais da população e potencializar os recursos da comunidade, reforçando as capacidades e competências dos cuidadores, recorrendo a articulação dos diferentes profissionais da equipa e outros recursos do centro de saúde e comunidade.” (decreto lei nº 101/2006, p. 3862).

Cada vez mais se privilegia a recuperação funcional em contexto familiar, através de um investimento em Equipas de Cuidados Continuados Integrados. De acordo com a Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS, 2019), através do relatório de monitorização da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, o total nacional de utentes referenciados para ECCI como motivo de referência “Reabilitação” foi de 51%, no entanto, no Norte foi de 62%.

Estes números vêm justificar e valorizar as políticas de saúde implementadas em Portugal, que defendem a priorização dos cuidados domiciliários, uma vez que representam uma maior contenção de custos e melhoria da qualidade e eficiência, considerando estas tipologias como fator crítico de sucesso para o desempenho dos sistemas de saúde. Desta forma e de acordo com Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (UMCCI, 2011), um dos objetivos estratégicos da RNCCI é a manutenção dos utentes no seu domicílio, sempre que possam ser garantidos os cuidados terapêuticos e o apoio social.

Assim muitos dos utentes com necessidades de cuidados de Enfermagem, nomeadamente de Reabilitação, permanecem no domicílio, sendo cada vez mais referenciados para as ECCI's, constituindo uma grande parcela dos utentes acompanhados na RNCCI, em que de acordo com o relatório de monitorização da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (ACSS, 2019), os cuidados domiciliários continuam a manter-se como a tipologia com maior número de referências, com 33,8% dos utentes assistidos a nível nacional em ECCI.

A ECCI disponibiliza aos utentes e cuidadores cuidados variados e de excelência, desde: cuidados domiciliários de enfermagem e médicos (preventivos, curativos, reabilitadores ou paliativos); cuidados de reabilitação; apoio psicossocial e de terapia ocupacional, envolvendo os familiares e outros prestadores de cuidados; educação para a saúde aos doentes, familiares e cuidadores; apoio na satisfação das necessidades básicas; e apoio no desempenho das atividades da vida diária.

Assim ao longo deste percurso tive a oportunidade de desenvolver conhecimentos e competências científicas, técnicas e relacionais na área da enfermagem de reabilitação aos utentes em ECCI, tornando-se num contributo para cimentar a minha formação, com prática de cuidados diversificados, desde: reabilitação respiratória, reeducação funcional motora, treino de AVD, capacitação do utente e cuidadores, gestão de ajudas técnicas e adaptação do ambiente. Foram assim prestados cuidados à pessoa e seu cuidador, com necessidades específicas ao nível da função motora, sensorial, cognitiva, cardíaca, respiratória, da alimentação, da eliminação, utilizando dinâmicas de intervenção individualizadas e integradas para assegurar cuidados de excelência. Para o planeamento e implementação de cuidados adequados recorri a um diagnóstico de necessidades, com recurso à consulta processual e conhecimentos da equipa multidisciplinar, ao exame físico e à aplicação de instrumentos sistematizados. De entre os instrumentos de avaliação utilizados pode-se destacar: escala de Barthel; escala Lawton & Brody; Medical Research Council Muscle Scale; Modified Ashworth Scale; diferentes escaladas de avaliação da dor (escala numérica, escala visual analógica); teste de Tinetti; escala de Medica de Independência Funcional; escala Gugging Swallowing Screen; Escala de Borg Modificada; Modified Medical Research Council Dyspnea Questionnaire; escala de Morse; escala de Braden; tabela nacional de funcionalidade. Todos estes instrumentos de avaliação foram fundamentais para o estabelecimento de um diagnóstico real, assim como o acompanhamento e avaliação dos ganhos em saúde, de forma a produzir resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação. Assim o efetivo diagnóstico de situação tornou-se fundamental e imprescindível à construção e implementação de programas de enfermagem de reabilitação ajustados às reais necessidades quer do utente quer do cuidador. Foram assim concebidos e implementados diversos programas de intervenção, estruturados de acordo com cada especificidade/ realidade, objetivando sempre a otimização e reeducação das funções alteradas, na busca pela máxima

independência funcional e autonomia, não descorando as expectativas e objetivos de cada utente/ família.

Tive assim a oportunidade de implementar programas que me permitiram desenvolver as diversas áreas de intervenção do EEER, desde: reeducação funcional motora (treino de força, treino de equilíbrio, treino de marcha), reeducação da função sensoriomotora, reeducação funcional respiratória, reeducação da função cognitiva, treino de AVD, e componente educacional.

Todo o processo de prestação de cuidados englobou sempre uma componente educacional, através de uma abordagem de reintegração e capacitação, não descorando as estratégias adaptativas, como o aconselhamento sobre produtos de apoio adequados às necessidades das pessoas, a adaptação dos espaços e as barreiras arquitetónicas.

O EEER surge assim, como um elemento fulcral no auxílio da pessoa e sua família na fase de transição à sua nova condição, na medida em que o cuidar destes profissionais abrange necessariamente a informação, a orientação e a capacitação dos doentes e familiares na doença, na reabilitação, na readaptação e na reinserção familiar, social e laboral, competindo-lhes desenvolver intervenções que vão de encontro às reais necessidades. Tive assim, ao longo deste processo formativo, a oportunidade de prestar cuidados diferenciados e específicos a cada contexto familiar, desenvolvendo competência no âmbito da gestão e organização dos cuidados, sendo o contexto domiciliar/comunitário um local privilegiado na identificação de necessidades, local onde contactamos com a realidade da pessoa e sua família, cada um com a sua especificidade, especificidades estas que facilitam ou dificultam o processo de transição. Neste contexto vivencial a avaliação de fatores de risco ambientais e de saúde tornam-se de extrema relevância, revendo-se num momento chave para a prestação de cuidados pelo EEER. Pode assim desenvolver estratégia de construção de uma relação de confiança com utente e família, servindo muitas vezes de elo de ligação entre a pessoa, o seu cuidador e os recursos comunitários, na busca pela melhor resposta aos problemas identificados e intervindo muitas vezes na prevenção de risco (desde a prevenção de quedas, prevenção de úlceras de pressão, prevenção da rigidez articular). Pode ainda realizar ensinamentos ao utente e cuidador de acordo com as necessidades reais e de acordo com os recursos de

cada contexto, recorrendo sempre que possível a adaptações pertinentes e necessárias, e ainda a articulação com os diferentes elementos da equipa multidisciplinar.

O treino de AVD é uma área com uma imensidão de possibilidades de intervenção e de extrema relevância para a intervenção do EEER, revendo-se até o centro de toda a intervenção, no sentido em que está interligada com as demais áreas. Ou seja, o aumento da força muscular e a amplitude articular tem uma forte influência sobre o equilíbrio corporal e este por sua vez interfere com a capacidade de marcha, estando esta diretamente ligada a capacidade para o autocuidado. Assim ao longo deste percurso formativo tive a oportunidade e o privilégio de trabalhar na capacitação para as atividades de vida diária, dos diferentes utentes e famílias, desde: questões relacionadas com a alimentação e a capacidade de deglutição, estratégias adaptativas para os cuidados de higiene, conforto e o vestir/despir, a promoção da continência de esfíncteres.

Todas estas possibilidades de intervenção reforçam a pertinência dos cuidados prestados pelos EEER nas Equipas de Cuidados Continuados Integrados, e conseqüentemente a prestação de cuidados em contexto domiciliário, contexto real, com cuidados diferenciados e ajustados a cada situação.

Um outro efeito do envelhecimento é a vulnerabilidade da pessoa idosa e presença de doenças crónicas como a DPOC, que se caracteriza por ser uma doença progressiva, debilitante, com limitação progressiva do fluxo aéreo, associada a uma resposta inflamatória anormal dos pulmões. Esta patologia é uma das principais causas de mortalidade e morbidade no mundo, caracterizando-se por sintomas respiratórios persistentes, sendo os mais frequentes a dispneia, tosse e produção de expetoração (Costa, 2021). As exacerbações e a presença de comorbilidades influenciam a gravidade e o prognóstico. É previsível que a sua incidência aumente pela maior exposição a fatores de risco e envelhecimento, tendo um importante impacto económico pela constante recorrência aos serviços de urgência, consultas de especialidade e internamentos geralmente longos (ONDR, 2018).

Um dos grandes contributos para a prestação de cuidados adequados a estes utentes, é a Reabilitação Respiratória (RR), sendo que nos cuidados de saúde primários a RR está recomendada em todos os utentes com DPOC dos níveis B, C e D (de acordo com os

critérios Gold), e o exercício físico regular está indicado a todos os níveis, incluindo o nível A (DGS, 2019 - orientação n.º 014/2019).

Neste contexto a UCC onde decorreu o estágio tem na sua carteira de serviços projetos de intervenção com utentes com esta patologia, assegurando o seu acompanhamento e de acordo com as suas necessidades implementa planos de intervenção. Um desses projetos consiste no acompanhamento multidisciplinar de utente com diagnóstico de DPOC do grupo B, através da realização frequente de sessões de grupo nas instalações da unidade funcional e quando necessário acompanhamento individualizado. Este projeto de intervenção, pretende ser um contributo para a capacitação da pessoa com DPOC em contexto comunitário, o que vai de encontro aquilo que é defendido pela Direção Geral de Saúde, através da orientação n.º 014/2019,

“a RR é uma intervenção multi e interdisciplinar baseada numa avaliação global do doente, incluindo a gravidade e complexidade da doença e suas comorbilidades, à qual se segue uma série de terapias individualizadas que incluem, mas não estão limitadas, treino de exercício, educação e alterações do comportamento, desenhadas para melhorar a condição física e psicológica da pessoa com doença respiratória crónica e promover, a longo prazo, a adesão a estilos de vida saudáveis.” (DGS, 2019, p.10).

Estas atividades têm como objetivo contribuir para a redução dos sintomas respiratórios, o aumento da tolerância ao esforço, uma diminuição do número de internamentos e de dias de hospitalização, uma melhoria dos sintomas psicossociais e da qualidade de vida dos utentes.

Ao longo deste estágio tive a oportunidade de contribuir para o retomar deste projeto que estava inativado devido às questões relacionadas com a pandemia por Covid 19. Participei em duas sessões, dirigidas aos utentes e familiares que queiram acompanhar. A primeira foi dinamizada pelo Médico responsável pela consulta de Pneumologia do Hospital de referência da área de residência, onde foi abordada toda a fisiopatologia da doença. A segunda atividade foi dinamizada por mim, através da realização de uma sessão de educação para a saúde, intitulada “DPOC: contributos da enfermagem de reabilitação”, de acordo com o plano de sessão em apêndice (Apêndice I. Plano de Sessão - DPOC: contributos da Enfermagem de Reabilitação) e a Apresentação PowerPoint da sessão (Apêndice II. Apresentação PowerPoint - DPOC: contributos da enfermagem de

reabilitação). A intervenção englobou uma componente educativa para mudança de comportamentos e uma componente mais prática de treino de exercício, visando a transmissão de conhecimentos, técnicas e exercícios, os quais possam ser realizados de forma autónoma pelos utentes no seu domicílio, capacitando-os na gestão da doença respiratória de forma a melhorar a sua autonomia na realização das AVD e sua independência. Foram assim abordadas questões relacionadas com a fisiopatologia da doença, a técnica inalatória, e exercícios para a otimização da mecânica respiratória e reforço muscular.

Com esta atividade pode-se constatar a importância da autogestão da doença e o papel importante do enfermeiro de reabilitação neste domínio, em que possibilita à pessoa a aquisição de habilidades para ajustar o seu comportamento de modo a gerir eficazmente a sua patologia e, principalmente, adquirirem a confiança necessária para aplicar essas habilidades diariamente. Assim a Enfermagem de reabilitação, na área respiratória, pode contribuir para a melhoria da função respiratória, promovendo a adaptação do utente às mudanças decorrentes da patologia, otimizando o seu bem-estar, para a manutenção de uma qualidade de vida aceitável, uma vez que, tal como refere Machado (2015), a RR está associada à melhoria da qualidade de vida e ao desempenho nas AVD.

Também a Gold (2018) refere que os utentes que tenham DPOC beneficiam dos programas de treino através da RR como medida não farmacológica para o seu tratamento, melhorando a tolerância ao exercício, a dispneia e a fadiga. Desta forma, o utente com DPOC que beneficie de um plano de reabilitação respiratória aumenta a sua energia, dando-lhe independência para a realização das AVD. O EEER no processo de reabilitação estabelece uma relação de parceria num continuum de cuidados, agindo como o perito na prestação de cuidados à pessoa, família e comunidade na prevenção e na resolução de problemas no âmbito dos cuidados de enfermagem de reabilitação, capacitando-a para a gestão da situação.

Durante este percurso formativo tive ainda a oportunidade de realizar uma formação para os colegas do VII curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, via zoom (ID da Reunião: 82946516090), sobre a RNCCI e o papel da Enfermagem de Reabilitação, nomeadamente nas UCC's e ECCI's, de acordo com os documentos que constam nos apêndices (Apêndice III. Plano de Sessão - RNCCI e o papel da Enfermagem de

Reabilitação na Comunidade; Apêndice IV. Apresentação PowerPoint - RNCCI e o papel da Enfermagem de Reabilitação na Comunidade).

A enfermagem, como profissão, exige a mobilização dos conhecimentos adquiridos e uma contínua atualização, numa ação conjugada com os avanços da ciência e das novas tecnologias. Esta através de um planeamento adequado, visa colmatar as necessidades de conhecimento e promover o desenvolvimento de competências nos contextos e para os contextos de trabalho, tornando-se num fator indispensável à evolução da disciplina de enfermagem.

Assim juntamente com a minha orientadora, considerámos pertinente realizar uma partilha de conhecimentos e experiências com os colegas que estão a iniciar a sua formação na Enfermagem de Reabilitação, através da referida sessão de formação, com a finalidade de aumentar o conhecimento sobre o funcionamento da RNCCI (nomeadamente ECCI), e perceber qual o papel do EEER na Comunidade, uma vez que o estágio profissional estava a decorrer neste contexto.

Esta formação tornou-se de extrema importância, uma vez que permitiu uma investigação teórica fundamentada e uma reflexão sobre a prática, possibilitando uma conexão de esforços para a renovação dos conhecimentos adquiridos. Assim esta partilha tornou-se muito importante e enriquecedora, constituindo um momento de reflexão, com aumento de conhecimentos de todos os atores envolvidos. A mim pessoalmente permitiu pensar e refletir sobre a realidade da prática de cuidados do EEER no âmbito de RNCCI (numa ECCI) e também nos CSP (numa UCC), e dar a conhecer aos colegas aquilo que podemos encontrar na prática. Contribuiu ainda para o desenvolvimento de competências como formadora, competências estas fundamentais e inerentes à função de Enfermeiro Especialista. Para os colegas, permitiu aumentar o conhecimento sobre a temática e ajudar na integração em ensinos clínicos futuros.

O trabalho de investigação desenvolvido no âmbito da prática baseada na evidência, junto dos utentes com demência, objetivando-se um contributo para a melhoria dos cuidados de saúde à população da área de abrangência da UCC, também contribuiu para o desenvolvimento e o cimentar das diversas competências, quer gerais quer específicas, em Enfermagem de Reabilitação.

Assim todas as atividades realizadas ao longo do processo formativos permitiram constatar a importância dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação nos CSP, nomeadamente nas UCC. O EEER apresenta um corpo de conhecimento, com uma imensa possibilidade de intervenção nas mais variadas áreas, contribuindo para solidificar os alicerces dos CSP, como a prevenção, o ensino e o trabalho com foco na família, através de cuidados integrados e globais, onde os utentes e seus cuidadores passam a ter um papel mais ativo, sendo envolvidos tanto na tomada de decisão como na própria concretização dos cuidados.

Todo o percurso formativo foi pautado por um processo de tomada de decisão sustentado no saber técnico-científico, englobando a pessoa e o seu cuidador, com respeito pela autonomia e privacidade.

Colaborei assim na gestão dos cuidados de enfermagem das mais variadas formas: a articulação na equipa de saúde através da otimização do plano de cuidados aos utentes em ECCI; a criação de um programa de reabilitação para utentes com demência, a realização de uma sessão de formação com utentes com DPOC grupo B. Todos estes saberes construídos foram delineados para funcionar como parte da atividade da UCC.

No domínio da melhoria contínua da qualidade dos cuidados todas as atividades foram desenvolvidas tendo por base conhecimentos atuais, a busca pela melhoria dos cuidados prestados, e promoção de ambiente de cuidados seguro e terapêutico para os utentes e seus cuidadores.

A realização deste estágio foi muito gratificante, tendo a oportunidade de integrar uma equipa multidisciplinar, que sempre me fez sentir parte dela, o que permitiu contribuir para a melhoria do estado de saúde da comunidade local, quer seja através de cuidados no âmbito da ECCI, quer no âmbito dos cuidados ao doente com DPOC, quer numa área muito especial como a demência, através do processo de investigação, e ainda pela partilha de conhecimentos sobre os cuidados na comunidade e o papel do EEER através da atividade formativa. Todos as oportunidades de aprendizagem onde foi possível intervir, contribuíram para a construção de uma bagagem, quer pessoal quer profissional,

de conhecimentos e habilidades, enriquecedoras das competências comuns e específicas do EEER.

Desta forma, num contexto de acentuada ênfase nas políticas de manutenção das pessoas no domicílio, com altas hospitalares cada vez mais precoces, o êxito destas políticas reside no modo como os cuidados são prestados e valorizados no domicílio, sendo que este objetivo se adequa e enquadra nas competências profissionais do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação.

3. CONTRIBUTOS DA ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NO ACOMPANHAMENTO DA PESSOA COM DEMÊNCIA

O aumento da esperança média de vida conduz a um inevitável aumento da prevalência de doenças crónicas não transmissíveis e suas complicações. Entre as inúmeras doenças crónicas que podem afetar a pessoa idosa, tal como já foi referido anteriormente, estão as demências, que se caracterizam por um declínio progressivo e global das funções cognitivas, interferindo nas atividades de vida diária da pessoa, nas atividades sociais e ocupacionais, influenciando diretamente a sua autonomia, com repercussões para o utente e família.

Considerando a elevada prevalência das demências e o impacto destas na capacidade funcional da pessoa, com perda progressiva das funções cognitivas e capacidade motora, torna-se importante perceber qual o papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na prestação de cuidados a estes utentes/ família, com vista à manutenção da independência funcional e conseqüentemente das atividades do dia-a-dia.

3.1. PROBLEMÁTICA E OBJETIVOS DE INVESTIGAÇÃO

A identificação de uma problemática é o ponto de partida para qualquer investigação e constitui o ponto primordial da fase conceptual. Assim, a enunciação da problemática através de uma argumentação fundamentada deve evidenciar a pertinência da investigação e o contributo para a construção de conhecimento (Fortin, 2009).

De acordo com Pocinho (2012), é necessário formular e delimitar um problema, cujas possibilidades exploratórias exibam exequibilidade, a importância atual e contributos para os grupos de interesse e aplicação prática.

A funcionalidade da pessoa com demência surgiu como problemática em estudo, sendo realizada uma investigação intitulada de **“A pessoa com demência: contributos da Enfermagem de Reabilitação na promoção da independência funcional”**.

De acordo com Fortin (2009) a investigação trata-se de um instrumento crucial, para resolver problemas ligados ao mundo real e à prática baseada na evidência científica, como um caminho a seguir para a excelência dos cuidados.

Assim a problemática em estudo surgiu da necessidade de encontrar respostas científicas às necessidades encontradas no meu contexto de trabalho (no âmbito de uma UCC), trabalhando diariamente com uma população tendencialmente envelhecida e cada vez mais com o diagnóstico de demência.

Portugal, à semelhança dos restantes países da Europa, apresenta um aumento progressivo da população idosa, em que segundo as estatísticas demográficas do INE (2020), entre 2015 e 2020, a população com mais de 65 anos aumento de 20,7% para 22,4%. Por outro lado, e de acordo com projeções deste mesmo organismo a população idosa passará de 2,2 (em 2015) para 3,0 milhões (em 2080), conseqüentemente o índice de envelhecimento quase duplicará, passando de 159 para 300 idosos por cada 100 jovens.

No concelho onde decorreu o estudo, um pouco à semelhança nacional e internacional, o perfil etário do concelho manifesta um decréscimo de indivíduos das camadas mais jovens e um aumento das faixas etárias acima dos 65 anos. De acordo com último diagnóstico social do concelho, realizado em 2013, a população de inscritos neste Centro de Saúde, é de 13.198 utentes, correspondendo a 47,64% do sexo masculino e 52,36% do sexo feminino. Da população inscrita, 24,69% tem mais de 65 anos, evidenciando o envelhecimento deste concelho. Isto é congruente com o agravamento do Índice de Dependência de Idosos que passou de 32,8% para 37,1% em dezembro de 2012, mantendo-se muito acima da média nacional (27,8% e 29,1% respetivamente) (Diagnóstico Social do Concelho, 2013). Assim as pessoas cada vez vivem mais anos, mas com mais incapacidades e morbilidades, levando ao aumento do número de dias vividos com mais limitações.

Todos estes números ganham uma dimensão mais preocupante quando verificamos que ao longo do envelhecimento ocorrem diversas alterações no organismo, de forma natural, progressiva, e dinâmica, tornando a pessoa mais vulnerável a complicações internas e externas. Neste progressivo processo de envelhecimento, é previsível um crescente aumento da prevalência de doenças crónicas e suas complicações, como é o caso das demências.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (2017), estima-se que existam 47,5 milhões de pessoas com demência a nível mundial. Este número poderá atingir os 75,6 milhões em 2030 e quase triplicar em 2050 para os 135,5 milhões.

A Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE, 2017), refere que Portugal ocupa o 4º lugar de casos de demência, com 19,9 casos por mil habitantes, sendo que à medida que a esperança média de vida aumenta estes casos também aumentam, prevendo-se que até 2037 atinja os 31,3 casos por mil habitantes. Segundo Santana [et al.] (2015), em 2013, 5,91% da população portuguesa acima dos 60 anos de idade tinha demência, tendo esta incidência vindo a aumentar.

A demência, pelas suas características e frequência, com imposição de grande morbilidade entre os idosos, representa uma das maiores causas de limitação da funcionalidade, dificultando o cumprimento dos requisitos de autocuidado, causando assim dependência de terceiros e um elevado impacto sociofamiliar. De acordo com OMS (2017) a demência é uma das principais causas de incapacidade e dependência entre os idosos em todo o mundo. Estima-se que a demência contribua com mais de 11,9% dos anos vividos com incapacidade nas pessoas acima dos 60 anos de idade (valor superior ao calculado para os acidentes vasculares cerebrais (9,5%), para as doenças cardiovasculares (5,0%) e para as doenças oncológicas (2,4%), (Santana [et. al] 2015). Segundo a American Psychological Association “a demência é a principal causa da limitação funcional entre pessoas idosas em todo o mundo” (American Psychological Association, in Henriques e Ávila (2016, p. 596). Por outro lado, e de acordo com, Santana, et. al. (2015), in Henriques e Ávila (2016, p. 587), “a elevada morbilidade, associada à cronicidade das demências, e o aumento progressivo do número de casos, acarreta custos diretos e indiretos muito elevados, refletidos numa enorme sobrecarga para os cuidados de saúde, e também com um grande impacto na economia das famílias.”

A temática das demências é um assunto atual e cada vez mais uma preocupação da saúde, constando cada vez mais dos programas nacionais de saúde, visível através do despacho Nº 5988/2018, onde defende e recomenda Estratégia da Saúde na Área das Demências e determina a constituição e a composição da Coordenação do Plano Nacional da Saúde para as Demências, defendendo e recomendando estratégias de atuação, como “implementar medidas tendentes a desenvolver a consciencialização pública em termos

de saúde para o problema das demências, promover a literacia dos cidadãos em geral, a formação dos profissionais de saúde, o acesso a novas tecnologias e a investigação.” (Diário da República, 2018, p. 17094).

Para o Colégio de Especialidade de Enfermagem de Reabilitação, também esta patologia representa uma das áreas de investigação prioritárias para a especialidade de Enfermagem de Reabilitação para os anos de 2015-2025 (Ordem dos enfermeiros, 2015).

Para a UCC onde decorreu o estágio, esta temática também é uma preocupação e uma prioridade, fazendo parte dos programas a desenvolver junto da comunidade local, em que atualmente levam a cabo um rigoroso diagnóstico de situação da população idosa e fomentam um projeto de identificação e sinalização de utentes em situação de fragilidade, nomeadamente com demência, estando identificados 205 casos (à data de termino do estágio). Assim para este trabalho também contribuíram as motivações institucionais, na medida em que, nos primeiros dias de estágios em reunião com coordenadora da UCC e Chefe do Centro de Saúde, e elementos da equipa multidisciplinar (Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária e Enfermeira Mestre em Cuidados Paliativos), foram abordados os objetivos e finalidade do estágio a realizar, sendo-me apresentada algumas das possibilidades de intervenção para a realização do trabalho de investigação. Surgiu assim a possibilidade de trabalhar com utentes com demência em contexto domiciliário, no âmbito de um projeto implementado pela UCC (Projeto de Saúde Individual da Pessoa Frágil – Sinalização dos Utentes Crónico Dependentes), o que me deixou muito motivada por poder dar o meu contributo enquanto aluna de especialidade numa área de intervenção desta unidade funcional.

Por outro lado, e apesar da grande prevalência e impacto das demências, em Portugal escasseiam programas de Enfermagem de Reabilitação funcional motora para estes utentes, nomeadamente em contexto domiciliário. Contudo a Reabilitação no domicílio reveste num meio de excelência para a prestação de cuidados de qualidade, em que o ambiente familiar favorece a integração, a motivação, o incentivo da pessoa dependente e dos seus cuidadores, permite melhores resultados no treino das atividades de vida diária, é mais barata que a Reabilitação hospitalar, e diminui o risco dos internamentos hospitalares.

Neste sentido e de acordo com os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem de Reabilitação, esta revê-se numa (..) “área de intervenção clínica reconhecida, dá resposta a necessidades concretas da população e às novas exigências em cuidados, contribuindo fortemente para a obtenção de ganhos em saúde.” (Regulamento n.º 350/2015, p.16656).

Considerando assim a elevada prevalência da demência, o impacto desta na capacidade funcional das pessoas, e os pilares das competências do EEER, este estudo de investigação pretende dar resposta à seguinte questão: **Os programas de Enfermagem de Reabilitação na reeducação funcional motora contribuem para a melhoria da funcionalidade da pessoa com demência moderada?**

Assim este trabalho busca um contributo para o aumento da evidencia científica e desenvolvimento de práticas sensíveis aos cuidados de Enfermagem de Reabilitação aos utentes com demência em contexto domiciliário.

