



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

Relatório de Estágio

**A Humanidade no Processo de Reabilitação da Pessoa
com Acidente Vascular Cerebral**

Cristina Isabel Guerreiro Martins

**Lisboa
2022**



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

Relatório de Estágio

**A Humanidade no Processo de Reabilitação da Pessoa
com Acidente Vascular Cerebral**

Cristina Isabel Guerreiro Martins



Orientador: Professora Doutora Vanda Lopes da Costa Marques Pinto



**Lisboa
2022**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

PENSAMENTO

“Para que as luzes do outro sejam percebidas por mim
devo por bem apagar as minhas,
no sentido de me tornar disponível para o outro.”

Mia Couto

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Vanda Marques Pinto pela orientação, inspiração e motivação.

À Professora Doutora Maria do Céu Sá pela confiança.

Aos Senhores Enfermeiros Orientadores pela excelência dos contributos e partilha
de saberes.

A todas as pessoas que comigo cruzaram sorrisos, olhares e toques de ternura.

Às minhas mães, aos meus pais e aos meus irmãos pela Luz, pela Força, pelo
Carinho.

Ao Marco pelo Amor, sempre o Amor.

À Margarete e à Vera pela palavra que motiva, que interroga, pela Amizade.

Aos meus Amigos, pela Humanidade de cada um, que me faz ser e dar o melhor de
mim.

Aos meus colegas de profissão pela resiliência, excelência e exemplo.

À minha Arrábida pela serenidade, pela paz e silêncio confortador.

LISTA DE ABREVIATURAS E/OU SIGLAS

ACES - Agrupamento de Centros de Saúde

ADR - Áreas Dedicadas aos Doentes Respiratórios

APA - American Psychological Association

AVC - Acidente Vascular Cerebral

AVD - Atividades de Vida Diárias

CDE - Código Deontológico do Enfermeiro

CH – Centro Hospitalar

DGS – Direção Geral de Saúde

EE – Enfermeiro Especialista

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

ER – Enfermagem de Reabilitação

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

ESO - European Stroke Organization

MCGM - Metodologia de Cuidados Gineste-Marescotti

MCH – Metodologia de Cuidado Humanidade

MMSE- Mini Mental State Examination

MoCA - Montreal Cognitive Assessment

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNSD - Plano Nacional para a Segurança dos Doentes

PQCEER – Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em

Enfermagem de Reabilitação

REPE - Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SAFE - Stroke Alliance for Europe

SEPCH – Sequência Estruturada de Procedimentos Cuidativos Humanidade

UC - Unidade Curricular

UCC - Unidade de Cuidados Continuados

USF - Unidade de Saúde Familiar

RESUMO

O percurso para a obtenção do grau de Mestre e do título profissional de Enfermeiro Especialista passa pela formação académica e em contexto de cuidados, com a realização de um estágio profissional, onde é esperado que o estudante desenvolva competências científicas, técnicas e humanas necessárias à prestação de cuidados especializados de enfermagem de reabilitação. Assim, para nortear este percurso, desenvolvemos um projeto de estágio descritivo dos objetivos a atingir e as atividades a concretizar para conseguir responder à questão de investigação.

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é uma doença crónica com grande impacto mundial, potencialmente incapacitante, onde o enfermeiro tem um papel preponderante em todo o processo de reabilitação.

A Metodologia de Cuidados Humanidade (MCH) baseia-se nos pilares: olhar, palavra, toque e verticalidade operacionalizados e sistematizados na Sequência Estruturada de Procedimentos Cuidativos Humanidade (SEPCH) e permitem cuidar a pessoa em dignidade. Estas dimensões são significativas para o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) no sentido da promoção da autonomia, acompanhamento e apoio à pessoa com AVC em todo o seu processo de tomada de decisão.

A pertinência dos conceitos “Humanidade”; “Pessoa com AVC” e “Enfermagem de Reabilitação” levaram à formulação da questão de investigação: “Qual o contributo da MCH no Processo de Reabilitação da Pessoa com AVC?”

A pesquisa para fundamentação teórica realizou-se com recurso à plataforma EBSCO web em duas bases de dados a CINAHL e MEDLINE e através do EBSCO HOST (*CINAHL Plus with Full Text, MEDLINE with Full Text*); Nursing Reference Center; ScienceDirect; Biblioteca do conhecimento online; Google Académico, em linguagem natural e nos termos indexados validados em CINAHL Headings e em Medical Subject Headings – MeSH, individualmente e depois combinados através do operador booleano “AND.”

O referencial teórico de Dorothea Orem sustentou a nossa intervenção pois expressa o propósito de cuidar do eu (requisitos de autocuidado) e dos resultados das práticas de autocuidado, valorizando as competências para os requisitos do autocuidado.

Palavras-chave: Humanidade; Pessoa com AVC; Enfermagem de Reabilitação.

ABSTRACT

The path to obtaining the Master's degree and the professional title of Specialist Nurse involves academic training and in the context of care, with the completion of a professional internship, where the student is expected to develop the scientific, technical and human skills necessary to provide rehabilitation nursing specialist care. Thus, to guide this path, we developed a descriptive internship project of the objectives to be achieved and the activities to be carried out to be able to answer the research question.

The stroke is a chronic disease with great global impact, potentially disabling, where the nurse has a leading role in the entire rehabilitation process.

The Humanitude Care Methodology (MCH) is based on the pillars: look, word, touch and verticality operationalized and systematized in the Structured Sequence of Humanitude Care Procedures (SEPCH) and allow caring for the person in dignity. These dimensions are significant for the Nurse Specialist in Rehabilitation Nursing (EEER) in the sense of promoting autonomy, monitoring, and support for people with CVA throughout their decision-making process.

The relevance of the concepts "Humanitude"; "Person with Stroke" and "Rehabilitation Nursing" led to the formulation of the research question: "What is the contribution of MCH in the Rehabilitation Process of Persons with Stroke?"

The research for theoretical foundation was carried out using the EBSCO web platform in two databases, CINAHL and MEDLINE and through EBSCO HOST (CINAHL Plus with Full Text, MEDLINE with Full Text); Nursing Reference Center; ScienceDirect; Online knowledge library; Google Scholar, in natural language and in indexed terms validated in CINAHL Headings and in Medical Subject Headings – MeSH, individually and then combined using the Boolean operator "AND."

Dorothea Orem's theoretical framework supported our intervention as it expresses the purpose of caring for the self (self-care requirements) and the results of self-care practices, valuing skills for self-care requirements.

Keywords: Humanitude; Person with stroke; Rehabilitation Nursing.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	12
1 – A PESSOA COM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL – REABILITAR EM HUMANIDADE	16
2 – DESCRIÇÃO, ANÁLISE E REFLEXÃO DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS	31
2.1. Desenvolvimento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista.....	31
2.1.1. Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal.....	31
2.1.2. Domínio da melhoria continua da qualidade	35
2.1.3 - Domínio da gestão dos cuidados.....	38
2.1.4 - Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.....	42
2.2. Desenvolvimento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação	46
2.2.1. Competência J1 - Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados.....	47
2.2.2. Competência J2- Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania.....	55
2.2.3. Competência J3 - Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa	58
3 – AVALIAÇÃO DO PERCURSO FORMATIVO	62
4 – CONCLUSÃO	66
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	68

APÊNDICES

Apêndice 1 – Projeto de Estágio

Apêndice 2 – Estudo de caso em contexto hospitalar

Apêndice 3 – Estudo de caso em contexto comunitário

Apêndice 4 – Imagens do Jogo de Estimulação da Memória e Atenção

Apêndice 5 – Jogo de Estimulação da Memória e Atenção - Exemplos de exercícios de aplicação

Apêndice 6 – Folha de registo do Jogo de Estimulação da Memória e Atenção

Apêndice 7 - Manual de Visita Domiciliária e de Apoio ao Cuidador Informal

Apêndice 8 - Cuidados à pessoa com cateterismo uretral (algália)

Apêndice 9 - Cuidados na alimentação e hidratação da pessoa com sonda nasogástrica (SNG);

Apêndice 10 - Cuidados no posicionamento da pessoa dependente

Apêndice 11 - Cuidados na transferência da pessoa dependente

Apêndice 12 – Sebenta do Curso Humanitude

Apêndice 13 – Póster “A Humanitude no Processo de Reabilitação da Pessoa com AVC”

Apêndice 14 – Relatório de formação

ANEXOS

Anexo 1 – Sequencia Estruturada de Procedimentos Cuidativos Humanitude

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Sintomas neurológicos consistentes de um diagnóstico de AVC

INTRODUÇÃO

O presente trabalho assume-se como um elemento de avaliação da Unidade Curricular (UC) de Estágio com Relatório, e traduz a operacionalização e desenvolvimento do projeto de estágio (apêndice 1) desenhado na UC Opção II do 2º semestre do 11º Curso de Mestrado na área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL). Este relatório específico no domínio da Enfermagem de Reabilitação (ER) espelha, quer o meu interesse pessoal e profissional, como pretende refletir as competências a adquirir, em concordância com os descritores de Dublin para o 2º ciclo de ensino (com vista à obtenção do grau de mestre), em conjugação com as competências preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros (OE) para o EEER.

A realização deste relatório, que se pretende descritivo e reflexivo, traduz o percurso efetuado, em contexto de estágio profissional, que a par com a formação teórica, foram fulcrais para o processo de aquisição de competências de EEER. Neste sentido, importa compreender o conceito de competências na área da ER que “pressupõem um conjunto de conhecimentos, capacidades, intervenções e comportamentos estruturados em função de uma finalidade que permite agir em contexto” (Rodrigues & Morais, 2015, p.3)

Para Benner (2001), o enfermeiro desenvolve competências de forma gradual, ao longo da vida profissional, progredindo em níveis de eficácia. Estes níveis fazem-se acompanhar de mudanças no aprofundamento das competências decorrentes da capacidade de compreensão, análise e reflexão do profissional perante a globalidade da situação. Para esta autora, é com base nesta evolução, que o enfermeiro se torna *perito*, ou seja, capaz de intervir numa situação, de forma global, suportando a sua ação, no conhecimento que detém, em conjunto com a sua experiência e compreensão da situação.

Nesta perspetiva, o processo de desenvolvimento de competências em ER, assume-se como um processo dinâmico de articulação de conhecimentos teórico-práticos enquadrado num contexto analítico e reflexivo. É com base nesta dinâmica, que surge a construção deste relatório, que tem como temática de interesse a *“Humanidade no Processo de Reabilitação da Pessoa com AVC”*.

A European Stroke Organization (ESO) em cooperação com Stroke Alliance for Europe (SAFE) referem, no Plano de Ação para o AVC na Europa 2018 - 2030, que

este “continua a ser uma das principais causas de morte e incapacidade na Europa e que até 2035, devido ao envelhecimento da população, está previsto um aumento de 34% do número de AVC.” (ESO & SAFE, 2018, p.2).

No panorama português, os dados do Ministério da Saúde (2018) mostram que Portugal tem uma população cada vez mais envelhecida (com mais de um milhão de pessoas com idade superior a 65 anos), verifica-se o declínio da natalidade, mas também o aumento da esperança média de vida, com acréscimo destas doenças crónicas, que originam dependência a nível físico, emocional e social.

A Direção Geral de Saúde (DGS) refere que as doenças cardiovasculares, das quais fazem parte o AVC, são a principal causa de morte e uma das mais importantes causas de morbilidade, de incapacidade, invalidez e de anos potenciais de vida precocemente perdidos. Dados da Sociedade Portuguesa do AVC (2016), alertam que “(...) por ano, em cada 1000 habitantes, 2 morrem por AVC; por hora 3 portugueses são vítimas de um AVC, sendo que 41% dos sobreviventes ficam dependentes.” (DGS, 2017, p.10)

De acordo com Santos, Duarte & Rego (2017) os sobreviventes ficam com disfunções neurológicas crónicas, que se podem manifestar nas funções motora, cognitiva, sensorial e emocional. (p.516). Este conjunto de alterações individuais com repercussões ao contexto familiar justificam que as doenças cerebrovasculares se mantenham no topo das prioridades relativamente ao planeamento em saúde. (Direção Geral de Saúde (DGS), 2017).

O AVC é, portanto, uma doença potencialmente incapacitante, onde o enfermeiro tem um papel preponderante em todo o processo de reabilitação, nomeadamente na qualidade da relação terapêutica que estabelece, contribuindo de uma forma ativa para capacitar a pessoa e família a lidarem com a doença, para o processo de adaptação à nova situação de vida e deste modo para a Qualidade de Vida. (Silva, Neves, Vilela, Bastos & Henriques, 2016).

Assim, vemos o EEER como o profissional de referência com competências especializadas e a ER

como a área de intervenção da enfermagem, de excelência que previne, recupera e habilita de novo, as pessoas vítima de doença súbita ou descompensação de processo crónico, com déficit funcional ao nível cognitivo, motor, sensorial e outros, e as ajudem a criar uma maneira de viver com sentido para elas e compatível com a sua situação, e isso independentemente da sua condição física ou da natureza da sua afeição. (OE, 2018, p.5).

Para Hesbeen (2003) é desta forma que se prestam cuidados personalizados, olhando-se para a pessoa com AVC com *Humanidade*, como pessoa singular, indo ao encontro das suas necessidades reais mais peculiares.

A MCH desenvolvida em 1979 por Yves Gineste e Rosete Marescoti baseia-se nos pilares: olhar, palavra, toque e verticalidade operacionalizados e sistematizados de forma a serem replicados em diversos contextos. A utilização de técnicas relacionais, caracteriza-se pela suavidade do toque, e particularidades muito subtis, em que gestos técnicos e relacionais indissociáveis permitem cuidar a pessoa preservando a sua dignidade, promovendo a sua autonomia colocando-a na centralidade dos cuidados, demonstrando que toda a pessoa é dotada de capacidades (ainda que condicionadas) e parte integrante com o seu convivente significativo, no seu projeto de saúde.

Estas dimensões são especialmente significativas para o EEER, no sentido da promoção da autonomia, acompanhamento e apoio à pessoa em todo o seu processo de tomada de decisão, em sentido figurativo é "(...) oferecer um mapa das estradas à pessoa e utilizar os seus recursos para dialogarem sobre as diferentes possibilidades e para a acompanhar na escolha que tenha feito." (Hesbeen, 2003, p.76).

A relação entre os diferentes conceitos de "Humanidade"; "Pessoa com AVC" e "Enfermagem de Reabilitação" estão na base da temática deste relatório e conduziram à formulação dos respetivos objetivos gerais de estágio: *Desenvolver competências específicas de intervenção do EEER na área motora, sensorial, cognitiva, cardiorrespiratória, da alimentação, da eliminação e da sexualidade que promovam / otimizem o processo de reabilitação física, cognitiva e social e Compreender o Processo de Reabilitação da Pessoa com AVC com recurso à MCH.*

O referencial teórico escolhido para fundamentar a nossa intervenção foi a Teoria do Défice do Autocuidado de Dorothea Orem, que expressa o propósito de cuidar do eu (requisitos de autocuidado) e dos resultados das práticas de autocuidado, em que são valorizadas as competências para atingir os requisitos do autocuidado, tais como: conhecer, decidir e agir.

O processo de escolha e efetivação dos locais de estágio foi dificultado pela situação mundial de Pandemia por SARS- CoV-2 que alterou, significativamente quer, a dinâmica das organizações de saúde e dos seus profissionais, como das instituições académicas. Neste panorama, muitos contextos da prática suspenderam os estágios e os existentes restringiram o número de estudantes, motivo pelo qual não estagiei

nem nos locais idealmente escolhidos, nem nas datas inicialmente previstas. Contudo, é importante referir que este facto não se assumiu como um obstáculo, mas sim como um desafio! Por conseguinte o estágio foi realizado em duas fases: a primeira fase decorreu de 1 de dezembro 2020 a 9 de fevereiro de 2021, num Centro Hospitalar (CH), Serviço de Neurocirurgia e a segunda fase decorreu de 16 de fevereiro a 16 de abril de 2021 num Agrupamento de Centros de Saúde (ACES), Unidade de Saúde Familiar (USF).

No que diz respeito à estrutura do relatório e concluída a introdução, apresentaremos o capítulo “A pessoa com acidente vascular cerebral – reabilitar em Humanidade” que enquadra conceptualmente o tema, a partir dos resultados da revisão narrativa da literatura. A pesquisa realizada teve o propósito de clarificar e justificar a pertinência do tema Humanidade e respetiva metodologia de cuidados, em função do seu impacto na Pessoa, particularmente na Pessoa com alterações decorrentes de AVC, Família e Instituições procurando relacioná-la com a intervenção do EEER e o modelo teórico de Dorothea Orem.

Seguidamente, e tendo por base os objetivos definidos: descreveremos, analisaremos e refletiremos sobre as atividades realizadas em estágio e, de que forma, permitiram o desenvolvimento das competências comuns e específicas do enfermeiro de reabilitação. Consideramos, também fundamental realizar uma avaliação global do percurso realizado, recorrendo à metodologia de análise SWOT (Strengths; Weaknesses, Opportunities; Threats)¹. Por último, apresentaremos a conclusão, onde faremos as considerações finais e deixaremos alguns desafios para o futuro, seguindo-se as referências bibliográficas consultadas para a realização deste relatório.

No decorrer do ensino clínico e redação deste relatório foi garantido o anonimato e a confidencialidade, quer das instituições como dos intervenientes, pelo que não foram identificados o(s) local(is) de realização do estudo, mas feita referência genérica. A identidade dos intervenientes foi preservada e as referências feitas de forma que nenhum dos intervenientes possa ser reconhecido.

Este trabalho foi redigido com base no guia orientador da ESEL para a elaboração de trabalhos escritos, referencias bibliográficas e citações, redigido de acordo com a 7ª edição da Norma da American Psychological Association (APA).

¹ Análise SWOT ou análise FOFA Strengths (Forças), Weaknesses (Fraquezas), Opportunities (Oportunidades) e Threats (Ameaças)

1 – A PESSOA COM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL – REABILITAR EM HUMANITUDE

O AVC é uma doença súbita que afeta uma zona localizada do encéfalo, produzindo, portanto, sintomas e sinais deficitários causados pela perda de função da área afetada. (Ferro & Pimentel, 2013).

Para Santos et al. (2017) este pode surgir em consequência da obstrução de uma artéria (acidente isquémico) ou da rutura de um vaso sanguíneo responsável pela irrigação do cérebro (acidente hemorrágico). Estes autores acrescentam ainda que, as disfunções neurológicas apresentadas pelas pessoas vítimas de AVC “dependem da localização e da extensão da lesão pelo encéfalo², permanecem por mais de 24h e eventualmente, vão manifestar-se ao longo da vida”. (p.513). Estas alterações neurológicas podem resultar em dificuldades na deglutição, alterações das funções cognitivas, da motricidade facial, da linguagem, do padrão de eliminação intestinal e vesical, da sexualidade e ainda problemas sociais e emocionais (Organização Mundial de Saúde (OMS), 2003). Algumas das principais alterações estão descritas na Tabela 1 - Sintomas neurológicos consistentes de um diagnóstico de AVC.

Tabela 1 - Sintomas neurológicos consistentes de um diagnóstico de AVC

Sintomas	Descrição
Sintomas motores	Paralisia ou perda de força muscular no hemicorpo (pé, perna, mão, braço, face) oposto ao local onde ocorreu a lesão (hemiplegia e hemiparesia, respetivamente)
Perda sensorial	Sensibilidade reduzida num dos lados do corpo ou em parte de um lado do corpo; a diminuição da sensibilidade superficial (tátil, térmica e dolorosa) contribui para o aparecimento de disfunções percetivas e para o risco de autolesões
Afasia	Diminuição ou perda de capacidades linguísticas (que se refletem em dificuldades na fluência do discurso, na compreensão de uma conversa, ou no ato de ler ou escrever)
Negligência visuoespacial	Diminuição da atenção e incapacidade para reagir a estímulos apresentados num hemiespaço (metade do espaço corporal e extracorporal considerando um plano sagital que passa pelo meio do corpo); geralmente no lado esquerdo associado com hemiplegia esquerda e hemianopsia
Perturbações Visuais	Cegueira monocular, hemianopsia
Outros sintomas focais (se combinados com os outros sintomas)	Disfagia, ataxia, disartria, confusão, vertigens, perda auditiva aguda unilateral, amnésia aguda

Fonte: Santos, A. E., Duarte, B.C. & Rego, A.C., (2017). Acidente Vascular Cerebral e isquemia neuronal. In Rego, A.C., Duarte, C. B., & Oliveira, C.R., Neurociências (p. 518) Lisboa: Lidel – Edições Técnicas, Lda.

² Os quadros clínicos mais frequentes no **AVC isquémico** diferem se ocorridos a nível do Território Carotídeo (constituído pela Artéria Carótida Interna (ACI), Artérias Cerebrais Médias (ACM), Artéria Cerebral Anterior (ACA) e Artéria Coroídeia Anterior) ou Vertebrobasilar, (constituído pela Artéria Bulbar lateral, a ACPI, a ACPA, a ACS e ACP direita e esquerda). No **AVC hemorrágico** diferem mediante distribuição anatómica da hemorragia: se Hemorragia Subaracnoideia ou Intracerebral.

De acordo com Quinn, Richard & Teuschl (2021) o comprometimento cognitivo³ é um efeito comum do AVC, e potencialmente incapacitante para a pessoa e sua família. (p.3). As alterações cognitivas após um acidente vascular cerebral podem ser gerais (ex: lentidão no processamento de informações), ou podem ocorrer dentro de domínios específicos (ex: a atenção⁴, a memória⁵, as funções executivas⁶, e as funções visuoperceptivas, visuoespaciais, planeamento e organização e linguagem). (Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) 2010). Para Varanda e Rodrigues (2016) a intervenção do ER “(...) passa por avaliar a expressão comportamental do conjunto de défices cognitivos, numa determinada situação patológica, na medida em que esta afeta a independência funcional da pessoa (...)”, e posteriormente desenvolver programas de reabilitação individualizados e assentes na evidência científica. (p. 157).

