WC MAIS ACESSÍVEL:

Adaptação à Pessoa com Défice Cognitivo

Congresso Internacional de Enfermagem de Reabilitação 2017

Enfª Catarina Soares (CMRSul; CMEER - Escola Superior de Enfermagem de Lisboa)

Enfª Especialista Margarete Seixas (Centro Hospitalar de Lisboa Central)

Professor Ricardo Braga (Escola Superior de Enfermagem de Lisboa)

O défice cognitivo é preditor de resultados negativos na funcionalidade e no grau de dependência na realização das atividades de vida diária (AVD). Quando se proporciona um ambiente acessível e facilitador da independência funcional, minimizam-se obstáculos físicos, psíquicos e emocionais que, caso contrário, se traduzem em dependência, perda de autoconfiança e encargos socioeconómicos agravados. É imprescindível que o enfermeiro de reabilitação conheça amplamente o funcionamento cerebral, avalie criteriosamente os défices cognitivos e selecione instrumentos de avaliação que lhe permitam traçar objetivos e implementar estratégias. Defende-se uma abordagem biopsicossocial dos problemas cognitivos, envolvendo situações e problemas do quotidiano, tais como o autocuidado. A intervenção deve focar-se em melhorar a funcionalidade em contextos diários, onde decorrem situações que recrutam múltiplas funções cognitivas, como é o desempenho no wc.

Princípios da intervenção do enfermeiro de reabilitação:

- Estabelecimento de objetivos
- Intervenção de início precoce
- Treino orientado para a tarefa e/ou contexto

A cognição compreende funções relacionadas com o processamento da informação: atenção, memória, funções executivas, cálculo, perceção, práxis e linguagem, fundamentais para a performance nas AVD, participação e interação social. As funções executivas, atenção e memória são os défices mais prevalentes nas lesões cerebrais adquiridas e partilham circuitos neuronais, o que as torna indissociáveis na abordagem de reabilitação.

As **funções executivas**, associadas ao córtex frontal, incluem o controlo inibitório, flexibilidade, atualização (relacionado com memória de trabalho), iniciativa e direção do comportamento, persistência na tarefa, organização de ações e pensamentos, criatividade, monitorização e modificação do comportamento. A **atenção** está relacionada com problemas de concentração, incapacidade de filtrar estímulos externos irrelevantes, negligência e habilidade para alternar atividades, com impacto na velocidade de processamento.

A **memória** opera através de sistemas neuronais interconectados dos lobos frontais e temporais, maioritariamente. A memória de trabalho, relacionada com as funções executivas, engloba processos que estimulam a manipulação e manutenção da informação num depósito temporário, tornando possível o raciocínio, compreensão e resolução de problemas. A memória e linguagem desenvolvem-se a par, pelo que o input verbal e/ou visual devem ser explorados na abordagem de reabilitação.

Objetivos da intervenção do enfermeiro de reabilitação:

- Treinar habilidades de planeamento e organização da atividade
- Promover a resolução de problemas
- Promover a autoconsciência e regulação do comportamento
- Promover a iniciação e orientação de comportamentos
- Treinar a atenção para a atividade
- Minimizar o erro e comportamentos perseverativos

Dispositivos externos (DE) como estratégia na reabilitação das funções cognitivas

Os DE são dispositivos eletrónicos, agendas, placas informativas, sinalética, entre outros, constituem medidas de adaptação do ambiente e minimizam a exigência cognitiva do contexto ou atividade. Auxiliam na restituição e/ou compensação do défice cognitivo, prevenindo a sobrecarga sobre a memória ou funções executivas, permitindo à pessoa organizar e categorizar atividades de forma bem-sucedida. O ensino à pessoa sobre DE não deve ser encarado somente como um método de compensação, mas como um treino cognitivo pois requer aprendizagem, depende da ativação repetitiva dos processos cognitivos associados e permite adequar o input (verbal ou visual), consoante o hemisfério lesado. Seguem-se exemplos de DE criados.

Bibliografia

Césperes, J. M. M. & Ustárroz, J.T. (2008). *Rehabilitación neuropsicológica.* Madrid: Síntesis.

Chung, C. S., Pollock, A., Campbell, T., Durward, B. R. & Hagen, S. (2013). Cognitive rehabilitation for executive dysfunction in adults with stroke or other adult non-progressive acquired brain damage. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4. DOI: 10.1002/14651858.CD008391.pub2

http://www.arasaap.org. Acedido em: 2017/10/16.

Langhorne, P., Bernhardt, J. & Kwakkel, G. (2011). Stroke Rehabilitation. *Lancet*, 377(9778), 1693-1702. DOI: 10.1016/S0140-6736(11)60325-5

Gillen, G., Nilsen, D. M., Attridge, J., Banakos, E., Morgan, M., Winterbottom, L. & York, W. (2015). Effectiveness of Interventions to Improve Occupational Performance Of People With Cognitive Impairments After Stroke: an Evidence-Based Review. The American Journal of Occupational Therapy, 69(1), 1-13. DOI: 10.5014/ajot.2015.012138.