Os objetivos de um estudo indicam o motivo pelo qual se realiza a investigação, e orientam o investigador para a problemática levantada (Fortin, 2009). Assim o propósito desta investigação é avaliar a efetividade de um programa de Enfermagem de Reabilitação na manutenção da independência funcional da pessoa com demência moderada, e conseqüentemente máxima independência nas atividades do dia-a-dia.

Para dar resposta à temática em estudo, definiu-se os seguintes objetivos específicos:

- Caracterizar a Pessoa com demência moderada a nível sociodemográfico;
- Avaliar o efeito do programa de enfermagem de reabilitação funcional na capacidade para o autocuidado na Pessoa com demência moderada.
- Avaliar o efeito do programa de enfermagem de reabilitação funcional na capacidade para a mobilidade na Pessoa com demência moderada.
- Avaliar o efeito do programa de enfermagem de reabilitação funcional na capacidade para a locomoção na Pessoa com demência moderada.
- Avaliar o efeito do programa de enfermagem de reabilitação na força muscular dos membros superiores e inferiores, na Pessoa com demência moderada.

- Avaliar o efeito do programa de enfermagem de reabilitação no equilíbrio estático na Pessoa com demência moderada.
- Avaliar o efeito do programa de enfermagem de reabilitação no equilíbrio dinâmico na Pessoa com demência moderada.

Pretende-se assim avaliar a realidade vivenciada pelos utentes com demência moderada, após a intervenção do Enfermeiro de Reabilitação, através de um programa de reabilitação estruturado, de forma a conhecer até que ponto esses cuidados contribuem para a manutenção ou mesmo melhoria da capacidade funcional, nomeadamente no autocuidado, mobilidade, locomoção, força muscular e equilíbrio e a excelência de cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa com demência moderada.

Uma vez que, tal como defende o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista,

“O avanço no conhecimento requer que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação incorpore continuamente as novas descobertas da investigação na sua prática, desenvolvendo uma prática baseada na evidência, orientada para os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem, participando também em projetos de investigação que visem aumentar o conhecimento e desenvolvimento de competências dentro da sua especialização”.
(Regulamento nº140/2019, p. 4744)

3.2. PESSOA COM DEMÊNCIA: PERSPETIVA DA ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Para que a investigação seja suscetível de criar conhecimento com utilidade prática é importante e fundamental realizar uma análise da literatura, de forma a identificar e cumprir objetivos que se possam complementar.

Assim o presente estudo foca-se na pessoa com demência pela perspetiva da enfermagem de reabilitação, o que nos leva a aprofundar, em primeiro lugar, as questões relacionadas com a patologia e o que esta pode determinar na pessoa doente, seguindo-se uma abordagem ao papel do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação enquanto

prestador e promotor de cuidados de saúde na manutenção da capacidade funcional, e por último uma abordagem aos princípios dos programas de Enfermagem de Reabilitação.

3.2.1. Demência Enquanto Entidade Clínica

A demência define-se como uma síndrome de instalação progressiva, provocando uma deterioração gradual a nível cognitivo e intelectual, interferindo no normal funcionamento da pessoa, provocando assim um declínio da funcionalidade e consequentemente da autonomia.

De acordo com o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (American Psychiatric Association - DSM-V, 2014, p. 720) a demência inclui-se nos transtornos neurocognitivos, sendo critério de diagnóstico o declínio progressivo de níveis anteriores de funcionamento cognitivo em “um ou mais domínios da cognição (atenção complexa, funções executivas, aprendizagem e memória, linguagem, capacidade perceptivo motora ou cognição social)”, não estando presentes no momento do nascimento ou numa fase precoce da vida, representando, assim, um declínio a partir de um nível de funcionamento anteriormente alcançado.

A demência consiste assim numa doença neurológica, progressiva e degenerativa, sendo descrita como um conjunto de transtornos que abrangem a perda gradual e crónica das funções cognitivas, com perturbação de múltiplas competências corticais superiores (desde a memória, pensamento, orientação, cálculo, atenção, capacidade de aprendizagem, linguagem e juízo crítico), sem afetar o grau de consciência, mas com prejuízo da destreza necessária ao desenvolvimento normal das atividades de vida diária, levando à perda crescente da funcionalidade e conseqüente aumento da dependência.

As demências podem ser classificadas de acordo com a sua etiologia ou com a localização das alterações estruturais. De acordo com a sua etiologia podem ser classificadas em demências: irreversíveis, degenerativas, mistas e degenerativas raras. No que diz respeito à localização das alterações, estas podem ser diferenciadas em: Doença de Alzheimer, Degeneração lobar frontotemporal, Doença com corpos de Lewy, Doença vascular, Lesão cerebral traumática, Uso de substância/medicamento, Infecção por VIH, Doença do Prion,

Doença de Parkinson, Doença de Huntington, outra condição médica ou de múltiplas etiologias.

De acordo com a Classificação Internacional das Doenças (ICD-10), da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2016), a demência inclui-se nos distúrbios Neurocognitivos – distúrbios mentais comportamentais ou de desenvolvimento neurológico, definindo-a como um declínio da memória (mais evidente na memória recente – aprendizagens de novas informações), do pensamento, das capacidades de orientação, da aprendizagem e do cálculo, e dificuldade na compreensão e elaboração de juízo crítico.

A Classificação Internacional das Doenças (ICD-10), da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2016), diferencia ainda a demência em subtipos, sendo eles: demência por doença de Alzheimer, demência devida a doença cerebrovascular, demência devida a doença de corpos de Lewy, demência frontotemporal, demência devida a substâncias psicotrópicas incluindo medicações, demência devido a doenças classificadas noutro item, perturbações comportamentais ou psicológicas na demência, demência por causa desconhecida e inespecífica. São ainda referidos para cada categoria 3 níveis de gravidade: ligeiro, moderado e grave, de acordo com o grau de deterioração da memória e do pensamento abstrato.

Segundo Sousa (2017), os tipos de demência mais frequentes são Alzheimer, com 50% - 70% dos casos, seguindo-se a Vascular (20% dos casos), depois as de Corpos de Levy e Demência de Parkinson (com 10% dos casos) e por fim todas as outras com uma percentagem de 10% dos casos.

Os padrões de sintomas de evolução da demência não são estanques, variando de acordo com o tipo de demência e de pessoa para pessoa, podendo ir desde a perda de memória, a desorientação espacial e temporal, confusão e problemas de raciocínio e pensamento, alterações no comportamento e personalidade, limitação da capacidade funcional da pessoa, levando à dificuldade na realização das suas AVD's e conseqüentemente dependência de terceiros. Contudo e de uma forma geral, a demência qualquer que seja a sua etiologia conduz progressivamente a um declínio cognitivo, a uma perda da capacidade funcional e conseqüente dependência nos autocuidados. Assim e apesar da heterogeneidade dos sintomas que normalmente surgem associados às demências, a

literatura propõem a sua organização por estádios, de forma a ajudar a perceber a evolução da doença e determinar a melhor abordagem no acompanhamento destas pessoas e seus cuidadores.

Assim e de acordo com Sousa (2017), podem ser distinguidas quatro fases/ estádios de evolução da doença, tais como: a fase inicial, a moderada, a grave e a final. A duração de cada uma das fases não é estanque e podem existir características que se prolonguem ou antecipem à fase seguinte.

No estágio **inicial** da demência ocorre o início das queixas, como alterações de memória, com início das perguntas repetitivas, esquecimento de informação, conversas e acontecimentos recentes. Surgem as dificuldades na orientação temporal e espacial, visíveis em situações correntes do dia-a-dia como a utilização dos transportes públicos. Alterações da linguagem, com vocabulário mais pobre, quebras de raciocínio, falta de atenção e concentração, com dificuldade em acompanhar conversas. Dificuldades no planeamento e na tomada de decisão, e na realização de tarefas complexas, como seguir passos ou etapas. Iniciam-se os problemas de comportamento em sociedade, como por exemplo: cumprimentar estranhos, rir sem razão, irritabilidade, desconfiança, apatia e depressão. Evidenciam comportamentos de preocupação e descontentamento excessivos, e começam a verbalizar queixas físicas frequentes.

Na segunda fase, a **moderada**, surgem queixas mais acentuadas e os défices agravam-se, com desorientações mais frequentes (em locais conhecidos e principalmente à noite), esquecimento de familiares e amigos, comprometimento acentuado da linguagem (escassez de vocabulário). Agravamento das alterações comportamentais, com euforia, depressão, agressividade, agitação e tentativas de fuga. A capacidade funcional encontra-se francamente prejudicada, surgindo por vezes episódios de incontinência de esfíncteres e dificuldades na deglutição, passando a pessoa a depender cada vez mais de terceiros para assistir nas tarefas do dia-a-dia, desde as mais simples como tomar banho e comer.

Na fase **grave** da doença os défices são já muito acentuados, com desorientação espaciotemporal, perda da linguagem, não reconhece pessoas próximas nem a si mesma, apresentando um comportamento vago e repetitivo, como deambular sem destino. Incapacidade para a realização de tarefas simples como comer e tomar banho, com

alterações na marcha e no equilíbrio, com quedas frequentes, e agravamento da capacidade de controle dos esfíncteres.

O estágio **terminal** da doença, caracteriza-se por mutismo, disfagia, incontinência total e imobilidade.

Percebe-se assim, tal como Henriques e Ávila (2016, p. 588), cit Neto (2010),

(...) “a demência é acompanhada de um progressivo declínio funcional e da autonomia com implicações claras na sobrevivência da pessoa com demência, já que eventualmente virá a falecer devido a essa mesma síndrome ou às limitações que esta determina (imobilidade, alterações de deglutição e infecções associadas).”

O diagnóstico é feito através de uma anamnese abrangente e detalhada, associada a um exame físico geral e um exame neurológico incluindo uma avaliação cognitiva formal para o exame da memória e de outras funções cognitivas como: atenção, linguagem, funções executivas, orientação, praxias, gnosias e funções visuais-espaciais. Os exames laboratoriais e de neuro imagem são importantes e auxiliam na identificação da etiologia.

O tratamento da demência passa pelo atraso na progressão da doença e o alívio dos sintomas, recorrendo para tal a uma abordagem terapêutica farmacológica e a estratégias não farmacológicas. Assim a abordagem mais abrangente e eficaz consiste numa intervenção multidisciplinar, com associação a tratamentos não medicamentosos como terapia ocupacional, reabilitação funcional e cognitiva, psicoterapia, dentre outros.

A OMS (2017) também reconhece a demência como uma prioridade de saúde pública, tendo criado o plano de ação global 2017-2025 (Global Plan of Action on the Public Health Response to Dementia 2017- 2025), sobre a resposta de saúde pública à demência, visando a melhoria da vida dos utentes e suas famílias/cuidadores e a diminuição do impacto desta patologia nas comunidades. Estas propostas englobam diversas ações, podendo se resumir em sete áreas principais, desde: Demência como uma prioridade de Saúde Pública; Consciencialização para a Demência e criação de sociedades amigas das pessoas com demência; Redução de Risco de Demência; Diagnóstico, Tratamento e Apoio nas Demências; Apoio aos cuidadores de Pessoas com Demência;

Disponibilização de informação sobre Demências; e Investigação e Inovação nas Demências.

A Direção Geral de Saúde (DGS, 2011) através da norma nº053/ 2011 criou um algoritmo de apoio à tomada de decisão para a abordagem terapêutica das alterações cognitivas, onde defende as seguintes atividades no que diz respeito ao tratamento não farmacológico: determinar os níveis de ajuda necessários à orientação verbal, gestual e ou física, e as ajudas técnicas; adaptar do ambiente com o objetivo de facilitar a independência funcional, a prevenção de quedas e fugas; e a promover da atividade física.

3.2.2. Da Manutenção da Funcionalidade à Promoção da Independência Funcional

A pessoa é um todo biopsicossocial e espiritual, sendo que desde que nasce, está envolto numa trajetória de vida de adaptação e capacitação, através de um processo de construção e aquisição da máxima autonomia no sentido evolutivo da independência funcional. Revê-se assim, tal como afirma Queirós, Vidinha e Filho (2014), na capacidade de cada um cuidar de si próprio, de se autocuidar, sendo inerente ao ser humano.

De acordo com Santos (2011), a capacidade/dependência funcional são conceitos utilizados para definir a capacidade de realizar uma ou mais AVD sem auxílio, e fazem parte do Sistema de Classificação Internacional de Comprometimento, Incapacidades e Desvantagens da OMS.

A independência funcional caracteriza-se assim pela autonomia da pessoa para a realização das tarefas do seu dia-a-dia, de modo a assegurar a possibilidade de ser independente, autónoma. Um indivíduo atinge o nível de independência quando não necessita de ajuda de outra pessoa para o desempenho das suas atividades diárias, desde o autocuidado (alimentação, higiene pessoal, banho, vestir-se, controle de esfíncteres), a locomoção, a mobilidade e o equilíbrio, estando todas elas interligadas, na medida em que o aumento da força muscular e da amplitude de movimento articular, leva por sua vez à melhoria do equilíbrio e conseqüentemente da capacidade de marcha, conduzindo naturalmente à independência no autocuidado.

Assim ao longo de processo de envelhecimento a pessoa pode ficar dependente de outros, perdendo, portanto, a sua independência funcional e conseqüentemente a capacidade para a realização das tarefas do dia-a-dia. Nesta etapa da vida surgem diversas alterações que levam ao declínio de algumas capacidades físicas e cognitivas que podem potenciar situações de dependência (Nascimento, 2019). De acordo com Tinetti (2003), são exemplo disso a perda de força muscular, alterações do padrão da marcha, diminuição da flexibilidade, da agilidade, da coordenação sensória motora, da mobilidade articular, do equilíbrio e, conseqüentemente comprometimento da capacidade funcional.

Para Marvanejo (2017, p.23), “O decurso do envelhecimento prende incalculáveis modificações no ciclo vital do idoso, que lhe afetam a funcionalidade, mobilidade, saúde, expropriando-o de uma vida funcional e saudável, e conseqüentemente lesando a sua qualidade de vida”.

Outros autores como Ladeira, Maia e Guimarães (2017), também defendem que as alterações fisiológicas inerentes ao envelhecimento podem gerar diminuição da força muscular, défices de equilíbrio e alterações da marcha que predispõem o idoso a quedas e limitações funcionais.

No envelhecimento há uma tendência de redução das capacidades físicas e das aptidões funcionais; na capacidade fisiológica percebem-se as alterações sensoriais, os défices cognitivos e a diminuição dos reflexos e dos níveis de concentração.

Tudo isto torna-se ainda mais significativo quando associado ao envelhecimento surgem doenças crónicas, que tal como refere Tavares e Dias (2012, p.113), que

“aproximadamente 80% dos sujeitos acima de 65 anos apresentam pelo menos um problema crónico de saúde e 10%, no mínimo, cinco. A presença de múltiplas doenças com diferentes graus de gravidade pode influenciar a desempenho das Atividades da Vida Diária (AVD)”.

Assim a presença de doenças crónicas na população idosa, como a demência, são preditores de necessidades de saúde crescentes, com um declínio no funcionamento intelectual e forte impacto na capacidade funcional, dificultando o cumprimento dos

requisitos de autocuidado, causando progressivamente dependência funcional e consequentemente dependência de terceiros.

De acordo com o Instituto Nacional de Estatística (2021), a percentagem de pessoas de 65 anos ou mais, com limitações na realização de atividades habituais devido a problemas de saúde é de 32,1% em 2020, sendo Portugal um dos países Europeus em que este valor é mais elevado comparativamente à média europeia de 24,0%. A Organização Mundial de Saúde, cit. in Henriques e Ávila (2016, p.587), sublinha a dimensão do problema quando refere que,

“entre 5% a 8% da população mundial com 60 e mais anos venha a sofrer de demência e que mais de 35,6 milhões de pessoas são afetadas com demência em todo o mundo, número esse que pode quase duplicar, a cada 20 anos, para 65,7 milhões em 2030 e 115,4 milhões em 2050.”

As diversas alterações cognitivas, emocionais, sociais e psicopatológicas, que advém, quer do envelhecimento quer da demência, acarretam perda progressiva da capacidade funcional, e vão agravando a vida do idoso, tornando-o cada vez mais dependente. A manifestação deste declínio depende da particularidade da pessoa, desde o ambiente social e cultural de vivência, a presença de comorbilidades, contudo existem alterações que são mais ou menos transversais a todos os doentes, como a diminuição das capacidades físicas e cognitivas.

Assim com o passar dos anos e à medida que a demência evolui, a pessoa torna-se cada vez mais dependente de terceiros, iniciam-se as dificuldades de locomoção, com a diminuição da força e resistência muscular. Surge também a perda da elasticidade e flexibilidade, levando a lentificação e descontrolo dos movimentos. A linguagem torna-se mais difícil e surgem as necessidades de cuidados e supervisão permanente.

Torna-se assim visível que todos os sintomas da demência, desde as alterações que levam à perda de memória e outras funções cognitivas, bem como o comportamento social, levam a uma degradação da capacidade de a pessoa regular o seu funcionamento e desenvolvimento de forma plena e saudável. Neste sentido, aleada à complexidade da demência emerge a necessidade de assegurar o cuidado diário, aspeto corroborado por

Sequeira (2010) que defende que o aparecimento de uma síndrome demencial tem implicações na vida do idoso, necessitando de cuidados por parte de terceiros.

De acordo com Santana et al., (2015) cit. in Henriques e Ávila (2016, p 593), refere que,

“O declínio cognitivo que acompanha a demência determina alterações psicológicas e comportamentais com repercussões sobre as atividades de vida diária (AVD) e atividades instrumentais de vida diária (AIVD) pelo que a sua avaliação e monitorização é fundamental.”

A literatura menciona que as intervenções não farmacológicas na pessoa com demência assentam, na sua maioria, na reabilitação, com o intuito de atenuar a progressão da doença ou manter o desempenho cognitivo e funcional, de forma a estimular a pessoa a adotar uma participação ativa, tendo em conta as suas incapacidades para tentar reduzir o impacto da doença e das dificuldades sentidas no quotidiano.

O acompanhamento e avaliação destes utentes torna-se especialmente relevante na prática da Enfermagem de Reabilitação, em que a atuação do Enfermeiro Especialista se direciona para a manutenção/recuperação da função, não vendo a dependência como um estado permanente, mas antes como um processo dinâmico, cuja evolução se pode modificar, prevenir ou diminuir, recorrendo a uma intervenção adequada.

A pessoa com demência, ao longo da evolução da doença vai apresentando alterações a nível cognitivo e comportamental que a vão impossibilitando de cuidar de si mesma, tornando-se numa pessoa cada vez mais dependente, e é aqui no défice de autocuidado que o EEER pode e deve intervir, mantendo a prática assente na teoria do autocuidado e das transições, que suportam os cuidados de reabilitação, incorporando modelos de cuidados centrados no utente e família. Assim e de acordo com os métodos proposto por Orem, para ultrapassar ou compensar as limitações associadas à saúde e promover ações de manutenção do funcionamento e desenvolvimento, o EEER deve “atuar por ou fazer por outrem; orientar e dirigir; fornecer apoio físico ou psicológico; proporcionar e manter um ambiente que apoie o desenvolvimento pessoal e ensinar.” (Taylor, 2004, in Tomey, e Alligood, 2004, p. 216).

De acordo com um estudo realizado por Maia, [et al.] (2019), concluíram que a alteração nos estilos de vida e o exercício físico podem prevenir ou retardar o aparecimento da demência. Esses dados sugerem que o exercício físico melhora o funcionamento neuropsicológico, pelo que um programa de reabilitação motora pode ser uma alternativa adjuvante para manter e melhorar essas funções.

O EEER, confrontado com as incapacidades da pessoa com demência, tem o dever e a capacidade de desenvolver intervenções que capacitem a pessoa e ou a família a atingir o maior grau de autonomia e independência na execução das suas atividades básicas de vida adequadas à sua nova condição, seja esta motora ou cognitiva. A reabilitação da pessoa com demência revê-se num processo holístico do cuidar, iniciando-se o mais precocemente possível, tendo em conta a multidimensionalidade e unicidade de cada pessoa, quer seja na componente física, emocional, psíquica ou social e espiritual (Henriques e Ávila, 2017). Assim e tendo por base os padrões de qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação da (OE, 2018b), podemos afirmar que a intervenção do Enfermeiro de Reabilitação é centrada num diagnóstico precoce e no desenvolvimento de intervenções que permitam a conservação das competências funcionais das pessoas, de modo a prevenir eventuais complicações ou incapacidades, ou caso existam, atuar na melhoria das capacidades existentes, para manter ou retomar a independência, minimizando as consequências, habilitando-as para a execução do seu autocuidado.

O EEER possui um conjunto de capacidades e competências que lhe permite prestar cuidados a estes utentes e seus cuidadores, mobilizando para o efeito um corpo de conhecimentos que lhe permite o desenvolvimento de programas compreensivos que permitam a avaliação inicial, a intervenção e a monitorização dos resultados. Estes profissionais são capazes de realizar uma correta identificação das reais necessidades dos utentes, e conseqüentemente prescreverem exercícios direcionados a essas mesmas necessidades, nomeadamente técnicas de estimulação cognitiva e motora, integradas nas rotinas do dia-a-dia e envolvendo os cuidadores.

Assim e entendendo a funcionalidade como a capacidade da pessoa se adaptar aos problemas do dia-a-dia, apesar de possuir condicionantes, desde uma incapacidade física,

mental e/ou social, a intervenção do EEER é determinante na adaptação da pessoa objetivando a manutenção da máxima autonomia e independência.

De acordo com Henriques e Ávila (2017, p.598,)

“Esta intervenção tem como finalidade: manter a funcionalidade da pessoa com demência através da promoção da autonomia, estímulo das funções cognitivas, capacitação dos doentes e as suas famílias para lidarem com as consequências da doença diminuindo o impacto que a doença tem nas relações familiares e sociais e melhorando a qualidade de vida da pessoa.”

Através do Despacho n.º 5988/2018, de 19 de junho, publicado em Diário da Republica, podemos ver que as estratégias da Saúde na Área das Demência vão muito de encontro às finalidades das intervenções do EEER, uma vez que defende que, “A intervenção terapêutica e de cuidados nas demências deve considerar simultaneamente diversas dimensões, incluindo os sintomas cognitivos, os sintomas psicopatológicos e comportamentais e a manutenção da funcionalidade.”

Também o algoritmo de apoio à tomada de decisão para a abordagem terapêutica das alterações cognitivas, publicado pela Direção Geral de Saúde através norma nº 053/2011 de 27 de dezembro de 2011, reforça que a intervenção do EEER é de extrema relevância, podendo e devendo atuar em diversas vertentes, desde: ensino de estratégias compensatórias, organização e adaptação de respostas facilitadoras, e promoção da funcionalidade.

A Associação de Alzheimer de Portugal, in Henriques e Ávila (2016), define como principais áreas de intervenção do enfermeiro de reabilitação na demência, inicial e intermédia, **a reeducação da função cognitiva, a reeducação da função sensório motora**, a reeducação da função cardio-motora, a reeducação da função alimentar, reeducação da função eliminação, **e adaptação e promoção de um ambiente seguro.**

A reeducação da função cognitiva, levada a cabo pelo EEER, tal como refere Varanda e Rodrigues (2017) consiste em “recuperar o bailado da mente”, e incorpora intervenções como: facilitar a memorização e a recordação através da estimulação da memória, reorganização e simplificação de rotinas, e identificação de estratégias compensatórias para lidar com as dificuldades de memória ou outras alterações cognitivas. Vários estudos

(Ferrer, Collado e Ávila (2003); Henriques, (2013)), defendem que existe uma relação positiva entre a intervenção motora e cognitiva em idosos com demência.

A reeducação da função motora, através de exercícios de coordenação motora, treino de equilíbrio e flexibilidade, reeducação postural, treino de força muscular, e programas de exercício físico, torna-se essencial para a manutenção ou mesmo recuperação de funções fundamentais ao desempenho dos autocuidados. Vários estudos demonstram que os cuidados de reabilitação na demência apresentam uma interferência positiva na funcionalidade e na autonomia, apresentando uma maior vantagem se introduzidas em estádios mais precoces e em contexto personalizado (Moreira, 2019). Assim a reabilitação motora pode ser uma alternativa para minimizar o declínio físico e mental na pessoa com demência. Sublinha-se assim a importância de uma intervenção precoce nestes utentes, desde a promoção da autonomia, a manutenção ou melhoria da força muscular, o treino do equilíbrio e mobilidade, com intuito de prevenir a perda de condicionamento físico e melhorar os défices de percepção, perturbação do conceito de verticalidade, bem como as implicações associadas à marcha, e consequentemente na autonomia.

O treino de força é utilizado para melhorar o desempenho muscular, quer no âmbito da promoção, quer da prevenção (Coelho, Barros e Sousa, 2017). Este treino é uma componente fundamental num programa de exercícios para idosos, revendo-se numa forma privilegiada de contrariar as alterações próprias do envelhecimento (Silva, 2018). Na terceira idade, a manutenção da potência muscular é um fator chave no desempenho diário das tarefas, bem como na diminuição da probabilidade de quedas, especialmente nas mulheres (Aagaard [et al.] 2010; Arnold [et al.] 2010).

Para melhorar a força muscular, podem ser utilizadas diversas mobilizações terapêuticas, desde passivas, ativas assistidas, ativas e ativas resistidas. As mobilizações ativas são utilizadas de acordo com a evolução e tolerância da pessoa, a situação clínica, a idade, a condição prévia, bem como, as suas necessidades, objetivando a funcionalidade, independência nas AVD e qualidade de vida. As mobilizações passivas, embora não estejam incluídas no treino de força propriamente dito, mas são uma ação de primeira linha nas estruturas afetadas, promovendo a manutenção da integridade óssea, a nutrição da cartilagem, a proteção de superfícies articulares, a extensibilidade e a contractilidade

do tecido muscular, o retorno venoso e o estiramento das fibras musculares como preparação para o treino de força (Coelho, Barros e Sousa, 2017).

O treino de equilíbrio nos idosos pode ser trabalhado através da implementação de vários exercícios, desde: sentar a pessoas e oscilar o tronco e membros superiores nas diferentes direções; sentar e levantar; exercícios em pé junto à base da cama; transferência de peso nos membros inferiores; o próprio treino de marcha. Garcia [et al.] (2019) constatou que o ensino, instrução e treino de equilíbrio em pessoas idosas pode ter resultados significativos na melhoria das atividades de vida diária.

A mobilidade é essencial para o desempenho das atividades de vida diária, de forma a garantir as necessidades da pessoa e para obter o preenchimento das necessidades psicossociais mais elevadas que envolvem a qualidade de vida (Fricke, 2010).