Como consequências motoras do AVC a mais comum é a hemiplegia. Os déficits de movimentos evidenciados no lado hemiplégico compreendem alteração do tônus muscular, dos ajustes posturais, dos movimentos sinérgicos e alteração de sensibilidade, falta de dissociação entre as cinturas pélvica e escapular, perda dos movimentos seletivos e perda da coordenação motora (OMS, 2003).

Para Dziewas, Michou & Grundschober (2021 p.89), o AVC é a causa mais frequente das alterações da deglutição, ou seja, disfagia pós-AVC. Dependendo do diagnóstico, critérios, tempo, método de avaliação e características da lesão, cerca de 29 a 81% das pessoas com AVC agudo sofre de disfagia pós-AVC. Esta alteração afeta a segurança da deglutição, conduz a um risco aumentado de aspiração e pneumonia subsequente; intervém na eficácia da deglutição com o risco de

³ Cognição ou funções nervosas superiores são todos os processos e atividades mentais usados na perceção, memória, pensamento e compreensão (Ascraft & Radvansky, 2010). Estas funções estão interligadas e permitem representar mentalmente o mundo e aprender, processar, gravar e comunicar informação ao longo da vida. (Ferro & Pimentel, 2013, p.1)

⁴ É uma das componentes básicas do funcionamento cognitivo, permite o processamento de estímulos internos e externos e na sua ausência o envolvimento em tarefas voluntárias seria prejudicado, pois permitem um determinado nível de ativação cerebral essencial para executar uma tarefa, selecionar informação relevante e posteriormente aceder à codificação da informação, sendo fundamentais para a aprendizagem e memória. (Maia, Correia & Leite, 2009, p.293). Os diversos modelos da atenção estruturam-na nas dimensões: *arousal*; *atenção seletiva ou focada*; *atenção sustentada ou vigília*; *atenção dividida e atenção alternada*. (Schoenberg & Scott, 2011)

⁵ São representações espaçotemporais internas do mundo com génese na experiência de cada indivíduo. É determinante para o desenvolvimento de múltiplas atividades, assim como síntese e análise de nova informação e posterior aplicação a outros contextos. Os sistemas de memória podem ser analisados do ponto de vista de sistemas de armazenamento ou evocação de longo termo: sistema declarativo/explicito, que lida com os acontecimentos de uma forma consciente um sistema não declarativo/implícito que não é consciente. A memória declarativa divide-se em semântica (memória de factos) e episódica (memória autobiográfica), e a memória não declarativa em memória implícita específica e memória de procedimentos. A estes quatro sistemas de memória de longo termo/prazo, deve acrescentar-se a memória a curto termo/prazo também chamada de memória de trabalho. (Fonseca, 2018 p.159)

⁶ Consistem nas capacidades que permitem a uma pessoa envolver-se com sucesso num comportamento independente, intencional e de autocontrolo. Estão envolvidas na criação, supervisão, regulação e ajustamento de um comportamento adequado a um objetivo complexo, incluem a capacidade para planear, iniciar e terminar ações, o pensamento abstrato ou conceptual, a adaptação a circunstâncias em mudança e responder de forma socialmente apropriada. (Fonseca, 2018 p.161-162). Como funções executivas destacam se, entre outras, a capacidade de iniciativa, planeamento e monitorização de ações; o controlo inibitório e a flexibilidade mental. (Ferro & Pimentel, 2013 p.20)

desnutrição e desidratação e tem um impacto significativo na independência e no bem-estar psicológico das pessoas afetadas.

Para Fonseca (2018), as alterações de humor e os distúrbios emocionais como a depressão, a ansiedade, a labilidade emocional são manifestações frequentemente descritas após a ocorrência de um AVC, com impacto negativo quer na reabilitação como na recuperação da pessoa, quer na sua qualidade de vida.

De acordo com Silva et al. (2016), as pessoas que sobrevivem ao AVC, tornam-se cada vez mais dependentes no autocuidado, com necessidade de apoio permanente, com repercussões na sua vida e na dos seus familiares. A dependência física conduz a alterações da vida social, frequentemente manifestadas por isolamento, alterações económicas e emocionais que impreterivelmente diminuem a Qualidade de Vida⁷ destas pessoas.

Neste sentido, são visíveis os avanços da ciência, da tecnologia e a incessante descoberta de novos fármacos que têm contribuído, de forma significativa, para que a intervenção, o mais precoce possível, junto das pessoas com AVC reduza as consequências deste. O momento ideal para iniciar a reabilitação não é claro, mas os autores referem que deve iniciar-se o mais cedo possível, após a identificação das lesões. (Vieira, Sousa & Braga, 2016; Bornet, Verhoeven & Buijck. 2016; Hesbeen, 2003).

Martins (2006) refere que a implementação do plano de cuidados de reabilitação deve iniciar-se entre as 48 a 72h após o AVC. Vieira et al. (2017) adverte que “é importante considerar que a mobilização prematura de alta intensidade, nas primeiras 24h pós AVC, pode reduzir a probabilidade de um *outcome* favorável aos 3 meses, pelo que não é recomendado”. (p.466).

Para Menoita (2014, p.66), a especialização dos profissionais de saúde na área da reabilitação, em particular os enfermeiros, constitui uma mais-valia na recuperação destes doentes, proporcionando-lhes melhor qualidade de vida. De acordo com a OE (2018, p.5) “a excelência da Enfermagem de Reabilitação traz ganhos em saúde em todos os contextos da prática, expressos na prevenção de incapacidades e na recuperação das capacidades⁸ remanescentes, habilitando a pessoa a uma maior

7 “É a percepção do indivíduo, de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações e mesmo como uma questão de ética na sociedade na qual o indivíduo se encontra inserido. Deve ser analisada a partir da percepção de cada um”. (Moreira, Andrade, Ribeiro, Nascimento & Brito (2015), p.531).

8 Descreve a aptidão de um indivíduo para executar uma tarefa ou uma ação. Este constructo visa indicar o nível máximo provável de funcionalidade que a pessoa pode atingir num dado domínio num dado momento. (OE, 2018, p.17).

autonomia⁹. Segundo o Regulamento n.º 392/2019, relativo às Competências Específicas do EEER, publicado em Diário da República, os Enfermeiros de Reabilitação têm um papel fundamental junto das pessoas que se tornam dependentes após uma doença como o AVC, ao elaborar e implementar um programa de treino de atividade de vida diária AVD em busca da adaptação às limitações da mobilidade e ao maximizar a autonomia do doente.

De acordo com Menoita (2014) no processo de reabilitação da pessoa com AVC deve considerar-se um conjunto de competências técnico-científicas no domínio da ER, sempre na perspetiva da promoção da resiliência, mas também refletir a humanização de um cuidar. Sobre isto, Hesbeen (2003 e 2006) adverte que o enfermeiro movido pelo espírito da reabilitação é confrontado com duas exigências: “as inerentes a um necessário rigor criado pelos conhecimentos e pela habilidade gestual” (2003, p.35), e as “(...) de demonstrar uma delicadeza, uma generosidade, uma sensibilidade, uma subtileza relacional, da atenção particular lado a lado com o outro (...) para poder acompanhar os seus passos com subtileza, no caminho que é o Seu Caminho (...)” (2006, p.4). Creio que é baseado nestas duas exigências que o autor se fundamenta quando refere que, se deve olhar para a pessoa com AVC com *Humanitude*, como forma de se prestarem cuidados personalizados, considerando a pessoa na sua singularidade, indo ao encontro das suas necessidades reais mais peculiares.

O conceito de *Humanitude* apresenta-se como um termo recente, utilizado pela primeira vez em 1980, pelo jornalista Freddy Klopfenstein, mas seria Albert Jaquard a popularizá-lo e a concebê-lo antropologicamente. Este autor define *Humanitude* como

as dádivas que os homens se ofereceram desde que têm consciência de o ser e que podem continuar a oferecer-se num enriquecimento sem limites, designemo-las pelo termo *Humanitude*. Estas dádivas constituem o conjunto de características de que, a justo título, tanto nos orgulhamos, caminhar sobre duas pernas ou falar, transformar o mundo ou interrogar-nos sobre o nosso futuro. É esse tesouro de compreensões, de emoções e, sobretudo, de exigências, que apenas têm existência graças a nós e que será perdido se desaparecermos. (Gineste & Pellissier, 2008, p.341)

De acordo com Phaneuf (2007, p.2) é preciso não confundir o conceito de Humanismo com o de *Humanitude* proposto, apesar de estarem intimamente ligados. O Humanismo é um conceito filosófico que nos mostra a importância do lugar do homem no mundo, enquanto a *Humanitude*, é um conceito de natureza mais

9 Capacidade de um indivíduo tomar as suas decisões com base na sua razão individual. (OE, 2018 P.17)

antropológica, que nos leva a ver as raízes da nossa condição humana e, por isso mesmo, o que constitui a sua essência.

Gineste e Marescotti reconhecendo no conceito *Humanitude*, os princípios éticos e deontológicos essenciais para o bem-estar e qualidade de vida, da pessoa em situação vulnerável e tendo por base a prática dos cuidados, investigação, particularidades de cada ser humano e em princípios decorrentes das neurociências, fisiologia e da psicomotricidade humana, conceberam, a Metodologia de Cuidado Gineste-Marescotti (MCGM) também designada de Metodologia de Cuidado Humanitude. Esta transposição para a prática de cuidados tem presente o respeito pela dignidade da vida humana e a centralidade da pessoa no processo de tomada de decisão

a filosofia da Humanitude é uma filosofia dos cuidados que permite situar todos os nossos atos no quadro do cuidar de uma pessoa singular, que permite tomar em conta o facto de uma pessoa possuir necessidades e desejos interligados, o facto de ela viver diferentemente das outras pessoas. Ela conduz-nos a colocá-la no centro do cuidar (...) o objetivo de responder ao que permite a cada pessoa, segundo a sua vontade, ter desejos, dar sentido, ter prazer, em todos os atos da sua vida. (Gineste e Pellisier, 2008, p. 269).

A filosofia de cuidados Humanitude e a metodologia de cuidados que dela emerge, são indissociáveis da ética através das regras de arte, as quais funcionam como bússolas orientadoras e evidenciam os princípios éticos, os valores universais e os direitos e deveres¹⁰ que deles decorrem.

Estas regras de arte são: a *Negociação* – que pressupõe a autorização da pessoa, informando-a, para que possa dar o seu consentimento esclarecido; o *Respeito pelo domicílio* – Respeito pelo espaço privado da pessoa, íntimo, de liberdade e prolongamento do eu; *Anunciar-se* – Imperativo fazer-se anunciar, bater à porta a pedir autorização, evitando abordagens surpresas, e se, a pessoa não puder responder, estabelecer contato visual. Deve fazer-se ouvir antes de tocar o seu corpo; o *Sono* – necessidade básica, pelo que, a organização de cuidados deve adaptar-se para que este direito seja respeitado; a *Contenção* – utilizada em último recurso depois de esgotadas todas as outras estratégias. (Salgueiro, 2014, p.45).

Sobre a regra de arte *Anunciar-se*, orientadora da MCH, considero-a particularmente pertinente, principalmente na ótica do Enfermeiro de Reabilitação que presta cuidados á pessoa com AVC. Nas conclusões, apresentadas por Faria (2014)

¹⁰ Para aprofundamento desta temática considera-se a leitura da publicação da Dra. Anabela Brízido (2018) na *Revista Jurídica Portuguesa* nº24 (com o título “Direitos Humanos, Humanitude e a Metodologia Gineste Marescotti: uma “legis artis” de cuidar pessoas com idade consentânea com os Direitos Humanos? Esta publicação consta das referências bibliográficas deste trabalho.

na sua dissertação de Mestrado em ER sob o título “A pessoa após AVC: transição da autonomia para a dependência” esta refere que “apesar dos participantes elogiarem o papel dos Enfermeiros de Reabilitação, não os identificam como especialistas, referindo apenas o seu apoio como Enfermeiros.” (p.130). Por conseguinte, a mesma autora identifica a necessidade dos Enfermeiros de Reabilitação se apresentarem aos doentes, para que estes os identifiquem e reconheçam as competências específicas que lhe são reconhecidas pela OE no Regulamento nº nº392/2019.

As Regras de Arte inerentes à MCH refletem os princípios da Dignidade Humana, da Proteção da Vida e da Liberdade, que contém em si a Autonomia (base dos princípios éticos da Beneficência e da Não Maleficência). Simões (2014), particulariza cada um destes princípios, à luz do proceder cuidativo Humanidade que desta forma, garante a manutenção dos laços de humanidade na relação enfermeiro-doente dando relevo:

(...) ao princípio da proteção da vida para que se possa exercer o respeito por todos os demais princípios; ao princípio de justiça e equidade para evitar a uniformização de cuidados e adequa-los á situação de saúde e necessidades; ao princípio de ajustamento dos cuidados às características singulares de cada pessoa para a personalização de cuidados; ao princípio de lealdade na relação para conseguir a confiança e a participação nos cuidados; ao princípio de respeito da autonomia e liberdade individuais evitando cuidados de força e promovendo o consentimento informado que respeita a autonomia. (p.73)

A ER tem como foco a pessoa com alterações da sua funcionalidade, que vê a sua capacidade para o autocuidado alterada, que se encontra exposta a complicações decorrentes da sua situação de saúde, sendo a pessoa com AVC exemplo disso. São pessoas com diferentes graus de limitação nas suas atividades de vida diárias, que podem estar limitadas na sua capacidade de agir, mas que mantêm a sua capacidade de decidir.

Nas situações, decorrentes da lesão em que há alteração do estado de consciência com incapacidade de se autocuidar, verifica se a incapacidade de agir assim como decidir. Sobre isto Deodato (2016) refere que o conceito, a condição de Pessoa mantém-se inalterada, é a sua capacidade de autonomia que difere, sendo que o enfermeiro de reabilitação presta o seu cuidado em ambas as situações, ajudando ou substituindo, na medida da necessidade a pessoa na especificidade da sua situação de saúde.

Por conseguinte é pertinente perceber, o que nos dizem os autores da MCH, Gineste e Pellissier (2008) reforçam que “é essencial distinguir a capacidade de

realizar, por si próprio, uma acção ou uma actividade, da capacidade de saber ou de sentir como se quer realizá-la, como se deseja que ela seja realizada por nós.”(p.276)

Esta consciência implica um proceder cuidadoso e cauteloso, em que o EEER pode assumir, pelos seus conhecimentos e procedimentos específicos, especial evidência na avaliação das situações em que, a pessoa pode ser autónoma, daquelas em que não o pode ser, nomeadamente quando a comunicação verbal está comprometida, e a compreensão da expressão corporal se torna essencial (ex.: pessoas com alterações na linguagem, comuns na pessoa com AVC). Para Gineste e Pellissier (2008) os gestos das pessoas “as suas expressões, as suas condutas, podem constituir outros modos de expressão da sua autonomia, (...) é indispensável aprender a «ler», a «entender» uma conduta como entendemos as palavras.” (p.277).

Esta metodologia de cuidados assenta “nas dádivas”, conjunto de características abordadas no conceito de Humanidade e pelas quais é permitido ao Homem reconhecer a Humanidade em Si e no Outro; são elas o Olhar, o Toque, a Palavra, o Sorriso (pilares relacionais), o Vestuário e Verticalidade (pilar identitário).

De acordo com Simões (2014), a estimulação destes pilares de Humanidade tem de ser mantida na prestação de cuidados, mesmo que as pessoas doentes não sejam capazes de olhar, falar, tocar, sorrir, verticalizar, vestir (como acontece na situação da pessoa com AVC). O autor reforça ainda, que a estimulação destes pilares permite a “continuidade da comunicação entre as pessoas em relação de cuidados, envolve a ação sobre o patológico e a ação, sobre o potencial de vida que ajudam a pessoa a cuidar de si, mantendo o poder sobre si própria”. (p.69).

Segundo Phaneuf (2007) a comunicação começa com a partilha de um *Olhar*, (...) é desta maneira que desenvolvemos a nossa autoimagem, a nossa identidade e personalidade. Olhar a pessoa de que cuidamos, pode parecer-nos arriscado, mas tudo depende do que este comunica. (...) o olhar de enfermagem é particular. É revelador da nossa aceitação do outro e da nossa abertura ao seu sofrimento. (p.13).

Simões (2014) refere que é pelo olhar que se apela á Humanidade da pessoa que cuidamos, que se estabelece ligação, capturando a sua atenção e dando lhe atenção, mostrando igualdade, deve ser axial e horizontal, longo e próximo.

Para Phaneuf (2007) o *Toque* “(...) é uma confirmação da nossa presença no mundo e um meio de comunicação. Constitui um apelo de Humanidade, um incentivo ao devir e um reconhecimento do carácter humano do outro.” (p.10). A mesma autora refere que é, na prestação de cuidados de enfermagem, que o Toque ganha maior importância, é promovido o desenvolvimento humano, a autoestima e o bem-estar, a

mão que toca, proporciona alívio, segurança e reconforto. Quando tocamos a pessoa que cuidamos, o Toque torna-se linguagem, que fala muito mais e melhor, que todas as nossas palavras, mostramos que estamos á escuta, que compreendemos o seu sofrimento e que lhe prestamos atenção. Na pessoa com AVC, principalmente quando a lesão ocorre no hemisfério direito, pode ocorrer a negligência hemiespacial unilateral, que é a alteração da atenção hemiespacial seletiva ou neglect¹¹. De acordo com Menoita (2014)

o neglect pode ser um fator desfavorável à recuperação e à independência funcional. Na fase aguda o enfermeiro deve abordar a pessoa pelo lado não afectado (...). (...) à medida que a pessoa se adapta à sua nova condição e o enfermeiro explica a alteração sofrida, é fundamental abordar a pessoa pelo lado afetado anunciando a sua presença, para evitar assustá-la. (p.144).

Nesta situação Phaneuf, (2007) refere que “cuidados atenciosos com uma insistência no toque podem ser-lhes benéficos.” (p.12). Neste sentido, Menoita (2014) reforça os benefícios do toque nesta alteração neurológica específica “a estimulação táctil e térmica é fundamental para reintroduzir o hemicorpo afectado no esquema corporal.” (p.144).

Os autores defendem a importância do toque, contudo este deve ser anunciado, intencional e autorizado. Simões (2014) refere que o toque Humanidade deve ser mantido durante todo o cuidado e permitir à pessoa doente, uma sensação positiva com a qual se sinta bem “(...) tem de ser pacificador, feito com suavidade ou «toque ternura» evitando pegar (agarrar) em força (pressão), em garra ou em pinça, tem de ser progressivo e permanente, de efetiva ligação material com a pessoa doente (...)” (p.87).

Na MCH é defendido, nesta e noutras situações, o recurso à técnica de autofeedback. Esta técnica caracteriza-se pela descrição dos gestos que o enfermeiro faz, enquanto executa os cuidados, sendo que, estes gestos devem respeitar duas regras: serem anunciados e descritos:

a descrição dos gestos permite, além disso, ao explicar as ligações entre as palavras e as partes do corpo de que o prestador se ocupa, conservar ou reabilitar alguns dos elementos da relação da pessoa com o seu corpo, com o seu esquema corporal em particular. (Gineste e Pellissier, 2008, p.305).

¹¹ Caracteriza-se pela incapacidade em atender, explorar, responder ou orientar-se para estímulos presentes no hemiespaço e/ou no hemicorpo contralateral (hemicorpo esquerdo, se lesão no hemisfério direito). Nas suas formas mais extremas, a pessoa apresenta um desvio dos olhos e da cabeça para a direita, ignorando qualquer estímulo proveniente do hemiespaço esquerdo, chegando a negar ter qualquer alteração motora à esquerda (anosognosia) ou a negar que a metade esquerda do corpo lhe pertence (hemianomatognósia). (Menoita 2014, p.144)

Menoita (2014) corrobora estes autores quando chama a atenção para a importância do toque acompanhado pela palavra, na reabilitação da pessoa com heminegligência “é essencial que em qualquer atividade se vá nomeando todas as partes do corpo tocada e o respectivo lado para facilitar a reintegração do seu esquema corporal e corrigir alterações de lateralidade.” (p.144). No geral, o mecanismo de autofeedback é pertinente para a reabilitação da pessoa com AVC, pois ao permitir a frequência e a continuidade favorece a reaprendizagem motora, “favorece a fixação do acto motor. A aprendizagem motora utiliza a memória que está a mercê do treino. Assim é necessário repetir inúmeras vezes a mesma acção para ela se fixar, de modo a se formar o engramamotor¹².” (p.68)

A *Palavra* para Phaneuf (2007) é também um apelo à Humanidade, que em associação com o *Olhar* e o *Toque* pode fazer a diferença entre a estagnação e a evolução da situação de saúde da pessoa. Esta autora advoga, por parte do enfermeiro, uma palavra que é consoladora, capaz de comunicar a esperança de um melhor bem-estar, informar e encorajar, promotora de um espaço de liberdade para a pessoa doente exprimir o seu sofrimento e assim ser ator da sua própria situação, capaz de agir e encontrar soluções.

Na MCH, Simões (2014) refere que

as características de suavidade e firmeza, tanto no tom, como no timbre, nas palavras com que o cuidador estimula a comunicação verbal na pessoa doente, mantidas durante a interação de cuidado, realizam uma estimulação positiva deste pilar, através do órgão do sentido audição. (p.92).

Estas especificidades, atribuídas a este pilar Humanidade são extremamente importantes, mesmo nos casos em que as pessoas têm problemas de comunicação verbal, ou mesmo de incapacidade para verbalizar, decorrentes de alterações provocadas, por exemplo pelo AVC, nomeadamente nas situações de afasia¹³ e nas alterações cognitivo-mnésicas¹⁴.