Kiser, L., Zasler, N. (2009). Residential design for real life rehabilitation. *NeuroRehabititation*, 25, 219-227. **DOI**: 10.3233/NRE-2009-0518.

Varanda, E. M. G. & Rodrigues, C. A. F. (2016). Reeducação Cognitiva em Enfermagem de Reabilitação: Recuperar o Bailado da Mente. In Marques-Vieira, C. & Sousa, L. (Coord.). *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida.* (pp. 215-226). Loures: Lusodidacta.

Whyte, E., skidemore, E., Aizensteins, H., Ricker, J., & Butters, M. (2011). Cognitive Impairment in Acquired Brain Injury: A predictor of Rehabilitation Outcomes and an Opportunity for Novel Interventions. *American Academy Of Physical Medicine and Rehabilitation*. 3(6), 45-51. **DOI:** 10.1016/j.pmrj.2011.05.007.

Sohlberg, M. M. & Mateer, C. A. (2011). Reabilitação Cognitiva - Uma abordagem Neuropsicológica integrada. São Paulo: Santos Editora.

Estudo de Caso

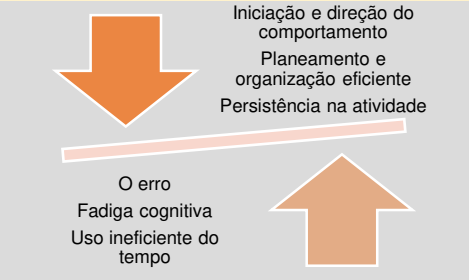
A Sra. A. L., 57 anos, sofreu uma hemorragia subaracnoideia da artéria basilar a nível da bifurcação da artéria cerebelar anterior esquerda e aneurisma da artéria cerebral anterior. Apresentou complicações no pós operatório, das quais resultaram lesões isquémicas no território da distribuição cortical da artéria cerebral média bilateralmente. Previamente autónoma nas AVD. Após o incidente, apresenta: défice da atenção seletiva, focada, mantida, alternada e dividida, da memória de trabalho e prospetiva, das funções executivas, alterações da linguagem, predominantemente da expressão, agnosia digital e apraxia ideomotora e construtiva. Sem défices sensoriomotores. Apresenta um *score* total de 74/126 na escala MIF, mais especificamente: 3/7 na higiene pessoal , banho e vestir metade superior e inferior do corpo.

Plano de Intervenção

Diagnóstico	Intervenção
Autocuidado higiene dependente em grau elevado	- Gerir estímulos ambientais: ambiente calmo, promotor da atenção; - Remover todo o restante material da divisão para minimizar o erro; - Incentivar a reunir o material necessário para a higiene: utilizar DE com checklist (treino de memória) e dispô-lo de forma sequencial para minimizar o erro; - Fornecer pistas verbais e visuais para minimizar falhas no planeamento - Dispor DE no wc, para promover o estímulo visual direcionado para a atividade: gel de banho/champô com rótulo explícito da função do produto; sequência do banho junto ao chuveiro, ao nível do olhar; toalha colocada a seguir ao chuveiro;
Autocuidado arranjar-se dependente em grau elevado	- Simplificar a atividade (poucas etapas, objetivos concisos) - Dispor o material, inicialmente um produto de cada vez, depois por uma ordem lógica de utilização; - Interromper o erro perseverativo e/ou automatismo, centrar a atenção na tarefa a realizar e objetivo da mesma (remeter a atenção para o DE);
Autocuidado vestuário dependente em grau elevado	- Incentivar a decidir sobre qual a roupa que quer vestir; - Incentivar o planeamento e categorização das peças de roupa necessárias para se vestir, através de DE; - Dispor a roupa organizada pela sequência correta de vestir;

Resultados Obtidos

Através da expressão comportamental da Sra. A. no contexto do autocuidado, foi possível avaliar os défices cognitivos aparentes e individualizar a intervenção. A Sra. A. encontra-se ao nível numa supervisão nos autocuidados (score 5/7 na MIF), necessitando de indicações verbais e recorrendo aos DE como estímulo visual.



Considerações Finais

O processo de reabilitação da pessoa com alterações cognitivas é, muitas vezes, longo e envolve a sistematização de atividades que, para os demais, estão automatizadas. Tornar contextos diários mais acessíveis a esta população implica, em grande parte, gerir os estímulos ambientais e adequar a função. O enfermeiro de reabilitação deve estar desperto para as manifestações comportamentais das alterações cognitivas e avaliar, de forma precisa e abrangente, os défices existentes. Destaca-se o desafio de integrar, na sua intervenção diferenciada, instrumentos de avaliação e métodos de atuação que promovam a readaptação funcional da pessoa com alterações cognitivas.