“Um planeamento adequado dos cuidados de Enfermagem que inclua intervenções ao nível da manutenção da mobilidade, na lógica do autocuidado, é um contributo fundamental na prevenção destas alterações (Ordem dos Enfermeiros, 2013, p.24)”. Assim os declínios de mobilidade também poder ser melhorados pela intervenção do EEER, através de atividades dirigidas ao: treino de transferências, posicionamento, levante diário para cadeira/ cadeirão, exercícios de treino de marcha em diferentes superfícies.

O treino de AVD é uma área primordial da intervenção do EEER, sendo que a pessoa com demência apresenta diferentes tipos de incapacidades, que condicionam as atividades do dia-a-dia. O EEER surge, como figura de referência e agente promotor de estratégias adaptativas à situação de limitação funcional nas AVD, através de uma intervenção com enfoque na capacitação. Uma intervenção a este nível requer um conhecimento das reais necessidades, desde as condições habitacionais, o conhecimento das rotinas do utente e cuidador no âmbito das diferentes AVD, para depois partir para o ensino, instrução, treino, supervisão e incentivo, através da implementação de estratégias adaptativas e prescrição de produtos de apoio adequados, bem como, adaptação do ambiente domiciliar e eliminação de barreiras arquitetónicas.

A adaptação e promoção de um ambiente seguro, com transmissão de conhecimentos e estratégias sobre a organização do espaço é fundamental para a prevenção de quedas e promoção da orientação. Para as pessoas com demência é essencial manter as rotinas, com os objetos sempre nos mesmos locais, e manter o espaço limpo e arrumado, pois as alterações aumentam o risco de confusão.

As pessoas com demência em estágio moderado necessitam de supervisão ou ajuda nas atividades de vida diária, pelo que nesta fase importa supervisionar (dar instruções, vigiar) e assistir a pessoa (ajudar no que ela não consegue, completar). É aqui que o cuidador assume um papel fundamental, no que diz respeito aos cuidados informais, permanentes.

O cuidador assume um papel essencial na promoção do bem-estar do idoso, é aquele que assegura a satisfação e as suas necessidades básicas, que orienta, que vigia e pode ser considerado como um recurso valioso no seu cuidado (Garrett, 2005). O papel do cuidador é central e complexo, provocando inquietações, exigências, desgaste, devendo estar preparado para as diversas exigências que a demência apresenta e para as alterações que poderão provocar no seu modo de vida.

Aqui, nesta área, o EEER também tem um grande contributo a oferecer, através da **capacitação do cuidador**, com vista a promoção da independência e autonomia da família do doente, ensinando-a, instruindo-a, treinando-a e aconselhando-a nos cuidados básicos exigíveis, mantendo-a informada sobre a doença, suas implicações, ensinando a forma como deve responder às necessidades e dificuldades do doente e ajudando-a na vivência desta fase de transição (Martins, Martins e Martins, 2017; Gonçalves, 2012).

Os ensinamentos aos cuidadores informais tornam-se assim fundamentais, o enfermeiro deve valorizar os esforços empreendidos pela família, focalizando-se naquilo que é positivo e fornecendo suporte através do encorajamento e do auxílio para o reequilíbrio familiar. A família desempenha um papel crucial no processo de reabilitação destes utentes, sendo que ela deve fazer parte integrante do próprio processo de reabilitação desde o início. O domicílio é local apropriado para a prestação de cuidados pois, este pode ser ajustado ao contexto real garantindo a independência, o bem-estar e a segurança do utente (Mayor e Reis, 2018).

Neste sentido o EEER tem de contribuir para a aquisição de conhecimentos e habilidades do cuidador familiar, capacitando-o para a prestação de cuidados, através da instrução e treino de competências básicas. A preparação do familiar para cuidar assume um papel fulcral para o EEER e a reflexão sobre o tipo de preparação ou abordagem que o cuidador precisa é tão importante como a preparação destes para substituir, assistir ou apoiar o seu familiar dependente na gestão das suas atividades de autocuidado. Tal como o indivíduo dependente que vive uma transição saúde/doença, também o respetivo cuidador informal necessita de dominar a prestação de cuidados necessários e, ao mesmo tempo, vivenciar a sua própria transição situacional (Meleis [et al.], 2000).

Essencial é não substituir a pessoa e incentivar a autonomia. Estabelecer rotinas e horários para as suas atividades do dia-a-dia, basicamente manter os mesmos hábitos que o utente tinha antes do diagnóstico de demência.

As ações da Enfermagem de Reabilitação são assim direcionadas para o cuidar da pessoa e sua família, tanto na fase aguda como na fase crónica de uma patologia, procurando favorecer a recuperação e adaptação às limitações impostas, sempre de acordo com as necessidades de cada pessoa/família. A Ordem dos Enfermeiros (2011) considera que a enfermagem de reabilitação é uma área de intervenção da enfermagem que detém como principais objetivos, prevenir, recuperar e habilitar de novo as pessoas vítimas de doença súbita ou descompensação de processo crónico, que provoquem défice funcional ao nível cognitivo, sensorial, motor, cardiorrespiratório, da alimentação e da sexualidade, promovendo a maximização das capacidades funcionais da pessoa e potenciando o seu rendimento e desenvolvimento pessoal.

O algoritmo de apoio à tomada de decisão para a abordagem terapêutica das alterações cognitivas, publicado pela Direção Geral de Saúde na norma nº 053/2011, veio sublinhar que os resultados da reabilitação não se prendem apenas com o conjunto de técnicas que são implementadas, mas pela continuidade, coordenação e inter-relação do trabalho que é desenvolvido por todos os elementos que compõem a equipa multidisciplinar, que atuam na resolução dos problemas e na obtenção de ganhos em qualidade de vida e bem-estar dos doentes e suas famílias.

Para Bottino [et al.] (2002), cit in Henriques e Ávila (2017, p597,

“entre as principais técnicas que envolvem trabalho multidisciplinar destacam-se a estimulação cognitiva (técnicas de orientação para a realidade e treino de competências) estimulação multissensorial (estimulação dos sentidos primários: visão, audição, olfato, gosto e da propriocepção) reabilitação motora, orientação para estruturação do ambiente, orientação nutricional, promover atividade física, orientação e suporte psicológico aos familiares e cuidadores.”

A OMS também reconhece a demência como uma prioridade de saúde pública, pelo que em 2017 elaborou um plano de ação global com respostas de saúde pública à demência para os anos 2017-2025, visando a melhoria da vida dos utentes e seus familiares/cuidadores, e diminuição do impacto desta problemática nas comunidades. Este plano contempla ações em distintas áreas, tendo como objetivo: tornar a demência uma prioridade de saúde pública; aumentar a conscientização, inclusão e amizade com a demência; reduzir o risco de demência; melhorar o diagnóstico, tratamento e cuidados; apoiar os cuidadores de pessoas com demência; melhorar os sistemas de informação de saúde para a demência; e promover a investigação e a inovação.

3.2.3. Programa de Enfermagem de Reabilitação

Tendo em conta o problema de investigação, foi construído um programa de enfermagem de reabilitação com o foco na reabilitação de idosos com demência moderada no domicílio, centrando-se na prestação de cuidados que possam manter ou mesmo melhorar a funcionalidade destes utentes, desde a capacidade para os autocuidados, a mobilidade, locomoção, força muscular e equilíbrio corporal.

O EEER possui um conjunto de capacidades e competências que lhe permite prestar cuidados a pessoas com situações, agudas ou crónicas, visando alcançar a melhor condição possível, mobilizando para o efeito fatores pessoais e contextuais, para o desenvolvimento de programas compreensivos que permitam a avaliação inicial, a intervenção e a monitorização dos resultados.

Assim neste ponto iremos apresentar o programa de Enfermagem de Reabilitação elaborado, que incorpora as intervenções de enfermagem mais consensuais e habitualmente utilizadas nos programas de enfermagem de reabilitação, com o objetivo

de criar métodos de reabilitação eficazes no acompanhamento dos utentes em estudo (idosos com demência).

A opção por uma matriz teórica para construir programas é uma estratégia necessária para organizar as intervenções, bem como avaliar e analisar resultados. Assim para a elaboração do programa de enfermagem de reabilitação à pessoa com demência moderada em contexto domiciliário, denominado de “**MoviMente**” (Figura 1. Programa de Reabilitação para a Pessoa com Demência Moderada em contexto domiciliário), foi realizada uma pesquisa bibliográfica sobre os modelos existente e sobre as recomendações gerais para a aplicação dos mesmos, inspirando-nos nos modelos e apreciações que mais se adequam à população idosa, no que diz respeito às componentes do mesmo, ao tipo de exercícios, à frequência, à duração e à intensidade.

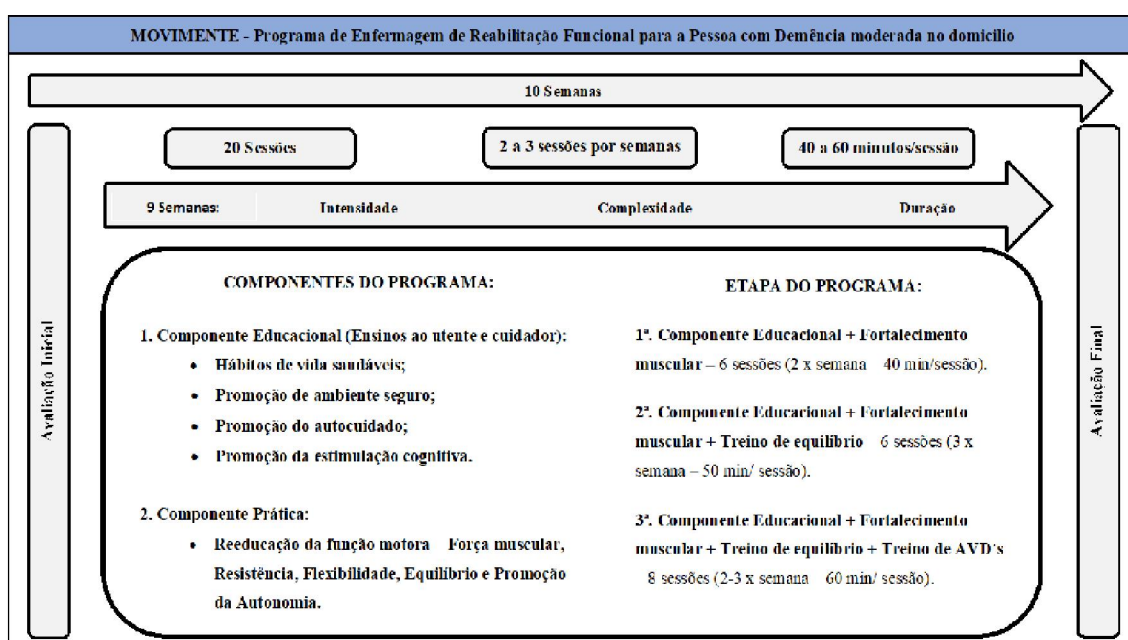


Figura 1. Programa de Reabilitação para a Pessoa com Demência Moderada em contexto domiciliário (Pereira, Sílvia; Soares, Saete; Pinto, José, 2022).

De acordo com a literatura e programas já implementados, tanto a duração do programa como o número de sessões, mostram-se eficazes e capazes de acarretar ganhos, como se pode constatar através de estudos realizados por diversos autores, tais como:

- **Cezar (2021)** – Estudo comparativo entre dois grupos de 20 elementos cada, com idade igual ou superior a 65 anos (ambos compostos por 11 utentes com demência leve e 8 moderada). O grupo de intervenção foi sujeito a um programa de exercício

físico progressivo em contexto domiciliário, denominado de AD-HOMEX, composto por três sessões semanais com a duração de 60 minutos, durante 16 semanas. O grupo de controlo não teve qualquer tipo de intervenção. O programa AD-HOMEX aumentou significativamente a força muscular e a funcionalidade, e diminuiu o risco de quedas.

- **Portela (2020)** – Estudo comparativo entre dois grupos (16 elementos cada), com idades compreendidas entre os 60 e os 93 anos, com quadros demenciais ligeiros, com o objetivo de avaliar os efeitos de um programa de estimulação cognitiva e física. O programa de intervenção – estimulação cognitiva e física - decorreu ao longo de 15 semanas, num conjunto de 150 sessões (75 sessões de estimulação de cada tipo), distribuídas por cinco sessões semanais, com uma duração de cerca de 45 minutos cada. Com este estudo pode-se concluir que um programa de intervenção deste tipo, promove efeitos estimulantes nos idosos, tornando-os mais ativos no seu dia-a-dia, com melhorias significativas no desempenho cognitivo. No grupo de controlo, constatou-se um agravamento significativo no desempenho funcional na realização das AVD's.
- **Yu [et al.] (2020)** - Estudo comparativo entre dois grupos na comunidade, em que o grupo de intervenção realizou um programa de prevenção de fragilidade multicompetente durante 12 semanas, com exercício físico, treino cognitivo e atividades de jogos de tabuleiro. As conclusões do estudo demonstram redução da fragilidade e melhoria das funções físicas (resistência muscular, equilíbrio, função executiva) e cognitivas (fluência verbal, atenção, memória).
- **Casas-Herrero [et al.] (2019)** – Estudo realizado nos ambulatórios de geriatria de três hospitais Espanhóis, com uma amostra de 240 utentes, com 75 anos ou mais. Consiste na aplicação de um programa de intervenção com exercícios variados e individualizados (VIVIFRAIL), para idosos frágeis com comprometimento cognitivo, com o objetivo de trabalhar a resistência, a marcha e o equilíbrio. Este programa mostrou ser mais eficaz na redução do comprometimento funcional e cognitivo do que os cuidados convencionais. Assim, o presente estudo pode concluir que programas de treino com exercícios individualizados e variados, podem ser uma estratégia para melhorar a marcha, o equilíbrio e a força, além de reduzirem o índice de quedas em idosos e, conseqüentemente, manterem a capacidade funcional durante o envelhecimento. A atividade física em idosos está associada a uma diminuição do

risco de mortalidade, de doenças crônicas comuns e de atraso no declínio funcional. Referem ainda que pesquisas recentes mostraram que, apesar das suas limitações, o exercício físico está associado a um risco reduzido de demência ou declínio cognitivo leve.

- **Maia [et al.] (2019)** – Revisão sistemática da literatura com a questão de partida “Quais os benefícios do exercício físico em pessoas com demência?”, onde foram incluídos sete estudos. Este estudo revela evidência dos efeitos benéficos do exercício físico sobre a cognição, agitação, depressão e capacidade motora em pessoas com demência.
- **Gouveia [et al.] (2016)** – Estudo comparativo entre dois grupos, um realizou um programa de reabilitação (com marcha, treino de equilíbrio, treino funcional, fortalecimento, flexibilidade) com sessões de 90 minutos, dois dias por semana durante de 12 semanas. O grupo de controlo apenas foi instruído a manter atividade física habitual durante as 12 semanas. As conclusões do estudo demonstram que o grupo de intervenção teve melhoria no equilíbrio e redução do risco de quedas, comparativamente ao grupo de controle que não se verificou alterações.
- **Lee e Kim (2016)** - Estudo comparativo entre dois grupos de 30 elementos cada, para avaliar os efeitos de um programa de atividade física na função cognitiva e nas AVD em idosos com demência leve. O grupo experimental participou em dois programas: um de estimulação da cognição – 30 minutos, 3 vezes por semana, durante 8 semanas; e um programa de atividade física - 30 minutos, 3 vezes por semana, durante 8 semanas. O grupo de controlo participou apenas no programa de estimulação cognitiva, semelhante ao do grupo experimental. Os resultados da comparação entre os grupos, antes e depois da intervenção, demonstraram que o programa de atividade física melhora a função cognitiva e as AVD em pacientes com demência leve.
- **Menezes [et al.] (2016)** - Estudo comparativo entre dois grupos, com o objetivo de avaliar a efetividade da intervenção fisioterapêutica cognitivo-motora, na cognição, mobilidade e independência funcional de idosos com comprometimento cognitivo e demência leve, residentes em instituição. O programa tinha a duração de 4 meses e uma frequência semanal única, com duração de 60 minutos por sessão. Era composto por exercícios de alongamentos, fortalecimento muscular, coordenação motora, equilíbrio e treino de marcha e estimulação cognitiva

(musicoterapia). Após a implementação do programa o grupo experimental apresentou melhorias significativas no equilíbrio e mobilidade. Relativamente à cognição e independência funcional no grupo experimental os resultados não foram significativos, contudo no grupo de controlo surgiu um declínio nestas capacidades, o que não se verificou no GE.

- **Holthoff [et al.] (2015)** - Estudo comparativo entre dois grupos (15 elementos cada), com o objetivo de investigar os efeitos da atividade física em pessoas com Doença de Alzheimer e os seus benefícios nas AVD em contexto domiciliário. O estudo consistiu na implementação de um programa de treino ao grupo experimental, numa intensidade de 30-60 minutos, 3 vezes por semana, durante 12 semanas. O grupo de controle apenas tinha uma visita mensal de um médico para aconselhamento e alteração de hábitos de sedentarismo e suas implicações. Os resultados demonstraram benefícios significativos na capacidade física e função cognitiva dos utentes, sugerindo que a atividade física na DA contribui para diminuir a sobrecarga do cuidador nas AVD.
- **Telenius [et al.] (2015)** - Estudo comparativo entre dois grupos (87 grupo experimental e 83 grupo controlo, residentes em lar), com o objetivo de investigar o efeito de um programa de exercícios funcionais no equilíbrio, na mobilidade, nas AVD e nos sintomas neuropsiquiátricos. Durante 12 semanas, com frequência de 2 vezes por semana e numa duração de 50-60 minutos por sessão, o grupo experimental foi sujeito a um programa de exercícios de fortalecimento muscular (com exercícios de fortalecimento da força muscular e treino de equilíbrio). Os resultados demonstram que o programa tem efeitos benéficos no equilíbrio, mobilidade, AVD, e redução da apatia e agitação.
- **Gennuso [et al.] (2013)** - Num estudo realizado, demonstrou que um programa de treino consistente durante 8 semanas pode efetivamente melhorar a capacidade funcional dos idosos.
- **Evangelista (2013)** - Estudo comparativo entre dois grupos (grupo experimental e grupo de controlo), com o objetivo estudar a influência da atividade física e da estimulação cognitiva, nas capacidades funcional e cognitiva do idoso com demência, bem como na sua qualidade de vida. O projeto teve a duração de quatro meses, periodicidade de duas vezes por semana (uma de atividade física e outra de estimulação cognitiva), com duração máxima de 60 minutos por sessão, e um total de 30 sessões. Do programa constava um conjunto de exercícios direcionadas

a trabalhar a mobilidade, a força muscular, e o treino de equilíbrio. Os resultados obtidos, no grupo de intervenção, evidenciaram melhorias a nível cognitivo, a nível funcional e na qualidade de vida. No grupo de controlo não se verificaram diferenças estatisticamente significativas em nenhum dos parâmetros avaliados. Concluiu assim que a implementação de programas de intervenção no âmbito da promoção da saúde física e mental do idoso com demência, são benéficos.

- **Clegg [et al.] (2012)** - Uma revisão sistemática de literatura, que estudou a efetividade de programas de exercícios em idosos com Fragilidade em ambiente domiciliário, inclui estudos com intervenções constituídas por exercícios simples (por exemplo exercícios de resistência, mobilização, equilíbrio simples ou atividades ocupacionais) e o seu impacto avaliado primariamente em termos de mobilidade, qualidade de vida relacionada com a saúde e atividades de vida diária e secundariamente em termos de equilíbrio, densidade óssea, quedas, e admissões hospitalares em instituições de cuidados prolongados. No final concluíram que este tipo de programas implementados no domicílio pode ser eficaz na melhoria da capacidade funcional em utente com fragilidade moderada, mas não severa.
- **Gonçalves (2012)** - Estudo comparativo entre dois grupos (grupo experimental e grupo de controlo), com o objetivo de analisar o impacto de um programa de enfermagem de reabilitação no domicílio (programa estruturado que incluiu 5 visitas domiciliárias), procurando reduzir o nível de dependência do idoso e a sobrecarga física, emocional e social do seu cuidador. No que diz respeito ao autocuidado, os resultados sugerem que o programa promoveu um ganho de independência nas atividades de alimentação, higiene corporal, uso da casa de banho, subir escadas e transferências cadeira/cama.
- **Garuffi [et al.] (2011)** – “Programa da Cinesioterapia Funcional e Cognitiva em Idosos com Doença de Alzheimer” (PRO-CDA) – Este é um programa desenvolvido no Brasil (Rio Claro) desde 2006, envolvendo profissionais de diversas áreas, e consiste em avaliar os efeitos da atividade física em doentes com demência (fases leve e moderada), na interferência nos sintomas progressivos da doença e na promoção da saúde. O PRO-CDA é realizado três vezes por semana, com 60 minutos por sessão. É um programa bastante completo, que tem evidenciado uma evolução positiva tanto na capacidade funcional, como nas funções cognitivas e qualidade de vida dos idosos.

- **Kemoun [et al.] (2010)** - Estudo comparativo entre dois grupos realizado em França, para avaliar o efeito de um programa de treino físico na função física e cognitiva em idosos com demência. O grupo experimental constituído por 16 utentes, realizou exercícios baseados em caminhadas, equilíbrio e resistência, durante 40 minutos, três vezes por semana, ao longo de quinze semanas. O grupo de controlo, não participou no programa de atividade física. Os resultados deste estudo evidenciaram que um programa de atividade física regular pode atrasar o declínio cognitivo e funcional de idosos que sofrem de demência.
- **Cunha (2007)** – Estudo comparativo entre dois grupos, concluiu que os idosos que participaram num programa de reeducação funcional apresentaram uma maior independência funcional que os do grupo que não beneficiou do programa.
- **Gill [et al.] (2002)** – Demonstraram que um programa de reeducação funcional motora domiciliária centrado nas dependências físicas pode melhorar a deterioração funcional em idosos considerados frágeis que vivem no seu domicílio, validando os contributos da reeducação funcional motora no idoso neste contexto.

No geral, estes estudos evidenciam os benefícios da reeducação funcional motora em idosos, através de programas devidamente estruturados, com incorporação de diversas componentes, desde o treino de força, equilíbrio, marcha, mobilidade, e realizados no mínimo 2 vezes por semana, com duração de 30-60 minutos por sessão e durante alguns meses.

Assim as 20 sessões práticas do programa, por nós construído (**MoviMente**), são distribuídas por 9 semanas, com uma periodicidade de 2 a 3 vezes por semana, organizadas em três etapas diferentes, progressivamente mais complexas, intensas e com maior duração, de acordo com o Apêndice IV- Etapas do Programa de Reabilitação da Pessoa com Demência Moderada em contexto domiciliário.

Em cada sessão o programa inicia-se com um **Aquecimento** que tem como objetivo acalmar, promover a orientação e concentração, e reduzir a tensão psíquica e muscular, e diminuição da sobrecarga muscular (Cordeiro e Menoita, 2012). Nesta fase realizou-se a promoção da consciencialização e controlo dos tempos respiratórios, de forma a melhorar e coordenar os músculos respiratórios, aumentar a capacidade do utente para controlar a

sua respiração, contribuir para o relaxamento da porção superior do tórax e da região escapulo-umeral e o relaxamento psíquico e físico globais que são fundamentais para uma ventilação eficaz, tal como preconizado por Cordeiro e Menoita, (2012). Parente [et al.] (2009), também partilha da mesma opinião, defendendo que para a realização de um programa de reabilitação funcional motora é essencial englobar exercícios de reeducação funcional respiratória. Foram ainda incluídos, exercícios de consciencialização da importância da respiração abdomino-diafragmática e a dissociação dos tempos respiratórios.

Segue-se a intervenção realizada através das sessões baseada fundamentalmente em duas componentes principais, uma **educacional**, de apoio e ensinamentos ao utente e cuidador, e uma componente **prática**, de exercícios de reeducação da função motora, de acordo com as recomendações da literatura.

A componente educacional deste programa tenciona dar centralidade à pessoa e aos seus cuidadores, baseando-se em intervenções de promoção da saúde, prevenção do risco e planeamento dos cuidados, através de ensinamentos sobre hábitos de vida saudáveis, promoção de ambiente adequado e seguro, estratégias de promoção do autocuidado e estimulação cognitiva.

Em alguns programas, os aspetos relacionados com a estimulação geral da cognição das pessoas com demência não são abordados, contudo, ensinar e instruir os cuidadores acerca de atividades e estratégias diárias de estimulação, como identificar espaços, ler, fazer perguntas, mostrar fotografias, entre outras, é um fator fundamental para o êxito das mesmas e para melhorar a qualidade de vida no domicílio da pessoa com demência.

A componente prática foca-se fundamentalmente na reeducação da função motora, através de uma variedade de técnicas que visam a melhoria da força muscular, resistência, flexibilidade, mobilidade, equilíbrio e a autonomia no autocuidado.

Assim este programa disponibiliza aos utentes, ao longo de 9 semanas, um conjunto de exercícios devidamente estruturados e selecionados, objetivando a melhoria da capacidade funcional do idoso com demência. De acordo com Lacroix [et al.] (2017), cit in Ribeiro (2021, p.489), “O exercício físico orientado, estruturado e acompanhado representa uma das melhores estratégias para preservar os níveis de funcionalidade e

independência das pessoas idosas.” Assim um programa de exercícios pode minimizar o declínio, impedindo assim os idosos de atravessar limiares funcionais de incapacidade (Cezar 2021; Portela 2020; Casas-Herrero [et al.] 2019; Lee e Kim 2016; Menezes [et al.] 2016; Holthoff [et al.] 2015; Gennuso [et al.] 2013; Evangelista 2013; Clegg [et al.] 2012; Garuffi [et al.] 2011; Kemoun [et al.] 2010; Cunha 2007; Gill [et al.] 2002).

Foram realizados diferentes tipos de exercício, privilegiando os exercícios de força isométrica e isotônica, através de diversos materiais ou mesmo através da sustentação do peso corporal. Por outro lado, os exercícios selecionados foram dirigidos aos principais grupos musculares, uma vez que são os mais afetados pela perda muscular relacionada com a idade e são os principais responsáveis pela manutenção da independência física. O declínio da força muscular com a idade envolve os membros superiores, os membros inferiores e os extensores lombares (Frontera [et al.] 2000).

Os exercícios selecionados para o programa basearam-se na simplicidade e funcionalidade, uma vez que tal como defende Peterson [et al.] (2010), os exercícios devem ter um cariz mais funcional, de forma a mimetizar os desafios que o idoso enfrenta no seu dia-a-dia. Assim a seleção dos grupos musculares a serem trabalhados deve ser direcionada aos grandes grupos musculares que são importantes nas atividades da vida diária.

Este programa de reabilitação funcional para pessoas dependentes com demência moderada, em contexto domiciliário, baseia-se num processo de parceria entre o Enfermeiro de Reabilitação, o utente e o seu cuidador. O EEER além de trabalhar diretamente a função motora, apoiava no desenvolvimento de competências de autocuidado, aconselhamento quanto à adaptação do ambiente e à organização das tarefas de autocuidado, contribuindo para a máxima independência funcional e a prevenção de quedas.