Nestas situações os autores da MCH, Gineste e Pellisier começaram a trabalhar sobre os meios de restabelecer a comunicação durante o cuidado, de manter essa ligação de humanidade essencial que constitui a palavra. Assim, na ausência de

¹² Representa a organização neurológica de um padrão pré-programado de atividade muscular. (Kotke,1984 citado por Menoita, 2014)

¹³ A afasia é a perda parcial ou completa das habilidades da linguagem: codificação, transmissão ou decodificação de mensagens. Estes problemas são frequentes nas pessoas cujo AVC ocorreu por obstrução da artéria cerebral média no Hemisfério esquerdo. (Menoita, 2014, p.145)

¹⁴ As pessoas com AVC apresentam frequentemente alterações cognitivo-mnésicas como: perturbações da atenção, alterações da memória e das funções executivas e de, pelo menos, uma ou outra faculdade cognitiva.

feedback verbal, a prática do autofeedback subsiste, esta técnica é difícil de adquirir e exige treino repetido,

(...) a sua utilização permite um aumento significativo deste pilar através das características positivas verbais e permite um importante contributo para a manutenção do esquema corporal da pessoa doente, por meio da descrição associada à estimulação tátil da parte do corpo que está a ser cuidada. (Simões, 2014, p.92).

Isto implica por parte do enfermeiro e conseqüentemente do EEER, uma atenção particular e especializada à expressão facial, ao olhar, ao tónus muscular da pessoa alvo dos cuidados de reabilitação, permitindo a deteção de sinais de comunicação não verbal que manifestem bem-estar, desconforto, e/ou dor pois, “na ausência de feedback verbal, subsistem quase sempre feedbacks não verbais, muitas vezes subtis, que podem, quando detetados, alimentar a comunicação.” (Gineste e Pellissier, 2008, p. 306).

Sequeira (2016), acrescenta que a interpretação correta e consciente da linguagem não verbal exige ao enfermeiro o desenvolvimento de conhecimentos e competências, “trata-se de um investimento muito relevante, se pensarmos que o desenvolvimento de competências nesta matéria vai permitir, através da observação e interpretação correta da comunicação não verbal, aceder à essência das emoções verdadeiramente experimentadas pelas pessoas.” (p.33).

Para Phaneuf (2007), a *Verticalidade* é um importante pilar da Humanidade, essencial para a saúde. Gineste e Pellissier (2008) referem que a posição de pé e a marcha solicitam a maior parte das funções do organismo, “O sistema ósseo, as cartilagens, os músculos, os tendões e ligamentos, a circulação venosa, a ventilação respiratória, o sistema nervoso periférico e central beneficiam com a verticalização e a marcha.” (p.291).

Gineste e Pellissier advogam que basta 20 minutos por dia para promover o funcionamento orgânico¹⁵. A Verticalidade, em pessoas em situação de vulnerabilidade e com alterações das suas principais funções (sensório-motor; cognitiva) promove a relação interpessoal pois estimula os nervos sensitivos e motores permitindo a sua permanente interação com o ambiente que o rodeia.

Graça (2015), na revisão sistemática da literatura que fez sobre “A mobilização precoce no doente pós AVC” conclui que:

¹⁵ Os autores desenvolveram uma escala para o pilar Verticalidade (Escala da Verticalidade) que distingue quatro situações diferentes: os Homens de pé; os Homens Sentados de pé; os Homens sentados-deitados e os Homens deitados. (Gineste & Pellissier, 2008, p.295-297).

a mobilização precoce traz efeitos benéficos aos doentes após AVC, tanto a nível da capacidade funcional, na realização das AVD, na qualidade de vida e a nível da independência no momento da alta pois a mobilização precoce tem um resultado favorável na independência dos utentes aquando da alta. (p. 58).

É este estímulo dos nervos sensitivos que facilita a entrada de informação para o cérebro proveniente quer do exterior (informações exteroceptivas) como do interior do corpo (informações proprioceptivas¹⁶) que permitem a perceção da situação no espaço de cada parte do nosso corpo fundamental na elaboração cerebral do nosso esquema corporal, indispensável à realização de gestos, equilíbrio e marcha. (Gineste e Pellissier, 2008 p.291; Simões, 2014, p.94 e 95).

De acordo com Simões (2014), os pilares humanos estão presentes na intervenção dos enfermeiros na sua realização dos procedimentos de Cuidar e por isso permite-lhes desenvolver uma linguagem afetiva, íntima e subtil utilizando a estimulação sensorial positiva. Esta impressão e evocação de sensação positiva em memória emocional¹⁷ ativa sinais monitorizáveis expressos por relaxamento muscular, adesão e colaboração que determina a aceitação progressiva dos Cuidados.

Para Santos, Ferreira & Carvalho (2016) “estes fenómenos de aprendizagem e memória baseiam-se, ao nível celular, na alteração da eficiência da transmissão sináptica, processo designado de plasticidade sináptica.” (p.289). O processo de reabilitação cognitiva e sensório motora na pessoa com AVC, acontece por esta capacidade plástica¹⁸ que o Sistema Nervoso Central tem de recuperar as funções perdidas e/ou fortalecer as funções similares com as originais. (Menoita, 2014, p.67)

Por conseguinte, e reunindo os contributos dos autores (Phaneuf, 2007; Gineste & Pellissier, 2008; Simões, 2014), a estimulação sensorial positiva ao proporcionar uma sensação corporal, também positiva permite dinamizar a expressividade relacional na recuperação, manutenção e/ou potenciação dos pilares; promove a competência funcional, por incentivo à interação e à exploração do meio ambiente que facilita a mobilização ativa e a verticalidade (que acrescentam a estimulação proprioceptiva pelos músculos, articulações e tendões); proporciona a

¹⁶ É o feedback sensorial que contribui para as sensações conscientes (muscular), postura geral (equilíbrio) e postura dos segmentos (estabilidade articular). O feedback proprioceptivo desempenha o papel principal na perceção consciente e inconsciente no movimento de uma articulação ou membro (Wang et al., 2008).

¹⁷ Memória é uma complexa função cerebral essencial para a aquisição, síntese e análise de nova informação. São representações espaço temporais internas do mundo com génese na experiência de cada uma. A memória sensorial corresponde à capacidade constante de reter informação relativa a atividades a decorrer no momento, por frações de segundos. É ampla, e cada modalidade sensorial (visual, táctil) desempenha uma função específica neste tipo de memória. (Pinheiro, Pinto & Sousa, 2017)

¹⁸ Neuroplasticidade ou plasticidade neuronal é a capacidade que o Sistema Nervoso Central tem para alterar a sua função, o seu perfil químico e estrutural. (Takase, 2005)

adaptação aos estados de saúde e aos ambientes; facilita a aprendizagem procedimental; prevenção de complicações; estimula as capacidades restantes e a independência máxima nas AVD e respetivos autocuidados.

Esta metodologia tornou-se transversal para qualquer cuidado, replicável nos diversos contextos da prática de cuidados, permitindo a operacionalização da relação entre enfermeiro e doente por meio de cinco etapas consecutivas e dinâmicas que se encontram descritas na Sequência Estruturada de Procedimentos Cuidativos de Humanidade (Anexo 1). (Simões, Rodrigues & Salgueiro (2011); Figueiredo, Melo & Ribeiro (2018) e Melo, Queirós & Tanaka, (2019)).

Esta sequência reúne, de forma organizada e sequencial, os procedimentos a realizar em cada uma das cinco etapas da Captura Sensorial.

Os pré-preliminares que se objetivam no anúncio da presença do enfermeiro, pela abertura dos canais relacionais, evitando as abordagens surpresa, respeitando a privacidade e autonomia da pessoa cuidada;

Os preliminares, iniciam-se com o estabelecimento de uma relação de confiança pelo uso dos pilares relacionais para obtenção do consentimento relacional por parte da pessoa cuidada e que determina o início da prestação de cuidados;

A *rebouclage* sensorial que inclui a prestação de cuidados pressupondo a manutenção coerente de um ambiente emocional positivo entre o enfermeiro e a pessoa cuidada promovendo sempre que possível a verticalidade.

A consolidação emocional, etapa de estímulo cognitivo-amnésico, permite deixar na memória emocional da pessoa cuidada uma impressão positiva do momento cuidativo vivido, facilitando o consentimento relacional e aceitação de cuidados.

O reencontro é o momento final da relação que assenta num compromisso para cuidados futuros, ajustando o cuidado à vontade da pessoa. A despedida acontece e marca-se novo encontro, verbal ou por escrito, com referências temporais, evitando sentimentos de abandono.

Esta metodologia dinâmica encontra-se implementada em vários países, em várias áreas como o ensino, saúde e políticas sociais, e em diversas tipologias de cuidados. De acordo com os vários autores pesquisados esta metodologia de cuidados, se for corretamente implementada, traduz ganhos em saúde para a pessoa cuidada, para os profissionais e instituições de cuidados, assumindo-se como uma metodologia promotora da mudança.

No estudo de investigação-ação, desenvolvido por Henriques et al (2019) ressalta a ideia de que a MCH “parece ser uma ferramenta de cuidar inovadora que permite capacitar os profissionais com técnicas relacionais que profissionalizam a relação entre o cuidador e a pessoa cuidada reduzindo as dificuldades na prestação de cuidados” (Henriques, Dourado, Melo & Tanaka, 2019, p. 8). Destaca-se também que, com o aumento ao recurso do pilar Verticalidade, houve redução do número de pessoas acamadas, que utilizavam cadeira de rodas, e aumento dos cuidados de higiene de pé na casa de banho. A relevância dada à importância da manutenção/aumento da funcionalidade na pessoa e capacitação no autocuidado, torna-se pertinente para a ER, no âmbito da sua missão e intervenção do EEER que tem como alvo a pessoa com necessidades especiais ao longo do ciclo vida. Visa o diagnóstico precoce, a promoção da qualidade de vida, o aumento da funcionalidade, o autocuidado e a prevenção de complicações evitando as incapacidades ou minimizando as mesmas gerando ganhos em saúde. (PQCEER, 2018, p.6).

Outros estudos desenvolvidos por Melo, Henriques & Tanaka (2019) e Figueiredo et al. (2018) concluem que a MCH traduz ganhos para: os *profissionais de saúde* - maior conscientização das potencialidades da pessoa cuidada e compreensão dos seus comportamentos, gestão das emoções, maior intencionalidade na relação e responsabilidade no cuidar, satisfação profissional em razão dos resultados positivos obtidos; *para as pessoas cuidadas* – redução da oposição aos cuidados e o aumento na participação no autocuidado; na prestação de cuidados maior facilidade no cuidado reduzindo a sua agitação e aumento da aceitação do cuidado; *a nível institucional*: constata-se uma mudança de cultura de cuidados mais centrada na humanização do cuidar e nas relações estabelecidas com as pessoas e equipa multiprofissional.

Sobre a replicabilidade e transferência da MCH para a prática de cuidados, os estudos apresentados anteriormente também o referem, mas Melo, Queirós & Tanaka (2017) torna mais evidente a necessidade de haver uma correta apropriação dos conceitos subjacentes à MCH, uma “consciencialização dos nossos gestos cuidativos, profissionalização das técnicas relacionais e intencionalidade na sua utilização.” (p.61). Neste estudo, concluiu-se ainda sobre o forte potencial de desenvolvimento desta temática em termos de investigação fundamental em Portugal, aplicada a diversas áreas, particularmente na saúde, à semelhança do que já acontece noutros países. É recomendada para uma efetiva disseminação e transferência desta metodologia para a prática de cuidados “além do desenvolvimento da investigação,

experimental e aplicada, a divulgação do conhecimento produzido seja realizada através de publicação em revistas nacionais e internacionais.” (p.61)

Atualmente, assiste-se ao crescente envelhecimento, o aumento da esperança média de vida com conseqüente aumento de níveis de dependência e complexidade de doenças crónicas, colocam novos desafios aos sistemas de saúde: na gestão humana dos enfermeiros e aos cuidados prestados por estes profissionais. Advogam-se cuidados mais efetivos, com uma mobilização de saberes cada vez mais abrangente e complexa que exige processos de tomada de decisão sustentados na evidencia científica.

Por conseguinte, a prática clínica sustentada nos modelos teóricos permite que os enfermeiros percebam o que estão a fazer e sejam capazes de o explicar aos outros, pelo que a teoria em enfermagem conduz à autonomia profissional, orientando as práticas assistencial, de ensino e a de investigação dentro da profissão (Tomey & Alligood, 2004).

Neste sentido escolhi o modelo de Orem, a Teoria do Autocuidado, Déficit do Autocuidado e Sistemas. O conceito de Autocuidado, desenvolvido por Dorothea Orem, é de acordo com Queirós (2010) um conceito universal por abranger todos os aspetos vivenciais, não se restringindo às atividades de vida diária e às instrumentais.

Esta teoria reconhece que as crenças, antecedentes sociais e culturais, características pessoais e relação entre os profissionais de saúde e os clientes são alguns dos fatores que influenciam os comportamentos de autocuidado, acreditando que estes componentes se interligam, estabelecendo o ser humano e o ambiente como uma única unidade. (Hartweg & Pickens, 2016).

A pertinência da Teoria de Orem está assim no seu âmbito, complexidade e utilidade clínica, e por isso parece caminhar em simbiose com a filosofia da Humanidade e com a metodologia de cuidados que dela imerge, no sentido da capacidade de gerar hipóteses e acrescentar conhecimento ao corpo da enfermagem.

Orem identificou os três tipos de prática da ciência de enfermagem nos sistemas de enfermagem, que são: 1) sistema totalmente compensatório, quando o enfermeiro substitui a pessoa no autocuidado; 2) sistema parcialmente compensatório, quando a pessoa apenas precisa do enfermeiro para ajudá-lo naquilo que ele não é capaz de realizar por si só; e 3) apoio-educativo, quando a pessoa é capaz de realizar o autocuidado, embora necessite dos enfermeiros para o ensinar e supervisionar na realização das ações (Tomey & Alligood, 2004).

O conceito do Autocuidado, assume centralidade disciplinar pela sua capacidade de clarificar um propósito para a enfermagem (promover ou restituir a capacidade de autocuidado das pessoas) e pelo poder explicativo de uma ação (aquisição de competências para a autonomia e autodeterminação).

Por sua vez, ER compreende um corpo de conhecimentos e procedimentos específicos que permite prestar cuidados à pessoa no sentido de manter e promover o seu bem-estar e qualidade de vida; recuperar a funcionalidade, prevenir complicações e maximizar as suas capacidades. De acordo com Lista, Correia & Fonseca (2017) a Teoria de Teoria do Autocuidado, Déficit do Autocuidado e Sistemas de Dorothea Orem constitui-se um importante meio para que seja atingido este fim.

Aplicando esta teoria, o enfermeiro considera a pessoa na sua totalidade, em toda a sua Humanidade e numa relação de cuidados com a Humanidade de quem a cuida. Só assim o EEER, independentemente do contexto de cuidados, é capaz de conceber, implementar e monitorizar planos de reabilitação diferenciados, baseados na identificação das verdadeiras necessidades de autocuidado da pessoa e que: respeitem as suas crenças, valores, vulnerabilidades e capacidades na vivência e adaptação aos processos de transição saúde/doença dela e da sua Família.

2 – DESCRIÇÃO, ANÁLISE E REFLEXÃO DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

No decorrer deste capítulo faremos a descrição, análise e reflexão das atividades desenvolvidas ao longo do estágio, as quais permitiram atingir os objetivos a que nos propusemos e consequentemente desenvolver as competências comuns e específicas do EEER que os nortearam. Consideramos que desenvolver uma prática reflexiva foi essencial para que este percurso se assumisse como um processo de análise consciente, dinâmico, e que nos permitiu, como futuros EEER, atingir uma nova compreensão e apreciação da nossa prática.

É importante referir que, no âmbito de aquisição de competências na área de especialidade explanado em trabalho de projeto, (apêndice 1) foi planeado o objetivo *Dar a conhecer à equipa transdisciplinar a MCH enquanto metodologia promotora da Reabilitação da Pessoa com AVC*. Consideramos que este objetivo é transversal ao desenvolvimento das competências comuns e específicas e que esteve presente ao longo de toda a prática clínica, conforme pretendemos fundamentar pela descrição, análise e reflexão das mesmas.

2.1. Desenvolvimento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

Para o desenvolvimento das competências comuns do EE teremos que considerar os objetivos específicos e respetivas atividades elencadas para os quatro domínios: da responsabilidade profissional, ética e legal; da melhoria contínua da qualidade; da gestão dos cuidados e do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

2.1.1. Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

No que concerne ao desenvolvimento de competências no Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal¹⁹ definimos como objetivo específico:

¹⁹ Estão consideradas neste domínio as seguintes competências: Desenvolve uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional (A1); garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais. (A2)

Desenvolver uma prática profissional mediante processos de tomada de decisão ética, suportada no rigor científico, em princípios, valores e normas deontológicas.

A Enfermagem enquanto profissão autorregulada, tem definidos tanto no Código Deontológico do Enfermeiro (CDE) como no Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) os princípios éticos e deontológicos a cumprir no seu exercício, (ex.: respeito pela dignidade e liberdade da pessoa; agir em verdade e justiça, beneficência e não maleficência etc.) os quais são transversais à Enfermagem de Reabilitação e estão explícitos quer no Regulamento das Competências Comuns do EE como no Regulamento das Competências Específicas do EEER. Estes documentos foram os alicerces sobre os quais norteámos a nossa postura, conduta e intervenção e, por conseguinte, estiveram na base da realização das atividades delineadas para o ensino clínico.

Desta forma, nos diferentes contextos de estágio, foi importante conhecer a estrutura física dos locais; apresentação aos diferentes elementos da equipa multidisciplinar e a consulta de documentos específicos, como: os documentos referentes à missão, visão, valores e objetivos do serviço e instituição em questão (USF e CH) assim como, normas, objetivos e áreas de intervenção.

De acordo com Mendes (2009) “a dimensão ética do agir assume particular relevância no processo de tomada de decisão, pelo que se torna um imperativo a sua clarificação e assunção por parte dos enfermeiros”. (p.165). Esta postura é essencial para a qualidade dos cuidados, que devem ter por base o respeito pela vida, dignidade e direitos humanos e garantir a defesa da liberdade da pessoa humana.

É nossa convicção que a MCH reflete este imperativo, através das regras de arte e no decorrer das diferentes etapas da SEPCH mobilizada durante a nossa intervenção especializada e continuamente aperfeiçoada ao longo do estágio clínico, descritas especificamente nos estudos de caso apresentados (apêndices 2 e 3).

Através dos pré-preliminares anunciámos a nossa presença, abrindo os canais relacionais, respeitando a privacidade a autonomia da pessoa cuidada.

Os preliminares permitiram-nos obter o consentimento relacional por parte da pessoa cuidada após estabelecida uma relação de confiança promovida pela mobilização dos pilares relacionais e facilitadora da negociação dos cuidados.

Na rebouclage sensorial prestámos cuidados com estimulação sensorial pela palavra, toque e olhar, num ambiente emocional positivo e promotor da participação da pessoa no seu plano de cuidados de reabilitação. Agimos no sentido de que a

mensagem enviada pelos três canais fosse congruente, respeitando a sua identidade, intimidade, autodeterminação e autonomia, conforme defendido por Simões (2014).

A consolidação emocional permitiu deixar uma memória emocional positiva dos cuidados de reabilitação prestados, facilitando a aceitação e consentimento relacional determinante na continuidade do processo de reabilitação da pessoa.

No reencontro, foi obtido o compromisso entre nós e a pessoa cuidada para a continuidade de cuidados, efetivado o dia e o momento considerando a vontade da pessoa, conservando a relação estabelecida e prevenindo o sentimento de abandono.

Considerando o contexto de pandemia (com todas as medidas de prevenção impostas e identificando qualquer situação de risco), a operacionalização da SEPCH e das regras de arte MCH foi visível ao longo do estágio através de diversas intervenções e atividades explanadas nos planos de cuidados de ER e permitiram: prestar cuidados com zero cuidados em força ou seja, os cuidados foram prestados com o consentimento da pessoa, envolvendo-a promovendo a sua autonomia no processo de tomada de decisão; respeito pela sua singularidade e intimidade, respeitando as suas particularidades, os seus gostos, os seus hábitos de vida e a sua privacidade, promoção da sua verticalidade (desde que não houvesse contra-indicação); abertura ao exterior com liberdade de interagir com a família, pessoas significativas e comunidade tornando o contexto de cuidados um lugar de vontades, capacitação e empoderamento.

Nas situações em que a pessoa cuidada se encontrava num estado de saúde mais dependente e vulnerável, sempre que possível, foi estimulada a sua autonomia, por meio de ações simples mobilizando os pilares Humanidade (olhar; palavra; toque; verticalidade) e esperando sempre a expressão do seu consentimento pela comunicação verbal e/ou não verbal.

Nas nossas intervenções especializadas foi fundamental fazermos uma avaliação completa da pessoa e estarmos atentos à sua linguagem corporal, como forma de expressar a sua autonomia evitando reduzi-la à sua expressão pela linguagem. De acordo com Silva, Brasil, Guimarães, Savonitti & Silva (2009),

a capacidade de ouvir e compreender o outro não inclui apenas a fala, mas também as expressões e manifestações corporais, como elementos fundamentais no processo de comunicação, a cinésica (...) assume um papel importante na descodificação das mensagens recebidas durante as interações profissionais e pessoais. (p. 53).

Para Gineste & Pellissier (2008) “a pessoa pode já não conseguir exprimir pela palavra os seus desejos ou as suas vontades, mas os seus gestos, as suas

expressões, as suas condutas, podem constituir outros modos de expressão da sua autonomia”. (p.277).

A referir que, na impossibilidade de a pessoa se expressar verbalmente, foi determinante o envolvimento da família que permitiu que tomássemos conhecimento sobre os valores, costumes/rituais, crenças e vontades para que o plano de cuidados de reabilitação fosse reflexo da Humanidade de cada pessoa cuidada.

A participação da pessoa e família no plano de cuidados foi tão mais efetiva quanto mais esclarecida e informada estivesse sobre a validade científica e pertinência das intervenções planeadas (considerar os apêndices 2 e 3). Neste contexto, assumimos como dever (conforme o artigo 84º do CDE), enquanto futuros EEER, explicar de forma simples e compreensível qual o objetivo e natureza das intervenções, consequências e riscos.

A confidencialidade e segurança da informação adquirida, fosse escrita e/ou oral, transmitida pelo próprio, família ou fornecida pela consulta de documentos clínicos, foi uma preocupação em todo o percurso. Uma forma de efetivarmos esta preocupação foi utilizar nomes fictícios e evitar descrever particularidades que permitissem a identificação dos contextos e das pessoas intervenientes na prática de cuidados. Esta conduta visa respeitar o artigo 85º do CDE relativo ao dever de sigilo, que determina que o enfermeiro, na sua prática especializada deve “considerar confidencial toda a informação acerca do destinatário de cuidados e da família, qualquer que seja a fonte (...) e manter o anonimato sempre que o seu caso for usado em situações de ensino, investigação (...)” (p. 117).

No contexto da prática de cuidados percebemos que foi a profissionalização dos pilares relacionais da Humanidade, e a adequação de um conjunto de procedimentos técnicos- relacionais inerentes à formação avançada enquanto EEER que permitiram prestar um cuidado verdadeiramente centrado na pessoa, estabelecendo uma comunicação que se quer efetiva, empática e terapêutica, atendendo à particularidade das disfunções causadas pela lesão e assegurando um ambiente promotor da participação ativa e coresponsabilização da pessoa e família.

Refletir sobre estas questões ao longo deste percurso académico e mobilizá-las na prática de cuidados foi inspirador, uma vez que permitiu o reconhecimento da intervenção do EEER na promoção da qualidade dos cuidados prestados, e que tal só se torna efetivo, se “(...) assegurarmos, na nossa prática a especificidade da natureza dos cuidados de enfermagem adequados às necessidades reais e potenciais da

peessoa, suportadas na evidência científica, na ética e deontologia.” (Mendes, 2009, p.169).

2.1.2. Domínio da melhoria continua da qualidade

No que concerne ao desenvolvimento de competências no Domínio da melhoria continua da qualidade²⁰ definimos como objetivo específico: *Assumir um papel dinamizador no desenvolvimento de práticas, programas e projetos de qualidade promovendo um ambiente terapêutico e seguro.*

No compromisso de desenvolver competências neste domínio foi fundamental aprofundar conhecimentos, pelo que realizámos pesquisas bibliográficas na área da qualidade na prestação de cuidados; consultámos normas e protocolos instituídos e, nos diferentes contextos da prática clínica, em articulação com os respetivos enfermeiros orientadores e com validação do professor orientador, procurámos saber quais os projetos de qualidade desenvolvidos e em desenvolvimento, e em quais seria pertinente a nossa intervenção.

É importante referir que o contexto de pandemia vivido tornou esta atividade ainda mais importante, pois quer em contexto hospitalar como em contexto comunitário, foi crucial mantermo-nos atualizados das normas e procedimentos elaborados pelos grupos de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (em concordância com as diretrizes da DGS) nomeadamente no que diz respeito: á utilização dos equipamentos de proteção individual; ao respeito pelos circuitos instituídos; gestão de visitas, etc.

De acordo com o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 (PNSD) a cultura de segurança numa instituição de saúde é, mais que uma competência de gestão, “(...) corresponde ao conjunto de valores, crenças, normas e competências individuais e de grupo que determinam o compromisso, o estilo e a ação relativa às questões da segurança do doente.” (Despacho nº9390/202, p.99).

Neste sentido, consideramos que é imperativo que todos os enfermeiros, mas especificamente os EE a quem são exigidas elevadas competências técnicas e científicas, sejam conhecedores e promotores da cultura de segurança das instituições onde prestam cuidados e que esta seja refletida na sua prática diária. É

²⁰ Estão consideradas neste domínio as competências: Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica (B1); desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria continua (B2); garante um ambiente terapêutico e seguro (B3).

nossa convicção que só é possível assumirmos um papel dinamizador na equipa de cuidados e agirmos como promotores de um ambiente terapêutico e seguro para equipa, doente e família, se tomarmos conhecimento da cultura de segurança de uma entidade prestadora de cuidados, pois só

ao priorizar, desenvolver e criar condições que permitam garantir uma cultura centrada na segurança, (...) conduzem a instituição para um nível em que os doentes, famílias e os profissionais de saúde sentem confiança e abertura para discutir e antecipar as fragilidades do sistema (...) e responder de forma transparente aos desafios da complexidade inerente à prestação de cuidados de saúde. (Despacho nº9390/202, p.99).

No contexto hospitalar promovemos e supervisionámos momentos de interação entre a pessoa e família, analisando cada situação e garantindo sempre a segurança dos intervenientes, o respeito pelas normas instituídas em situação de pandemia, mas sobretudo fomentando a sensibilidade, consciência e respeito pela identidade cultural e necessidades espirituais e emocionais dos envolvidos, valores tão advogados pela MCH. Num estudo desenvolvido por Santos, Melo & Henriques (2021) sobre o contributo desta metodologia para a gestão das emoções na pandemia concluem que, se

torna fundamental a apropriação dos princípios da MCH, por parte dos cuidadores, orientadores da prática de cuidados humanizados, facilitadores da interação com a pessoa cuidada, promovendo sentimentos de bem-estar, mesmo em situação de grande vulnerabilidade e fragilidade, como é o caso da pandemia por COVID-19. (p. 122).

Como EE, é esperado que atuem como elementos de referência, detentores de conhecimentos avançados sobre as mais recentes diretrizes na área da qualidade e que os incorporem na prática de cuidados com objetivo de garantir a mais elevada qualidade dos cuidados prestados. A nossa intervenção especializada junto da Sra. S.S (descrito no estudo de caso - apêndice 2) especificamente na área da reabilitação das aptidões cognitivas (ex.: atenção, memória, funções executivas, etc.) com reconhecidos ganhos em saúde na funcionalidade e capacidades para o autocuidado pela própria Sra. S.S, família e equipa de saúde, permitiu que fossemos desafiados pela equipa de EEER a dar contributos para o projeto de serviço na área da atenção.

Este foi um desafio deveras enriquecedor pois permitiu, não só operacionalizar o conhecimento teórico adquirido ao longo da intervenção desenvolvida com a Sra. S.S, como contribuir para colmatar uma dificuldade sentida ao longo da intervenção: como estimular as diferentes aptidões cognitivas? Estas questões contribuíram para a conceção do Jogo de Estimulação da Memória e Atenção (apêndice 4) composto por: 68 cartas (2 cartas identificativas; 7 pares de setas; 7 pares de frutas; 14 pares

de figuras geométricas e 5 pares de cartas de desenhos diversos) e uma folha com exemplos de exercícios que poderão ser realizados pelo enfermeiro de cuidados gerais após avaliação especializada do EEER (apêndice 5). Todos os elementos didáticos que compõem o jogo foram plastificados permitindo a sua higienização para uma utilização segura do mesmo pelos diferentes utilizadores. Foi ainda elaborada uma folha de registos de enfermagem (apêndice 6), com a finalidade de documentar a aplicação do jogo enquanto ferramenta de reabilitação das aptidões cognitivas, bem como os *outcomes* da sua implementação em cada pessoa cuidada.

Uma das atividades programadas, em trabalho de projeto, foi a de participar nas autorias de avaliação dos projetos de melhoria continua da qualidade implementados nos contextos. Esta atividade teria como propósito desenvolver competências e aptidões a nível da análise e planeamento estratégico da qualidade dos cuidados; competências na gestão e supervisão de processos de melhoria da qualidade; adquirir conhecimentos necessários para a condução de auditorias: planificação, execução, finalização ao reporte e comunicação dos resultados. Contudo, esta atividade não foi concretizável devido ao contexto de pandemia e aos planos de contingência instituídos relativamente à reorganização de departamentos e serviços, mobilização e otimização de recursos humanos.

No contexto comunitário, a equipa multiprofissional da USF encontrava-se a desenvolver esforços no sentido da melhoria da qualidade dos cuidados com a revisão/elaboração dos Guias orientadores de Boas Práticas. Por conseguinte, fomos convidados a integrar a equipa responsável pela elaboração do Manual de Visita Domiciliária e de Apoio ao Cuidador Informal e conseqüentemente a participar nas reuniões inerentes à sua elaboração. A partir desta dinâmica, resultou a elaboração do Manual de Visita Domiciliária e de Apoio ao Cuidador Informal (apêndice 7) e dos folhetos informativos de Apoio ao Cuidador sobre: cuidados à pessoa com cateterismo uretral (algália) (apêndice 8); cuidados na alimentação e hidratação da pessoa com sonda nasogástrica (SNG) (apêndice 9); cuidados no posicionamento da pessoa dependente (apêndice 10) e cuidados na transferência da pessoa dependente (apêndice 11). Importa referir que estes apêndices ao presente relatório não correspondem à versão final do manual, uma vez que até término do estágio não foi possível a revisão final do mesmo pelo grupo de trabalho. Esta impossibilidade, justifica-se com o facto de todos os esforços da equipa, estarem focados no processo de vacinação maciça da comunidade contra o Covid-19 e na manutenção do

funcionamento da USF e respectivas valências. Contudo, o nosso contributo foi valorizado e reconhecido por toda a equipa, na pessoa da Sra. enfermeira coordenadora da USF, conforme consta da avaliação do nosso percurso.

Na nossa perspetiva, para o desenvolvimento desta atividade foi fundamental, não só a consulta de Guias de Boas Práticas Nacionais e Internacionais e outros documentos, que nos permitiram estar atualizados nas áreas de conhecimento relevantes, e assim dar contributos pertinentes e cientificamente válidos mas, também desenvolver competências comunicacionais em grupo que permitiram a partilha de forma clara, precisa e assertiva com igual respeito e valorização pelas diferentes perspetivas da equipa multiprofissional.

Refletindo sobre estas atividades, desenvolvidas em ambos os contextos da prática de cuidados, tomámos consciência que é responsabilidade do EE reconhecer as lacunas existentes na atuação da equipa de enfermagem e intervir no sentido da sua minimização. De acordo com o Regulamento nº140/2019, que regula a área de competências do EE este deve atuar nas “(...) dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança, incluindo a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante e pertinente, que permita avançar e melhorar de forma contínua a prática da enfermagem.” (p.4744).

2.1.3 - Domínio da gestão dos cuidados

No que concerne ao desenvolvimento de competências no Domínio gestão dos cuidados²¹ definimos como objetivo específico: Adquirir competências de gestão de cuidados de enfermagem otimizando as respostas de enfermagem e equipa de saúde garantindo a segurança e qualidade dos cuidados prestados.

Na equipa de saúde, o enfermeiro tem o dever de exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, a fim de melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem, e o EE deve proceder de forma a orientar e otimizar esta conduta assegurando o cumprimento dos padrões de qualidade dos cuidados de Enfermagem gerais e especializados, no respeito de práticas baseadas na evidência.

A nossa intervenção, ao longo do estágio seguiu esta premissa ao ter por base um modelo teórico que possibilita a identificação das verdadeiras necessidades de

²¹ Neste domínio estão consideradas as competências: Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde (C1); adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados (C2).

autocuidado da pessoa e facilita a adaptação aos processos de transição saúde/doença dela e da sua família, respeitando a Humanidade de cada interveniente no planeamento dos cuidados de saúde, considerando, sempre que necessário, a referência à equipa interdisciplinar.

Como exemplo desta atuação destaca-se a nossa intervenção com a Sra. S.S (apêndice 2) que apesar de já apresentar ganhos visíveis a nível da função motora e sensorial, ainda mantinha necessidades de reeducação da função cognitiva e da eliminação, decorrentes da lesão cerebral. Apesar da presença e participação do pai e irmã, estes referiam não possuir condições de saúde e socio económicas para a receber a Sra. S.S após a alta, e corresponder adequadamente às suas necessidades de cuidados (o pai encontrava-se em fase de diagnóstico de neoplasia do cólon, com possível internamento para breve e a irmã com dois filhos menores, detinha 2 empregos para colmatar as despesas), sendo que também a própria Sra. S.S foi tomando consciência das suas limitações.

Neste sentido, promovemos a discussão desta situação com a Sra. S.S e família, com a equipa médica assistente e equipa de gestão de altas procedendo-se à referência para uma unidade de cuidados de média duração e reabilitação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), após a alta, para continuação do programa de reeducação funcional (cognitiva, da eliminação etc.) e otimização das competências psicossociais da Sra. S.S, com vista à reintegração e participação social. Articulámos com a equipa médica a necessidade de avaliação pela especialidade de neuropsicologia, assim como pelo terapeuta ocupacional com objetivo de discutir e otimizar o plano de reabilitação; sensibilizámos os colegas de EEER e restante equipa de enfermagem para que, sempre que possível, houvesse continuidade das atividades planeadas quer no turno da manhã como da tarde. Por último, mas transversal a todas estas atividades procedemos aos registos de enfermagem em Sistema SClínico®, no sistema de registos da instituição para os cuidados de ER e na folha de passagem de turno concebida em formato digital e sob a técnica ISBAR²², com o intuito desta informação ser mobilizada aquando da alta para assegurar a continuidade de cuidados, pela equipa de ER da unidade.

A nossa atuação decorreu da reflexão sobre algumas questões: Como podemos reencaminhar esta pessoa para ter melhor qualidade de vida? Enquanto

²² ISBAR é a sigla que corresponde a: Identify (Identificação), Situation (Situação atual), Background (Antecedentes), Assessment (Avaliação) e Recommendation (Recomendações).

recebem os nossos cuidados, como podemos proceder para garantir a continuidade de cuidados? De que forma avaliamos se a continuidade resultou com cada uma das pessoas que cuidamos?

Conscientes das competências a adquirir, consideramos que as atividades desenvolvidas integraram elementos importantes dos enunciados descritivos inerentes à área de intervenção especializada do EEER, na medida em que: traduzem uma avaliação exaustiva das necessidades da pessoa/família; expressam a sua autonomia no processo de cuidados; demonstram a nossa intervenção na otimização do processo de cuidados ao nível da tomada de decisão na equipa interdisciplinar e consideram a importância da gestão dos cuidados de enfermagem em função das competências e recursos existentes.

A nossa atuação foi no sentido de garantir um cuidado continuado e a continuidade desse cuidado através da referenciação à RNCCI, conforme o determinado no Despacho nº7968/2011, identificando o mais cedo possível, as necessidades em cuidados, desenvolvendo com a participação da pessoa/família e de todos os profissionais de saúde envolvidos, um planeamento da alta eficaz assente numa comunicação efetiva entre todos os intervenientes, permitindo que o processo de reabilitação iniciado em contexto hospitalar tivesse continuidade a nível comunitário e fosse mantida a Humanidade do mesmo.

O dever de excelência do exercício profissional está descrito no artigo 109º do REPE, sendo o enfermeiro responsável por “garantir a qualidade e assegurar a continuidade dos cuidados das atividades que delegar, assumindo a responsabilidade pelos mesmos.” (OE, 2015, p.82). Para tal, foi fundamental adotar uma comunicação efetiva pois de acordo com o PNSD (2021-2026), esta “é essencial ao longo de todo o ciclo de cuidados, com particular destaque para os momentos de transição de cuidados, da transferência de responsabilidade ou da passagem de informação entre todos os profissionais envolvidos na prestação de cuidados de saúde.” (Despacho nº9390/2021, p.100)

Sobre a eficácia e efetividade da comunicação, a DGS (2017), considera adequada a metodologia ISBAR, utilizada em contexto hospital. É padronizada, simples, flexível, concisa e clara: permite a memorização pelos profissionais, replicação em diferentes contextos da prestação de cuidados, permite a uniformização da comunicação entre os profissionais de saúde e contribui para a rápida tomada de

decisões, promove pensamento crítico, diminui o tempo na transferência de informação e promove a rápida integração dos novos profissionais.

Outra atividade importante para o desenvolvimento de competências no domínio da gestão de cuidados, foi a participação em ambos os contextos, nas reuniões da equipa interdisciplinar. A participação nestas reuniões foi facilitada pelo facto de os enfermeiros orientadores terem as suas competências valorizadas e reconhecidas no seio da equipa atuando, não só na área da reabilitação, como também na liderança e coordenação da equipa de cuidados.

Esta dinâmica possibilitou o trabalho em articulação e complementaridade, permitindo ao EEER atuar responsavelmente na sua área específica de competências reconhecendo e respeitando a especificidade das competências dos restantes profissionais, mas assumindo o seu papel privilegiado no planeamento de cuidados verdadeiramente centrados nas reais necessidades da pessoa cuidada e família. De acordo com Gaspar, Loureiro e Novo (2021) “o EEER, ao deter um conjunto aprofundado de conhecimentos de reabilitação, apresentando níveis de julgamento clínico e tomada de decisão que se traduzem num conjunto de competências especializadas, torna-se absolutamente essencial nas equipas de saúde.” (p.16).

Ainda no domínio da gestão de cuidados, é imperativo descrever a participação nas dinâmicas de gestão desenvolvidas no contexto comunitário, uma vez que a enfermeira orientadora desempenhava, simultaneamente funções de coordenação da USF e pontualmente de supervisão do centro de vacinação.

A possibilidade de participar, com a enfermeira orientadora, neste período exigente foi enriquecedor: participámos na elaboração dos horários semanais, adequando os recursos humanos da USF e respetivas competências, às exigências de intervenção nos centros de vacinação e nas áreas dedicadas aos doentes respiratórios (ADR) assegurando o adequado funcionamento das diversas valências da USF, a segurança e qualidade de cuidados prestados; participámos na verificação das listas de seleção das pessoas a vacinar de acordo com os critérios instituídos pelas entidades reguladoras e no esclarecimento de dúvidas apresentadas pela comunidade, mobilizando conhecimentos técnico-científicos atuais baseados em guias orientadores, normas e legislação adequada. Destacamos também a nossa participação no âmbito da gestão de material clínico e não clínico, nomeadamente na organização de stocks adequados às necessidades da USF (identificação, quantidade, validade e condições de armazenamento). É importante referir que,

decorrente das necessidades sentidas pelas enfermeiras da USF, aquando da sua intervenção nos centros de vacinação, organizámos um dossier físico de fácil consulta onde constavam os mais recentes procedimentos inerentes a cada vacina elaborados pela DGS e Infarmed.

A descrição e análise destas atividades permitiram-nos perceber as competências do EE na gestão dos cuidados, otimizando as respostas de enfermagem e da equipa de saúde garantindo sempre o direito da pessoa à mais elevada qualidade e segurança dos cuidados. É também imperativo refletir sobre as competências de liderança do EEER, descritas na literatura e identificadas nas posturas dos enfermeiros orientadores e que foram determinantes para a motivação de toda a equipa, neste contexto exigente. De acordo com Müller, Plewnia, Becker, Rundel, Zimmermann & Körner (2015) é fundamental a existência na equipa de um coordenador que assuma a liderança e que apresente como características

ser facilitador e promotor do diálogo e das relações interdisciplinares, um gestor de conflitos e de emoções, um motivador, organizador e coordenador de tarefas e responsabilidades dos membros da equipa, e um promotor na clarificação e interação das funções e papéis dos diferentes profissionais intervenientes da equipa de reabilitação. (p.10).

2.1.4 - Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

No respeitante ao desenvolvimento de competências no Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais²³ definimos como objetivo específico: Desenvolver a capacidade de autoconhecimento como central na prática de enfermagem em contexto singular, profissional e organizacional.

É importante referir que, todos os domínios de competências comuns do EE interligam-se e encontram expressão uns nos outros, contribuindo esta transversalidade para o desenvolvimento em conjunto. Assim, as atividades anteriormente descritas e analisadas trouxeram importantes contributos reflexivos para o desenvolvimento das aprendizagens profissionais e vice-versa.

Consideramos importante explicar que, na base do planeamento das atividades referentes a este domínio estiveram as considerações de Goleman (2021) quando define o autoconhecimento ou autoconsciência como "(...) um estado neutral que mantém ativa a autorreflexão mesmo no meio das emoções mais turbulentas,

²³ Neste domínio estão consideradas as competências: Desenvolve o conhecimento e a assertividade (D1) e baseia a sua práxis clínica especializada em evidência científica (D2);

permite a consciência, vigilância das nossas emoções e pensamentos e ação sobre os mesmos”. (p.59). Para este autor, o autoconhecimento é a aptidão fundamental e vital de 3 competências emocionais: a autoconsciência emocional; autoavaliação exata e autoconfiança, motivo pelo qual considerámos o desenvolvimento destas aptidões essenciais para a aquisição desta competência comum.

Uma das atividades desenvolvidas foi a elaboração de um “diário de estágio” informal e pessoal que permitiu registar as atividades desenvolvidas, os momentos mais significativos, os mais desafiantes e as emoções vividas, ao longo do percurso formativo e de como estas, influenciaram o desempenho profissional e académico.

Em tempos tão exigentes e exaustivos como foram estes, o diário constituiu-se numa ferramenta imprescindível, uma bússola permitindo-nos manter o foco e a orientação. Na nossa perspetiva, esta atividade possibilitou o desenvolvimento da autoconsciência emocional pois permitiu-nos, de acordo com Goleman (2016): saber as emoções que sentimos e porquê; compreender as ligações entre os sentimentos e aquilo que pensamos, fizemos e dissemos e como isso afetou o nosso desempenho nos diferentes contextos; e desenvolver uma consciência orientadora dos nossos valores e objetivos.

A promoção de momentos de reflexão sobre a prática, em conjunto com os senhores enfermeiros orientadores e a participação em reuniões orientadoras do processo de aprendizagem, com a senhora professora e enfermeiros orientadores, foram fundamentais para tomar conhecimento dos nossos próprios recursos, capacidades, limites interiores e como otimizá-los a nível pessoal, profissional e organizacional. Consideramos que estas atividades foram fulcrais para o desenvolvimento da nossa autoavaliação exata, ou seja: a consciência das nossas forças e fraquezas; a capacidade de aprender com a experiência especializada; a abertura a outras opiniões/perspetivas e promover a aprendizagem contínua e autodesenvolvimento. (Goleman, 2016).

Em ambos os contextos da prática de cuidados dinamizámos junto da equipa de enfermagem momentos de aprendizagem formal (as sessões de apresentação do projeto e do Jogo de Estimulação da Memória e Atenção, este em contexto hospitalar) e de aprendizagem informal (partilha de conhecimentos com os pares sobre: a MCH e a filosofia inerente, cuidados de enfermagem à pessoa com disfagia; cuidados gerais e de reabilitação à pessoa com fratura da extremidade proximal do fémur).