O programa termina com o relaxamento, com finalidade de alongar os grandes grupos musculares, controlar o padrão e ritmo respiratório e cardíaco, para readaptação ao repouso.

3.3. METODOLOGIA

A fase metodológica constitui uma das etapas do processo de investigação, em que se determinam os métodos e os procedimentos a utilizar de forma a dar resposta às questões enunciadas e atingir os objetivos propostos.

De acordo com Fortin (2009, p.131), “A fase metodológica tem por objetivo precisar a maneira como a questão de investigação será integrada num desenho, que indicará as atividades a realizar no decurso da investigação”.

Assim ao longo desta fase são apresentadas as opções metodológicas, definindo-se o tipo de estudo, as hipóteses, as variáveis, a população e amostra, o instrumento de colheita de dados, e procedimentos de recolha, tratamento e análise de dados. Serão ainda abordadas as considerações éticas e os procedimentos subjacentes ao desenvolvimento de todo o processo de investigação.

3.3.1. Tipo de Estudo

Este trabalho surgiu da necessidade de perceber se os programas de enfermagem de reabilitação contribuem para a maximização da independência funcional dos utentes com demência moderada, de modo a melhorar e complementar as respostas a estes utentes.

Tendo em conta a natureza da informação que se pretende obter, a opção metodológica incidu numa abordagem do tipo quantitativo, longitudinal, quase-experimental e de grupo único. Quantitativo porque tal como refere Fortin (2009), é um estudo objetivo, metódico e mensurável, que nos permite uma análise estatística dos dados obtidos. Longitudinal uma vez que apresenta uma avaliação em momentos distintos, antes e após a implementação do programa de Enfermagem de Reabilitação. Os estudos experimentais procuram verificar a existência de diferenças relevantes entre diferentes momentos, tal como acontece no presente estudo, pretendendo-se avaliar a existência de alterações na funcionalidade dos utentes antes e após a implementação de um programa de reabilitação motora à Pessoa com demência moderada. Assim os estudos experimentais pressupõem a manipulação de uma variável com o intuito de determinar a causa efeito de determinada intervenção, demonstrando assim uma relação de causalidade entre variável dependente

e independente. Nestes estudos não existe grupo de controle, o que difere dos experimentais puros, denominando-se assim de quase-experimental. De acordo com Fortin, (2009, p.274) “O desenho quase-experimental e o desenho experimental verdadeiro têm em comum comportarem a manipulação de uma variável, mas o primeiro difere do segundo pela ausência do grupo de controle ou da repartição aleatória”. Assim este estudo é de grupo único, uma vez que o grupo de sujeitos a avaliar, tanto antes como após a intervenção, é sempre o mesmo.

3.3.2. Hipóteses

De acordo com Fortin (2009, p. 102), a hipótese “é um enunciado formal de relações previstas entre duas ou mais variáveis”. Foram assim definidas as seguintes hipóteses:

- Hipótese 1 (H1) – O programa de enfermagem de reabilitação funcional melhora a capacidade para o autocuidado na Pessoa com demência moderada.
- Hipótese 2 (H2) - O programa de enfermagem de reabilitação funcional melhora a capacidade para a locomoção na Pessoa com demência moderada.
- Hipótese 3 (H3) - O programa de enfermagem de reabilitação funcional melhora a capacidade para a mobilidade na Pessoa com demência moderada.
- Hipótese 4 (H4) - O programa de enfermagem de reabilitação funcional melhora a força muscular do membro superior direito na Pessoa com demência moderada.
- Hipótese 5 (H5) - O programa de enfermagem de reabilitação funcional melhora a força muscular do membro superior esquerdo na Pessoa com demência moderada.
- Hipótese 6 (H6) - O programa de enfermagem de reabilitação funcional melhora a força muscular do membro inferior direito na Pessoa com demência moderada.
- Hipótese 7 (H7) - O programa de enfermagem de reabilitação funcional melhora a força muscular do membro inferior esquerdo na Pessoa com demência moderada.
- Hipótese 8 (H8) - O programa de enfermagem de reabilitação funcional melhora o equilíbrio estático na Pessoa com demência moderada.
- Hipótese 9 (H9) - O programa de enfermagem de reabilitação funcional melhora o equilíbrio dinâmico na Pessoa com demência moderada.

3.3.3. Variáveis

De acordo com Fortin (2009) as variáveis são conceitos que se referem as qualidades ou as características atribuídas ao objeto de uma investigação (desde pessoas ou acontecimentos), às quais é atribuído um valor numérico.

As variáveis independentes são as variáveis consideradas autónomas do trabalho de investigação, não dependendo da investigação, constituindo, no entanto, fatores determinantes que a vão influenciar, recorrendo o investigador à sua manipulação para observar os efeitos produzidos nas variáveis dependentes (Fortin, 2009). Assim a variável independente do respetivo estudo é o programa de Enfermagem de Reabilitação funcional motora.

A variável dependente é aquela que depende dos procedimentos da investigação, relacionando-se diretamente com as respostas procuradas. São dados que se obtêm e que variam à medida que o investigador modifica as condições de investigação (Fortin, 2009). Assim, neste estudo surgem as seguintes variáveis dependentes: autocuidados, mobilidade, locomoção, força muscular e equilíbrio.

As variáveis de atributo e clínicas são “características pré-existentes dos participantes num estudo, geralmente constituídas por dados demográficos tais como a Idade, o género, situação da família” (Fortin 2009, p. 172). Neste estudo, as variáveis de atributo que realçamos, são: idade (anos), nível escolaridade, e género.

3.3.4. População e Amostra

População é o conjunto de todos os sujeitos ou outros elementos de um grupo bem definido tendo em comum uma ou várias características semelhantes e sobre o qual assenta a investigação (Fortin, 2009).

A caracterização da população alvo é feita pelo investigador, que estabelece critérios de seleção para o estudo, precisa a amostra e determina o seu tamanho (Fortin, 2009).

Assim a população alvo definida para este estudo corresponde a utentes com diagnósticos de demência, residentes no seu domicílio, num determinado concelho do Alto Minho, a serem acompanhados no âmbito dos projetos desenvolvidos pela UCC da respetiva região (Idoso Frágil e Investigação Ação na Demência), sendo um total de 205 utentes.

Para Fortim (2009), a amostra é constituída por indivíduos facilmente acessíveis e que respondem a critérios de inclusão precisos, indivíduos que se encontram no local e no momento certo. O método usado para a seleção dos participantes foi por conveniência, sendo assim selecionados para este estudo os utentes com diagnóstico de demência e que obedecem ao critério de inclusão previamente estabelecido - **Diagnóstico de demência moderada**, correspondendo a um total de 18 pessoas, constituindo a amostra deste estudo.

3.3.5. Instrumento de Recolha de Dados

Tendo em conta os objetivos específicos da investigação e a intervenção que se pretende implementar, elaborou-se um instrumento de colheita de dados (Anexo I – Instrumento de colheita de dados) de forma a dar resposta ao tipo de conhecimento que pretendemos obter.

Este instrumento é constituído por duas partes, a primeira destina-se à recolha de dados sociodemográficos e informações clínicas relevantes, integrando 10 questões para caracterização dos participantes, desde o género, idade, escolaridade, contexto familiar, nível de suporte, diagnóstico e tempo decorrido desde o início do mesmo, antecedentes pessoais, benefício de intervenções anteriores de reabilitação, existência de alterações psicológicas e comportamentais, e as causas desencadeantes.

A segunda parte é composta por três medidas de avaliação funcional, da qual fazem parte a escala de avaliação da independência funcional (Medida da Independência Funcional – MIF), da força muscular (Medical Research Council), e do equilíbrio e mobilidade (POMA I versão portuguesa do índice de Tinetti). A combinação destes instrumentos visa a avaliação dos componentes críticos que contribuem para o desempenho de uma vida ativa e independente. Assim esta avaliação permite conhecer o estado físico e funcional,

identificar os reais défices e necessidades de intervenção, e avaliar os resultados da prestação de cuidados através da implementação do programa de Enfermagem de reabilitação funcional motora.

A escala da medida de independência funcional (Lains, 1990) permite obter dados sobre o desempenho da pessoa na realização de atividades dos autocuidados (alimentação, higiene Pessoal, banho; vestir metade superior e inferior do corpo, e uso do sanitário), do controle dos esfínteres, da mobilidade/ transferências (leito, cadeira, cadeira de rodas; sanita; banheira/ chuveiro), da locomoção (marcha/cadeira de rodas e escadas), da comunicação (compreensão e expressão) e da habilidade cognitivo social (interação social, resolução de problemas e memória). A sua pontuação obtém-se atribuindo pontos de acordo com o grau de dependência, sendo que: independência completa (7 pontos), independência modificada (6 pontos), necessidade de supervisão na realização da tarefa (5 pontos), utente realiza mais de 75% da tarefa com ajuda mínima (4 pontos), utente realiza mais de 50% da tarefa com ajuda moderada (3 pontos), realiza mais de 25% da tarefa com ajuda máxima (2 pontos), utente tem que ser substituído em toda a tarefa necessitando de ajuda total (1 ponto). Assim a pontuação varia de 18 a 126 pontos, em que quanto maior a pontuação melhor a independência funcional nas atividades de vida diária. Podem ainda ser identificados quatro graus de dependência: dependência completa (18 pontos); dependência modificada com assistência até 50% da tarefa (19 – 60 pontos); dependência modificada, com assistência até 25% da tarefa (61 – 103 pontos); independência completa (104 – 126 pontos).

A Medical Research Council (Serra, 2001) permite avaliar a força muscular, de acordo com o máximo esperado para o respetivo músculo, através da resistência à mobilização ativa, graduando-a entre 0 e 5, sendo que 0 corresponde menor grau de força e 5 à força máxima.

Avaliação do equilíbrio e mobilidade através da escala de equilíbrio de Tinetti na versão portuguesa POMA I (Performace Oriented Mobility Assessment) (Petiz, 2002) permite a recolha de dados sobre equilíbrio, tanto estático como dinâmico, e aspetos da marcha, como a velocidade, a distância do passo, a simetria, o girar. Esta escala divide-se em duas partes: a primeira parte caracteriza o equilíbrio propriamente dito, em manobras realizadas durante as atividades da vida diária (AVD), por meio de uma avaliação com três níveis

de respostas qualitativas, num total de nove itens. A segunda avalia diversos parâmetros da marcha (a velocidade, a distância do passo, a simetria, o equilíbrio em pé e o rodar), com dois níveis de resposta num total de sete parâmetros. Assim este teste permite identificar alterações significativas no equilíbrio e marcha, avaliando também o risco de queda, cuja pontuação varia de 0 a 28 pontos no máximo, sendo que scores abaixo de 19 pontos corresponde a alto risco de queda, 19-24 corresponde a risco moderado de queda.

Estas escalas permitem recolher dados para fazer um diagnóstico do grau de capacidade/incapacidade funcional, avaliando o desempenho da pessoa e a necessidade de cuidados exigidos para a realização de uma série de tarefas motoras e cognitivas de vida diária. Por outro lado, esta bateria de teste/escalas permite monitorizar a evolução da pessoa durante os programas de reabilitação, consentindo quantificar e evidenciar os resultados obtidos pela intervenção dos EEER, e a documentação dos cuidados especializados e a sua continuidade, dando suporte à melhoria contínua dos cuidados (possibilitando a implementação de ações preventivas, assistenciais e de reabilitação, baseadas na evidência).

A opção pelos referidos instrumentos de colheita de dados teve por base os objetivos da investigação, as recomendações da literatura, a sua aplicabilidade para a população em estudo, e a tradução para a língua Portuguesa.

3.3.6. Procedimento de Recolha, Tratamento e Análise de Dados

O programa tem início com uma avaliação da pessoa, através de uma visita domiciliária, onde se faz uma recolha de dados sociodemográficos e informações clínicas relevantes, e avaliação da funcionalidade do utente, desde a capacidade para os autocuidados, a mobilidade, locomoção, força muscular e equilíbrio corporal. De acordo com Tavares, Raposo e Marques (2003), a correta identificação do nível de dependência funcional para o idoso, proporciona prescrições de exercícios direcionados às suas reais necessidades, com menos riscos e com uma maior efetividade do programa. Esta avaliação é fundamental para orientar os cuidados e realizar ajustes no programa a implementar, procurando conhecer as rotinas anteriores, a sua execução atual e potenciais problemas. Na pessoa com demência, a capacidade funcional para a manutenção da independência

na execução das atividades de vida diária poderá ser mais importante que o diagnóstico de doença, pelo que nesta avaliação não nos focamos apenas na patologia em si, mas mais na condição física da pessoa idosa.

Este primeiro contato também permite conhecer o contexto familiar e suas dinâmicas e relações, avaliar as condições habitacionais e estabelecer uma relação com o utente/família. Tal como refere (Rodrigues, 2018, p.51) é no contexto domiciliário que se destacam “as intervenções de enfermagem preventivas, curativas, de promoção e reabilitação dos indivíduos no seu contexto familiar permitindo uma maior aproximação dos profissionais com a realidade de vida e da dinâmica das famílias”.

A uma boa relação com o utente/ família numa base de parceria de cuidados, envolvendo-os em todo o processo, convidando-os e motivando-os a participar na tomada de decisão é fundamental para a implementação e sucesso de um programa de reabilitação.

O programa de Enfermagem de Reabilitação tem a duração de 10 semanas, ao longo das quais se realiza uma avaliação inicial, seguida de 20 sessões práticas e no final nova avaliação do utente.

A recolha de dados foi efetuada na quarta semana de janeiro de 2022, procedendo-se de seguida à implementação do programa de enfermagem de reabilitação funcional motora, durante nove semanas. Na última semana de março, após a implementação do referido programa, realizou-se uma nova recolha de dados, de forma a avaliar a evolução dos participantes ao nível da sua funcionalidade.

Para proceder ao tratamento estatístico recorreu-se ao programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 28, apresentando-se a estatística descritiva mediante o valor de frequência e percentagem para a caracterização sociodemográfica. Na avaliação da funcionalidade antes e após o programa implementado apresenta-se a estatística descritiva através da frequência, percentagem, média e desvio padrão. Para a análise inferencial, utilizou-se o teste não paramétrico de Wilcoxon, permitindo este comparar as duas avaliações em momentos distintos para o mesmo grupo.

3.3.7. Considerações Éticas

Com a finalidade de realizar este estudo de investigação, foi requerida autorização institucional ao Conselho de Administração e Comissão de Ética da Instituição onde se realizou a investigação, obtendo-se o parecer favorável (parecer nº03/2022, 20/01/2022).

No cumprimento dos princípios éticos os utentes e cuidadores foram informados sobre a natureza e os objetivos da investigação, os riscos e benefícios da sua participação. Foi ainda, explicado que os dados serão tratados com confidencialidade e a escolha de participar é voluntária. Todos os utentes e cuidadores que aceitaram integrar o programa, através da assinatura do Termo de Consentimento Informado livre e esclarecido (Anexo II. Declaração de Consentimento Informado), tiveram o direito de interromper a sua participação em qualquer momento. Todos os dados pessoais retirados foram codificados, tendo em conta também o regulamento geral da proteção de dados.

No decurso do trabalho foi garantido o respeito pelos princípios éticos decorrentes do estudo, com preocupações pela dignidade e bem-estar dos participantes, e foram tomadas todas as precauções para proteger a privacidade de cada indivíduo e a confidencialidade dos seus dados.

Assim o plano de intervenção foi pautado pelos princípios éticos que fazem parte das diretrizes éticas de investigação na enfermagem, tais como: Beneficência, Avaliação da Maleficência, Fidelidade, Justiça, Veracidade e Confidencialidade. Também foram adotados os deveres deontológicos inerentes à profissão de enfermagem estabelecidos pelo estatuto da Ordem dos Enfermeiros.

3.4. APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo procedemos à apresentação, análise e discussão dos resultados descritivos da amostra e dos resultados da análise das hipóteses, procurando desta forma dar respostas aos objetivos delineados.

Assim inicialmente serão expostos os dados relativos à caracterização da amostra de acordo com as variáveis sociodemográficas, seguindo-se a análise decorrente da

estatística inferencial das hipóteses em estudo, procurando relacionar as mesmas com o enquadramento teórico de referência.

Caracterização Sociodemográfica

De acordo com os dados recolhidos no questionário sociodemográfico, a nossa amostra é constituída por 18 sujeitos (N=18), dos quais 11 são do género feminino e 7 do masculino, com idade igual ou superior a 75 anos. A grande maioria da amostra tem 80 ou mais anos (94,5%), sendo que 61,1% se encontra na faixa etária dos 80-84 anos (N=11).

Relativamente ao nível de escolaridade verificámos que 10 dos participantes apresenta o 1º Ciclo de nível de instrução (55,6%) e os restantes 8 não possuem escolaridade (44,4%). Todos os 18 participantes, relativamente ao contexto familiar, residem com os seus familiares, não se encontrando nenhum em situação de isolamento. No que diz respeito ao nível de suporte diferenciado, podemos verificar que 27,8% beneficia de apoio domiciliário, 16,7% tem apoio de um cuidador particular e um dos participantes tem apoio de centro de dia. Os restantes 9 utentes não beneficiam de qualquer apoio diferenciado, sendo única e exclusivamente cuidados por familiares conviventes.

Quando nos debruçamos sobre o tempo decorrido desde o início do diagnóstico de demência constatamos que: 2 pessoas (11,1%) tem o diagnóstico há 1 ano, 5 (27,8%) 2 anos, 3 (16,7%) 3 anos, 4 (22,2%) 4 anos, 3 (16,7%) 5 anos, e 1 utente (5,6%) 6 anos. No sentido de conhecer se os utentes eram portadores de comorbilidades, foram abordados os antecedentes pessoais, obtendo-se um variado numero de respostas diferenciadas, sendo que após análise das mesmas verifica-se que apenas 11,1% (N=2) não apresentavam antecedentes. Dos 16 elementos (88,9%) que apresentam antecedentes pessoais, destacam-se seis como sendo os mais comuns, sendo eles: Hipertensão arterial (N=10), Alcoolismo (N=4), Acidente vascular cerebral (N=3), Hipertrofia benigna da próstata (N=3), portadores de Prótese total da anca (N=3) e Prótese total do joelho (N=2). Quanto à presença de alterações psicológicas e comportamentais dos utentes da amostra, pode-se observar que 56,6% (N=10) dos familiares dos utentes não foram capazes de identificar qualquer tipo de alterações nos idosos. Os restantes 44,4% (N=8) identificaram maioritariamente os seguintes sintomas: esquecimentos (22,2%), agitação (16,8%) e agressividade (5,6%).

Dos 18 elementos da amostra apenas 4 beneficiaram anteriormente de intervenções de reabilitação, sendo que apenas 1 teve intervenção de Enfermagem de Reabilitação no âmbito da ECCI, os restantes 3 tiveram intervenção de fisioterapia.

Caraterização da Funcionalidade

No que diz respeito à funcionalidade dos elementos da amostra, desde a capacidade para o autocuidado, a mobilidade, locomoção, força muscular e equilíbrio, podemos observar diferenças significativas entre os dois momentos de avaliação.

No sentido de perceber se estas diferenças foram significativas, procedemos à comparação das médias entre os dois momentos de avaliação, e recorremos ao teste não paramétrico de *Wilcoxon* para a comparação de duas amostras emparelhadas.

No que diz respeito ao nível de **Independência Funcional**, avaliada através da MIF, podemos dizer que ocorreu uma melhoria significativa da independência funcional nas atividades de vida diária, com uma média de 54,1 na avaliação inicial e de 104,0 após a intervenção, e com desvio padrão de 21,0 e 66,9 respetivamente, como se pode ver no quadro seguinte (Quadro 1. Dados da avaliação da independência funcional).

	Variável	MIF Inicial		MIF Final	
		Freq.	%	Freq.	%
Autocuidados	Alimentação				
	Ajuda total (indivíduo \geq 0%)	1	5,6	1	5,6
	Ajuda máxima (indivíduo \geq 25%)	1	5,6	0	0
	Ajuda moderada (indivíduo \geq 50%)	2	11,1	0	0
	Ajuda mínima (indivíduo \geq 75%)	6	33,3	4	22,2
	Supervisão	1	5,6	5	27,8
	Independência modificada (Ajuda técnica)	1	5,6	1	5,6
	Independência completa (em segurança e tempo normal)	6	33,3	7	38,9
	Higiene Pessoal				
	Ajuda total (indivíduo \geq 0%)	3	16,7	2	11,1
	Ajuda máxima (indivíduo \geq 25%)	6	33,3	3	16,7
	Ajuda moderada (indivíduo \geq 50%)	2	11,1	5	27,8
	Ajuda mínima (indivíduo \geq 75%)	5	27,8	2	11,1
	Supervisão	2	11,1	6	33,3

	Independência modificada (Ajuda técnica)	0	0	0	0	
	Independência completa (em segurança e tempo normal)	0	0	0	0	
	Banho (Lavar o Corpo)					
	Ajuda total (indivíduo ≥ 0%)	3	16,7	2	11,1	
	Ajuda máxima (indivíduo ≥ 25%)	7	38,9	3	16,7	
	Ajuda moderada (indivíduo ≥ 50%)	4	22,2	6	33,3	
	Ajuda mínima (indivíduo ≥ 75%)	4	22,2	4	22,2	
	Supervisão	0	0	3	16,7	
	Independência modificada (Ajuda técnica)	0	0	0	0	
	Independência completa (em segurança e tempo normal)	0	0	0	0	
	Vestir Metade Superior					
	Ajuda total (indivíduo ≥ 0%)	3	16,7	2	11,1	
	Ajuda máxima (indivíduo ≥ 25%)	5	27,8	2	11,1	
	Ajuda moderada (indivíduo ≥ 50%)	3	16,7	3	16,7	
	Ajuda mínima (indivíduo ≥ 75%)	6	33,3	3	16,7	
	Supervisão	1	5,6	6	33,3	
	Independência modificada (Ajuda técnica)	0	0	0	0	
	Independência completa (em segurança e tempo normal)	0	0	2	11,1	
	Vestir Metade Inferior					
	Ajuda total (indivíduo ≥ 0%)	4	22,2	3	16,7	
	Ajuda máxima (indivíduo ≥ 25%)	6	33,3	4	22,2	
	Ajuda moderada (indivíduo ≥ 50%)	6	33,3	4	22,2	
	Ajuda mínima (indivíduo ≥ 75%)	2	11,1	3	16,7	
	Supervisão	0	0	4	22,2	
	Independência modificada (Ajuda técnica)	0	0	0	0	
	Independência completa (em segurança e tempo normal)	0	0	0	0	
	Utilização da Sanita					
	Ajuda total (indivíduo ≥ 0%)	3	16,7	2	11,1	
	Ajuda máxima (indivíduo ≥ 25%)	6	33,3	5	27,8	
	Ajuda moderada (indivíduo ≥ 50%)	2	11,1	1	5,6	
	Ajuda mínima (indivíduo ≥ 75%)	7	38,9	5	27,8	
	Supervisão	0	0	3	16,7	
	Independência modificada (Ajuda técnica)	0	0	0	0	
	Independência completa (em segurança e tempo normal)	0	0	2	11,1	
	Autocuidado Valor Total	M	DP	M	DP	p
		18	7,3	22,5	8,9	<,001
Controle de Esfínteres	Controlo Bexiga					
	Ajuda total (indivíduo ≥ 0%)	5	27,8	5	27,8	
	Ajuda máxima (indivíduo ≥ 25%)	0	0	0	0	
	Ajuda moderada (indivíduo ≥ 50%)	5	27,8	5	27,8	
	Ajuda mínima (indivíduo ≥ 75%)	4	22,2	2	11,1	
	Supervisão	1	5,6	3	16,7	
	Independência modificada (Ajuda técnica)	0	0	0	0	
	Independência completa (em segurança e tempo normal)	3	16,7	3	16,7	

	Controlo Intestinal					
	Ajuda total (indivíduo ≥ 0%)	5	27,8	5	27,8	
	Ajuda máxima (indivíduo ≥ 25%)	0	0	0	0	
	Ajuda moderada (indivíduo ≥ 50%)	1	5,6	1	5,6	
	Ajuda mínima (indivíduo ≥ 75%)	7	38,9	5	27,8	
	Supervisão	2	11,1	4	22,2	
	Independência modificada (Ajuda técnica)			0	0	
	Independência completa (em segurança e tempo normal)	3	16,7	3	16,7	
Mobilidade	Leito, cadeira, cadeira de rodas					
	Ajuda total (indivíduo ≥ 0%)	1	5,6	1	5,6	
	Ajuda máxima (indivíduo ≥ 25%)	2	11,1	0	0	
	Ajuda moderada (indivíduo ≥ 50%)	6	33,3	1	5,6	
	Ajuda mínima (indivíduo ≥ 75%)	4	22,2	6	33,3	
	Supervisão	5	27,8	6	33,3	
	Independência modificada (Ajuda técnica)	0	0	0	0	
	Independência completa (em segurança e tempo normal)	0	0	4	22,2	
	Sanita					
	Ajuda total (indivíduo ≥ 0%)	1	5,6	1	5,6	
	Ajuda máxima (indivíduo ≥ 25%)	3	16,7	0	0	
	Ajuda moderada (indivíduo ≥ 50%)	6	33,3	1	5,6	
	Ajuda mínima (indivíduo ≥ 75%)	5	27,8	7	38,9	
	Supervisão	3	16,7	6	33,3	
	Independência modificada (Ajuda técnica)	0	0	0	0	
	Independência completa (em segurança e tempo normal)	0	0	3	16,7	
	Banheira/ chuveiro					
	Ajuda total (indivíduo ≥ 0%)	2	11,1	1	5,6	
	Ajuda máxima (indivíduo ≥ 25%)	3	16,7	1	5,6	
Ajuda moderada (indivíduo ≥ 50%)	5	27,8	1	5,6		
Ajuda mínima (indivíduo ≥ 75%)	6	33,3	11	61,1		
Supervisão	2	11,1	4	22,2		
Independência modificada (Ajuda técnica)	0	0	0	0		
Independência completa (em segurança e tempo normal)	0	0	0	0		
	Mobilidade Valor Total	M	DP	M	DP	p
		10,1	3,4	13,3	3,9	<,001
Locomoção	Marcha/ Cadeira de Rodas					
	Ajuda total (indivíduo ≥ 0%)	1	5,6	1	5,6	
	Ajuda máxima (indivíduo ≥ 25%)	1	5,6	0	0	
	Ajuda moderada (indivíduo ≥ 50%)	5	27,8	0	0	
	Ajuda mínima (indivíduo ≥ 75%)	9	50	4	22,2	
	Supervisão	1	5,6	6	33,3	
	Independência modificada (Ajuda técnica)	0	0	1	5,6	
Independência completa (em segurança e tempo normal)	1	5,6	6	33,3		

	Escadas					
	Ajuda total (indivíduo ≥ 0%)	2	11,1	1	5,6	
	Ajuda máxima (indivíduo ≥ 25%)	5	27,8	3	16,7	
	Ajuda moderada (indivíduo ≥ 50%)	7	38,9	3	16,7	
	Ajuda mínima (indivíduo ≥ 75%)	2	11,1	3	16,7	
	Supervisão	1	5,6	4	22,2	
	Independência modificada (Ajuda técnica)	0	0	0	0	
	Independência completa (em segurança e tempo normal)	1	5,6	4	22,2	
		M	DP	M	DP	p
	Locomoção Valor Total	6,6	2,6	9,5	3,4	<,001
	Compreensão					
	Ajuda total (indivíduo ≥ 0%)	3	16,7	2	11,1	
	Ajuda máxima (indivíduo ≥ 25%)	4	22,2	3	16,7	
	Ajuda moderada (indivíduo ≥ 50%)	7	38,9	2	11,1	
	Ajuda mínima (indivíduo ≥ 75%)	3	16,7	9	50	
	Supervisão	1	5,6	2	11,1	
	Independência modificada (Ajuda técnica)	0	0	0	0	
	Independência completa (em segurança e tempo normal)	0	0	0	0	
	Expressão					
	Ajuda total (indivíduo ≥ 0%)	4	22,2	2	11,1	
	Ajuda máxima (indivíduo ≥ 25%)	3	16,7	2	11,1	
	Ajuda moderada (indivíduo ≥ 50%)	4	22,2	4	22,2	
	Ajuda mínima (indivíduo ≥ 75%)	6	33,3	8	44,4	
	Supervisão	1	5,6	2	11,1	
	Independência modificada (Ajuda técnica)	0	0	0	0	
	Independência completa (em segurança e tempo normal)	0	0	0	0	
	Interação Social					
	Ajuda total (indivíduo ≥ 0%)	7	38,9	3	16,7	
	Ajuda máxima (indivíduo ≥ 25%)	0	0	4	22,2	
	Ajuda moderada (indivíduo ≥ 50%)	5	27,8	2	11,1	
	Ajuda mínima (indivíduo ≥ 75%)	5	27,8	8	44,4	
	Supervisão	1	5,6	1	5,6	
	Independência modificada (Ajuda técnica)	0	0	0	0	
	Independência completa (em segurança e tempo normal)	0	0	0	0	
	Resolução de Problemas					
	Ajuda total (indivíduo ≥ 0%)	7	38,9	3	16,7	
	Ajuda máxima (indivíduo ≥ 25%)	5	27,8	7	38,9	
	Ajuda moderada (indivíduo ≥ 50%)	5	27,8	4	22,2	
	Ajuda mínima (indivíduo ≥ 75%)	0	0	3	16,7	
	Supervisão	1	5,6	1	5,6	
	Independência modificada (Ajuda técnica)	0	0	0	0	
	Independência completa (em segurança e tempo normal)	0	0	0	0	

Memória					
	Ajuda total (indivíduo ≥ 0%)	8	44,4	8	44,4
	Ajuda máxima (indivíduo ≥ 25%)	4	22,2	4	22,2
	Ajuda moderada (indivíduo ≥ 50%)	5	27,8	5	27,8
	Ajuda mínima (indivíduo ≥ 75%)	0	0	0	0
	Supervisão	1	5,6	1	5,6
	Independência modificada (Ajuda técnica)	0	0	0	0
	Independência completa (em segurança e tempo normal)	0	0	0	0

Quadro 1. Dados da avaliação da independência funcional.