A dinâmica destes momentos, que também se assumiram de assessoria, permitiu que mobilizássemos conhecimentos científicos, decorrentes da área de especialidade e de experiências decorrentes da nossa prática clínica, e os transformássemos em contributos pertinentes para a prática clínica especializada. Consideramos que estas atividades foram determinantes para o desenvolvimento da nossa *autoconfiança*, ou seja: a autodeterminação necessária para agir, inspirar e catalisar, aceitar desafios e tomar decisões justificadas no conjunto de conhecimentos e competências adquiridas. (Goleman, 2016).

Sintetizando os conteúdos desta reflexão, a capacidade de autoconhecimento desenvolvida, em todas as suas componentes, assumiu-se como central na nossa prática de enfermagem especializada e promotora da Humanidade nas relações terapêuticas e multiprofissionais, nos diferentes contextos. De acordo com Chernicharo, Silva & Silva (2011) a autoconsciência constitui

(...) um aspecto essencial para ser capaz de fornecer os cuidados de enfermagem terapêuticos, esclarecimento dos valores, exploração dos sentimentos, senso de ética e responsabilidade. Captar o cuidado no seu sentido mais amplo: como ser, como se expressar, como se relacionar consigo mesmo, com o outro e com o mundo são questões que devem ser discutidas e refletidas entre todos os profissionais que buscam, através da enfermagem, aplicar os preceitos da humanização. (p.687).

Estas competências são essenciais para que o EE se assuma como aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados, tendo em conta as respostas humanas aos processos de saúde/doença, demonstrando níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão na sua área de intervenção. (Regulamento nº 140/2019, p. 4744).

A reflexão sobre a nossa prática permitiu trazer à consciência e questionamento individual e coletivo, situações da prática relacionadas com a rotina diária e desempenho profissional e pessoal. Esta postura aumentou o potencial de aprendizagem permitindo identificar o melhor modo de aprender; novos caminhos de ação e explorar soluções alternativas para a resolução de problemas, mobilizando saber teórico, científico, ético e deontológico. Este processo intelectual disciplinado, ativo e competente (pensamento crítico) desenvolvido em dinâmica interação com o ambiente assumiu-se como guia para a tomada de decisão autónoma que sustenta a competência, e atribui qualidade ao agir do EE, que se pretende assumir como perito.

Por conseguinte, defender uma prática baseada na evidência é fundamental para o exercício profissional do EE, pelo que ao longo do percurso clínico

desenvolvemos conhecimentos a partir da realização de pesquisas nas bases de dados científicas, consulta de literatura de referência na temática pretendida, explanações dos enfermeiros orientadores e professora orientadora e participação em eventos científicos que considerámos pertinentes para o nosso percurso profissional e académico. Estas dinâmicas desenvolvidas permitiram não só aprofundar o nível de conhecimentos, como fundamentar a prática de cuidados especializada e servir de suporte científico às atividades formativas realizadas.

No que diz respeito à nossa participação em eventos científicos salientamos: o Curso Breve Online “Reabilitação NeuroCognitiva do Acidente Vascular Cerebral (AVC)” organizada pelo Centro CEREBRO® - Clínica de Neurociências (Braga, Portugal), no dia 12 de dezembro de 2020 (duração total de 3 horas) e o Curso de Formação “Metodologia de Cuidado Humanidade em Pessoas Idosas” que decorreu de 12 a 27 de março de 2021 com a duração de 20h promovido pelo Instituto Superior de Serviço Social do Porto, lecionado pela Profª Doutora Maria Amélia Martins.

É ainda importante referir que, a atividade planeada em trabalho de projeto, referente à participação no III Workshop Internacional “Metodologia de Cuidado Humanidade – Ferramenta de Cuidar Promotora da Autonomia, Autocuidado e Bem-estar da pessoa cuidada e cuidador” – de 15 a 18 de dezembro de 2020 em Coimbra, não foi realizada devido ao cancelamento do evento.

A nossa participação, nos eventos anteriormente referidos, não consta do planeado em trabalho de projeto, pois a sua divulgação ocorreu após a finalização do mesmo, contudo decidimos referi-la em relatório de atividades. Esta referência justifica-se pela pertinência dos conteúdos abordados, destacando a riqueza do curso de formação em Humanidade e contributos do mesmo para o desenvolvimento deste trabalho, dentro da temática da MCH. Dada a relevância dos conhecimentos lecionados, reunimos os apontamentos em suporte informático elaborando uma espécie de sebenta do curso. (apêndice 12)

Para finalizar a reflexão sobre as competências do domínio de desenvolvimento das aprendizagens profissionais, é pertinente referir que tão importante é desenvolver uma prática baseada na evidência, como é igualmente importante saber aplicar e comunicar de forma clara e assertiva os conhecimentos provenientes dessa evidência científica, aos pares. Assim destaco: a elaboração e apresentação de um poster com o título “A Humanidade no processo de reabilitação da pessoa com AVC” no âmbito do Webinar "Projetos, Percursos e Desafios para a Enfermagem de Reabilitação"

dinamizado pela ESEL (apêndice 13) e as sessões de formação desenvolvidas sobre a temática em estudo, bem como a avaliação feita pelos pares, nos dois contextos.

No contexto comunitário, a avaliação foi feita em folha própria e destacam: as competências comunicacionais apresentadas, a novidade do tema e a pertinente aplicabilidade da metodologia na sua prática diária de cuidados, visando ganhos na saúde dos cidadãos – cujos resultados apresentamos em apêndice 14. No contexto hospitalar, e devido às restrições impostas pela pandemia, avaliámos a sessão informalmente, através do feedback da equipa, que demonstrou o seu interesse no tema, quer pelas interessantes questões colocadas individualmente, quer pelos comentários bastantes motivadores, que teceram.

Pelo descrito, consideramos que estamos a desenvolver competências que nos permitem atuar como peritos na nossa área de competências e responder aos desafios diários apresentados à prática de cuidados especializada. Assim, Gaspar et al. (2021) referem que

os EEER devem acompanhar o conhecimento, rever, melhorar e encaminhar as suas práticas clínicas para, por um lado tornar a sua ação junto dos clientes mais eficaz, e, por outro, consolidar, modernizar e atualizar o conhecimento plasmado nos planos de estudos académicos, incluindo novos saberes, novas abordagens e novas perspetivas, mas sempre com o mesmo desígnio – restaurar a autonomia e acrescentar qualidade de vida. (p.17).

2.2. Desenvolvimento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação

Para analisar e refletir sobre as atividades delineadas com vista a desenvolver as competências específicas do EE é fundamental ter em consideração o explanado no documento regulador que, identifica o EEER como sendo o profissional que

concebe, implementa e monitoriza planos de enfermagem de reabilitação diferenciados, baseado nos problemas reais e potenciais das pessoas. O nível elevado de conhecimentos e experiência acrescida permitem-lhe tomar decisões relativas à promoção da saúde, prevenção de complicações secundárias, tratamento e reabilitação maximizando o potencial da pessoa. (Regulamento nº392/2019, 2019, p. 13565).

Este esclarecimento é importante pois, permite-nos perceber que as atividades que desenvolvemos ao longo do estágio, nos diferentes contextos, não são pertença de um só domínio de competências.

Consideramos que ter consciência desta transversalidade, interligação entre as diferentes competências e respetivos domínios, é fundamental para perceber a

intervenção global do EEER junto da pessoa que precisa de cuidados de reabilitação e respetiva família inserida num determinado ambiente. Isto foi percecionado no contexto da prática de cuidados pois, ao intervir com a pessoa, não só estamos a cuidar, como estamos a capacitar para a reinserção, exercício da cidadania e maximizar a funcionalidade com vista a uma maior autonomia.

É importante referir que, durante os estágios, quer em contexto hospitalar como comunitário, não houve a oportunidade de intervir especificamente na pessoa com diagnóstico de AVC, contudo a multiplicidade de diagnósticos e situações complexas de comprometimento cognitivo-motor, com que nos deparámos permitiu-nos intervir e desenvolver atividades que são transversais a qualquer pessoa com alteração no status neurológico, como evidenciam os estudos de caso em apêndice.

Tendo em consideração esta referência, procederemos à descrição, análise e reflexão das atividades realizadas com o objetivo de desenvolver competências específicas de ER.

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

Com o propósito de desenvolver competências neste domínio²⁴ delineámos como objetivo específico: Cuidar da pessoa com AVC ao longo do ciclo da vida e em todos os contextos da prática de cuidados mobilizando a SEPCH.

De acordo com Veiga (2011), a Teoria de Orem

(...) é uma construção teórica, marcadamente personalista, centrada na pessoa (agente), em que são enfatizadas as competências para atingir os requisitos de autocuidado, tais como: conhecer, decidir e agir. (...) os seres humanos são unitários, com uma dimensão biológica, simbólica e social, que se desenvolve no sentido da perfeição, através de um processo de diferenciação do todo, a ênfase é colocada na capacidade de agir do humano, enquanto pessoa (...). (p.42).

Foi com base nestes pressupostos que recorreremos à Teoria do Défice do Autocuidado de Dorothea Orem para fundamentar e orientar a nossa prática de ER, conforme demonstrado na organização dos estudos de caso apresentados em apêndice (apêndice 2 e 3).

²⁴ Neste domínio estão englobadas as competências: Avalia a funcionalidade e diagnostica alterações que determinam limitações da atividade e incapacidades (J1.1); Concebe planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao auto-controlo e auto-cuidado nos processos de transição saúde/doença e ou incapacidade (J1.2); Implementa as intervenções planeadas com o objetivo de otimizar e/ou reeducar as funções aos níveis motor, sensorial, cognitivo, cardio-respiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade (J1.3); Avalia os resultados das intervenções implementadas (J1.4).

Esta teoria foi o fio condutor da nossa atuação, desde a avaliação holística da pessoa, situação e ambiente com a determinação dos requisitos universais do autocuidado; requisitos de desenvolvimento e os requisitos de autocuidado nos desvios de saúde, à determinação dos fatores que condicionam o autocuidado e posteriormente à determinação das necessidades de cuidado terapêutico.

Como espelhado nos estudos de caso, as necessidades de cuidado terapêutico verificaram-se a nível dos três sistemas: sistema totalmente compensatório, em que intervimos de forma a compensar totalmente a incapacidade da pessoa em executar ações de autocuidado, ou seja a pessoa era total e socialmente dependente dos outros na sua sobrevivência e bem estar; no sistema parcialmente compensatório em que a pessoa era capaz de executar algumas, mas não todas as ações de autocuidado necessitando, da nossa intervenção para ajudá-lo naquilo que ele não era capaz de realizar por si só; e finalmente no sistema de apoio-educativo em que a pessoa apesar de ter capacidade para realizar o seu autocuidado necessitava de ensino e orientação para a maximização das suas capacidades.

A nossa intervenção com a pessoa e família teve como principal foco a promoção do autocuidado, prevenção das complicações e maximização de capacidades, com vista à aquisição de autonomia.

De acordo com a OE (2018), explanado no documento relativo aos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação (PQCEER), a intervenção do EEER “traz ganhos em saúde em todos os contextos da prática, expressos na prevenção de incapacidades e na recuperação das capacidades remanescentes, habilitando a pessoa a uma maior autonomia.” (p.5).

De acordo com Veiga (2011) a autonomia é “uma marca indelével de *Humanidade*, traduzindo-se num cuidado do eu a partir de um quadro de valores pessoais, que permite a autenticidade do agir”. (p.42).

É pertinente fazer referência a esta relação para justificar a importância de prestarmos um cuidado em Humanidade operacionalizado nos planos de cuidados de ER que desenvolvemos, através da SEPCH. De acordo com Simões (2014) o cuidar em Humanidade

(...) é o agir em interação da pessoa cuidadora com a pessoa cuidada, utilizando técnicas justificadas, precisas, minuciosas e intencionais de comunicação (ligação, comunhão) pelos pilares da Humanidade através da execução dos procedimentos que satisfaçam as necessidades, o reconhecimento humano, a personalização das pessoas presentes na

relação, devendo ser, fazendo ser e sendo pessoa, isto é, elevando as pessoas, em relação de cuidados à altura da dignidade humana.” (p.75-76).

Desta forma, consideramos que o EEER ao refletir na sua intervenção este cuidar em Humanidade, promove e enriquece a relação que estabelece com a pessoa e família, evidenciando a especificidade da sua intervenção conforme explanado nos documentos reguladores e enunciados descritivos da qualidade do exercício profissional e que reconhecem o EEER como “(...) o profissional de referência por oferecer cuidados especializados de excelência em função das respostas às transições relacionadas com os processos de saúde/doença e ou incapacidade com vista à consecução do projeto de saúde da pessoa.” (OE, 2018, p.5).

Assim, tendo como fio condutor a Teoria do Autocuidado de Orem e espelhando um cuidar em Humanidade, procedemos á avaliação inicial que é fundamental para a intervenção holística do EEER com base no respeito pela pessoa, pelas crenças, valores, vulnerabilidades e capacidades da pessoa. Na perspetiva da MCH, devem ser consideradas as características próprias da pessoa para que a intervenção seja mais significativa e personalizada e reflita a sua Humanidade,

(...) o respeito pelo seu espaço, pelas suas maneiras próprias de se vestir, alimentar, mobilizar, repousar, divertir, rir, utilizar a sua capacidade reflexiva e simbolizadora, interação com os outros, escolhas, faculdades, atividades, paixões, relações, hábitos e gostos que desenvolveu, o seu próprio ritmo, a sua história ou seja a sua identidade. (Simões, 2014, p.74)

Assim, para realizarmos uma avaliação inicial que espelhasse o referido recolhemos dados junto da pessoa/ conviventes e pessoas significativas, recorreremos ao processo clínico, observação do comportamento, procedimentos específicos e instrumentos de avaliação.

A nossa avaliação contemplou os dados sociodemográficos e história de saúde, o exame do estado mental com a avaliação do funcionamento global, exame das funções mentais, (nível de consciência, estado cognitivo, inteligência, pensamentos/linguagem, humor/afeto) e o exame do sistema neurológico e sensorial. Destacamos ainda a avaliação dos conhecimentos e expectativas sobre a condição de saúde e a capacidade de insight e juízo crítico da pessoa. De acordo com Varanda e Rodrigues (2016),

qualquer programa de enfermagem de reabilitação tem de ter em consideração a avaliação do potencial cognitivo da pessoa e logo o de aprendizagem, o qual deve ser apreciado em duas perspetivas complementares: avaliar para reabilitar – ou seja decidir que estratégias de reeducação cognitiva adotar – mas também avaliar para apreciar em que medida as

alterações da função cognitiva interferem no programa de reabilitação global adaptando-o a essas limitações. (p.145).

Para avaliar a motricidade aplicámos escalas. A Escala de Força Muscular *Medical Research Council*, avaliou a força muscular em todos os movimentos dos vários segmentos corporais, o tónus muscular foi avaliado recorrendo à Escala Modificada de Ashworth, a coordenação motora foi avaliada com recurso à prova índex-nariz e à prova calcanhar-joelho. Para avaliar o equilíbrio corporal utilizámos a Escala de Equilíbrio de Berg e a funcionalidade foi avaliada com recurso á Escala de Medida de Independência Funcional. A Escala de Quedas de Morse permitiu avaliar o Risco de Queda. Para avaliação do estado de consciência utilizámos a Escala de Coma de Glasgow e para avaliação do défice cognitivo utilizámos o Montreal Cognitive Assessment (MoCA).

A OE recomenda este e todos os outros instrumentos anteriormente descritos como instrumentos de recolha de dados para documentação dos cuidados especializados em ER. (OE, 2016)

No trabalho de projeto planeámos para avaliação da cognição outros instrumentos de avaliação, nomeadamente o Mini Mental State Examination (MMSE), mas considerando a situação a intervir e após proceder a pesquisa bibliográfica, análise e validação com o enfermeiro orientador, considerámos pertinente utilizar o MoCA, validado desde 2013 para a população portuguesa.

De acordo com Freitas, Simões & Santana (2014), em comparação ao MMSE, o MoCA alarga o número de funções cognitivas examinadas (capacidade visuoespacial; memória; atenção, concentração e memória de trabalho; linguagem; e orientação temporal e espacial) e inclui a avaliação das funções executivas apresenta itens mais exigentes e com maior nível de complexidade, potenciando a sensibilidade dos resultados aos estádios de défice mais ligeiros e uma melhor adequação ao rastreio cognitivo das pessoas com escolaridade mais elevada.

Relativamente à interpretação dos resultados obtidos, em conjunto com a avaliação do funcionamento global e exames das funções mentais, permitiram-nos ter uma avaliação global da pessoa e planear a nossa intervenção, direcionada à função ou funções cognitivas comprometidas. Contudo, ao refletirmos sobre a aplicação e resultados do teste percebemos, que este circunscreve-se a isso a um rastreio rápido das funções cognitivas, e que o resultado obtido é reducionista, não traduz o impacto efetivo do défice cognitivo na expressão de autonomia e qualidade de vida da pessoa.

Conseqüentemente, foi na prática de cuidados, na observação comportamental e social da pessoa, que percebemos efetivamente de que forma as alterações cognitivas presentes (e como se relacionam) comprometiam a capacidade da pessoa para realizar o autocuidado, relacionar-se socialmente, etc. Este facto, permitiu-nos implementar formas de intervir sobre os processos cognitivos com o objetivo de otimizar e/ou reeducar as funções alteradas. Consideramos importante referir que, a ESO e a European Academy of Neurology tornaram públicas numa fase posterior à nossa prática clínica, novas orientações para a intervenção na pessoa com declínio cognitivo após AVC e que refletem o anteriormente descrito. Os autores referem que

(...) o MoCA tem sido criticado devido à necessidade de função visuoespacial e de linguagem íntata para completar a avaliação. (...) reconhecemos que o uso de scores como ferramenta de triagem para fazer uma classificação cognitiva é uma abordagem reducionista, pelo que a nível da pessoa afetada, os scores devem ser interpretados no contexto da educação, formação cultural, idioma e muitos outros factores. (p.13).

O recurso à multiplicidade de instrumentos de avaliação, não foram apenas uteis na fase de avaliação inicial, mas também ao longo da implementação dos planos de cuidados de ER, permitindo-nos perceber a evolução da pessoa, redefinir ou otimizar as intervenções planeadas destacando os ganhos em saúde.

Os planos de cuidados de reabilitação que definimos partiram dos problemas reais ou potenciais e das necessidades de autocuidado identificados em parceria com a pessoa/família e integraram as necessidades de intervenção especializada com vista a otimizar e/ou reeducar a função a nível motor, sensorial, cognitivo, cardíaco, respiratório, da alimentação, da eliminação com vista à capacitação para realização dos seus autocuidados com eliminação ou minimização de factores dificultadores intrínsecos e extrínsecos.

Como exemplo destaco a nossa intervenção, em contexto hospitalar, com a Sra. S.S, que se constituiu num verdadeiro desafio enquanto EEER (espelhada no estudo de caso em apêndice 2) onde intervimos na reeducação das funções afetadas através do treino do autocuidado e tendo por base os princípios dos cuidados em *Humanidade*.

A Sra. S.S apresentava alterações cognitivo-comportamentais e emocionais resultantes de um quadro de encefalite provocada por infeção por herpes zoster com várias intercorrências significativas associadas. Aquando do início da nossa intervenção, encontrava-se numa situação de confusão aguda com compromisso da memória imediata/de trabalho, com compromisso das funções executivas com

dificuldade em fixar a atenção numa tarefa, falta de autocrítica, centrada na satisfação das suas necessidades imediatas, com períodos de labilidade emocional e com necessidade de supervisão por juízo crítico diminuído.

A reabilitação dos processos cognitivos alicerça-se nos processos de neuroplasticidade. Desta forma foi fundamental, ao intervir com a Sra. S.S, atuar na regulação do ambiente de prestação de cuidados (desligar a televisão, correr as cortinas da unidade, adequada luminosidade), com o propósito de criar um ambiente de estimulação positiva adequado á intervenção, desprovido de fatores distratores e promotor dos Pilares Humanidade (Olhar, Palavra, Toque e Verticalidade).

De acordo com Varanda & Rodrigues (2016) a regulação do ambiente permite direcionar os processos cognitivos para o objetivo proposto e diminuir a sobrecarga que o mesmo pode provocar na pessoa lesada, restringindo os estímulos irrelevantes e promover a concentração nas exigências cognitivas.

No planeamento da nossa intervenção quisemos que as atividades refletissem a individualidade da Sra. S.S, os seus gostos, as suas vivências, as suas preferências e fossem estímulo das suas memórias emocionais positivas, conferindo significado às intervenções. Para esta dinâmica foi muito importante a participação e integração da família. Sobre isto Costa, Seixas & Silva (2021) referem que

“importa que os estímulos sejam planeados de forma a favorecer o processo de reconstrução do conteúdo autobiográfico, sendo, portanto, baseados naquilo que conhecemos das pessoas, das experiências de vida, dos contextos (familiar, social, comunitário, educacional, espiritual e cultural) e da estrutura individual, contemplando os seus valores e princípios, que no seu conjunto constituem o habitus. (p.520).

Integrando estes aspetos e considerando que um dos objetivos primordiais da reabilitação neurológica é a estimulação da neuroplasticidade, a nossa intervenção foi no sentido da gestão do ambiente, estimulação sensorial e social. Como intervenções de gestão ambiental destacamos: a implementação de estratégias facilitadoras da orientação visuo espacial (com a colocação da árvore de Natal ao lado da enfermaria onde se encontrava a unidade da Sra. S.S facilitando a sua orientação espacial); recorrer a pistas ambientais. Como estímulos sociais: a promoção de momentos de interação com familiares significativos e amigas. Como exemplo de estímulos sensoriais referimos: a presença de fotografias de pessoas e momentos significativos; produtos de higiene pessoal; perfume pessoal, algumas peças do seu vestuário, música preferida. De acordo com, Schnakers, Magee & Harris (2016) e Sargolzaei, Kallah, Aghebati, Esmaily & Farzadfard (2017) citado por Costa et al, (2021)

a estimulação sensorial surge como uma ferramenta para promover a interação com a pessoa através da introdução de estímulos controlados que ativam os sensores da visão, do paladar, do olfato, da audição e da somestesia, considerados o canal de entrada da informação do meio exterior com o objetivo de promover a neuroplasticidade e a capacidade de formação de novos circuitos neuronais evitando a privação sensorial. (p.523).