Quando analisadas as diferenças nas diversas dimensões da escala de independência funcional, nomeadamente na capacidade para o autocuidado, locomoção e mobilidade podemos igualmente constatar uma evolução positiva na capacidade funcional destes utentes. Relativamente à dimensão do **autocuidado** observou-se que no primeiro momento os utentes apresentavam uma maior dependência relativamente ao segundo, com médias de 18 e 22,5 respetivamente, e desvio padrão de 7,3 e 8,9. Podemos afirmar que os resultados obtidos foram positivos e estatisticamente significativos ($p < ,001$), sendo confirmada a Hipótese 1 o que revela que o programa de reeducação funcional motora, implementado pelo enfermeiro de reabilitação, teve impacto na funcionalidade destes utentes, nomeadamente na melhoria da independência no autocuidado. Assim, segundo os resultados e de acordo com a literatura (Portela 2020; Yu [et al.] 2019; Maia [et al.] 2019; Lee e Kim 2016; Holthoff [et al.] 2015; Telenius [et al.] 2015; Clegg [et al.] 2012; Gonçalves 2012), os programas de reabilitação motora promovem a melhoria nos níveis de dependência na realização dos autocuidados. Assim, a maioria dos utentes melhorou o seu desempenho nas AVD's, revertendo-se num aumento da funcionalidade e por consequência, uma menor dependência na sua realização, corroborado por Gonçalves 2012, onde concluíram que houve evolução positiva entre o momento inicial e final de avaliação e na análise de cada subescala verificaram que houve uma maior evolução do Autocuidado, Locomoção e Comunicação.

Os resultados referentes à **locomoção** na avaliação inicial e na final, foram igualmente favoráveis, com médias de 6,6 e 9,5 respetivamente. Os resultados obtidos foram positivos e estatisticamente significativos ($p < ,001$), reforçando assim a importância e os benefícios dos programas de enfermagem de reabilitação, confirmando-se a Hipótese 2.

Relativamente à **mobilidade** os resultados também se mostraram positivos, com uma média de 10,1 valores na avaliação inicial e 13,3 na avaliação final. E neste campo podemos ainda verificar que o grande contributo para esta melhoria foi a evolução nos parâmetros “leito, cadeira, cadeira de rodas” e “sanita”, considerando que contribuiu o fato de os utentes passarem a realizar mais levantes e permanecerem menos tempo no leito, foi um grande contributo, bem como os cuidadores demonstrarem mais à-vontade na prestação dos cuidados. Também, nesta dimensão os resultados obtidos foram positivos e estatisticamente significativos ($p < ,001$), pelo que constatamos que o programa de enfermagem de reabilitação implementado teve impacto na melhoria da mobilidade e confirma a Hipótese 3.

Estes ganhos quer na mobilidade quer na locomoção estão em linha com os resultados obtidos nos estudos realizados por Casa-Herrero [et al.] 2019; Menezes [et al.] 2016; Telenius [et al.] 2015; Evangelista 2013.

A análise aos resultados da avaliação da **força muscular** revela que a intervenção contribuiu para o aumento da mesma, sendo que desde a avaliação inicial à final, esta aumentou em todos os segmentos avaliados, de acordo com o apresentado no quadro abaixo (Quadro 2. Dados da avaliação da força muscular).

Força Muscular		Avaliação Inicial		Avaliação Final		
		Freq.	%	Freq.	%	
Membro Superior Direito	5- Força normal, com movimento completo contra a gravidade e sob máxima resistência.			2	11,1	
	4 - Capacidade de movimento completo contra a gravidade e ainda contra resistência, se esta for ligeira a moderada.	7	38,9	12	66,7	
	3 - Movimento completo contra a gravidade, impossibilidade de o fazer se for adicionada resistência.	9	50	3	16,7	
	2 - Incapacidade de mover contra a gravidade, mas movimento completo se ela for eliminada.	2	11,1	1	5,6	
	1 - Esboço de movimento ou contração muscular, visível ou palpável. 0 - Paralisia.					
Força Muscular Membro Superior Direito - Valor Total		M 3,3	DP 0,7	M 3,8	DP 0,7	P 0,002
Membro Superior	5- Força normal, com movimento completo contra a gravidade e sob máxima resistência. 4 - Capacidade de movimento completo contra a gravidade e ainda contra resistência, se esta for ligeira a moderada.	7	38,9	12	66,7	

	3 - Movimento completo contra a gravidade, impossibilidade de o fazer se for adicionada resistência.	9	50	4	22,2	
	2 - Incapacidade de mover contra a gravidade, mas movimento completo se ela for eliminada.	2	11,1			
	1 - Esboço de movimento ou contração muscular, visível ou palpável.					
	0 - Paralisia.					
Força Muscular Membro Superior Esquerdo - Valor Total		M	DP	M	DP	p
		3,3	0,7	3,9	0,6	<,001
Membro Inferior Direito	5- Força normal, com movimento completo contra a gravidade e sob máxima resistência.					
	4 - Capacidade de movimento completo contra a gravidade e ainda contra resistência, se esta for ligeira a moderada.	7	38,9	12	66,7	
	3 - Movimento completo contra a gravidade, impossibilidade de o fazer se for adicionada resistência.	6	33,3	5	27,8	
	2 - Incapacidade de mover contra a gravidade, mas movimento completo se ela for eliminada.	4	22,2	1	5,6	
	1 - Esboço de movimento ou contração muscular, visível ou palpável.	1	5,6			
	0 - Paralisia.					
Força Muscular Membro Inferior Direito - Valor Total		M	DP	M	DP	p
		3,1	0,9	3,6	0,6	0,004
Membro Inferior Esquerdo	5- Força normal, com movimento completo contra a gravidade e sob máxima resistência.					
	4 - Capacidade de movimento completo contra a gravidade e ainda contra resistência, se esta for ligeira a moderada.	6	33,3	12	66,7	
	3 - Movimento completo contra a gravidade, impossibilidade de o fazer se for adicionada resistência.	7	38,9	6	33,3	
	2 - Incapacidade de mover contra a gravidade, mas movimento completo se ela for eliminada.	5	27,8			
	1 - Esboço de movimento ou contração muscular, visível ou palpável.					
	0 - Paralisia.					
Força Muscular Membro Inferior Esquerdo - Valor Total		M	DP	M	DP	p
		3,1	0,8	3,7	0,5	0,002

Quadro 2. Dados da avaliação da força muscular

No membro superior direito a média da força muscular na avaliação inicial foi de 3,3 e a final de 3,8, com desvio padrão de 0,7. No membro superior esquerdo a média da força muscular na avaliação inicial foi de 3,3 e a final de 3,9, com desvio padrão de 0,7 e 0,6 respetivamente. No que diz respeito aos membros inferiores, o membro direito a média da força muscular na avaliação inicial foi de 3,1 e a final de 3,6. O membro inferior esquerdo também teve uma evolução favorável, com uma média inicial de 3,1 e final 3,7. Face aos valores apresentados podemos constatar que os resultados foram positivos e

estatisticamente significativos, com valores de $p < ,005$, revelando aumento da força muscular, quer nos membros superiores quer nos inferiores.

Estes resultados confirmam as Hipóteses 4, 5, 6 e 7, sendo corroborados por alguns estudos, como os de Cezar (2021); Yu, et al. (2019); Casas-Herrero [et al.] 2019.

Relativamente ao **equilíbrio** geral podemos verificar que os utentes na avaliação inicial apresentavam valores de 10,9 média e 8,6 desvio padrão, tendo no segundo momento de avaliação aumentado para 19,1 média e 8,4 desvio padrão, conforme dados apresentados no quadro que se segue (Quadro 3. Dados da avaliação do equilíbrio).

	Variável	Avaliação Inicial		Avaliação Final	
		Freq.	%	Freq.	%
Equilíbrio Estático Cadeira	Equilíbrio sentado				
	Inclina-se, ou desliza na cadeira.	3	16,7		
	Inclina-se ligeiramente ou aumenta a distância das nádegas ao encosto da cadeira.	9	50	3	16,7
	Estável, seguro.	6	33,3	15	83,3
	Levantar-se				
	Incapaz sem ajuda ou perde o equilíbrio.	7	38,9	2	11,1
	Capaz, mas utiliza os braços para ajudar ou faz excessiva flexão do tronco ou não consegue à 1ª.	10	55,6	8	44,4
	Capaz na 1ª tentativa sem usar os braços.	1	5,6	8	44,4
	Equilíbrio imediato (primeiros 5 segundos)				
	Instável (cambaleante, move os pés, marcadas oscilações do tronco, tenta agarrar objetos para apoiar-se).	9	50	2	11,1
	Estável, mas utiliza auxiliar de marcha para suportar-se.	6	33,3	9	50
	Estável, sem qualquer tipo de ajuda.	3	16,7	7	38,9
	Equilíbrio de pé com os pés paralelos				
	Instável.	2	11,1	1	5,6
	Estável, mas alargando a base de sustentação (calcanhares afastados maior 10 cm) ou recorrendo a auxiliar de marcha para apoio.	11	61,1	6	33,3
	Pés próximos e sem ajuda.	5	27,8	11	61,1
	Pequenos desequilíbrios na mesma posição				
	Começa a cair.	9	50	3	16,7
	Vacilante, agarra-se, mas estabiliza.	8	44,4	9	50
	Estável.	1	5,6	6	33,3
	Fechar os olhos na mesma posição				
	Instável.	11	61,1	4	22,2
	Estável.	7	38,9	14	77,8

	Volta de 360°				
	Instável (agarra-se, vacila).	11	61,1	7	38,9
	Estável, mas dá passos descontínuos.	7	38,9	6	33,3
	Estável e passos contínuos.			5	27,8
	Apoio unipodal (aguenta pelo menos 5 segundos de forma estável)				
	Não consegue ou tenta segurar-se a qualquer objeto.	15	83,3	11	61,1
	Aguenta 5 segundos de forma estável.	3	16,7	7	38,9
	Sentar-se				
	Pouco seguro ou cai na cadeira ou calcula mal a distância.	6	33,3	4	22,2
	Usa os braços ou o movimento não harmonioso.	12	66,7	7	38,9
	Seguro, movimento harmonioso.			7	38,9
	Equilíbrio Estático - Valor Total	M	DP	M	DP
		5,8	4,3	10,4	4,8
					p
					<,001
Equilíbrio Dinâmico – Marcha	Início da marcha (imediatamente após o sinal de partida)				
	Hesitação ou múltiplas tentativas para iniciar.	10	55,6	3	16,7
	Sem hesitação.	8	44,4	15	83,3
	Largura do passo (pé direito)				
	Não ultrapassa à frente do pé de apoio.	10	55,6	7	38,9
	Ultrapassa o pé esquerdo em apoio.	8	44,4	11	61,1
	Altura do passo (pé direito)				
	O pé direito não perde completamente o contato com o solo.	8	44,4	1	5,6
	O pé direito eleva-se completamente do solo.	10	55,6	17	94,4
	Largura do passo (pé esquerdo)				
	Não ultrapassa à frente do pé de apoio.	10	55,6	7	38,9
	Ultrapassa o pé direito em apoio.	8	44,4	11	61,1
	Altura do passo (pé esquerdo)				
	O pé esquerdo não perde completamente o contato com o solo.	8	44,4	1	5,6
	O pé esquerdo eleva-se completamente do solo.	10	55,6	11	61,1
	Simetria do passo				
	Comprimento do passo aparentemente assimétrico.	10	55,6	7	38,9
	Comprimento do passo aparentemente simétrico.	8	44,4	11	61,1
	Continuidade do passo				
	Pára ou dá passos descontínuos.	11	61,1	6	33,3
	Passos contínuos.	7	38,9	12	66,7
	Percurso de 3m				
Desvia-se da linha marcada.	11	61,1	3	16,7	
Desvia-se ligeiramente ou utiliza auxiliar de marcha.	7	38,9	8	44,4	
Sem desvios e sem ajudas.			7	38,9	
Estabilidade do Tronco					
Nítida oscilação ou utiliza auxiliar de marcha.	4	22,2	1	5,6	

Sem oscilação, mas com flexão dos joelhos ou coluna ou afasta os braços do tronco enquanto caminha.	11	61,1	8	44,4	
Sem oscilação, sem flexão, não utiliza os braços, nem auxiliares de marcha.	3	16,7	9	50	
Base de sustentação durante a marcha					
Calcânhares muito afastados.	10	55,6	4	22,2	
Calcânhares próximos, quase se tocam.	8	44,4	14	77,8	
Equilíbrio Dinâmico/ Marcha - Valor Total	M	DP	M	DP	p
	5,1	4,5	8,7	3,8	<,001
Equilíbrio - Valor Total	M	DP	M	DP	p
	10,9	8,6	19,1	8,4	<,001

Quadro 3. Dados da avaliação do equilíbrio corporal.

Estes resultados demonstram a evolução positiva a nível do equilíbrio, com resultados estatisticamente significativos ($p < ,001$). Realçamos a evolução positiva a nível do equilíbrio estático em que inicialmente os utentes apresentavam uma média de 5,8 valores e após a implementação do programa de Enfermagem de Reabilitação a média subiu para 10,4. Sendo esta evolução estatisticamente significativa ($p < ,001$), o que confirma a relevância dos resultados obtidos, confirmando a Hipótese 8. O equilíbrio dinâmico também beneficiou desta intervenção, com melhoria da media de 5,1 para 8,7 valores. Mais uma vez estes resultados foram confirmados e validados ($p < ,001$), podemos assim afirmar que o programa de enfermagem de reabilitação melhorou o equilíbrio dinâmico dos utentes, confirmando a Hipótese 9. Estes resultados são corroborados por Yu [et al.] (2019); Casa-Herrero [et al.] 2019; Gouveia [et al.] (2016); Menezes [et al.] (2016); Telenius [et al.] (2015).

Assim, de um modo geral, e de acordo com os resultados obtidos e pela eficácia na realização das técnicas de reabilitação, podemos afirmar que os utentes com défice funcional em contexto comunitário melhoraram a sua capacidade motora, a funcionalidade e tornaram-se mais independentes no seu AC, ficando menos dependentes na realização das suas AVD's. Estes resultados vão de encontro aos resultados apresentados por diversos estudos, em que defendem que os programas de reabilitação funcional motora melhoram a funcionalidade da pessoa idosa (Portela (2020); Yu [et al.] (2020); Casas-Herrero [et al.] (2019); Maia [et al.] (2019); Holthoff [et al.] (2015); Telenius [et al.] (2015); Gennuso [et al.] (2013); Evangelista (2013); Garuffi [et al.] (2011); Kemoun [et al.] (2010); Cunha, et al (2007) e Gill, et al (2002)).

A Enfermagem de Reabilitação é considerada pela Ordem dos Enfermeiros (2018b) como uma área de intervenção da Enfermagem, de excelência e de referência, pois previne, recupera e ambiciona habilitar de novo os utentes, vítimas de doença súbita ou descompensação da doença crónica, que provoquem défice funcional, promovendo a maximização das capacidades funcionais das pessoas, sendo os seus objetivos, melhorar a função e promover a independência funcional da pessoa, permitindo-lhe viver com mais qualidade. Isto torna-se evidente após a observação e análise dos resultados da implementação de um programa de Enfermagem de Reabilitação, revendo-se em ganhos em saúde.

É reconhecida internacionalmente a necessidade de cuidados de saúde apropriados e políticas que defendam o doente com demência, pelo que cada vez mais se considera esta patologia como uma prioridade e um desafio global. Tem-se verificado um aumento dos planos e estratégias que visam consciencializar os profissionais de saúde para a necessidade de cuidados com os pacientes idosos com esta perturbação do foro psiquiátrico, mas que ainda estão a ser executados ou não estão a ser colocados em prática (OMS 2017).

3.5. CONCLUSÕES, LIMITAÇÕES E SUGESTÕES

Com o intuito de dar resposta ao nosso propósito, conhecer os contributos da Enfermagem de Reabilitação na manutenção da funcionalidade dos utentes com demência moderada, verificamos que, no primeiro momento de avaliação os utentes da nossa amostra apresentaram um grau de dependência e incapacidade significativos.

Podemos assim verificar que a amostra em estudo, relativamente a características apresentadas, como os problemas de saúde, a idade avançada, a dependência de terceiros, a patologia degenerativa, apresenta grandes preditores de dependência nas AVD's.

Também, podemos concluir que a implementação de um programa estruturado de Enfermagem de Reabilitação produz mudanças relevantes, com ganhos sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação, traduzido pelos resultados deste estudo, que foram estatisticamente significativos, podendo assim afirmar que:

- O programa de enfermagem de reabilitação funcional melhora a capacidade para o autocuidado na Pessoa com demência moderada.
- O programa de enfermagem de reabilitação funcional melhora a capacidade para a locomoção na Pessoa com demência moderada.
- O programa de enfermagem de reabilitação funcional melhora a capacidade para a mobilidade na Pessoa com demência moderada.
- O programa de enfermagem de reabilitação funcional melhora a força muscular do membro superior direito na Pessoa com demência moderada.
- O programa de enfermagem de reabilitação funcional melhora a força muscular do membro superior esquerdo na Pessoa com demência moderada.
- O programa de enfermagem de reabilitação funcional melhora a força muscular do membro inferior direito na Pessoa com demência moderada.
- O programa de enfermagem de reabilitação funcional melhora a força muscular do membro inferior esquerdo na Pessoa com demência moderada.
- O programa de enfermagem de reabilitação funcional melhora o equilíbrio estático na Pessoa com demência moderada.
- O programa de enfermagem de reabilitação funcional melhora o equilíbrio dinâmico na Pessoa com demência moderada.

Deste modo, reafirmamos a importância dos programas de reabilitação funcional motora para a promoção da máxima independência funcional em utentes com demência, particularmente em contexto domiciliário.

Sendo a demência uma doença que aumenta a sua incidência com o avançar da idade e sendo a ER um profissional fundamental para o cuidar destes utentes, é de referir que ainda existe um grande caminho a percorrer para um efetivo acompanhamento destes utentes e seus cuidadores. Efetivamente, as cargas crescentes de doenças degenerativas, como as demências, exigem que as políticas de saúde defendam os Cuidados de Enfermagem de Reabilitação como cuidados prioritários para a defesa de um cuidado humano e multidimensional, pois esta área do saber reveste-se de particular pertinência pelo seu corpo de conhecimento e competências.

No entanto, importa realçar que a demência representa um problema complexo e, por isso, exige intervenções complexas que não colhe respostas apenas num campo disciplinar. Um olhar atento, conjugando distintas perspetivas, é capaz de realizar um diagnóstico mais amplo e, ao mesmo tempo, oferece respostas compreensíveis e coordenadas.

Assim a intervenção na demência deve basear-se num processo de intervenção multiprofissional, com intervenções que atrasem as perdas, potenciem ganhos e capacitem para a adaptação, elevando assim as potencialidades da pessoa para que esta viva o mais ativo e autónomo possível.

O Enfermeiro de Reabilitação, inserido numa equipa multidisciplinar, colabora ativamente com os restantes profissionais, com outros setores da saúde e com a comunidade, construindo, executando e compartilhando o processo de enfermagem orientado para as necessidades da pessoa, com o objetivo de alcançar níveis de excelência no processo de reabilitação implementado.

A realização deste trabalho deixa a confiança de ter contribuído, ainda que em pequena escala, para o conhecimento dos cuidados prestados pelos enfermeiros de reabilitação ao doente com demência o que fomentará a melhoria dos cuidados prestados partindo de uma sensibilização e consciencialização das necessidades. O doente com demência merece o melhor dos cuidados, não apenas físico nem apenas mental, merece ser cuidado como um todo que se conjugue de forma harmoniosa e ofereça cuidados de excelência.

Podemos assim afirmar a pertinência deste estudo, confirmado quer pelos dados teóricos quer pelos empíricos, evidenciando o papel da Enfermagem de Reabilitação na promoção de cuidados adequados e de proximidade que por sua vez permitem minimizar custos, evitar/ reduzir dependências, humanizar os cuidados, ajustando-se às necessidades destes utentes e suas famílias. Neste sentido EEER através das suas competências e padrões de qualidade que sustentam a sua prática, pode contribuir para a prestação de cuidados de qualidade e promoção de melhoria contínua de cuidados.

Como é próprio da grande maioria das investigações, o presente estudo comporta algumas limitações e reservas nas conclusões a tirar, pelo que a avaliação dos resultados deverá tê-las em conta. Assim a carência de estudos nesta população específica, as demências,

tornou-se numa limitação, sobretudo, quando procurámos estabelecer a comparação de dados. Também, constitui uma limitação o tamanho da amostra, bem como, a não existência de um grupo de controlo, pelo que consideramos importante a realização de estudos deste tipo em amostras mais alargadas e em diferentes regiões do país.

CONCLUSÃO

O Estágio de Natureza Profissional permitiu desenvolver e aprofundar conhecimentos e competências profissionais, através de atividades baseadas em intervenções diretas ao utente e cuidador, como também atividades de cariz formativo e investigação, os quais me propus aprofundar ao longo do processo formativo. Para tal procurei desenvolver um projeto formativo que fomentasse esse desenvolvimento e enriquecimento, e que respondesse de alguma forma aos problemas da comunidade local, de acordo com um prévio diagnóstico de situação. Este processo formativo foi dedicado fundamentalmente aos problemas decorrentes do envelhecimento, desde perdas funcionais a doenças crónicas como a demência e a DPOC, sensíveis aos cuidados do EEER. Assim as competências especiais foram aprimoradas pela prática clínica em contexto comunitário, dirigida ao utente e cuidador em ECCI e a utentes com DPOC, através de cuidados de reabilitação funcional motora, reabilitação respiratória, treino de AVD's, capacitação de utentes e cuidadores, gestão e adaptação de espaços e ajudas técnicas. No que diz respeito às competências comuns, o seu desenvolvimento foi fomentado pelas atividades de formação e investigação.

Assim os objetivos traçados para o percurso formativo foram seguramente atingidos, tendo contribuído para o desenvolvimento de competências comuns e específicas no âmbito da Enfermagem de Reabilitação na Comunidade.

O envelhecimento da população é um fenómeno mundial e uma realidade incontestável, estando associada a presença de doenças crónicas e vulnerabilidade da pessoa idosa, levando a situações de dependência funcional. O apoio e acompanhamento destas pessoas torna-se imperativo para que a trajetória de vida seja no sentido do envelhecimento ativo e saudável ou pelo menos com auxílio e readaptação às dificuldades. Neste contexto os EEER pelas suas competências profissionais, ocupam e desempenham um papel fulcral na prestação de cuidados diferenciados e ajustados às reais necessidades das comunidades atuais, ajudando os utentes a maximizar o seu potencial funcional e independência. A comunidade é, neste âmbito, um local privilegiado de atuação pelas características de aproximação às reais necessidades da pessoa e cuidadores, numa perspetiva de reabilitação e reintegração, tendo o EEER um papel de facilitador de todo o processo. Assim esta nova reestruturação dos cuidados veio evidenciar a importância dos cuidados da Enfermagem de Reabilitação, cuidados estes baseados nos modelos teóricos (quer do autocuidado quer das transições), na mais atual evidência científica, e numa linguagem individualizada, sempre na busca pela excelência do cuidar e no emancipar da enfermagem como ciência.

O EEER, confrontado com as incapacidades da pessoa idosa, com demência, tem o dever e a capacidade de desenvolver intervenções que capacitem a pessoa e seus cuidadores a atingir o maior grau de autonomia e independência na execução das atividades do dia-a-dia, adequadas à sua nova condição, seja esta motora ou cognitiva. Efetivamente, as cargas crescentes de doenças degenerativas, como as demências, exigem que as políticas de saúde defendam os Cuidados de Reabilitação como cuidados prioritários para a defesa de um cuidado humano e multidimensional, na potencialização da capacidade funcional. Este foi o grande objetivo da componente de investigação deste ENP, em que todas as hipóteses de investigação foram confirmadas, podendo assim afirmar que um programa de enfermagem de reabilitação motora contribui para a melhoria da funcionalidade da pessoa com demência moderada no seu contexto de vida, o domicílio.

A realização deste Estágio de Natureza Profissional com integração de uma componente de investigação, tornou-se numa excelente oportunidade para desenvolver e aplicar conhecimentos em investigação em enfermagem de reabilitação e aproximar os contextos clínicos da prática académica. Por outro lado, permitiu ainda aplicar e desenvolver todos os conhecimentos teórico-práticos adquiridos ao longo do ciclo de formação, de forma a cimentar todos esses saberes numa área de especial interesse, quer pessoal quer profissional. Permitiu ainda clarificar o papel do EEER no ceio de uma equipa multidisciplinar, evidenciando o seu papel como elemento dinamizador e essencial a essa mesma equipa.

Termino esta experiência com a convicção do valor dos cuidados da Enfermagem de Reabilitação, consciente de que o saber é infinito, mas também com a certeza de que aquilo que foi feito contribuiu para a melhoria da qualidade de vida dos utentes e suas famílias. Assim o mar ficou mais cheio – **“pequenas gotas fazem o oceano”**.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AAGAARD, Per [et al.] - Role of the nervous system in sarcopenia and muscle atrophy with aging: strength training as a countermeasure. **Scandinavian Journal of Medicine Sports**. ISSN 0905-7188. Vol. 20, N.º 1, (2010). p. 49-64.

ADMINISTRAÇÃO CENTRAL DO SISTEMA DE SAÚDE (ACSS) – **Monitorização da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI)**. [Em linha]. (2019). [consultado 15 Jan. 2022]. Disponível na <https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/07/Relatorio-de-Monitorizacao-da-RNCCI-sem19-vfinal-3.pdf>

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION – **Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-V)**. Climepsi Editores, 5.ª ed., 2014. ISBN 978-972-7963-47-8.

ARNOLD, Cathy [et al.] 2010, The reability and validity of handheld dynamometry for the measurement of lowerextremity muscle strength in older adults, **Journal of Strength Condition Research**. Vol. 24, N.º 3, (2010). p. 815-824.

CAMARA MUNICIPAL DE PONTE DA BARCA - **Programa de Rede Social de Ponte da Barca: Diagnóstico Social**. [Em linha]. (2013). [Consultado 15 Out. 2021]. Disponível na https://www.cmpb.pt/pdf/accaosocial/cmpb_redesocial_2013.pdf

CASAS-HERRERO, Alvaro [et al.] - Effect of a multicomponent exercise programme (VIVIFRAIL) on functional capacity in frail community elders with cognitive decline: study protocol for a randomized multicentre control trial. **Trials**. Vol. 20, Art. N.º 362 (2019).

CEZAR, Natália - **Efeito do Programa de exercícios físicos em contexto domiciliar em idosos com doença de Alzheimer (AD-HOMEX) na força muscular, na mobilidade funcional e na funcionalidade: um ensaio clínico controlado e randomizado**. Brasil: Universidade Federal de São Carlos - Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2021. Tese de Doutoramento.

CLEGG, Andrew [et al.] – Do home-based exercise interventions improve outcomes for frail older people? Findings from a systematic review. **Rev Clin Gerontol**. Vol. 22, N.º 1 (2012), p.68-78.

COELHO, Carla; BARROS, Helena; e SOUSA, Luís – Reeducação da Função Sensoriomotora. In MARQUES-VIEIRA, Cristina e SOUSA, Luís – **Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa ao longo da vida**. Loures: Lusodidata, 2017. ISBN 978-989-8075-73-4. p.15-21.

CORDEIRO, Maria e MENOITA, Elsa - **Manual de Boas Práticas na Reabilitação Respiratória: Conceitos, princípios e técnicas**. Lusociência, 2012. ISBN 9789728930868.

COSTA, Rui – **Guia prático de gestão da DPOC: nos cuidados de saúde primários**. Espanha - Madrid: Springer Healthcare Ibérica, S.L. 2021. ISBN 978-84-09-33955-6.

CUNHA, C. - **A importância da Enfermagem de Reabilitação no cuidar de idosos**. Instituto Politécnico de Viseu – Escola Superior de Saúde de Viseu, 2007. Trabalho de Investigação do 1º Curso de Pós-Licenciatura em Enfermagem de Reabilitação.

DECRETO-LEI n.º 101/2006. DR I Série. 109 (2006/06/06) 3856-3865.

DECRETO-LEI n.º 28/2008. DR I Série. 38 (2008/02/22) 1182-1189.

DESPACHO n.º 5988/2018. DR II Série. 116. (19/06/2018) 17094 – 17101.

EVANGELISTA, Diana - **Promoção da Saúde em Idosos: Projeto de Intervenção na Demência**. Coimbra: Escola Superior de Tecnologia da Saúde. 2013. Tese de Mestrado.

FARIA, Ana [et al.] – Programa de envelhecimento ativo e saudável em contexto comunitário. In RIBEIRO, Olga – **Enfermagem de Reabilitação: Conceções e Práticas**. Lisboa: Lidel, 2021. ISBN 978-989-752-723-4. p.489.

FERRER, Bernat-Carles; COLLADO, Maria; e ÀVILA, Pilar - Reeducação psicomotriz en personas con enfermedad de Alzheimer. **Revista Médica Chile**. Santiago-Chile. ISSN 0034-9887. Vol. 141, N.º 1 (2013), p. 735–742.

FORTIN, Marie-Fabienne - **O processo de investigação: da concepção à realização**. Loures: Lusodidacta, 5ª ed., 2009. ISBN 978-972-8383-10-7.

FRICKE, Joerg - **Activities of Daily Living**. Center for International Rehabilitation. Research Information and Exchange, 2010.

FRONTERA, Walter [et al.] - Aging of skeletal muscle: a 12-yr longitudinal study. **Journal of Applied Physiology**. ISSN 8750-7587. Vol. 88, N.º 4 (2000). p. 1321-1326.

GARCIA, Sérgio [et al.] - **Impacto de um treino propriocetivo na capacidade funcional dos idosos**. Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação. Porto. ISSN 2184-3023. Vol. 2, N.º 1, (2019). p. 102-107.

GARRETT, Carolina - Impacto sócio-económico da doença de Alzheimer. In CALDAS, Alexandre e MENDONÇA, Alexandre - **A doença de Alzheimer e outras demências em Portugal**. Lisboa: Lidel, 2005. ISBN 978-972-757-359-2. p. 227-236.

GARUFFI, Marcelo [et al.] - Atividade física para promoção da saúde de idosos com doença de Alzheimer e seus cuidadores. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**. ISSN 2317-1634. Vol. 16, N.º 1 (2011). p. 80-83.

GENNUSO, Keith [et al.] – Resistance training congruente with minimal guidelines improves functions in older adults: a pilot study. **J Phys Act Health**. ISSN 2307-4076. Vol. 10, N.º 6, (2013), p. 769–776.

GILL, Thomas [et al.] - A program to prevent functional decline in physically frail, elderly persons who live at home. **The New England Journal of Medicine**. Vol. 347, nº14 (2002). p.1068-1074.

GLOBAL INITIATIVE FOR OBSTRUCTIVE LUNG DISEASE (GOLD). **Global strategy for the diagnosis, management and prevention of chronic obstructive pulmonary disease.** [Em linha]. (2018). [Consultado 30 Nov. 2021]. Disponível na https://goldcopd.org/wp-content/uploads/2017/11/GOLD-2018-v6.0-FINAL-revised-20-Nov_WMS.pdf

GONÇALVES, Estela - **Dependência dos idosos no domicílio e sobrecarga dos cuidadores: Impacto de um programa de enfermagem de reabilitação.** Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. 2012. Tese de Mestrado.

GOUVEIA, Bruna [et al.] - An evaluation of a nurse-led rehabilitation programme (the Probalance Programme) to improve balance and reduce fall risk of community-dwelling older people: A randomised controlled trial. **International Journal of Nursing Studies.** ISSN 0020-7489. Vol. 56, (2016), p. 1-8.

HENRIQUES, Bebiana - **O efeito de um programa psicomotor para idosos com demência – importância da psicomotricidade como terapia coadjuvante junto da fisioterapia.** Porto: Universidade Fernando Pessoa, Escola Superior de Saúde, 2013. Tese de Mestrado.

HENRIQUES, Cristina e ÁVILA, Rui – A Pessoa com Demência: Uma Perspetiva da Reabilitação. In VIEIRA, Cristina e SOUSA, Luís - **Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida.** Loures: Lusodidacta. 2016. ISBN – 978-989-8075-73-4. P. 587-600.

HOLTHOFF, Vjera [et al.] - Effects of physical activity training in patients with Alzheimer´s dementia: results of a pilot RCT study. **PLoS One.** Vol. 10, N.º 4 (2015).

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA – **Estatísticas Demográficas 2020** – Edição 2021 – ISSN 0377-2284.

KEMOUN, Gilles [et al.] - Effects of a Physical Training Programme on Cognitive Function and Walking Efficiency in Elderly Persons with Dementia. **Dementia and Geriatric Cognitive Disorders.** ISSN 2015-0731. Vol. 29, N.º 2 (2010). p. 109-114.

LADEIRA, Jaqueline; MAIA, Brisa; e GUIMARÃES, Andrea – Principais Alterações Anatômicas no Processo de Envelhecimento. In DANTAS, Esténio e SANTOS, César – **Aspetos Biopsicossociais do Envelhecimento e a Prevenção de Quedas na Terceira Idade**. Brasil: Editora Unoesc, 2017. ISBN: 978-85-8422-145-5. p. 47-70.

LAÍNS, Jorge – **Guia para o Sistema uniformizado de dados para reabilitação médica, versão para a língua Portuguesa**. Ed. SMFR/HUC e Research Foundation - State University of New York at Buffalo, 1990.

LEE, Hyun e KIM, Kyoung – Effect of physical activity on cognition and daily living activities of the elderly with mild dementia. **Journal of Physical Therapy Science**. ISSN 2958-1665. Vol. 30, N.º 3, (2016), p. 428-433.

MACHADO, Ana - **Importância da reabilitação respiratória na DPOC**. Porto: Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. 2015. Tese de Mestrado.

MAIA, Diana [et al.] – **Exercício físico na pessoa com demência: revisão sistemática de literatura**. Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação. Porto. ISSN:2184-3023 Vol. 2 N.º 1, 2019, p. 27-34.

MARTINS, Maria; MARTINS, Ana; e MARTINS, Ana Rita - Reeducação Familiar/Social - Reconstrução da Vida Familiar e Social no Processo de Reabilitação. In VIEIRA, Cristina., e SOUSA, Luís - **Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida**. Loures: Lusodidacta. 2017. ISBN 978-989-8075-73-4. p. 67-76.

MARVANEJO, Duarte - **Funcionalidade dos utentes internados no domicílio em Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI): intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação**. Viseu: Escola Superior de Saúde de Viseu, 2017. Relatório Final do 5º Mestrado em Enfermagem de Reabilitação.

MARTINS, Rosa [et. al]. Physical activity in the elderly: importance in balance and risk of falls - The European Proceedings of Social & Behavioural Sciences (icSEP). **Future Academy**. Roménia. ISSN: 2357-1330. Vol. 24 (2017), p. 67-73.

MAYOR, Margarida e REIS, Glaid - Visita domiciliária das pessoas mais velhas com doença mental. In MAYOR, Margarida., SEQUEIRA, Carlos., e REIS, Gorete - **Visita Domiciliária**. Espanha - Sevilha: Liberis, 1ª Edição. 2018. ISBN 978-989-20-8851-8. p. 183- 211.

MELEIS, Afaf – **Transitions Theory: Midle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice**. New York: Springer Publishing Company, 2009. ISBN 978-0-8261-0535-6.

MENEZES, Alessandra [et al.] – Efetividade de uma intervenção fisioterapêutica cognitivo-motora em idosos institucionalizados com comprometimento cognitivo leve e demência leve. **Ciências & Saúde Coletiva**. Vol. 21, N.º 11, (2016), p. 3459-3467.

MINISTÉRIO DA SAÚDE - Grupo Técnico para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários, **Os Cuidados de Saúde Primários nas Unidades Locais de Saúde** [Em linha]. (2012). [consultado 15 Out. 2021]. Disponível na http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/6-ulsecsp_2012.09.30.pdf

MOREIRA, Marta - **Reabilitação e Demência na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados**. Porto: Universidade do Porto, Faculdade de Medicina. 2019. Tese de Mestrado.

NASCIMENTO, Marcelo - Queda em adultos idosos: considerações sobre a regulação do equilíbrio, estratégias posturais e exercício físico. **Geriatrics, Gerontology Aging**. Brasil. Vol.13, N.º 2, (2019), p.103-110.

OBSERVATÓRIO NACIONAL DAS DOENÇAS RESPIRATÓRIAS - **Panorama das Doenças Respiratórias em Portugal: O estado da Saúde em Portugal**. [Em linha]. (2018). [consultado a 17 de Dezembro de 2021]. https://www.ondr.pt/10_Relatorio_ONDR.pdf

OLIVEIRA, Carla; COUTO, Glória; e SILVA, Rui – Enfermagem de Reabilitação nos cuidados de saúde primários. In RIBEIRO, Olga – **Enfermagem de Reabilitação: Conceções e práticas**. Lisboa: Lidel, 2021. ISBN 978-989-752-723-4. p.655.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – Enfermagem de Reabilitação e Cuidados Continuados: consolidação de premissas antigas ou um novo desafio. **Revista Ordem dos Enfermeiros**. Lisboa, ISSN 1646-2629. Nº. 33 (2010), p.22-27).

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação**. Lisboa: Conselho de Enfermagem, Assembleia Geral Extraordinária, 2011.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Guia Orientador de Boas Práticas: Cuidados a Pessoa com Alterações da Mobilidade - Posicionamentos, Transferências e Treino de Deambulação**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2013. ISBN - 978-989-8444-24-0.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – ASSEMBLEIA DO COLÉGIO DA ESPECIALIDADE DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO – **Áreas de Investigação Prioritárias para a Especialidade de Enfermagem de Reabilitação**. Porto: Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação, 2015.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação**. Lisboa: Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação, 2018b.

OREM, Dorothea – **Nursing: Concepts of Practice**. 6ª ed. St. Louis: Mosby, 2001. ISBN 0-323-00864-X.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – **International statistical classification of diseases and related health problems (ICD-10)**. 10ª Revisão, 5ª Edição, 2016. ISBN 978-92-4-154916-5.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – **Global action plan on the public health response to dementia 2017 – 2025**. Geneva: World Health Organization, 2017. ISBN 978-92-4-151348-7.

ORGANIZAÇÃO PARA A COOPERAÇÃO E DESENVOLVIMENTO ECONÓMICO (OCDE) – **Health at a Glance: OECD indicators** – Paris: OCDE Publishing, 2017. ISBN 978-92-64-28040-3.

PARENTE, Celestino [et al.] - Artroplastia da Anca. In CRUZ, Arménio - **Enfermagem em Ortopneumatologia**. Coimbra: Formasau, 2009. ISBN 978-989- 8269-01-0.

PETERSON, Mark [et al.] - Resistance Exercise for Muscular Strength in Older Adults: A Meta-Analysis. **Ageing Research Reviews**. Vol. 9, N.º 3 (2010), p. 226- 237.

PETIZ, Eliza - **Atividade física, equilíbrio e quedas: um estudo em idosos institucionalizados**. Porto: Faculdade de ciências do desporto e Educação Física. 2002. Tese de mestrado.

POCINHO, Margarida - **Metodologia de Investigação e Comunicação do Conhecimento Científico**. Lisboa: Lidel, 2012. ISBN: 978-972-757-916-7.

PORTELA, Carina - **Estimulação Cognitiva e Física na Demência**. Faro: Universidade do Algarve, Escola Superior de Saúde. 2020. Tese de Mestrado.

PORTUGAL. Direção Geral de Saúde - **Abordagem Terapêutica das Alterações Cognitivas**. Norma n.º 053/2011. Lisboa: DGS, 2011.

PORTUGAL. Direção Geral de Saúde – **Programas de Reabilitação Respiratória nos Cuidados de Saúde Primários**. Orientação n.º 014/2019. Lisboa: DGS, 2019.

QUEIRÓS, Paulo; VIDINHA, Telma; e FILHO, António - Autocuidado: o contributo teórico de Orem para a disciplina e profissão de Enfermagem. **Revista de Enfermagem Referência**. Coimbra. ISSN 0874-0283, Série IV, N.º 3 (2014), p.157-164.

REGULAMENTO n.º 350/2015. DR II Série. 119 (22/06/2015) 16655 – 16660.

REGULAMENTO n.º 140/2019. DR II Série. 26 (06/02/2019) 4744 – 4750.

REGULAMENTO n.º 392/2019. DR II Série. 85 (03/05/2019) 13565 – 13568.

RODRIGUES, Luís - **Influência de um Programa de Intervenção de Enfermagem de Reabilitação no Cuidador Informal: minimização da sobrecarga e prevenção de lesões músculo esqueléticas associadas ao cuidar.** Instituto Superior de Bragança, Escola Superior de Saúde. 2018. Relatório de estágio de mestrado em enfermagem de reabilitação.

SANTANA, Isabel [et al] – **Epidemiologia da Demência e da Doença de Alzheimer em Portugal: estimativas da prevalência e dos encargos financeiros com a medicação.** Ata Médica Portuguesa. Lisboa. ISSN 0870-399X, Vol. 28, Nº2 (2015), p.182-188.

SANTOS, Carla (2011). **Rede nacional para os cuidados continuados integrados - O Idoso, a alta e a capacidade funcional.** Universidade Católica Portuguesa, 2011. Tese de Mestrado.

SEQUEIRA, Carlos - **Cuidar de idosos com dependência física e mental.** Lisboa. Lidel, 2010. ISBN: 978-972-757-717-0.

SERRA, Luís – **Critérios Fundamentais em Fraturas e Ortopedia.** 2.^a ed. Lisboa. Lidel, 2001. ISBN: 978-972-757-102-4.

SILVA, Fernanda [et al.] - **Recomendações para o treino de força em idosos: uma breve revisão da literatura.** Cabo Verde - Mindelo: **Revista Científica da Universidade do Mindelo**, Vol. 5, N.º 2, (2018), p.43-55.

SOUSA, Lia – **Criação e Validação de um Programa de Capacitação para Cuidadores Familiares de Pessoas com Demência.** Porto: Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2017. Tese de Doutoramento.

TAVARES, Darlene e DIAS, Flávia - Capacidade funcional, morbidades e qualidade de vida de idosos. **Texto e Contexto - Enfermagem**. Santa Catarina – Brasil. ISSN 0104-0707, Vol. 21, N.º 1 (2012), p. 112-120.

TAVARES, Carlos; RAPOSO, Frederico e MARQUES, Rui - **Prescrição de Exercício em Health Club**. Portugal: Editora Cacém. Coleção “Fitness é Manz”, A. Manz Produções. 2003.

TAYLOR, Samuel - Teoria do défice de Autocuidado de Enfermagem. In TOMEY, Ann e ALLIGOOD, Martha. - **Teóricas de Enfermagem e a sua obra: Modelos e teorias de Enfermagem**. Loures: Lusociência, 2004. ISBN: 9789728383749. p.211-235.

TELENIUS, Elisabeth; ENGEDAL, Knut; e BERGLAND, Astri – Long-term effects of a 12 weeks high-intensity functional exercise program on physical function and mental health in nursing home residents with dementia: a single blinded randomized controlled trial. **BioMed Central Geriatrics**. Vol. 15, N.º 158, (2015).

TINETTI, Mary - Clinical practice. Preventing falls in elderly persons. **New England Journal and Medicine**. Vol. 348, N.º1 (2003), p. 42-49.

UNIDADE DE MISSÃO PARA OS CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS (UMCCI). **Manual do prestador: Recomendações para a Melhoria Continua**. Lisboa, 2011.

VARANDA, Estela e RODRIGUES, Cristina – Reeducação Cognitiva em Enfermagem de Reabilitação – Recuperar o Bailado da Mente. In MARQUES-VIEIRA, Cristina. e SOUSA, Luís – **Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida**. Loures: Lusodidata, 2017. ISBN 978-989-8075-73-4. p.215-225.

YU, Ruby [et al.] - Effects of a Multicomponent Frailty Prevention Program in Pre frail Community-Dwelling Older Persons: A Randomized Controlled Trail. **Journal of the American Medical Directors Association**. Vol. 21, N.º 2 (2020), p. 143-294.

ANEXOS

ANEXO I - INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

PARTE I
QUESTIONÁRIO DE PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E INFORMAÇÕES
CLÍNICAS RELEVANTES

Número	_____
1. Género:	F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
2. Idade (anos):	_____ anos.
3. Nível de Escolaridade:	Nenhum <input type="checkbox"/> 1º Ciclo <input type="checkbox"/> 2º Ciclo <input type="checkbox"/> 3º Ciclo <input type="checkbox"/> Ensino Secundário <input type="checkbox"/> Ensino Superior <input type="checkbox"/>
4. Contexto Familiar:	Vive Só <input type="checkbox"/> Vive com familiares <input type="checkbox"/> Vive em família de acolhimento <input type="checkbox"/>
5. Nível de Suporte:	Serviço de Apoio Domiciliário <input type="checkbox"/> Cuidador particular <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Quais? _____.
6. Diagnóstico Clínico:	_____ _____.
7. Tempo decorrido desde o início do diagnóstico (anos):	_____ anos.
8. Antecedentes Pessoais:	_____ _____ _____.
9. Alterações psicológicas e comportamentais:	Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Qual/ Quais? _____ _____. Quais os fatores desencadeantes? _____ _____ _____.
10. Intervenções de Reabilitação prévias:	Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Qual/ Quais? _____.

PARTE II – AVALIAÇÃO DA FUNCIONALIDADE

ESCALA DE MEDIDA DE INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL (MIF)			
Níveis	7	Independência completa (em segurança e tempo normal)	Sem Ajuda
	6	Independência modificada (Ajuda técnica)	
	5	Supervisão	Ajuda
	4	Ajuda mínima (indivíduo $\geq 75\%$)	
	3	Ajuda moderada (indivíduo $\geq 50\%$)	
	2	Ajuda máxima (indivíduo $\geq 25\%$)	
	1	Ajuda total (indivíduo $\geq 0\%$)	
Autocuidados		Avaliação Inicial	Avaliação Final
A	Alimentação		
B	Higiene Pessoal		
C	Banho (Lavar o Corpo)		
D	Vestir Metade Superior		
E	Vestir Metade Inferior		
F	Utilização da Sanita		
Controlo de Esfíncteres			
G	Bexiga		
H	Intestino		
Mobilidade			
I	Leito, cadeira, cadeira de rodas		
J	Sanita		
K	Banheira/ chuveiro		
Locomoção			
L	Marcha/ Cadeira de Rodas		
M	Escadas		
Comunicação			
N	Compreensão		
O	Expressão		
Cognição Social			
P	Interação Social		
Q	Resolução de Problemas		
R	Memória		
Score Total			
(Não deixe nenhum ponto em branco: se não testável marque 1).			

FONTE: Uniform Data System for Medical Rehabilitation, a division of UB Foundation Activities, Inc, (1986), versão para a língua Portuguesa de Lains, J. (1990).

ESCALA DE AVALIAÇÃO DA FORÇA MUSCULAR (MEDICAL RESEARCH COUNCIL MUSCLE SCALE)									
Grau		Avaliação Inicial				Avaliação Final			
		MS D	MS E	MI D	MIE	MS D	MS E	MI D	MIE
5	Força normal, com movimento completo contra a gravidade e sob máxima resistência.								
4	Capacidade de movimento completo contra a gravidade e ainda contra resistência, se esta for ligeira a moderada.								
3	Movimento completo contra a gravidade, impossibilidade de o fazer se for adicionada resistência.								
2	Incapacidade de mover contra a gravidade, mas movimento completo se ela for eliminada.								
1	Esboço de movimento ou contração muscular, visível ou palpável.								
0	Paralisia.								

FONTE: Medical Research Council, (1943), versão em português de Serra, L. (2001).

AVALIAÇÃO DA MOBILIDADE E DO EQUILÍBRIO (PERFORMANCE ORIENTED ASSESSMENT OF MOBILITY I – POMAI - TESTE DE TINETTI – Versão Portuguesa)			
Equilíbrio Estático Cadeira: (o sujeito deve ficar sentado numa cadeira rígida e sem braços).			
1. Equilíbrio sentado		Avaliação Inicial	Avaliação Final
0	Inclina-se, ou desliza na cadeira.		
1	Inclina-se ligeiramente ou aumenta a distância das nádegas ao encosto da cadeira.		
2	Estável, seguro.		
2. Levantar-se			
0	Incapaz sem ajuda ou perde o equilíbrio.		
1	Capaz, mas utiliza os braços para ajudar ou faz excessiva flexão do tronco ou não consegue à 1ª.		
2	Capaz na 1ª tentativa sem usar os braços.		
3. Equilíbrio imediato (primeiros 5 segundos)			
0	Instável (cambaleante, move os pés, marcadas oscilações do tronco, tenta agarrar objetos para apoiar-se).		
1	Estável, mas utiliza auxiliar de marcha para suportar-se.		
2	Estável, sem qualquer tipo de ajuda.		
4. Equilíbrio de pé com os pés paralelos			
0	Instável.		
1	Estável, mas alargando a base de sustentação (calcanhares afastados maior 10 cm) ou recorrendo a auxiliar de marcha para apoio.		
2	Pés próximos e sem ajuda.		
5. Pequenos desequilíbrios na mesma posição (sujeito de pé com os pés próximos, o observador empurra-o levemente com a palma da mão, 3 vezes ao nível do esterno)			
0	Começa a cair.		
1	Vacilante, agarra-se, mas estabiliza.		
2	Estável.		
6. Fechar os olhos na mesma posição			

0	Instável.		
1	Estável.		
7. Volta de 360° (2 vezes)			
0	Instável (agarra-se, vacila).		
1	Estável, mas dá passos descontínuos.		
2	Estável e passos contínuos.		
8. Apoio unipodal (aguenta pelo menos 5 segundos de forma estável)			
0	Não consegue ou tenta segurar-se a qualquer objeto.		
1	Aguenta 5 segundos de forma estável.		
9. Sentar-se			
0	Pouco seguro ou cai na cadeira ou calcula mal a distância.		
1	Usa os braços ou o movimento não harmonioso.		
2	Seguro, movimento harmonioso.		
Score		/16	/16
Equilíbrio dinâmico – Marcha (instruções: O sujeito faz um percurso de 3m, na sua passada normal e volta com passos mais rápidos até à cadeira. Deverá utilizar os seus auxiliares de marcha habituais.)			
10. Início da marcha (imediatamente após o sinal de partida)			
0	Hesitação ou múltiplas tentativas para iniciar.		
1	Sem hesitação.		
11. Largura do passo (pé direito)			
0	Não ultrapassa à frente do pé de apoio.		
1	Ultrapassa o pé esquerdo em apoio.		
12. Altura do passo (pé direito)			
0	O pé direito não perde completamente o contato com o solo.		
1	O pé direito eleva-se completamente do solo.		
13. Largura do passo (pé esquerdo)			
0	Não ultrapassa à frente do pé de apoio.		
1	Ultrapassa o pé direito em apoio.		