A nossa intervenção com a Sra. S.S integrou a SEPCH (descrita no estudo de caso) e apesar de momentos desafiantes constituíram-se em momentos de relação extraordinários. Assim, desde o anunciar a nossa presença pelo bater nas proteções do leito, antes de entrar no espaço da pessoa cuidada, para além de simbolizar o respeito pela sua intimidade constituiu-se como um estímulo auditivo que ajudou a pessoa a estabelecer ligações com o meio envolvente. A interação inicial com a pessoa, conferindo intencionalidade ao contato visual e à forma de olhar, transmitiu informações e estímulos positivos, facilitando o estabelecimento da relação. A forma como comunicámos com a Sra. S.S, o tratá-la pelo nome com o qual se identifica e reconhece, o tom de voz utilizado e a forma como tocámos a pessoa constituíram-se como estímulos sensoriais facilitadores de um ambiente relacional positivo e de aceitação da nossa intervenção enquanto EEER.

Refletindo sobre estas questões, interligadas à temática do projeto percebemos que a singularidade da MCH é a sua abrangência multimodal e que a pertinência da sua aplicação em pessoas com alterações cognitivas comportamentais poderá estar na estimulação multissensorial que proporciona, promotora da relação entre pessoa e EEER.

A elaboração do plano de reabilitação da Sra. S.S foi desafiante pela multiplicidade de funções alteradas e pela forma como comprometiam o seu autocuidado, pelo que foi fundamental a análise do mesmo pelo enfermeiro orientador. Assim concebemos e implementámos intervenções, sempre com participação da Sra. S.S e família, com o objetivo de otimizar e reeducar as funções alteradas, melhorar a sua autonomia e qualidade de vida.

Por conseguinte, foram implementadas intervenções: a nível da reeducação funcional motora e sensorial - onde tivemos oportunidade de executar técnicas de exercício articular (mobilizações passivas, ativas e ativas resistidas), ensinar, instruir e treinar a técnica de marcha, de equilíbrio estático e dinâmico sentado e em posição ortostática, de correção postural.

A nível da reeducação da função da alimentação avaliámos alterações da deglutição e prevenimos complicações daí resultantes; ensinámos, instruímos e

treinamos técnicas compensatórias (ex.: técnicas posturais e relacionadas com a consistência dos alimentos); ensinamos, instruímos e treinamos técnicas terapêuticas como manobras de deglutição e exercícios de amplitude de movimentos e fortalecimento dos músculos usados na deglutição.

No que diz respeito à reeducação da função da eliminação vesical (nesta situação) avaliámos as alterações da eliminação vesical e prevenimos complicações daí resultantes; ensinamos, instruímos e treinamos técnicas comportamentais que permitiram o controlo da eliminação urinária como a realização dos exercícios de Kegel (exercícios de fortalecimento do pavimento pélvico) e o reforço positivo/feedback.

É relevante referir, pela interligação à temática do projeto, que sempre que concluíamos um momento cuidativo com a Sra. S.S o fazíamos através da consolidação emocional (4ª etapa da SEPCH), deixando na sua memória emocional uma impressão positiva, valorizando o momento de cuidado e a participação da Sra. S.S, destacando os seus esforços e os progressos (por mínimos que tenham sido) reforçando positivamente os benefícios do cuidado.

À luz do cuidado em Humanidade a nossa intervenção não poderia dar-se por terminada sem a marcação efetiva do reencontro (5ª etapa da SEPCH). Esta etapa foi concretizada, considerando os défices de memória e atenção da Sra. S.S, destacando-se o dia no calendário de mesa da Sra. S.S com um círculo na sua cor preferida. O nosso objetivo foi mostrar respeito pela relação de cuidados estabelecida, e reafirmar o compromisso que assumimos com a Sra. S.S na concretização do seu projeto de saúde. De acordo com Vasconcelos (2021) “o respeito pela autonomia do doente favorece a sua integração e a capacitação para participar na sua saúde, em parceria com a equipa, sendo o elemento central na tomada de decisão sobre o seu projeto de vida e de saúde.” (p.36).

Como resultado final concluimos que, o plano de intervenção que implementámos permitiu não só cuidar da Sra. S.S, mas capacitá-la para a adaptação às limitações que apresentava, o que se traduziu em ganhos em saúde, traduzida na necessidade cada vez menor da nossa intervenção. À luz da Teoria dos Sistemas de Orem, constatámos que houve evolução do sistema totalmente compensatório, para o parcialmente compensatório e em algumas atividades atingiu-se o sistema de apoio-educação, com necessidade apenas de supervisão.

Esta atuação vai no sentido do propósito estabelecido pela OE, para a intervenção do EEER, que tem como objetivo

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. (Regulamento nº392/2019, p. 13565).

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

Com a intenção de desenvolvermos as competências deste domínio definimos como objetivo específico²⁵ *Capacitar a pessoa com AVC para o Autocuidado, reinserção e exercício da cidadania.*

De acordo com Fawcett (2005), a Teoria do Défice do Autocuidado em Enfermagem de Orem parte do pressuposto que,

(...) os seres humanos são unitários, com uma dimensão biológica, simbólica e social, que se desenvolve no sentido da perfeição, através de um processo de diferenciação do todo, a ênfase é colocada na capacidade de agir do humano, enquanto pessoa, capaz de numa acção deliberativa (e criativa) criar condições que permitam o seu florescimento enquanto pessoa. (p.226-227).

Com base nesta linha orientadora intervimos, com a pessoa e família, com o objetivo de prevenir a redução da capacidade funcional associada quer à situação de hospitalização, de doença aguda ou crónica, como ao processo de envelhecimento. De acordo com Souza, Silva, Quirino, Neves & Moreira (2014), a ocorrência e permanência de sequelas incapacitantes impostas pelas comorbilidades, de que são exemplo as limitações motoras, sensitivas, sensoriais, de compreensão e expressão do pensamento, pode modificar de forma acentuada a dinâmica da vida da pessoa, tornando-a dependente dos seus familiares.

Embora a nossa intervenção neste âmbito de competências tenha ocorrido em ambos os contextos da prática de cuidados, destaco a intervenção em contexto domiciliário, explicitada no estudo de caso 2. Este destaque é dado, não só pelo facto da MCH advogar o Respeito pelo Domicílio como uma regra de arte do Cuidado

²⁵ Neste domínio inserem-se as seguintes competências: Elabora e implementa programa de treino de AVD's visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e da qualidade de vida (J2.1); Promove a mobilidade, a acessibilidade e a participação social (J2.2).

Humanidade, como pela reflexão que me proporcionou a nível pessoal e profissional, nomeadamente sobre o domicílio, enquanto espaço privilegiado de atuação do EEER.

A filosofia de cuidados Humanidade identifica o domicílio como sendo mais que o espaço físico, é o espaço privado da pessoa, íntimo, de liberdade e prolongamento do eu, “é o lugar de reencontro consigo mesma, de auto-reconhecimento, onde se pode isolar para rever a sua vida, meditar, orar, emocionar (...)” (Salgueiro, 2014, p.46). Para Martins & Santos (2020) as intervenções de enfermagem de carácter geral ou mais especializado com enfoque na capacitação da pessoa e cuidador informal são mais eficazes se forem estruturadas, adaptadas e sistematizadas em parceria com a pessoa e cuidador informal, no contexto domiciliário.

Na situação da Sra. P.S, explanada no estudo de caso 2 (apêndice 3), foi importante perceber que as limitações funcionais que apresentava (nomeadamente, motoras, sensoriais, cognitivas) eram decorrentes dos seus antecedentes pessoais de saúde, agravadas pelas quedas recorrentes (com hospitalização recente) e pela situação pandémica instalada. Tendo isto em consideração, procedemos à colheita de dados que abrangem não só dados respeitantes às suas atividades de vida como também às condições habitacionais com o propósito de avaliar a segurança do ambiente. De acordo com a DGS (2019) as quedas têm sido descritas como um fenómeno multifatorial complexo uma síndrome e uma indicação de uma condição de saúde emergente ou agravada que implica uma avaliação multifatorial.

Posteriormente procedemos à elaboração do plano de cuidados com treino de atividades de vida personalizado, tendo em conta a situação atual e potencial da Sra. P.S, considerando as suas capacidades emocionais e de desenvolvimento, necessidades e prioridades, tendo como objetivo a máxima funcionalidade e qualidade de vida possíveis (voltar a andar e conseguir ir ao parque).

Na situação da Sra. P.S a queda teve um impacto significativo em todas as suas dimensões e medo de voltar a cair (ptofobia) era iminente e limitativo. Os autores Baixinho & Dixe (2016) referem que a ptofobia tem consequências físicas e psicossociais, que aumentam a probabilidade de declínio funcional, de ocorrência de queda, por falta de confiança na realização das AVD, restrição de atividade e menor participação social.

Este facto, como comprovámos na prática, constitui-se num desafio à nossa intervenção enquanto EEER. De acordo com Santos & Baixinho (2019)

a implementação de uma política de prevenção de queda no idoso desafia os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros de reabilitação dos cuidados de saúde primários,

a identificarem os fatores de risco e a implementarem medidas individuais preventivas adequadas que aumentem a segurança do ambiente (espaço físico e acessibilidades) e da habitação. A intervenção deve visar a prevenção da queda, mas também a sua recorrência. (p.92)

Foi com base no supracitado, e nos resultados apurados na revisão sistemática da literatura desenvolvida pelos 2 autores, que planeámos e fundamentámos as intervenções desenvolvidas com a Sra. P.S e esposo (estudo de caso 2 - apêndice 3), com o intuito de intervir no ambiente e prevenir a recorrência da queda. Estas intervenções foram organizadas em cinco categorias: avaliação do risco ambiental; aconselhamento sobre modificações ambientais; adaptação do espaço e equipamentos; assessoria na aquisição de produtos de apoio que aumentem a segurança do ambiente e estratégias cognitivo comportamentais que aumentam a segurança do idoso na utilização do espaço físico da casa.

Consideramos importante referir, que foi fundamental para o sucesso da nossa intervenção a valorização do domicílio como espaço singular, dinâmico e emocional, concedendo á Sra. P.S e esposo tempo para integrarem as nossas sugestões e terem parte ativa na sua concretização.

Neste contexto de dependência, os familiares são chamados e orientados para colaborar na prestação de cuidados no seu contexto familiar, tornando-se elementos indispensáveis na equipa de prestação de cuidados de saúde (Martins, Rodrigues, Andrade, Albuquerque & Martins 2018).

Conforme percebemos na situação da Sra. P.S, o cuidador informal assume um papel determinante na intervenção pelo EEER, e a sua “capacitação deve ser vista como um caminho seguro para se obterem melhores resultados na reabilitação, níveis superiores de autonomia e diminuição de custos e reinternamentos” (Martins & Santos, 2020, p.120).

Este facto transformou-se numa inquietação que levou à elaboração do “Manual de Visita Domiciliária e de Apoio ao Cuidador Informal” (apêndice 6) onde também foram consideradas algumas estratégias que permitem prevenir a sobrecarga do cuidador.

A nossa intervenção com a Sra. P.S e esposo, seguindo a MCH tentou comportar os três principais domínios de intervenção do EEER: o domínio do processo de ensino aprendizagem, capacitando a pessoa e o cuidador para o desempenho dos autocuidados com recurso a dispositivos de apoio; o domínio do processo corporal

potenciando as capacidades físicas e o domínio do comportamento emocional, com promoção do reforço positivo junto da Sra. P.S e do seu esposo.

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

Com o propósito de desenvolvermos as competências deste domínio²⁶ definimos como objetivo específico: *Maximizar as capacidades funcionais da pessoa com AVC promovendo a Verticalidade.*

A reabilitação enquanto especialidade multidisciplinar abrange um corpo de conhecimentos e procedimentos específicos que permite ajudar as pessoas com doenças agudas, crônicas ou com as suas sequelas a maximizar o seu potencial funcional e independência. (Regulamento n. °392/2019, p.13565).

O EEER é pela excelência dos conhecimentos que possui e pela experiência acrescida, o profissional de saúde habilitado para tomar decisões relativas à promoção da saúde, prevenção de complicações secundárias, tratamento e reabilitação maximizando o potencial da pessoa.

Neste âmbito, durante o estágio e em ambos os contextos, intervimos com a pessoa no sentido da maximização das suas capacidades funcionais traduzidas num melhor desempenho motor e cardiorrespiratório, explanado em ambos os estudos de caso (apêndice 2 e 3), com especial destaque para a nossa intervenção em contexto domiciliário (apêndice 3).

Os diferentes contextos permitiram que a nossa intervenção enquanto EEER fosse uma intervenção diversificada e multifatorial abrangendo não só a pessoa com necessidades especiais como também o convivente significativo e restante família como o ambiente de cuidados, que se preconiza seguro e saudável.

Para elaborar o plano de cuidados de ER foi fundamental a colheita de dados sistemática e contínua, através do diálogo com a pessoa e seus significativos, a consulta do processo clínico e observação dos espaços (domicílio e hospital). Na situação da Sra. P.S (apêndice 3), o contexto de pandemia restringiu-a mais vezes ao leito, com progressivas alterações na sua funcionalidade, e com aumento da ocorrência de quedas, a última com consequências. Num dos diálogos com a Sra.

²⁶ Neste domínio estão incluídas as seguintes competências: Concebe e implementa programas de treino motor e cardio-respiratório (J3.1); Avalia e reformula programas de treino motor e cardio-respiratório em função dos resultados esperados (J3.2)

P.S, esta verbalizou o enorme desejo de voltar a conseguir fazer as refeições noutra local senão a cama e num futuro gostaria de voltar a ir ao parque com o esposo.

De acordo com a OE (2013),

o compromisso da mobilidade física, relacionada com a doença/traumatismo ou como consequência do processo de envelhecimento, tem consequências na fisiologia humana ao nível dos diferentes sistemas. Mesmo em adultos saudáveis, os efeitos da imobilização prolongada e atrofia por desuso são, por si só, muitas vezes persistentes e precisam de condicionamento físico intensivo para permitir o regresso ao seu nível basal de funcionamento. (p.24)

Seguidamente formulámos e validámos com a pessoa diagnósticos de ER relacionados com a sua capacidade funcional e desempenho motor e determinámos resultados esperados (por exemplo, na situação da Sra. P.S foi o voltar a fazer as refeições na mesa e num futuro próximo voltar a passear no parque).

Na elaboração do plano de reabilitação personalizado, considerámos as preferências e vontades, tivemos em conta a condição atual e potencial, considerando as capacidades reminiscentes, maximizando o desempenho, prevenindo o aparecimento de lesões, ocorrência e recorrência da queda e recuperando a capacidade de verticalizar, de andar e de realizar o seu autocuidado.

Consideramos pertinente destacar, pela interligação à temática do projeto - a Verticalidade, pilar fundamental da MCH.

Segundo Gineste e Pellissier (2008) “o sistema ósseo, as cartilagens, os músculos, os tendões e ligamentos, a circulação venosa, a ventilação respiratória, o sistema nervoso periférico e o sistema nervoso central beneficiam com a verticalização e a marcha (incluindo quando esta tem lugar com pequenos passos).” (p.291).

Estes autores, evidenciam assim a importância da estimulação da verticalidade para a relação interpessoal, sendo que esta

estimula as duas redes nervosas principais, os nervos sensitivos e motores, que nos permitem a permanente interação com o mundo que nos rodeia e que se enriquecem ou empobrecem conforme a nossa atividade. Os nervos sensitivos que encaminham informação para o cérebro tanto do exterior (informações exteroceptivas), como do interior do organismo, (informações proprioceptivas) que permitem a percepção da situação no espaço de cada parte do nosso corpo. Esta informação participa na elaboração cerebral do esquema corporal indispensável à realização dos gestos, do equilíbrio e da marcha é permanentemente mantida, afinada e modificada no contacto corporal com o mundo que nos rodeia (...). (Gineste e Pellissier, 2008, p. 293).

A Teoria do Défice do Autocuidado de Orem tem como premissa subjacente que “os seres humanos precisam de entrada de informação deliberada contínua para si próprios e para o seu ambiente para permanecerem vivos e funcionar de acordo com os dons humanos naturais” (Tomey & Alligood, 2004, p. 217).

Por conseguinte, conscientes da importância da verticalidade para a execução das atividades de autocuidado e vivência das relações interpessoais realizámos o ensino, instrução e treino de fortalecimento muscular, correção postural, de desenvolvimento do equilíbrio corporal, e da marcha com ou sem recurso a produtos de apoio. Também realizámos ensino, instrução e treino das posições de descanso e relaxamento, assim como a consciencialização e controlo da respiração, exercícios de mobilização osteoarticular, treino de tolerância ao esforço e de realização das atividades de vida. É importante referir para a elaboração dos planos de cuidados tivemos em consideração os desvios de saúde do autocuidado (as limitações da atividade e restrições da participação da pessoa) e desenvolvemos estratégias adequadas de adaptação.

Na situação da Sra. P.S, a fundamentação para o desenvolvimento destas intervenções está não só nas alterações motoro-sensitivas e cognitivas resultantes da lesão cerebral, mas também das alterações decorrentes do seu processo de envelhecimento, uma vez que

o aumento da idade conduz o corpo a algumas alterações que levam ao declínio de algumas capacidades físicas, como a diminuição da flexibilidade, da agilidade, da coordenação, da mobilidade articular e principalmente do equilíbrio, isto porque o processo de envelhecimento compromete a habilidade do sistema nervoso central em realizar o processamento dos sinais vestibulares, visuais e proprioceptivos responsáveis pela manutenção do equilíbrio corporal. (Garcia, Cunha & Novo, 2021, p.494).

Um dos pressupostos de Orem relacionados com o autocuidado é que o individuo através do desenvolvimento de aprendizagens, exercício intelectual e competências práticas, mantém-se motivado a apresentar diariamente um cuidado de si e de outros dependentes com algum grau de eficácia. Neste sentido, ao intervirmos com Sra. P.S no seu domicílio com participação do esposo, promovemos momentos importantes de apoio e educação, com vista à promoção da saúde e prevenção de lesões, bem como empoderamento de ambos no projeto de saúde: abordámos questões relativas à fisiopatologia da doença, exercícios a realizar (como quando e a frequência que deve executá-los), a importância da adesão ao plano, a manutenção de um ambiente seguro, e como colaborar nos posicionamentos, nas

transferências e no treino de deambulação, sem prejudicar a pessoa cuidada e o cuidador.

A reflexão sobre a importância deste último ponto, relação pertinente á temática em estudo e competências a adquirir levou-nos a realizar os folhetos informativos sobre cuidados no posicionamento da pessoa dependente e cuidados na transferência da pessoa dependente (apêndice 9 e 10 respetivamente), e a incluí-los no Manual de Visita Domiciliária e de Apoio ao Cuidador Informal que elaborámos.

Estas intervenções consideraram alguns dos pressupostos elencados por Orem, que a experiência das pessoas no autocuidado ou cuidar dependente possibilita a aquisição ou estruturação de novos conhecimentos sobre formas e métodos de cuidar e que o conhecimento científico disponível e divulgado à população deve ser adicionado ao conhecimento baseado na experiência.

No que diz respeito à monitorização das intervenções e resultados obtidos em função dos objetivos definidos com a pessoa é importante referir que recorreremos aos instrumentos de avaliação mencionados no ponto relativo à descrição e análise da competência *Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados.*

Na situação da Sra. P.S e à luz da teoria dos Sistemas de Orem, constatámos que houve ganhos em saúde com a evolução do sistema totalmente compensatório, para o parcialmente compensatório e a conquista de um dos objetivos delineados com a Sra. P.S – fazer as refeições fora da cama.

A monitorização dos resultados obtidos com recurso a escalas e indicadores de resultado definidos nos PQCEER é imprescindível para o desempenho profissional do EEER, pois “a análise dos resultados obtidos permitirá identificar oportunidades de melhoria dos cuidados de enfermagem de reabilitação e influenciar a introdução de mudanças nas políticas e estratégias em saúde.” (OE 2018, p. 5)

3 – AVALIAÇÃO DO PERCURSO FORMATIVO

Para procedermos à avaliação do percurso formativo considerámos pertinente recorrer à análise SWOT, uma metodologia de análise que, apesar de conhecida na área do marketing e gestão, tem sido mobilizada no âmbito da enfermagem, nomeadamente na prática clínica supervisionada. De acordo com Pereira & Rito (2013) a análise SWOT assume-se “enquanto estratégia de apoio à (auto) avaliação, num contexto de reflexão crítica. Também a simplicidade de utilização e o cariz pragmático a ela subjacente parecem revestir-se de interesse para os estudantes em contexto de prática clínica.” (p.273)

Neste âmbito, assume-se como uma dinâmica simples, mas que permite evoluir no nosso autoconhecimento, refletindo sobre o nosso percurso, o contexto interno (Forças/Strengths e Fraquezas/Weaknesses) bem como o contexto externo (Oportunidades/ Opportunities e Ameaças/Threats) e, por meio desta reflexão traçar estratégias de resolução e superação no sentido da evolução pessoal e profissional.

Com o objetivo de justificar a nossa escolha, e em concordância com Pereira & Rito (2013) a SWOT é “uma ferramenta de trabalho extremamente útil podendo (e devendo) ser utilizada continuamente com o objetivo de reflexivamente, clarificar o caminho a ser percorrido em termos de aprendizagem e o que deve ser feito na persecução, desenvolvimento e aprofundamento das competências.” (p.277)

De um modo sumário e simplificador, a estratégia SWOT caracteriza-se por identificar os pontos fracos, visando a sua eliminação / mitigação em áreas onde existem riscos e fortalecer os pontos fortes em áreas onde se identificam oportunidades.