14. Altura do passo (pé esquerdo)			
0	O pé esquerdo não perde completamente o contato com o solo.		
1	O pé esquerdo eleva-se completamente do solo.		
15. Simetria do passo			
0	Comprimento do passo aparentemente assimétrico.		
1	Comprimento do passo aparentemente simétrico.		
16. Continuidade do passo			
0	Pára ou dá passos descontínuos.		
1	Passos contínuos.		
17. Percurso de 3m (previamente marcado)			
0	Desvia-se da linha marcada.		
1	Desvia-se ligeiramente ou utiliza auxiliar de marcha.		
2	Sem desvios e sem ajudas.		
18. Estabilidade do Tronco			
0	Nítida oscilação ou utiliza auxiliar de marcha.		
1	Sem oscilação, mas com flexão dos joelhos ou coluna ou afasta os braços do tronco enquanto caminha.		
2	Sem oscilação, sem flexão, não utiliza os braços, nem auxiliares de marcha.		
19. Base de sustentação durante a marcha			
0	Calcanhares muito afastados.		
1	Calcanhares próximos, quase se tocam.		
Score		/12	/12
Score Total		/28	/28

FONTE: Tinetti, Williams e Mayewski (1986), Versão em português de Petiz, E. M. (2002).

ANEXO II - DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Se concordar que o seu Familiar participe neste estudo, por favor assine no espaço abaixo. Muito obrigada por aceitar dar a sua imprescindível contribuição.

Designação do Estudo:

Eu, abaixo-assinado, (nome completo) _____,
(Representante do Doente)

Tomei conhecimento do objetivo do estudo de investigação “A pessoa com demência: contributos da Enfermagem de Reabilitação na manutenção da funcionalidade”, realizado por Sílvia Maria Fernandes Pereira, a frequentar o VI Curso de Mestrado em Enfermagem Reabilitação da Escola Superior de Saúde de Viana do Castelo, e da forma como está definido que a Pessoa que represento pode participar no referido estudo. Compreendi a explicação que foi fornecida acerca da investigação que se tenciona realizar. Foi dada oportunidade de fazer as perguntas que consideramos necessárias, e de todas obtive resposta satisfatória.

Tomei conhecimento de que, de acordo com as recomendações da Declaração de Helsínquia, Convenção de Oviedo, com particular destaque para os artº 5º e 6º e a Norma da DGS 015/2013 atualizada em 04/1/2015, todos os princípios de anonimização de dados e princípios de consentimento serão salvaguardados. A informação ou explicação que me foi prestada versou os objetivos, os métodos, os benefícios previstos, os riscos potenciais e o eventual desconforto. Além disso, foi-me afirmado que tenho o direito de recusar em qualquer momento a participação no estudo da pessoa que represento, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo para o doente.

Por isso, consinto que seja aplicado o método proposto pela investigadora.

Data: ____ / _____ / 202_

Assinatura do representante:

Assinatura da investigadora responsável:

APÊNDICES

APÊNDICE I – PLANO DE SESSÃO – DPOC: CONTRIBUTOS DA ENFERMAGEM
DE REABILITAÇÃO

PLANO DE SESSÃO

Público-alvo:	11 utentes com diagnóstico de DPOC (grupo B - critérios GOLD) e 2 acompanhantes.		
Temática da sessão:	DPOC: contributos da enfermagem de reabilitação.		
Intervenientes:	Enfermeira Chefe e Coordenadora da UCC [REDACTED]; Enfermeiro Especialista Enfermagem de Reabilitação [REDACTED]; Estudante Mestrado Enfermagem Reabilitação Silvia Pereira.		
Cronograma:	30 de março de 2022 das 9h00-10h00.		
Objetivo(s) Geral(ais):	- Aumentar o nível de conhecimento e promover a adesão ao tratamento dos utentes com DPOC do grupo B (de acordo com a classificação GOLD). Sensibilizar para os benefícios e contributos da reabilitação respiratória.		

Sessão N.º/Data	Conteúdos Programáticos	Objetivos Específicos da Sessão	Tempo Previsto	Métodos e Técnicas Pedagógicas	Meios e Recursos
30/03/2022	- A apresentação dos intervenientes e da temática;	- Contextualizar o tema;	5 min.	Método expositivo.	A apresentação em PowerPoint.
	- Introdução da temática e contextualização da DPOC enquanto entidade clínica. Fisiopatologia, sinais e sintomas, fatores de risco e tratamento.	- Conhecer e compreender a DPOC enquanto entidade clínica; - Conhecer os tratamentos e a importância da adesão aos mesmos;	5 min.	Método expositivo.	A apresentação em PowerPoint.
	- Mecânica Respiratória.	- Conhecer e compreender a mecânica respiratória;	5 min.	Método expositivo e demonstrativo.	Apresentação em PowerPoint e demonstração prática com simulador do sistema respiratório.
	- A abordagem da técnica inalatória.	- Conhecer e compreender a técnica inalatória correta;	10 min.	Método expositivo.	Apresentação em PowerPoint.
	- Reabilitação Respiratória.	- Conhecer e compreender a importância da reabilitação respiratória; - Conhecer e praticar exercício de reabilitação respiratória;	30 min.	Método expositivo e demonstrativo.	Apresentação em PowerPoint e exemplificação prática dos exercícios.
	- Conclusão: partilha de experiências.	- Esclarecer dúvidas; - Partilhar conhecimento e vivências.	5 min.	Método interrogativo.	Diálogo com os participantes.

APÊNDICE II – APRESENTAÇÃO DE POWERPOINT - DPOC: CONTRIBUTOS DA
ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

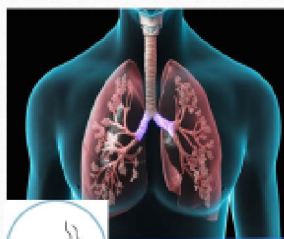
DPOC

(Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica)

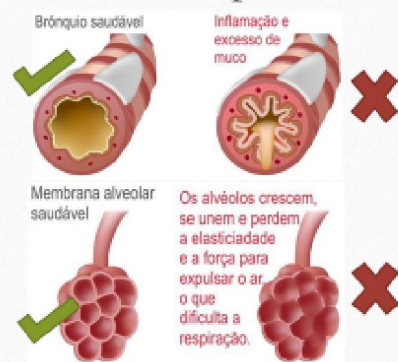
Contributos da Enfermagem de Reabilitação

UCC de Ponte da Barca 30 Março 2022

DPOC - Obstrução do fluxo de ar nos pulmões



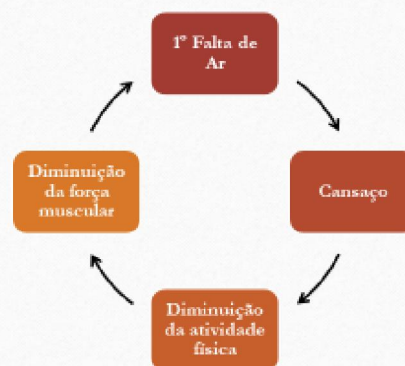
O fumo do tabaco, das lareiras e partículas do ar.



Inflamação e produção de secreções nos bronquíolos, e destruição dos Alvéolos.

Espiral da Dispneia

✓ Ciclo vicioso que limita progressivamente o desempenho da atividade física.



DPOC - Tratamento

- Os danos nos pulmões causados pela DPOC são permanentes, mas o tratamento pode ajudar a retardar a progressão da doença e a melhorar a qualidade de vida:
 - Cessação Tabágica e Diminuição da Exposição a Biomassas;
 - Estilo de Vida Saudável – Exercício Físico, Alimentação Saudável, Hidratação Oral;
 - Vacinação – Gripe, Streptococcus Pneumoniae e Covid 19;
 - Oxigênio – (quando necessário e prescrito);
 - Terapêutica Farmacológica – Inaladores (“Bombas”);
 - Reabilitação Respiratória;

Técnica Inalatória

- Inaladores Pressurizados Doseáveis Com ou Sem Câmara Expansora
- Inaladores de Pó Seco



Técnica Inalatória

1. COLOCAR-SE SENTADO OU EM PÉ.
2. RETIRAR A TAMPA E AGITAR A EMBALAGEM.
3. COLOCAR A EMBALAGEM EM POSIÇÃO "L".

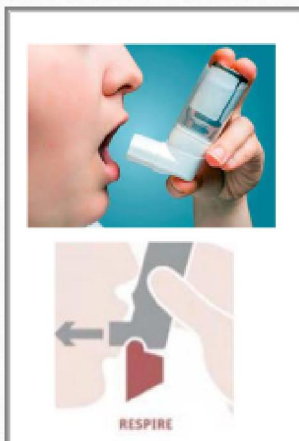


Técnica Inalatória



- 4. DEITAR O AR TODO PARA FORA

Técnica Inalatória



- 5. COLOCAR O APLICADOR ENTRE OS LÁBIOS
- 6. INSPIRAR PELA BOCA, ATIVANDO O DISPOSITIVO:
 - **INALADOR PRESSURIZADO: PROFUNDA E LENTAMENTE (3-5 SEGUNDOS)**
 - **INALADOR DE PÓ SECO: RÁPIDA E VIGOROSAMENTE**

Técnica Inalatória



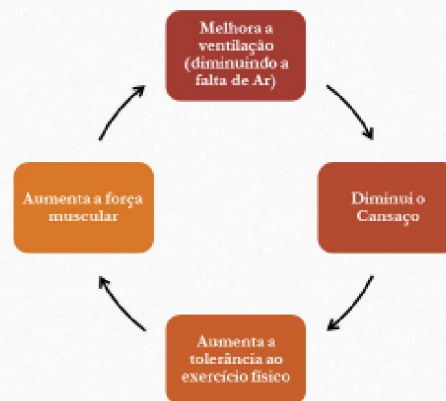
- 7. SUSTER A RESPIRAÇÃO (10 SEGUNDOS)

Técnica Inalatória

- 8. RESPIRAR NORMALMENTE
- 9. SE TIVER QUE REPETIR 2ª INALAÇÃO AGUARDAR 30 SEGUNDOS
- 10. APÓS A INALAÇÃO DEVE LAVAR A BOCA COM ÁGUA E REJEITAR, PARA PROTEGER OS DENTES DA AÇÃO DOS MEDICAMENTOS.
- 11. HIGIENIZAR OS DISPOSITIVOS: LIMPAR DIARIAMENTE COM UM PANO O BUCAL DO DISPOSITIVO E LAVAR COM ÁGUA E SABÃO A CÂMARA EXPANSORA 1X/SEMANA.
- 12. COLOCAR A TAMPA NO DISPOSITIVO E GUARDAR EM LOCAL LIMPO E SECO.

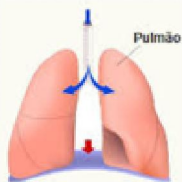
Reabilitação Respiratória

- ✓ Técnicas utilizadas para controlar a respiração e melhorar a ventilação alveolar, através da utilização de movimentos respiratórios e posicionamentos.
- ✓ Atua nos mecanismos da respiração de forma a quebrar a espiral da dispneia.



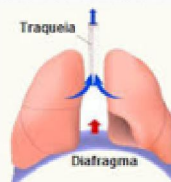
Mecânica Respiratória

Inspiração



- O diafragma contrai-se e baixa, os músculos intercostais contraem-se e elevam as costelas;
- O volume da caixa torácica aumenta e os Pulmões distendem-se;
- A pressão dentro dos Pulmões diminui e o ar atmosférico entra nos Pulmões.

Expiração

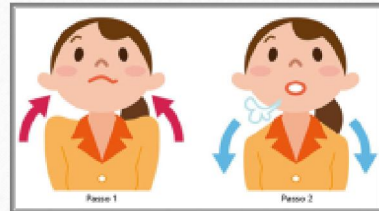


- O Diafragma relaxa e eleva-se, os músculos intercostais relaxam e baixam as costelas;
- O volume da caixa torácica diminui e os Pulmões contraem-se;
- A pressão dentro dos Pulmões aumenta e o ar que está nos Pulmões sai.

Reabilitação Respiratória

Controlo e dissociação dos tempos respiratórios:

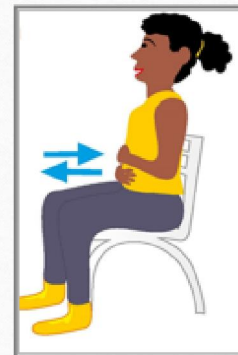
- Sentar numa cadeira, relaxar os ombros e fechar os olhos;
- Tomar atenção à respiração e aos dois movimentos respiratórios - a **INSPIRAÇÃO** e a **EXPIRAÇÃO**.
- Inspirar pelo nariz e expirar pela boca, lentamente, de forma a adotar a frequência, amplitude e ritmo respiratório mais adequado.



Reabilitação Respiratória

Técnica Respiratória:

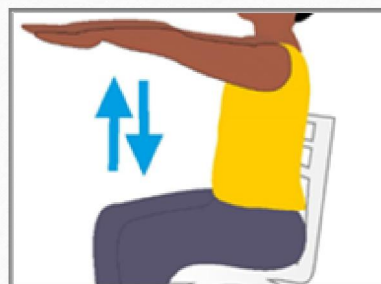
- Sentar numa cadeira, relaxar os ombros, fechar os olhos e colocar as mãos sobre a barriga, prestar atenção à respiração e movimento das mãos;
- Inspirar lentamente pelo nariz, ("cheirar uma flor") enchendo o peito de ar e esticando a barriga para fora;
- Reter o ar nos pulmões durante alguns segundos;
- Expirar lentamente pela boca, com os lábios franzidos ("soprar um vela"), encolhendo a barriga para dentro;
- Repetir o exercício 10 vezes seguida, fazer uma pausa de 1 minuto e voltar a repetir 10 vezes.



Reabilitação Respiratória

Reeducação Costal:

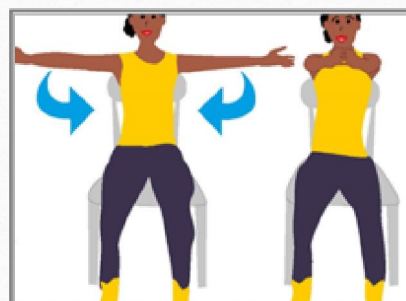
- Sentar confortavelmente numa cadeira;
- Braços esticados ao nível dos joelhos;
- Inspirar pelo nariz o máximo de ar, enquanto levanta os braços esticados (pode segurar num bastão);
- Expirar o ar lentamente pela boca enquanto baixa os braços até aos joelhos.
- Realizar 2 séries de 10 repetições.



Reabilitação Respiratória

Reeducação Costal:

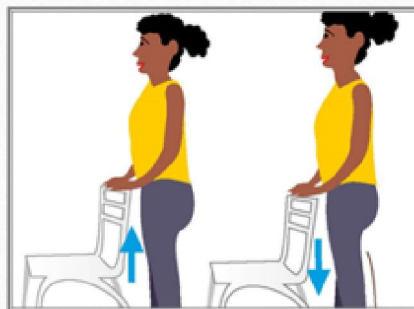
- Sentar numa cadeira;
- Braços esticados à frente com a palma das mãos juntas;
- Inspirar pelo nariz o máximo de ar, enquanto afasta os braços;
- Expire o ar lentamente pela boca enquanto aproxima os braços até juntar as mãos novamente;
- Realizar 2 séries de 10 repetições.



Reabilitação Respiratória

Treino de Exercício Muscular

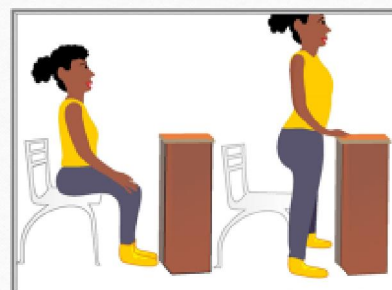
- Em pé, com as mãos apoiadas numa cadeira;
- Ficar na ponta dos pés e voltar à posição inicial;
- Realizar 2 series de 10 repetições.



Reabilitação Respiratória

Treino de Exercício Muscular

- Sentar numa cadeira;
- Apoiar as mãos com os braços esticados numa mesa ou cadeira;
- Levantar e sentar;
- Realizar 2 series de 10 repetições.



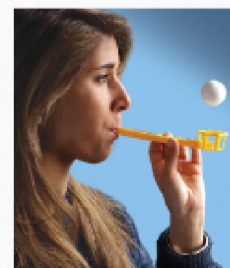
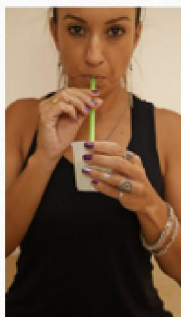
Reabilitação Respiratória

Treino de Exercício Muscular

- Caminhar todos os dias (pelo menos 30 minutos)



Reabilitação Respiratória





APÊNDICE III – PLANO DE SESSÃO – RNCCI E O PAPEL DO EEER NA
COMUNIDADE

PLANO DE SESSÃO

PLANO DE SESSÃO					
Público-alvo: 20 Formandos do VII de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação.					
Temática da sessão: RNCCI e o papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na Comunidade.					
Intervenientes: Estudante Mestrado Enfermagem Reabilitação Sílvia Pereira.					
Cronograma: 07 de janeiro de 2022 das 15h00-16h00.					
Objetivo(s) Geral(ais): - Aumentar o nível de conhecimento sobre a RNCCI e o seu funcionamento. Aumentar o nível de conhecimento dos CSP e o funcionamento das UCC's. Aumentar o nível de conhecimento sobre o papel do EEER no âmbito da RNCCI e dos CSP. Sensibilizar para o papel do EEER na Comunidade.					
Sessão N.º/Data	Conteúdos Programáticos	Objetivos Específicos da Sessão	Tempo Previsto	Métodos e Técnicas Pedagógicas	Meios e Recursos
07/01/2022	- Apresentação dos intervenientes e da temática;	- Contextualizar o tema;	5 min.	Método expositivo.	Apresentação em PowerPoint.
	- A abordagem da constituição e funcionamento da RNCCI;	- Conhecer a missão e princípios da RNCCI; - Conhecer a estrutura da RNCCI; - Conhecer as diferentes unidades constituintes da RNCCI; - Conhecer e perceber o circuito de integração de um utente na RNCCI; - Perceber a forma de articulação entre as diferentes unidades da RNCCI;	15 min.	Método expositivo.	Apresentação em PowerPoint.
	- A abordagem da constituição e funcionamento da ECCI;	- Perceber a forma de funcionamento da ECCI, desde critérios de inclusão/exclusão; - Perceber qual a intervenção do EEER na ECCI;	15 min.	Método expositivo	Apresentação em PowerPoint
	- A abordagem da reestruturação e funcionamento dos Cuidados Saúde Primários;	- Conhecer as alterações na organização dos CSP; - Conhecer as diferentes unidades funcionais dos ACE's; - Conhecer a forma de funcionamento da UCC e o papel do EEER;	15 min.	Método expositivo.	Apresentação em PowerPoint.
	- Conclusão: partilha de experiências.	- Esclarecer dúvidas; - Partilhar conhecimento e vivências.	10 min.	Método interrogativo.	Diálogo com os participantes.

APÊNDICE IV – APRESENTAÇÃO DE POWERPOINT - RNCCI E O PAPEL DO
EEER NA COMUNIDADE



Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados e o Papel do EEER na Comunidade

VIANA DO CASTELO 07 JANEIRO 2022

RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

Surgiu da necessidade de respostas de saúde e sociais adequadas, devido ao aumento de pessoas com dependência funcional, de doentes com patologia crónica múltipla e de pessoas com doença incurável em estado avançado e em fase final de vida.

Respostas baseadas num modelo de intervenção integrado e/ou articulado da saúde e da segurança social, de natureza preventiva, recuperadora e paliativa, de nível intermédio de cuidados de saúde e de apoio social (entre os cuidados de base comunitária e os de internamento hospitalar).

Missão da RNCCI

- A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) foi criada em 2006 e resulta de uma parceria entre os **Ministérios do Trabalho Solidariedade e Segurança Social (MTSSS) e da Saúde (MS)** ([Dec.-Lei nº 101/2006](#)), formada por um conjunto de instituições públicas e privadas, que prestam cuidados continuados de saúde e de apoio social.

- Promove a continuidade de cuidados de forma integrada a pessoas em situação de dependência e com perda de autonomia, prestados por equipas interdisciplinares.

- A finalidade da RNCCI é criar um sistema integrado de serviços de saúde e de apoio social que prestam cuidados de forma continuada e integrada a pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência, na sequência de episódio de doença aguda ou da necessidade de prevenção de agravamentos de doença crónica.

- Os Cuidados Continuados Integrados estão centrados na recuperação global da pessoa, promovendo a sua autonomia e melhorando a sua funcionalidade, no âmbito da situação de dependência em que se encontra, com vista à sua reintegração sociofamiliar.

Princípios da RNCCI:

- Prestação individualizada e humanizada de cuidados;

- Garantia de articulação e continuidade dos cuidados entre os diferentes serviços, setores e níveis de atuação;

- Equidade no acesso e mobilidade entre tipologias e equipas da RNCCI;

- Proximidade da prestação dos cuidados, através da potenciação de serviços integrados na comunidade, possibilitando a permanência no domicílio o mais tempo possível com todo o apoio necessário;

- Multidisciplinaridade e interdisciplinaridade na prestação dos cuidados;

- Avaliação integral das necessidades da pessoa em situação de dependência e definição periódica de objetivos de funcionalidade e autonomia;

- Promoção, recuperação contínua ou manutenção da funcionalidade e da autonomia;

- Participação do utente e seus familiares ou representante legal, na elaboração do **plano individual de intervenção (PII's)** e **co-responsabilização na prestação de cuidados**.

Estrutura da RNCCI

Comissão Nacional de Coordenação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados - A nível nacional existe uma **Coordenação conjunta** (representantes do Ministérios do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social e da Saúde).

Equipas Coordenadoras Regionais (ECR) - A nível regional, a coordenação é desenvolvida por **Equipas Coordenadoras Regionais (ECR)**, sediadas nas Administrações Regionais de Saúde (Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve), constituídas de modo multidisciplinar por representantes da Saúde e da Segurança Social. As ECR articulam com a coordenação, aos níveis nacional e local e asseguram o planeamento, a gestão, o controlo e a avaliação da Rede.

Equipas Coordenadoras Locais (ECL) - A nível local, a coordenação é desenvolvida por **Equipas Coordenadoras Locais**, constituídas de modo multidisciplinar por representantes da Saúde e da Segurança Social. As ECL articulam com a ECR da respetiva região, asseguram o acompanhamento e a avaliação da rede a nível local, bem como a articulação e coordenação dos recursos e atividades, no seu âmbito de referência.

Entidades promotoras e gestoras - Diferentes Tipologias

Entidades Públicas (Hospitais e Centros de Saúde do SNS):

- Unidades convalescença;
- Equipas de gestão de altas;
- Equipas intra-hospitalares de suporte em cuidados paliativos;
- Equipas comunitárias de suporte em cuidados paliativos;
- Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI).

Entidades Privadas (IPSS, Misericórdia e Empresas Privadas):

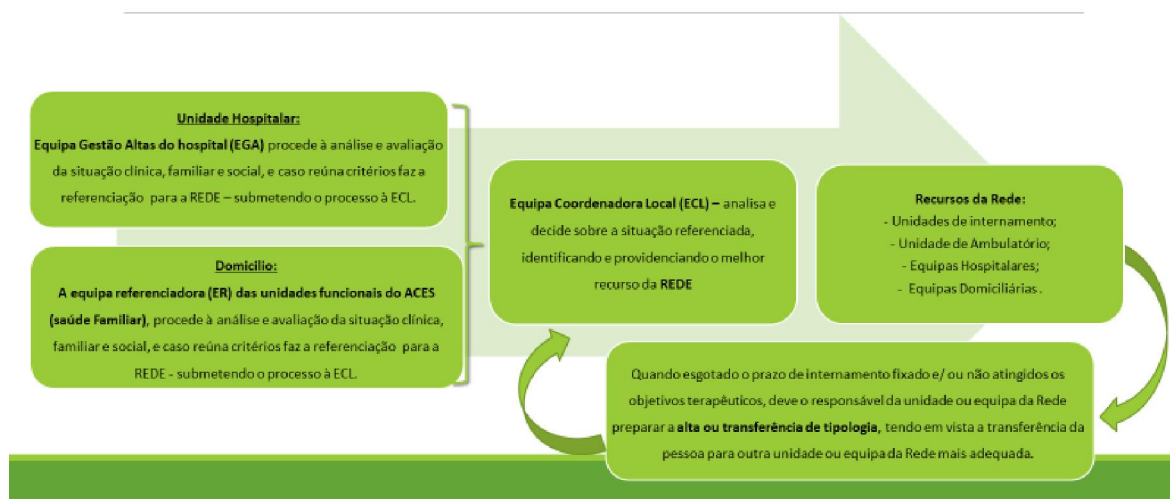
- Unidades de cuidados paliativos;
- Unidades de convalescença;
- Unidades de média duração e reabilitação;
- Unidades de longa duração e manutenção;
- Unidade de Dia e de Promoção da Autonomia.

Entidades promotoras e gestoras - Tipologia da Rede

A prestação de Cuidados Continuados Integrados é assegurada por:

- **Unidades de Internamento** – Unidade de Convalescença; Unidade de Média Duração e Reabilitação; Unidade de Longa Duração e Manutenção; Unidade de Cuidados Paliativos.
- **Unidade de Ambulatório** – Unidade de Dia e de Promoção da Autonomia.
- **Equipas Hospitalares** - Equipas de gestão de altas; Equipas intra-hospitalares de suporte em cuidados paliativos.
- **Equipas Domiciliárias** – Equipas comunitárias de suporte em cuidados paliativos; Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI).

Circuito de Referência para RNCCI



Unidade de Convalescência – UC (internamentos até 30 dias)

Unidade de internamento, independente, integrada num hospital de agudos ou noutra instituição privada, dirigida a pessoas que já não necessitam de cuidados hospitalares de agudos, mas que devido a uma situação de doença súbita, recorrência ou descompensação do processo crónico, requeiram cuidados de saúde com vista a estabilização clínica e funcional. Preconizam a avaliação e a reabilitação integral da pessoa com perda transitória de autonomia potencialmente recuperável.

As Unidades de Convalescência são geridas por um Médico, e asseguram:

- Reabilitação funcional intensiva;
- Cuidados médicos permanentes;
- Cuidados de enfermagem permanentes;
- Exames complementares de diagnóstico, laboratoriais e radiológicos, próprios ou contratados;
- Prescrição e administração de medicamentos;
- Cuidados de fisioterapia;
- Apoio psicológico e social.

Unidade de Média Duração e Reabilitação – UMDR (internamentos com duração entre 30 e 90 dias)

Destina-se a pessoas que, na sequência de doença aguda ou reagudização de doença crónica, com perda de autonomia e funcionalidade, mas com potencial de reabilitação funcional e que necessitem de cuidados de saúde e apoio social.

As UMDR são geridas por um técnico da área de saúde ou da área psicossocial, e asseguram:

- Reabilitação funcional;
- Cuidados médicos diários;
- Cuidados de enfermagem permanentes;
- Cuidados de fisioterapia e de terapia ocupacional;
- Prescrição e administração de medicamentos;
- Apoio psicossocial;

Unidade de Longa Duração e Manutenção – ULDM (internamentos com mais de 90 dias)

Destina-se a utentes com doenças ou processos crónicos, com diferentes níveis de dependência e graus de complexidade, que não reúnam condições para serem cuidadas em casa ou noutro tipo de resposta. Presta apoio social e cuidados de saúde de manutenção que previnam e retardem o agravamento da situação de dependência, favorecendo o conforto e a qualidade de vida.

As ULDM são geridas por um técnico da área de saúde ou da área psicossocial, e asseguram:

- Reabilitação funcional de manutenção;
- Atividades de manutenção e de estimulação;
- Cuidados de enfermagem permanentes;
- Cuidados médicos regulares;
- Prescrição e administração de medicamentos;
- Apoio psicossocial;
- Cuidados de fisioterapia e de terapia ocupacional;
- Animação sociocultural;

A ULDM pode ter ainda internamentos para "Descanso do Cuidador" - (máximo 90 dias por ano, que podem ser assegurados num único período ou em períodos interpolados).

Unidade de Cuidados Paliativos

Unidade de internamento, com espaço físico próprio, preferentemente localizada num hospital, para acompanhamento, tratamento e supervisão clínica a doentes em situação clínica complexa e de sofrimento, decorrentes de doença severa e ou avançada, incurável e progressiva, nos termos do consignado no Programa Nacional de Cuidados Paliativos do Plano Nacional de Saúde.

As UCP são geridas por um Médico, e asseguram:

- Cuidados médicos diários;
- Cuidados de enfermagem permanentes;
- Exames complementares de diagnóstico laboratoriais e radiológicos, próprios ou contratados;
- Prescrição e administração de medicamentos;
- Cuidados de fisioterapia;
- Consulta, acompanhamento e avaliação de doentes internados em outros serviços ou unidades;
- Acompanhamento e apoio psicossocial e espiritual;
- Atividades de manutenção;

Unidade de dia e de promoção da autonomia

Destina-se a utentes com diferentes níveis de dependência, e com necessidade de cuidados integrados de suporte na promoção de autonomia e apoio social, em regime ambulatorio.

Estas devem articular-se com unidades da Rede ou com respostas sociais já existentes, e funcionam oito horas por dia, pelo menos nos dias úteis.

As UD e PA asseguram:

- Atividades de manutenção e de estimulação;
- Cuidados médicos;
- Cuidados de enfermagem periódicos;
- Controle fisiatrico periódico;
- Apoio psicossocial;
- Animação sócio-cultural;
- Alimentação;
- Higiene pessoal, quando necessária.

Equipa de gestão de altas

Equipa hospitalar multidisciplinar para a preparação e gestão de altas hospitalares com outros serviços, no caso de doentes que requerem seguimento dos seus problemas de saúde e sociais.

A equipa de gestão de altas encontra-se sediada em hospital de agudos e deve integrar, no mínimo, um médico, um enfermeiro e um assistente social.

As EGA asseguram:

- Articulação com as equipas terapêuticas hospitalares de agudos para a programação de altas hospitalares;
- A articulação com as equipas coordenadoras distritais e locais da Rede (ECR e ECL);
- A articulação com as equipas prestadoras de cuidados continuados integrados dos centros de saúde do seu âmbito de abrangência.

Equipa intra-hospitalar de suporte em cuidados paliativos

Equipa multidisciplinar de hospital de agudos com formação em cuidados paliativos, com espaço físico próprio para a coordenação das suas atividades e deve integrar, no mínimo, um médico, um enfermeiro e um psicólogo. Tem como objetivo prestar aconselhamento diferenciado em cuidados paliativos aos serviços do hospital, podendo prestar cuidados diretos e orientação do plano individual de intervenção aos doentes internados em estado avançado ou terminal para os quais seja solicitada a sua atuação.

As EIHS CP asseguram:

- Formação em cuidados paliativos dirigida às equipas terapêuticas do hospital e aos profissionais que prestam cuidados continuados;
- Cuidados médicos e de enfermagem continuados;
- Tratamentos paliativos complexos;
- Consulta e acompanhamento de doentes internados;
- Assessoria aos profissionais dos serviços hospitalares;
- Apoio psico-emocional ao doente e familiares e ou cuidadores, incluindo no período do luto.

Equipa comunitária de suporte em cuidados paliativos

Equipa multidisciplinar da responsabilidade dos serviços de saúde com formação em cuidados paliativos e deve integrar, no mínimo, um médico e um enfermeiro. Tem por finalidade prestar apoio e aconselhamento diferenciado em cuidados paliativos às equipas de cuidados integrados e às unidades de média e de longa durações e manutenção.

As ECSCP são geridas por um Médico, e asseguram:

- Formação em cuidados paliativos dirigida às equipas de saúde familiar do centro de saúde e aos profissionais que prestam cuidados continuados domiciliários;
- Avaliação integral do doente;
- Tratamentos e intervenções paliativas a doentes complexos;
- Gestão e controlo dos procedimentos de articulação entre os recursos e os níveis de saúde e sociais;
- Assessoria e apoio às equipas de cuidados continuados integrados;
- Assessoria aos familiares e ou cuidadores.

Equipas de Cuidados Continuados Integrados - (ECCI)

Equipa multidisciplinar da responsabilidade dos cuidados de saúde primários (integrada nas **Unidades de Cuidados na Comunidade**), para a prestação de cuidados domiciliários a pessoas em situação de **dependência funcional**, **doença terminal**, ou em **processo de convalescência**, cuja situação não requer internamento mas que os utentes não se podem deslocar de forma autónoma. Os cuidados são prestados por uma equipa multidisciplinar decorrentes da avaliação integral, de cuidados médicos, de enfermagem, de reabilitação e de apoio social, e/ou outros (nutrição, psicologia – em regime de partilha de recursos).

As ECCI estão integradas nas UCC's e são coordenadas por um Enfermeiro, e asseguram:

- Cuidados domiciliários de natureza preventiva, curativa, reabilitadora e ações paliativas;
- Cuidados de fisioterapia;
- Apoio psicossocial e ocupacional envolvendo os familiares e outros prestadores de cuidados;
- Educação para a saúde aos doentes, familiares e cuidadores informais;
- Apoio na satisfação das necessidades básicas;
- Apoio no desempenho das atividades da vida diária e nas atividades instrumentais da vida diária;
- Coordenação e gestão de casos com outros recursos de saúde e sociais.

Equipas de Cuidados Continuados Integrados - (ECCI)

Critérios necessários para a integração em ECCI:

- Pessoas portadoras de diversos tipos e níveis de dependência e que não se possam deslocar do seu domicílio;
- Pessoas com necessidade de cuidados que excedam a carteira básica de cuidados das USF/UCSP, as quais possuam situações de saúde que pela sua intensidade e complexidade de cuidados necessitem de intervenções sequenciais e com grau de diferenciação nomeadamente ao nível da reabilitação;
- Necessidade de cuidados paliativos, incluindo compensação sintomática, possível de realizar no domicílio;
- Necessidade de cuidados domiciliários diários e/ou dias alternados.

Critérios de exclusão:

- Utente com episódio de doença em fase aguda, que requeira internamento hospitalar;
- Utente que necessita exclusivamente de apoio social;
- Utente cujo objetivo seja o estudo de diagnóstico;
- Inexistência de cuidador.

Lotação da ocupação: 20 utentes.

Tempo de internamento: Pode permanecer por tempo ilimitado, desde que mantenha critérios de permanência. Contudo existem indicadores de desempenho que são avaliados – máximo de 120 dias.

Horário de Funcionamento: Segunda a sexta das 8h às 20h/ Fins-de-semana e feriados das 9 às 17h.

O papel do Enfermeiro Especialista em Reabilitação nas ECCI's

O principal objetivo dos cuidados de enfermagem de reabilitação:

- Promoção da autonomia, melhorando a funcionalidade da pessoa em situação de dependência, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social;
- Melhoria das condições de vida e de bem-estar das pessoas em situação de dependência, através da prestação de cuidados de reabilitação e de apoio social;
- Manutenção das pessoas com perda de funcionalidade ou em risco de a perder, no domicílio, para recuperação de autonomia/ independência e qualidade de vida;
- Capacitação dos utentes/ cuidadores.

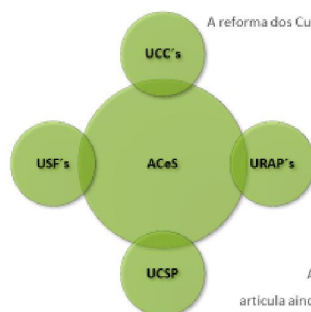
O papel do Enfermeiro Especialista em Reabilitação nas ECCI's

Estratégias/ Atividades do Enfermeiro de Reabilitação:

- Concebe, implementa e monitoriza planos de reabilitação, baseados nos problemas de saúde reais e potenciais resultantes de uma alteração da capacidade funcional da pessoa e /ou alteração do estilo de vida resultante de deficiência/incapacidade ou doença crónica, maximizando o potencial da pessoa, e de acordo com o seu contexto domiciliário/familiar.
- Gestão do ambiente físico domiciliário – Identificação de barreiras arquitetónicas para o cidadão com necessidades especiais a nível sensório- motor e elabora propostas de eliminação das mesmas;
- Promove a máxima independência nas AVD e da qualidade de vida da pessoa com deficiência/e ou necessidades especiais, no sentido da sua capacitação e empowerment, quer da pessoa, quer dos seus cuidadores;
- Gestão das estratégias adaptativas e produtos de apoio.

Os enfermeiros especialistas em Reabilitação, neste modelo de cuidados integrais e integrados, desempenham um papel pivot na equipa multiprofissional, determinantes no processo de cuidados, na reabilitação, na readaptação e na reintegração da das pessoas dependentes no ambiente familiar potenciando o seu desenvolvimento. Cuidados dirigidos essencialmente à recuperação e à adaptação ou manutenção funcional da pessoa, ao treino do prestador de cuidados e da preparação do regresso a casa, de que resulta em ganhos em saúde.

Unidade de Cuidados na Comunidade - O papel do Enfermeiro Especialista em Reabilitação

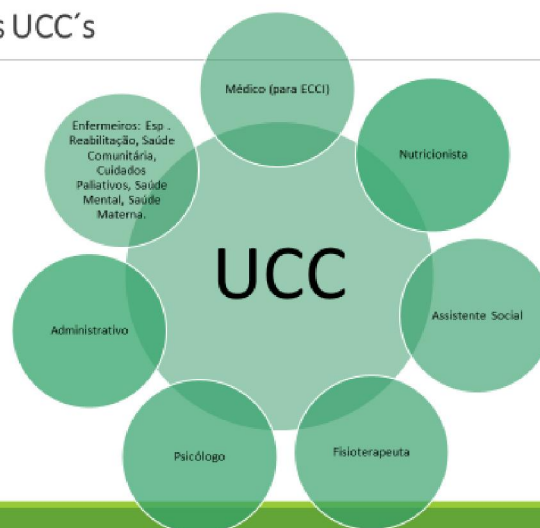


A reforma dos Cuidados de Saúde Primários (2007) levou à criação dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), sendo estes constituídos por diferentes unidades funcionais (USF's, UCSP, URAP's, UCC's).

UCC's são unidades com autonomia funcional e organizativa, que têm como objetivo uma maior proximidade com os utentes e maior qualidade dos serviços prestados (essencialmente prestação de cuidados especializados, nomeadamente Enfermagem de Reabilitação).

As UCC's desenvolvem-se com autonomia organizativa e técnica, em intercooperação com as demais unidades funcionais ao ACES, e articula ainda de forma próxima com diferentes infraestruturas da comunidade (tais como: agrupamentos de escolas, Núcleo Local de Inserção, Comissão de Proteção de Crianças e Jovens, Conselho Local de Ação Social, Autarquias, Associações, ...).

Recursos Humanos nas UCC's



Funcionamento UCC's

Contratualização Anual – Baseada no Plano de Ação e definição de metas a atingir.

Projeto de Intervenção – que visem a promoção e proteção da saúde, prevenção da doença, capacitação dos indivíduos, corresponsabilização de outros setores da sociedade, com resposta de proximidade na vertente domiciliária e comunitária.

Exemplo de Projetos dinamizados nas UCC's com intervenção do EEER:

- Doença cerebrovascular – Intervenções promotoras do autocuidado, na pessoa após AVC no domicílio.
 - Doença neurodegenerativa – Intervenção educativa dirigida ao cuidador informal/ utente com doença avançada no domicílio.
 - Doença respiratória – Reabilitação respiratória à pessoa com doença pulmonar obstrutiva crónica.
 - Envelhecimento ativo – A intervenção do EEER com a pessoa idosa: promoção, manutenção e recuperação da capacidade funcional.
 - Prevenção de Quedas – Reabilitar a pessoa com equilíbrio corporal comprometido.
 - Reabilitação cardíaca – Impacto de um programa domiciliário de exercício físico na pessoa com doença cardíaca isquémica.
 - Recuperação pós-parto.
 - Saúde escolar – Prevenção das lesões músculo-esqueléticas.
- ECCI



VIANA DO CASTELO 07 JANEIRO 2022



APÊNDICE V – SESSÕES DO PROGRAMA DE ENFERMAGEM DE
REABILITAÇÃO

MOVIMENTE - Etapas do Programa de Reabilitação para a Pessoa com Demência Moderada em contexto domiciliário

1ª Etapa do Programa – 2 x semana - Total de 6 sessões

Fases da Sessão	<p><u>Aquecimento (5 minutos)</u></p> <p>Objetivo: Acalmar e promover a orientação e concentração. Promover ativação geral e transição entre estado de repouso e exercício.</p>	<p>Ouvir música durante o aquecimento:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Exercícios de consciencialização postural e do ciclo ativo da respiração, e reeducação diafragmática (5 min). 	
	<p><u>Intervenção (30 minutos)</u></p> <p>Objetivo: Promover a mobilidade, o fortalecimento muscular, o equilíbrio e controle postural, assim como a máxima independência funcional nas AVD's.</p>	<p style="text-align: center;">Componente Educacional</p> <p><u>Ensinos ao Utente e Cuidador sobre</u> (10 min):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hábitos de vida saudáveis: alimentação, hidratação oral, higiene do sono; - Promoção de ambiente seguro: organização do espaço e prevenção de quedas; - Estratégias para a promoção do autocuidado e máxima independência funcional com utilização das capacidades do doente e estratégias adaptativas. - Estratégias para a promoção da estimulação cognitiva. <p style="text-align: center;">Força Muscular</p> <ul style="list-style-type: none"> - Executar mobilização articular passiva, ativa assistida, ativa (de acordo com capacidade do utente), de todos os segmentos dos membros superiores e inferiores (1 series e 10 repetições para cada segmento) (10 min); <p><u>Se capacidade de marcha e movimento corporal:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Executar mobilização articular ativa resistida de todos os segmentos dos membros superiores e inferiores (5 min); - Realizar caminha ou pedaleira, alternadamente (de acordo com capacidade do utente e ir progredindo no aumento da resistência conforme tolerância) (5 min). <p><u>Se dependente, sem capacidade de marcha e movimento corporal ativo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Executar exercícios de rolar na cama, automobilização, ponte (10 min). 	<p>Recursos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - bastão; - halteres; - bolas anti stress; - molas roupa; - faixas elásticas; - pedaleira.
	<p><u>Relaxamento (5 minutos)</u></p> <p>Objetivos: Alongar grandes grupos musculares, controlar o padrão e ritmo respiratório e cardíaco.</p>	<p>Ouvir música durante o relaxamento:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Exercícios de flexibilidade, com alongamentos dos membros superiores e inferiores, e mobilização cervical (3 min); - Exercícios de coordenação da respiração com movimentos dos membros superiores (2 min). 	

MOVIMENTO - Etapas do Programa de Reabilitação da Pessoa com Demência Moderada em contexto domiciliário

2ª Etapa do Programa – 3 x semana - Total de 6 sessões

Fases da Sessão	<p><u>Aquecimento (5 minutos)</u></p> <p>Objetivo: Acalmar e promover a orientação e concentração. Promover ativação geral e transição entre estado de repouso e exercício.</p>	<p>Ouvir música durante o aquecimento:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Exercícios de consciencialização postural e do ciclo ativo da respiração, e reeducação diafragmática (5 min). 	
	<p><u>Intervenção (40 minutos)</u></p> <p>Objetivo: Promover a mobilidade, o fortalecimento muscular, o equilíbrio e controle postural, assim como a máxima independência funcional nas AVD's.</p>	<p style="text-align: center;">Componente Educacional</p> <p><u>Ensinos ao Utente e Cuidador sobre (7 min):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Hábitos de vida saudáveis: alimentação, hidratação oral, higiene do sono; - Promoção de ambiente seguro: organização do espaço e prevenção de quedas; - Estratégias para a promoção do autocuidado e máxima independência funcional com utilização das capacidades do doente e estratégias adaptativas. - Estratégias para a promoção da estimulação cognitiva. <p style="text-align: center;">Força Muscular</p> <ul style="list-style-type: none"> - Executar mobilização articular passiva, ativa assistida, ativa (de acordo com capacidade do utente), de todos os segmentos dos membros superiores e inferiores (1 series e 10 repetições para cada segmento) (13 min); <p><u>Se capacidade de marcha e movimento corporal:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Executar mobilização articular ativa resistida de todos os segmentos dos membros superiores e inferiores (6 min); - Realizar caminha ou pedaleira, alternadamente (de acordo com capacidade do utente e ir progredindo no aumento da resistência conforme tolerância) (7 min). <p><u>Se dependente, sem capacidade de marcha e movimento corporal ativo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Executar exercícios de rolar na cama, automobilização, ponte (13 min). <p style="text-align: center;">Equilíbrio</p> <p><u>Sem equilíbrio – dependente (10 min):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Exercício de treino para sentar; - Exercício de equilíbrio sentado; - Exercício de carga em posição ortostática; - Exercícios de transferências para a cadeira. <p><u>Equilíbrio (embora comprometido) (10 min):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Exercícios de correção postural em frente ao espelho. - Exercícios de treino de equilíbrio estático: levantar e sentar da cadeira com e sem apoio (progressivamente); carga num só membro alternadamente. - Exercícios de treino de equilíbrio dinâmico: andar sem sair do lugar; marcha com a ponta dos pés; marcha com os calcanhares; marcha aos saltos; caminhar numa linha reta; caminhar num percurso com obstáculos; caminhar num percurso com piso instável. 	<p>Recursos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - bastão; - halteres; - bolas anti stress; - molas roupa; - faixas elásticas; - pedaleira. <p>Recursos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cadeira; - Espelho.

	<p><u>Relaxamento (5 minutos)</u></p> <p>Objetivos: Alongar grandes grupos musculares, controlar o padrão e ritmo respiratório e cardíaco.</p>	<p>Ouvir música durante o relaxamento:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Exercícios de flexibilidade, com alongamentos dos membros superiores e inferiores, e mobilização cervical (3 min); - Exercícios de coordenação da respiração com movimentos dos membros superiores (2 min). 	
--	---	---	--

MOVIMENTE - Etapas do Programa de Reabilitação da Pessoa com Demência Moderada em contexto domiciliário												
3ª Etapa do Programa – 2 x semana - Total de 8 sessões												
Fases da Sessão	<p><u>Aquecimento (5 minutos)</u></p> <p>Objetivo: Acalmar e promover a orientação e concentração. Promover ativação geral e transição entre estado de repouso e exercício.</p>	<p>Ouvir música durante o aquecimento:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Exercícios de consciencialização postural e do ciclo ativo da respiração, e reeducação diafragmática (5 min). 										
	<p><u>Intervenção (50 minutos)</u></p> <p>Objetivo: Promover a mobilidade, o fortalecimento muscular, o equilíbrio e controle postural, assim como a máxima independência funcional nas AVD's.</p>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="2" style="background-color: #e1eef6;">Componente Educacional</th> </tr> <tr> <td style="width: 20%;"><u>Ensinos ao Utente e Cuidador sobre</u> (5 min):</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> - Hábitos de vida saudáveis: alimentação, hidratação oral, higiene do sono; - Promoção de ambiente seguro: organização do espaço e prevenção de quedas; - Estratégias para a promoção do autocuidado e máxima independência funcional com utilização das capacidades do doente e estratégias adaptativas. - Estratégias para a promoção da estimulação cognitiva. </td> </tr> <tr> <th colspan="2" style="background-color: #e1eef6;">Força Muscular</th> </tr> <tr> <td colspan="2"> <ul style="list-style-type: none"> - Executar mobilização articular passiva, ativa assistida, ativa (de acordo com capacidade do utente), de todos os segmentos dos membros superiores e inferiores (1 series e 10 repetições para cada segmento) (10 min); <p><u>Se capacidade de marcha e movimento corporal:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Executar mobilização articular ativa resistida de todos os segmentos dos membros superiores e inferiores (5 min); - Realizar caminha ou pedaleira, alternadamente (de acordo com capacidade do utente e ir progredindo no aumento da resistência conforme tolerância) (5 min). <p><u>Se dependente, sem capacidade de marcha e movimento corporal ativo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Executar exercícios de rolar na cama, automobilização, ponte (10 min). </td> </tr> <tr> <th colspan="2" style="background-color: #e1eef6;">Equilíbrio</th> </tr> </table>	Componente Educacional		<u>Ensinos ao Utente e Cuidador sobre</u> (5 min):	<ul style="list-style-type: none"> - Hábitos de vida saudáveis: alimentação, hidratação oral, higiene do sono; - Promoção de ambiente seguro: organização do espaço e prevenção de quedas; - Estratégias para a promoção do autocuidado e máxima independência funcional com utilização das capacidades do doente e estratégias adaptativas. - Estratégias para a promoção da estimulação cognitiva. 	Força Muscular		<ul style="list-style-type: none"> - Executar mobilização articular passiva, ativa assistida, ativa (de acordo com capacidade do utente), de todos os segmentos dos membros superiores e inferiores (1 series e 10 repetições para cada segmento) (10 min); <p><u>Se capacidade de marcha e movimento corporal:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Executar mobilização articular ativa resistida de todos os segmentos dos membros superiores e inferiores (5 min); - Realizar caminha ou pedaleira, alternadamente (de acordo com capacidade do utente e ir progredindo no aumento da resistência conforme tolerância) (5 min). <p><u>Se dependente, sem capacidade de marcha e movimento corporal ativo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Executar exercícios de rolar na cama, automobilização, ponte (10 min). 		Equilíbrio	
Componente Educacional												
<u>Ensinos ao Utente e Cuidador sobre</u> (5 min):	<ul style="list-style-type: none"> - Hábitos de vida saudáveis: alimentação, hidratação oral, higiene do sono; - Promoção de ambiente seguro: organização do espaço e prevenção de quedas; - Estratégias para a promoção do autocuidado e máxima independência funcional com utilização das capacidades do doente e estratégias adaptativas. - Estratégias para a promoção da estimulação cognitiva. 											
Força Muscular												
<ul style="list-style-type: none"> - Executar mobilização articular passiva, ativa assistida, ativa (de acordo com capacidade do utente), de todos os segmentos dos membros superiores e inferiores (1 series e 10 repetições para cada segmento) (10 min); <p><u>Se capacidade de marcha e movimento corporal:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Executar mobilização articular ativa resistida de todos os segmentos dos membros superiores e inferiores (5 min); - Realizar caminha ou pedaleira, alternadamente (de acordo com capacidade do utente e ir progredindo no aumento da resistência conforme tolerância) (5 min). <p><u>Se dependente, sem capacidade de marcha e movimento corporal ativo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Executar exercícios de rolar na cama, automobilização, ponte (10 min). 												
Equilíbrio												

		<p><u>Sem equilíbrio – dependente (10 min):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Exercício de treino para sentar; - Exercício de equilíbrio sentado; - Exercício de carga em posição ortostática; - Exercícios de transferências para a cadeira. <p><u>Equilíbrio (embora comprometido) (10 min):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Exercícios de correção postural em frente ao espelho. - Exercícios de treino de equilíbrio estático: levantar e sentar da cadeira com e sem apoio (progressivamente); carga num só membro alternadamente. - Exercícios de treino de equilíbrio dinâmico: andar sem sair do lugar; marcha com a ponta dos pés; marcha com os calcanhares; marcha aos saltos; caminhar numa linha reta; caminhar num percurso com obstáculos; caminhar num percurso com piso instável. <p style="text-align: center;">Treino AVD's</p> <p><u>Exercícios para a promoção de AVD's (15 min):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Treino de vestir e despir (roupa e sapatos); - Treino de posicionamento sentado e no leito; - Treino de transferências cama para a cadeira e vice-versa, e treino de transferências da cadeira para sanitário. 	<p>- faixas elásticas;</p> <p>- pedaleira.</p> <p>Recursos:</p> <p>- Cadeira;</p> <p>- Espelho.</p>
	<p><u>Relaxamento (5 minutos)</u></p> <p>Objetivos: Alongar grandes grupos musculares, controlar o padrão e ritmo respiratório e cardíaco.</p>	<p>Ouvir música durante o relaxamento:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Exercícios de flexibilidade, com alongamentos dos membros superiores e inferiores, e mobilização cervical (3 min); - Exercícios de coordenação da respiração com movimentos dos membros superiores (2 min). 	