Desta forma, como **Forças/Strengths** destacamos: os conhecimentos adquiridos ao longo da frequência do curso de mestrado na área de especialização em ER que, apesar das contingências sofridas com a pandemia, pautou pelo seu elevado nível de formação teórica, científica, técnica e humana fundamental para uma prática de cuidados de enfermagem especializados em situações de alta complexidade, para a liderança de cuidados e equipas, com incentivo à produção e disseminação do conhecimento científico.

A realização do trabalho de projeto (do qual fez parte a revisão narrativa da literatura) foi, sem dúvida, facilitador deste percurso pois permitiu descrever, analisar, problematizar a temática de interesse e conceptualizar o modo como planeámos

desenvolver as competências relativas ao perfil de EEER, em articulação com as competências do grau académico de mestre. Considero que foi um instrumento flexível, estruturante e promotor de autonomia neste percurso.

A elaboração do presente relatório de estágio, embora desafiante foi potenciador da prática reflexiva ao longo deste processo formativo permitindo simultaneamente a descrição das atividades realizadas à luz da evidência científica; das aprendizagens feitas e das competências desenvolvidas.

Algumas das características pessoais (persistência, resiliência e capacidade de adaptação) e experiência profissional foram determinantes para desenvolver este percurso formativo num enquadramento pandémico que nos trouxe vários desafios quer pessoais, como profissionais e formativos, nos diferentes contextos clínicos.

Como **Fraquezas/Weaknesses** mencionamos: a situação pandémica pelo Vírus SARS-CoV-2 trouxe alterações avassaladoras em todos os contextos, mas sobretudo no contexto da prestação de cuidados de saúde quer por força da própria doença, que implicou uma resposta específica e imediata dos serviços de saúde, quer por força das medidas de saúde pública adotadas pelas entidades competentes (Presidente da República, Assembleia da República, Governo e Direção Geral da Saúde).

As respostas específicas e imediatas dadas por todos os setores da saúde relacionaram-se com a reorganização e reestruturação de serviços, disponibilidade e mobilização de profissionais (para unidades intensivas, e ADR, postos de vacinação, etc.,) constrangimentos nas diferentes respostas assistenciais e alterações nas dinâmicas de prestação de cuidados com repercussões na pessoa internada (proibição/limitação de visitas, de bens pessoais etc.). Por todos estes motivos, foram bastante limitadas as oportunidades de articulação, envolvimento com os elementos da equipa de enfermagem e da equipa multidisciplinar, assim como com as famílias e/ou cuidadores significativos, fosse em contexto hospitalar como domiciliário.

A participação no III Workshop Internacional “Humanitude” (atividade elencada no trabalho de projeto) programado para os dias não foi possível, pelo contexto pandémico e restrições sanitárias implementadas que levou seu cancelamento

Como **Oportunidades/Opportunities** identificamos: os locais de estágio não foram, inicialmente, os pretendidos, contudo e apesar de todas as contingências vividas constituíram-se em locais desafiantes e ricos em aprendizagens pessoais e profissionais (importante a intervenção dos enfermeiros orientadores) essenciais à

aquisição de competências inerentes ao grau de Mestre e do título profissional de EEER.

O estágio na USF permitiu-nos desenvolver conhecimentos sobre a intervenção do EEER na comunidade e refletir sobre a pertinência da MCH na visita domiciliária. No serviço de Neurocirurgia a multiplicidade de diagnósticos e situações complexas de comprometimento cognitivo-motor, e sendo um serviço já com um projeto na área da regulação sensorial, também com interesse em desenvolver outros na área da memória e atenção, constitui-se como uma oportunidade de desenvolver intervenções importantes para aquisição de competências comuns e específicas de ER, das quais destacamos o desenvolvimento do jogo de estimulação da memória e atenção.

O elevado potencial de contágio do vírus levou a que as entidades competentes (OMS; DGS) implementassem medidas preventivas importantes na prestação de cuidados como: o confinamento, o distanciamento social e a utilização de equipamento individual de proteção (mascaras de diferentes características; óculos, protetores faciais e luvas, bata) de forma a garantir a proteção dos intervenientes nos cuidados. Estas medidas pareciam comprometer inicialmente a manutenção dos pilares relacionais fundamentais na MCH, contudo acabou por se tornar numa oportunidade para levar os profissionais de saúde a refletir sobre a relevância do olhar, da palavra, do toque e da verticalidade na qualidade da comunicação e relação interpessoal que estabelecem com a pessoa, nomeadamente a pessoa com AVC, em todo o processo de cuidados, particularmente nos cuidados especializados.

O desenvolvimento de conhecimentos acerca da Teoria do Défice do Autocuidado de Dorothea Orem permitiu diversificar a nossa intervenção enquanto EEER, com foco na pessoa com alterações decorrentes de AVC, numa simbiose com a MCH também potenciadora da autonomia e participação da Pessoa no seu plano de cuidados.

A utilização de instrumentos de medidas, escalas (algumas específicas da metodologia Humanidade como a escala da verticalidade); assim como sequências procedimentais (recurso à SEPCH) permitiram quantificar, evidenciar os resultados obtidos decorrentes da nossa intervenção enquanto EEER, assim como refletir sobre a efetividade da mesma junto da pessoa e respetiva família/convivente significativo.

Como **Ameaças/Threats** destacamos: sem querermos ser repetitivos, mas a ameaça mais significativa encontrada ao longo deste percurso, foi efetivamente a

situação pandémica vivida. A evolução epidemiológica heterogénea, o grau de conhecimento científico que foi surgindo e o inevitável grau de incerteza diário, exigiu dos profissionais de saúde uma grande capacidade de adaptação.

Estes foram tempos exaustivos, onde fomos chamados a integrar uma multiplicidade de informação a uma velocidade diária esgotante, a implementar, quase diariamente, alterações à prática de cuidados e, portanto, esta instabilidade diária vivida nos locais de estágio foi, por vezes, uma ameaça.

Contudo, esta especificidade contextual levou ao desenvolvimento de estratégias adaptativas externas e internas, como exemplo: a flexibilidade nos objetivos definidos; e a criatividade, respetivamente.

Numa apreciação global do percurso realizado consideramos que este contribuiu fortemente quer para o desenvolvimento das competências preconizadas pela OE para obtenção do título profissional de EEER, como para as definidas nos descritores de Dublin para o 2º ciclo de ensino.

Neste sentido, aprofundámos conhecimentos e desenvolvemos capacidades de compreensão em áreas tão diversificadas como: a MCH e pertinência da mesma para a intervenção do EEER; a pessoa com alterações cognitivas, nomeadamente na área da atenção, memória e funções executivas e aplicámos o Jogo de Estimulação da Memória e Atenção, com vista à obtenção de ganhos a nível do autocuidado. Na globalidade, considerámos ter demonstrado a capacidade para tomar decisões perante situações que careciam de uma intervenção especializada sustentada na evidencia científica. Em todo o nosso percurso, desenvolvemos competências na área da comunicação com os pares e equipa, com o objetivo de transmitir os resultados e conclusões sobre a temática, conforme o fizemos, quer pelos momentos formativos desenvolvidos nos locais de estágio como na apresentação do póster em *Webinar*.

Todas as atividades desenvolvidas foram potenciadoras do nosso autoconhecimento e das responsabilidades acrescidas enquanto EEER, quer para a dinâmica da prática clínica, como na intervenção privilegiada junto da pessoa, com vista à obtenção de ganhos em saúde.

4 – CONCLUSÃO

O desenvolvimento de um projeto sobre a temática da Humanidade no Processo de Reabilitação revelou-se ser um projeto inovador e, por conseguinte desafiante. Contudo, este desafio constituiu-se como um motor motivacional, permitindo um aprofundar de conhecimento bem consolidado, assim como um desenvolvimento de competências que consideramos ter sido efetivo.

Apesar de já existir alguma evidencia científica sobre o tema, uma das limitações encontradas residiu no facto de esta estar associada aos cuidados gerais à pessoa idosa ou em processos de declínio cognitivo-mnésicos. Desta forma, e considerando as conclusões da revisão da literatura, o desafio esteve precisamente aqui, na necessidade de refletir sobre a metodologia de cuidados usada na prática diária e na pertinência de aplicar esta metodologia ao cuidado especializado e à pessoa em qualquer altura do ciclo de vida.

A motivação, oriunda da relação de identificação pessoal e profissional à MCH, constituiu-se como um estímulo norteador do percurso metodológico, facilitando a partida desta inquietude “a integração da MCH na intervenção do EEER” para o planeamento de objetivos, delineamento de estratégias e atividades a desenvolver, no sentido de atingir um dos objetivos iniciais: compreender o processo de reabilitação da pessoa com AVC, com recurso à MCH.

Desta forma, constatamos que os objetivos para este percurso foram atingidos, sendo fundamental para tal, fazer uma retrospectiva de todo o processo, descrever e analisar as atividades desenvolvidas com a preocupação de justificá-las à luz das competências preconizadas nos descritores de Dublin para o 2º ciclo, que conferem o grau de mestre, e as competências preconizadas pela OE para o título de EEER.

Ao longo do estágio, a nossa intervenção decorreu junto da pessoa com necessidades especiais com o propósito de identificar as alterações decorrentes da lesão cerebral (e outras) e prestar cuidados especializados de ER, não só nas áreas de reeducação funcional motora, sensorial, cognitiva, cardiorrespiratória, mas também na reeducação da deglutição e eliminação.

A intervenção enquanto EEER, foi organizada de acordo com o processo de enfermagem fundamentado na Teoria do Autocuidado de Orem. Por conseguinte, fizemos uma avaliação completa da pessoa, e com base nas necessidades de autocuidado, de desenvolvimento e desvio de saúde, concebemos, implementámos e

monitorizámos os planos de cuidados de ER individualizados e baseados num corpo de conhecimentos específicos. Concluimos que só desta forma, atingimos o propósito de cuidar, capacitar e maximizar o potencial da pessoa/família e/cuidador, contribuindo para a sua qualidade de vida.

É esperado que o EEER desenvolva uma prática baseada na evidência, possua elevadas competências técnicas e humanas, e coloque a pessoa e as suas necessidades no centro dos cuidados, pelo que foi fundamental estruturar na MCH, o cuidado especializado e efetivo que advogamos. Esta metodologia segue uma sequência estruturada de procedimentos baseada nos pilares relacionais olhar, palavra, toque e verticalidade que norteou o nosso cuidado enquanto EEER promovendo a efetividade da relação estabelecida com a pessoa, atuando na salvaguarda da sua privacidade, individualidade e autonomia.

É importante referir que aplicar a SEPCH no contexto da prática de cuidados foi desafiante na medida em que nos permitiu tomar maior consciência dos cuidados que pretendemos prestar enquanto EE, e como devemos iniciar a relação com a pessoa, para que esta seja promotora de um cuidado especializado e centrado na pessoa. Na construção deste percurso enquanto EE foi fundamental sermos facilitadores desta reflexão, inicialmente individual, e que posteriormente, promovemos nos diferentes contextos de cuidados.

Esta exigente consciencialização das práticas, foi essencial para o desenvolvimento de competências de EE permitindo o autoconhecimento, o confronto e reconhecimento das nossas limitações e dificuldades. A OE acompanha esta exigência, quando determina, através do Regulamento nº140/2019, o perfil de competências do EE de quem espera elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação investigação e assessoria.

O âmbito de competências é amplo, exigente, impele à ação, à liderança e à responsabilização do EE perante a pessoa que necessita de cuidados, perante os pares e elementos da equipa multidisciplinar. É mandatário partir desta inquietação individual e profissional e transformá-la em coragem para agir no sentido da mudança organizacional, assente no paradigma “hospitalocêntrico”, no modelo biomédico e centrado na tarefa para um cuidado especializado centrado na pessoa e na sua Humanidade. Em conclusão ...é “sermos a mudança que queremos ver no mundo!” (Mahatma Gandhi).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ascraft, M.H., Radvansky, G.A. (2010). *Cognition*. 5ª edição. Boston: Prentice Hall.
- Baixinho, C.L., & Dixe, M.A. (2016). Valuation of fall risk factors by elderly. *International Journal of Medical Science and Clinical Inventions*. 3 (12), 2496-2508.
Disponível em:
https://www.researchgate.net/publication/311903839_Valuation_of_fall_risk_factors_by_elderly.
- Santos BW, Baixinho CL. Intervenções de enfermagem no espaço físico da casa para prevenir a queda no idoso: Revisão Integrativa da Literatura. In: Costa AP, Sá AA., Castro P, Souza DN. Atas do 8º Congresso Ibero-Americano em Investigação Qualitativa. 2019. Oliveira de Azeméis: Ludomedia, pp. 91-100.
Disponível em:
<https://proceedings.ciaiq.org/index.php/CIAIQ2019/issue/archive>.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito*. Coimbra: Quarteto;
- Bornet, N.K., Verhoeven, N.C., & Buijck, B.I. (2016). Acute Phase. In B. Buijck, & G. Ribbers (Coords.), *The Challenges of Nursing Stroke Management in Rehabilitation Centres* (pp.17-27). Netherlands: Bohn Stafleu van Loghum.
Disponível em: <https://doi.org/10.1007/978-3-319-76391-0>;
- Brízido, A.P. (2018). Direitos Humanos, Humanidade e a Metodologia Gineste Marescotti: uma “legis artis” de cuidar pessoas com idade consentânea com os Direitos Humanos? *Revista Jurídica Portucalense*, 24, 88-110.;
- Chernicharo, I.M., Silva, F.D., Ferreira, M.A. (2011). Humanização no cuidado de enfermagem nas concepções de profissionais de enfermagem. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 15(4), 686-693. Disponível em:
<https://doi.org/10.1590/S1414-81452011000400005>;
- Costa, V.L, Seixas, M. & Silva, C. (2021). Programa de regulação sensorial à pessoa com distúrbio da consciência. In O. Ribeiro, *Enfermagem de Reabilitação – concepções e práticas* (pp.520-539). Lisboa: Lidel – Edições Técnicas, Lda.;
- Deodato, S. (2016). Ética nos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação. In C.M. Vieira, L. Sousa, *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao longo da Vida* (pp. 35-39). Lisboa: Lusodidacta.;
- Despacho n.º 9390/2021 que “Aprova o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026”, Gabinete do Secretário de Estado Adjunto da Saúde,

- Diário da República: 2.^a série, N.º 187 (2021). Disponível em <https://dre.pt/application/conteudo/171891094>;
- Direção Geral da Saúde (2017). *Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares 2017*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde, 2017. Disponível em: <https://www.dgs.pt/em-destaque/relatorio-do-programa-nacional-para-as-doencas-cerebro-cardiovasculares-2017.aspx>;
- Direção Geral de Saúde (2017). *Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde*. Norma nº 001/2017. Lisboa: Direção Geral de Saúde. Disponível em: [comunicacao-eficaz-na-transicao-de-cuidados-de-saude.pdf \(min-saude.pt\)](comunicacao-eficaz-na-transicao-de-cuidados-de-saude.pdf (min-saude.pt));
- Direção Geral de Saúde (2019). Norma nº 008/2019 - Prevenção e Intervenção na Queda do Adulto em Cuidados Hospitalares. Lisboa. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0082019-de-09122019-pdf.aspx>;
- Dziewas, R., Michou, E., Grundschober, M., Lal, A., Arsava, E. M., Bath, P.M. ... Verin, E. (2021). European Stroke Organisation and European Society for Swallowing Disorders guideline for the diagnosis and treatment of post-stroke dysphagia. *European Stroke Journal*, 6 (3), 89-115. European Stroke Organisation: 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/23969873211039721>;
- European Stroke Organization & Stroke Alliance for Europe. (2018). *Plano de ação para o AVC na Europa 2018-2030*. Bruxelas: Stroke Alliance for Europe. Disponível em: [sap-portugal-s.pdf \(safestroke.eu\)](sap-portugal-s.pdf (safestroke.eu)).
- Faria, A.D.C. (2014). *A pessoas após AVC: Transição da autonomia para a dependência*. Dissertação de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto. Disponível em: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9514/1/tese%20Ana%20Faria.pdf>.
- Fawcett, J. (2005). *Analysis and Evaluation of Conceptual Models of Nursing*. (2^aed.). Philadelphia: F.A. Davis Company.
- Ferro, J. & Pimentel, J. (2013). *Neurologia fundamental – Princípios, Diagnóstico e Tratamento*. 2^a edição. Lisboa: Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- Figueiredo, A.M.G.F., Melo, R.C.C.P., & Ribeiro, O.P. (2018). Metodologia de cuidado humanidade: dificuldades e benefícios da sua implementação na prática. *Revista de Enfermagem Referência*, 4 (17), 53-62. Disponível em: <https://doi.org/10.12707/RIV17063>.

- Fonseca, J. (Coord.). (2018). *Afasia e Comunicação após Lesão Cerebral – Definição, Classificação e Reabilitação*. Lisboa: Papa-Letras.
- Freitas, S., Simões, M.R. & Santana, I. (2014). Montreal Cognitive Assessment (MoCA): Pontos de corte no Défice Cognitivo Ligeiro, Doença de Alzheimer, Demência Frontotemporal e Demência Vascul. *Sinapse – Publicação da Sociedade Portuguesa de Neurologia*, 14 (1), 18-31. Disponível em: https://www.spneurologia.com/edition_download.php?id=40.
- Garcia, S., Cunha, M. & Novo. (2021). Programa de treino de equilíbrio para pessoas idosas. In O. Ribeiro, *Enfermagem de Reabilitação – conceções e práticas* (pp. 494-495). Lisboa: Lidel – Edições Técnicas, Lda.
- Gaspar, L., Loureiro, M. & Novo, A. (2021). Exercício profissional dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação. In O. Ribeiro, *Enfermagem de Reabilitação – conceções e práticas* (pp.12-18). Lisboa: Lidel – Edições Técnicas, Lda.
- Gineste, Y. & Pellissier, J. (2008). *Humanidade, Cuidar e Compreender a Velhice*. Lisboa: Instituto Piaget, Piaget Editora.
- Goleman, D. (2016). *Trabalhar com inteligência emocional*. (6ªed.). Lisboa: Temas e Debates, Círculo de Leitores.
- Goleman, D. (2021). *Trabalhar com inteligência emocional*. (27ªed.). Lisboa: Temas e Debates, Círculo de Leitores.
- Graça. S.S.V.C. (2015). *Mobilização precoce no doente pós AVC, uma revisão sistemática da literatura*. Dissertação de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação. Bragança: Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10198/12045>.
- Hartweg, D.L., & Pickens, J. (2016). A Concept Analysis of Normalcy within Orem's Self-Care Deficit Nursing Theory. *Self-Care, Dependent-Care & Nursing*, 22 (1), 4-13.
- Henriques, L.V.L., Dourado, M.A.R.F., Melo, R.C.C.P., & Tanaka, L.H. (2019). Implementation of the Humanitude Care Methodology: contribution to the quality of health care. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 27: e3123, 1-10. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2430-3123>.
- Hesbeen, W. (2003). *A Reabilitação: Criar novos caminhos*. Loures: Lusociência.

- Hesbeen, W. (2006). Acompanhar a pessoa no caminho da autonomia: O desafio da equipa multidisciplinar. In *Encontro de Enfermagem: Autonomia...do Cuidar ao Ser*. 1º Curso de Pós-Licenciatura de Enfermagem de Reabilitação. Lisboa.
- Lista, A., Correia, J., Fonseca, C., (2017). A Teoria do Autocuidado, uma proposta reflexiva dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação. *Journal of Aging and Innovation*, 6, 13-16.
- Maia, L., Correia, C., & Leite, R. (2009). Avaliação e Intervenção Neuropsicológica – Estudos de Casos e Instrumentos. Lisboa: Lidel – Edições Técnicas, Lda.
- Martins, R., & Santos, C. (2020). Capacitação do cuidador informal: o papel dos enfermeiros no processo de gestão da doença. *Gestão E Desenvolvimento*, (28), 117-137. Disponível em: <https://doi.org/10.34632/gestaoedesenvolvimento.2020.9468>.
- Martins, R., Rodrigues, A., Andrade, A., Albuquerque, C., & Martins, C. (2018) Perception of informal caregivers on planning for the discharge of hospitalised elderly patients. *Rev Enf Rol*. 41 (11- 12), 193-197. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.19/5330>.
- Martins, T. (2006). *Acidente Vascular Cerebral – Qualidade de Vida e bem-estar dos doentes e familiares cuidadores*. Coimbra: Editora Formasau.
- Melo, R.C.C.P., Costa, P.J., Henriques, L.V.L., Tanaka, L.H., Queirós, P.J.P., & Araújo, J.P. (2019). Humanidade na humanização da assistência a idosos: relato de experiência em um serviço de saúde. Humanidade in the humanization of elderly care: experience reports in a health service. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72 (3), 825-829. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-71672017-0363>.
- Melo, R.C.C.P., Queirós, P.J.P., Tanaka, L.H., Salgueiro, N.R.M., Alves, R. E., Araújo, J.P., & Rodrigues, M.A. (2017). Estado da arte da implementação da metodologia de cuidado Humanidade em Portugal. *Revista de Enfermagem Referência*, 4 (13), 53-62. Disponível em: <https://doi.org/10.12707/RIV17019>.
- Mendes, Goreti. (2009). A dimensão ética do agir e as questões da qualidade colocadas face aos cuidados de enfermagem. *Texto e Contexto Enfermagem*, 18 (1), 165-169. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072009000100020>;

- Menoita, E.C. (2014). *Reabilitar a pessoa idosa com AVC: contributos para um envelhecer resiliente* (2ª edição). Loures: Lusociência -Edições Técnicas e Científicas, Lda.;
- Ministério da Saúde. (2018) Retrato da Saúde. Acedido 10/07/2020. Disponível em: https://issuu.com/boletiminfcompraspUBLICASSAUDE/docs/retrato_da_saude_2018_compressed.;
- Moreira, N.R.T.L., Andrade, A.S., Ribeiro, K.S.Q.S, Nascimento, J.A., & Brito, G.E.G. (2015). Qualidade de vida em indivíduos acometidos por Acidente Vascular Cerebral. *Revista Neurociências*, 23 (4), 530-537.;
- Müller, C., Plewnia, A., Becker, S., Rundel, M., Zimmermann, L. & Körner, M. (2015). Expectations and requests regarding team training interventions to promote interdisciplinary collaboration in medical rehabilitation – A qualitative study. *BMC Medical Education*, 15 (135), 1-15. DOI: <https://doi.org/10.1186%2Fs12909-015-0413-3>
- Ordem dos Enfermeiros. (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro: dos comentários à análise de casos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.;
- Ordem dos Enfermeiros. (2013). *Guia Orientador de Boas Práticas - Cuidados à pessoa com alterações da mobilidade - posicionamentos, transferências e treino de deambulação*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros;
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: [nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf\(ordemenfermeiros.pt\).](nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf(ordemenfermeiros.pt).);
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação*. 1-19. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8192/ponto-4_regulamento-dos-padr%C3%B5es-qualidade-ceer-1.pdf.;
- Organização Mundial de Saúde (2003). *Promovendo a Qualidade de Vida após Acidente Vascular Cerebral – Um guia para fisioterapeutas e profissionais de atenção primária à saúde*. Porto Alegre: Artmed.
- Pereira, R. & Rito, M. (2013). A análise SWOT como estratégia de (auto) avaliação: uma partilha de experiências em contextos de prática clínica supervisionada. Atas de conferencias. Porto: Escola Superior de Enfermagem. Disponível em: <https://hdl.handle.net/1822/33845.>;

- Phaneuf, M. (2007). O conceito de Humanidade: uma aplicação aos cuidados de enfermagem gerais (Tradução de Nídia Salgueiro). Disponível em: http://www.infiressources.ca/fer/depotdocuments/O_conceito_de_humanidade_-_uma_aplicacao_aos_cuidados_de_enfermagem_gerais.pdf;
- Pinheiro, A.M., Pinto, L. & Sousa, N. (2017). Sistemas de memória. In Rego, A.C., Duarte, C. B., & Oliveira, C.R., *Neurociências* (307-324). Lisboa: Lidel – Edições Técnicas, Lda.;
- Queirós, P. J. (2010). Autocuidado, transições e bem-estar. *Revista de Investigação em Enfermagem*. 21. 1-2. Disponível em: <https://www.sinaisvitais.pt/index.php/revista-sinais-vitais/revista-investigacao-enfermagem/31-2008-a-2011/468-revista-investigacao-enfermagem-no21>;
- Quinn, T.J., Richard, E., Teuschl, Y., Gattringer, T., Hafdi, M., O'Brien, J. ... Markus, H.S. (2021). European Stroke Organisation and European Academy of Neurology joint guidelines on post-stroke cognitive impairment. *European Stroke Journal* 2021, 6(3), 1-38. European Stroke Organisation 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1177%2F23969873211042192> .
- Regulamento nº140/2019 (2019). Regulamento das competências comuns do Enfermeiro especialista. *Diário da República, 2ª série* (nº 26 de 06-02-2019), 4744-4750. ELI: <https://dre.pt/application/conteudo/119236195>;
- Regulamento nº392/2019 (2019). Regulamento das competências específicas do Enfermeiro especialista. *Diário da República, 2ª série* (nº 85 de 03-05-2019), 13565-13568. ELI: <https://dre.pt/application/conteudo/122216893>;
- Rodrigues, A.C., & Morais, A.J.P. (2015). Competências específicas do Enfermeiro especialista em Enfermagem de reabilitação: perspetiva profissional. In A. Morais, A. Cruz & C. Oliveira (Eds.), *Enfermagem de reabilitação – Percursos de investigação*. Série monográfica educação e investigação em saúde. (pp. 3-15). Coimbra, Portugal: Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E) / Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Disponível em: https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=2563&id_revista=19&id_edicao=89;
- Salgueiro, S. (IGM Portugal- Humanidade, Lda.). (2014). *Humanidade, um imperativo do nosso tempo*. Coimbra: IGM Portugal- Humanidade, Lda.;

- Santos, A.E., Duarte, B.C. & Rego, A.C. (2017). Acidente Vascular Cerebral e isquemia neuronal. In Rego, A.C., Duarte, C. B., & Oliveira, C.R., *Neurociências* (513-539). Lisboa: Lidel – Edições Técnicas, Lda.;
- Santos, A.T., Melo, R.C.C.P., Henriques, L.V.L., Tempori, B., Martins, A. & Marchi, E. (2021). Contributo da Metodologia de Cuidado Humanidade para a gestão das emoções na pandemia. *International Journal of Developmental and Educational Psychology INFAD Revista de Psicología*. 1(1), 115-124. Disponível em: https://dehesa.unex.es/bitstream/10662/13351/1/0214-9877_2021_1_1_117.pdf
- Santos, S.D., Ferreira, J.S. & Carvalho, A.L. (2017). Plasticidade sináptica. In Rego, A.C., Duarte, C. B., & Oliveira, C.R., *Neurociências* (289-306). Lisboa: Lidel – Edições Técnicas, Lda.;
- Schoenberg, M.R., & Scott, J.G. (2011). *The Little Black Book of Neuropsychology: A Syndrome-Based Approach*. Boston: Springer.
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network. (2010). *Management of patients with stroke: Rehabilitation, prevention and management of complications, and discharge planning A national clinical guideline*. Scotland: National Health Service. Disponível em: [Management of patients with stroke: rehabilitation, prevention and management of complications, and discharge planning. \(SIGN Guideline No 118\)](#)
- Sequeira, C. (2016). *Comunicação Clínica e Relação de Ajuda*. Lisboa: Lidel – Edições Técnicas, Lda.;
- Silva, I.F.G., Neves, C.F.S., Vilela, A.C.G., Bastos, L.M.D., & Henriques, M.I.L. (2016). Viver e Cuidar Após o Acidente Vascular Cerebral. *Revista de Enfermagem Referência*, 4 (8), 103-111. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12707/RIV15047>;
- Silva, L.M.G., Brasil, V.V., Guimarães, H.C.Q.C.P., Savonitti, B.H.R.A., Silva, M.J.P. (2000). Comunicação não-verbal: reflexões acerca da linguagem corporal. *Revista Latino-America de Enfermagem*, 8 (4), 52- 58. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/tDnHtdjX3DGwKb8TMCLPJCq/?format=pdf>;
- Simões, M.; Rodrigues, M.; Sagueiro, N. (2011). Importância e aplicabilidade aos cuidados de enfermagem do método de cuidados de humanidade Gineste: Marescotti. *Revista de Enfermagem Referência*, 3 (4), 69-79. Disponível em:

[https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=2236&id_revista=9&id_edicao=36.](https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=2236&id_revista=9&id_edicao=36.;);

- Simões, M.M.M. (Edição do Autor.). (2014). *Cuidar Humanidade, Enfermagemneurorrelacional*. Coimbra: PMP, Lda.;
- Sousa, I.C.P., Silva, A.G., Quirino, A.C.S., Neves, M.S., & Moreira, L.R. (2014). Perfil de pacientes dependentes hospitalizados e cuidadores familiares: Conhecimento e preparo para as práticas do cuidado domiciliar. *REME – Revista Mineira de Enfermagem*, 18 (1), 164-172. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/remeg.org.br/pdf/v18n1a13.pdf>.
- Takase, A. (2005). Neurociências do esporte e do exercício. *Revista Neurociências*. 5, 1-7.;
- Tomey, Ann Marriner; Alligood, M. R. (2004). *Teóricas de Enfermagem e Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)*. (5ª ed.). Loures: Lusociência.;
- Varanda, E.M.G., & Rodrigues, C.A.F. (2016). Avaliação da Pessoa com Alterações da Função Cognitiva: Avaliar para Reeducar e Readaptar. In C.M. Vieira, L. Sousa, *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao longo da Vida* (pp. 145-159). Lisboa: Lusodidacta.;
- Vasconcelos, M. (2021). Ética em enfermagem de reabilitação. In O. Ribeiro, *Enfermagem de Reabilitação – conceções e práticas* (pp.34-37). Lisboa: Lidel – Edições Técnicas, Lda.;
- Vieira, C.M., Sousa, L., & Braga, R. (2016). Reabilitar a Pessoa com Acidente Vascular Cerebral. In C.M. Vieira, L. Sousa, *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao longo da Vida* (pp. 465-474). Lisboa: Lusodidacta.;
- Veiga, J. (2011). Autonomia Pessoal e Cuidados de Enfermagem: uma revisão da literatura empírica e teórica. *Pensar Enfermagem*, 15 (1), 39-69.
- Wang, L., Li, J. X., Xu, D. Q., & Hong, Y.L. (2008). Proprioception of ankle and knee joints in obese boys and nonobese boys – Clinical Research. *Medical Science Monitor*, 14(3), 129-135.

APÊNDICES

Apêndice 1 – Trabalho de Projeto

**11º Curso de Mestrado em Enfermagem na área de
Especialização em Enfermagem de Reabilitação**

Opção II/Projeto

**A Humanidade no Processo de Reabilitação da Pessoa com
Acidente Vascular Cerebral**

Cristina Isabel Guerreiro Martins

**Lisboa
Novembro 2020**



**11º Curso de Mestrado em Enfermagem na área de
Especialização em Enfermagem de Reabilitação**

Opção II/Projeto

**A Humanidade no Processo de Reabilitação da Pessoa com
Acidente Vascular Cerebral**

Cristina Isabel Guerreiro Martins



Regente: Professor Doutor Miguel Serra
Orientadora: Professora Doutora Vanda Marques Pinto



**Lisboa
Novembro 2020**

ABREVIATURAS E SIGLAS

AVC -Acidente Vascular Cerebral

AVD -Atividades de Vida Diárias

DGS – Direção Geral de Saúde

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

ER – Enfermagem de Reabilitação

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

IGM - Instituto Gineste Marescotti

MCGM - Metodologia de Cuidados Gineste-Marescotti

MCH – Metodologia de Cuidado Humanidade

OE – Ordem dos Enfermeiros

PQCEER – Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação

SPAV -Sociedade Portuguesa do Acidente Vascular Cerebral

SEPCH – Sequência Estruturada de Procedimentos Cuidativos Humanidade

UCC- Unidade de Cuidados Continuados

ULDM - Unidade de Longa Duração e Manutenção

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	5
1 – A PESSOA COM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL – REABILITAR EM HUMANIDADE	9
1.1 - Descrição dos Objetivos/Plano de atividades	27
CONSIDERAÇÕES FINAIS	29
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	30

APÊNDICES

Apêndice 1 – Fluxograma da metodologia de pesquisa

Apêndice 2 - Fichas de leituras dos artigos

Apêndice 3 – Descrição das atividades/estratégias e respectivos resultados

Apêndice 4 - Proposta de Cronograma de Atividades

Apêndice 5 – Diapositivos Apresentados nos Momentos de Avaliação

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Sintomas neurológicos consistentes de um diagnóstico de AVC

9

INTRODUÇÃO

O presente trabalho tem como título a “A Humanidade no Processo de Reabilitação da Pessoa com Acidente Vascular Cerebral” e foi elaborado no âmbito da unidade curricular de Opção II – Projeto, inserida no 11º Curso de Mestrado na área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL). Este projeto de aprendizagem específico no domínio da Enfermagem de Reabilitação (ER) espelha o meu interesse pessoal e profissional e pretende refletir as competências a adquirir, em concordância com os descritores de Dublin para o 2º ciclo de ensino (com vista à obtenção do grau de mestre), em conjugação com as competências preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros (OE) para o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER).

De acordo com Correia, Figueiredo & Costa (2018) o acidente vascular cerebral (AVC) é uma doença crónica com grande impacto mundial, tendo sido, em 2013, a segunda causa de morte e a terceira causa de incapacidade. Dados da OMS (2016) mostram que, 15 milhões de pessoas sofrem desta patologia e, prevê-se um crescimento da mesma, devido ao envelhecimento da população.

Para Silva et al. (2016, p.104) abordando o envelhecimento da população, inevitavelmente se fala que o risco de AVC aumenta com a idade. De acordo com Santos, Duarte & Rego (2017) a incidência do AVC é atualmente muito elevada, sendo a patologia neurológica com maior prevalência abaixo dos 85 anos, apesar de afetar todas as idades, a incidência duplica por cada década após os 50 anos. (p.516).

No panorama português, os dados do Ministério da Saúde (2018) mostram que Portugal tem uma população cada vez mais envelhecida (com mais de um milhão de pessoas com idade superior a 65 anos), verifica-se o declínio da natalidade, mas também o aumento da esperança média de vida, com acréscimo destas doenças crónicas, que originam dependência a nível físico, emocional e social.

A Direção Geral de Saúde (2017) refere que as doenças cardiovasculares, das quais fazem parte o AVC, são a principal causa de morte e uma das mais importantes causas de morbilidade, de incapacidade, invalidez e de anos potenciais de vida precocemente perdidos. Dados da Sociedade Portuguesa do AVC (2016), alertam que por ano, em cada 1000 habitantes, 2 morrem por AVC; por hora, 3 portugueses são vítimas de um AVC, sendo que 41% dos sobreviventes ficam dependentes. (p.10)

De acordo com Santos et al. (2017) os sobreviventes ficam com disfunções neurológicas crônicas, que se podem manifestar nas funções motora, cognitiva, sensorial e emocional. (p.516). Este conjunto de alterações individuais com repercussões ao contexto familiar justificam que as doenças cerebrovasculares se mantenham no topo das prioridades relativamente ao planeamento em saúde (DGS, 2017).

No que diz respeito aos níveis de incapacidade após o AVC, Santos et al. (2017) refere que estes “alteram-se a longo do tempo devido à natural progressão da doença, sendo influenciados pela idade e pelo acesso à reabilitação, que é dirigida à gestão das funções diárias, ao reforço da função neurológica e a uma eventual repercussão de funções perdidas”. (p.516)

O AVC é, portanto, uma doença potencialmente incapacitante, onde o enfermeiro tem um papel preponderante em todo o processo de reabilitação, nomeadamente na qualidade da relação terapêutica que estabelece, contribuindo de uma forma ativa para capacitar a pessoa e família a lidarem com a doença, para o processo de adaptação à nova situação de vida e deste modo para a Qualidade de Vida. (Silva et al., 2016, p.104).

Assim, vemos o EEER como o profissional de referência com competências especializadas e a Enfermagem de Reabilitação

“como a área de intervenção da enfermagem, de excelência que previne, recupera e habilita de novo, as pessoas vítima de doença súbita ou descompensação de processo crónico, com déficite funcional ao nível cognitivo, motor, sensorial e outros, e as ajudem a criar uma maneira de viver com sentido para elas e compatível com a sua situação, e isso independentemente da sua condição física ou da natureza da sua afeção. (PQCEER, 2018, p.5)

Para Hesbeen (2003) é desta forma que se prestam cuidados personalizados, olhando-se para a pessoa com AVC com *Humanitude*, como pessoa singular, indo ao encontro das suas necessidades reais mais peculiares.

De acordo com Simões, Rodrigues e Salgueiro (2011, p.70) o conceito de *Humanitude* emerge atualmente com grande relevância para os cuidados de Enfermagem os quais assimilam a filosofia da Humanitude e aplicam-na na prática clínica assentando em pilares de ação (olhar, palavra, tocar, verticalidade, vestuário), dirigindo-se de forma prioritária às pessoas dependentes e vulneráveis, em situação crítica, crónica e até paliativa.

A Metodologia de Cuidados Humanitude (MCH) desenvolvida em 1979 por Yves Gineste e Rosete Marescoti baseia-se nos pilares: olhar, palavra, toque e

verticalidade operacionalizados e sistematizados de forma a serem replicados em diversos contextos. A utilização de técnicas relacionais, caracteriza-se pela suavidade do toque, e particularidades muito sutis, em que gestos técnicos e relacionais indissociáveis permitem cuidar a pessoa preservando a sua dignidade, promovendo a sua autonomia colocando-a na centralidade dos cuidados, demonstrando que toda a pessoa é dotada de capacidades (ainda que condicionadas) e parte integrante com o seu convivente significativo, no seu projeto de saúde.

Estas dimensões são especialmente significativas para o Enfermeiro de Reabilitação, no sentido da promoção da autonomia, acompanhamento e apoio à pessoa em todo o seu processo de tomada de decisão, em sentido figurativo é "(...) oferecer um mapa das estradas à pessoa e utilizar os seus recursos para dialogarem sobre as diferentes possibilidades e para a acompanhar na escolha que tenha feito." (Hesbeen, 2003, p.76).

Foi precisamente esta relação entre os diferentes conceitos de "Humanidade"; "Pessoa com AVC" e "Enfermagem de Reabilitação" que levaram à formulação da questão de investigação: "Qual o contributo da Metodologia de Cuidados Humanidade no Processo de Reabilitação da Pessoa com AVC?"

Por conseguinte, inicieei a pesquisa para fundamentação teórica deste projeto tendo como ponto de partida a pergunta de investigação. Para tal, recorri à plataforma EBSCO web em duas bases de dados a CINAHL e MEDLINE e através do EBSCO HOST (*CINAHL Plus with Full Text, MEDLINE with Full Text*); Nursing Reference Center; ScienceDirect; Biblioteca do conhecimento online; Google Académico, em linguagem natural e a partir dos termos indexados validados em CINAHL Headings e em Medical Subject Headings – MeSH, individualmente, que foram combinados através do operador booleano "AND". As palavras chaves/ Keywords utilizadas foram: Humanidade; Enfermagem de Reabilitação e Acidente Vascular Cerebral/ Humanidade; Rehabilitation Nursing e Stroke.

Com a realização deste projeto de formação pretendo atingir como objetivos gerais:

- Desenvolver competências específicas de intervenção do EEER na área motora, sensorial, cognitiva, cardiorrespiratória, da alimentação, da eliminação e da sexualidade que promovam / otimizem o processo de reabilitação física, cognitiva e social;

- Compreender o Processo de Reabilitação da Pessoa com AVC com recurso à Metodologia de Cuidados Humanidade.

Após esta breve apresentação da temática em estudo, segue-se o primeiro capítulo que corresponde ao enquadramento conceptual do tema. Para a sua elaboração procedeu-se a uma revisão narrativa da literatura com o objetivo de clarificar e justificar a pertinência do tema Humanidade e respetiva metodologia de cuidados, em função do seu impacto na Pessoa, especificamente na Pessoa com alterações decorrentes de AVC, Família e Instituições procurando relacioná-la com a intervenção do EEER.

Para que, este trabalho de projeto possa contribuir para o desenvolvimento disciplinar, é fundamental que seja norteado por um referencial teórico, pelo que escolhi a Teoria do Défice do Autocuidado de Dorothea Orem conforme irei explicar no desenvolver do primeiro capítulo pois, de acordo com Queirós (2010) “A concepção e o desenvolvimento das práticas clínicas de enfermagem passa pela teorização que mais não é que enquadrar conceptualmente o que fazemos para sobre ele refletir, avaliar e inovar.” (p.1).

No ponto seguinte farei uma descrição dos objetivos a atingir, relacionados com as competências comuns e específicas do EEER elencando as atividades a desenvolver, os critérios e indicadores de avaliação assim como os diferentes recursos a mobilizar. A finalizar este trabalho de projeto farei as considerações finais, seguidas das referências bibliográficas consultadas para a realização do mesmo.

Este trabalho foi redigido segundo a 6ª Edição da norma APA1 (American Psychological Association), em vigor na ESEL para a realização de trabalhos académicos.

1 – A PESSOA COM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL – REABILITAR EM HUMANITUDE

O AVC é uma doença súbita que afeta uma zona localizada do encéfalo, produzindo, portanto, sintomas e sinais deficitários causados pela perda de função da área afetada. (Ferro & Pimentel, 2013, p. 101).

Para Santos et al. (2017) este pode surgir em consequência da obstrução de uma artéria (acidente isquémico) ou da rutura de um vaso sanguíneo responsável pela irrigação do cérebro (acidente hemorrágico). Este autor acrescenta ainda que, as disfunções neurológicas apresentadas pelas pessoas vítimas de AVC dependem da localização e da extensão da lesão pelo encéfalo²⁷, permanecem por mais de 24h e, frequentemente manifestam-se de forma crónica. (p.513).

Nesta fase, não pretendo ser exaustiva (serão conteúdos a desenvolver no relatório de estágio), mas sim referir que, os sintomas que estas pessoas apresentam refletem as principais disfunções neurológicas, nomeadamente, a ocorrência de défices motores, sensoriais, comportamentais, perceptivos e de linguagem (tabela 1).

Tabela 1 – Sintomas neurológicos consistentes de um diagnóstico de AVC

Sintomas	Descrição
Sintomas motores	Paralisia ou perda de força muscular no hemicorpo (pé, perna, mão, braço, face) oposto ao local onde ocorreu a lesão (hemiplegia e hemiparesia, respetivamente)
Perda sensorial	Sensibilidade reduzida num dos lados do corpo ou em parte de um lado do corpo; a diminuição da sensibilidade superficial (tátil, térmica e dolorosa) contribui para o aparecimento de disfunções perceptivas e para o risco de autolesões
Afasia	Diminuição ou perda de capacidades linguísticas (que se refletem em dificuldades na fluência do discurso, na compreensão de uma conversa, ou no ato de ler ou escrever)
Negligência visuoespacial	Diminuição da atenção e incapacidade para reagir a estímulos apresentados num hemiespaço (metade do espaço corporal e extracorporal considerando um plano sagital que passa pelo meio do corpo); geralmente no lado esquerdo associado com hemiplegia esquerda e hemianopsia
Perturbações Visuais	Cegueira monocular, hemianopsia
Outros sintomas focais (se combinados com os outros sintomas)	Disfagia, ataxia, disartria, confusão, vertigens, perda auditiva aguda unilateral, amnésia aguda

Fonte: Santos, A. E., Duarte, B.C. & Rego, A.C., (2017). Acidente Vascular Cerebral e isquemia neuronal. In Rego, A.C., Duarte, C. B., & Oliveira, C.R., Neurociências (p. 518) Lisboa: Lidel – Edições Técnicas, Lda.

²⁷ Os quadros clínicos mais frequentes no AVC isquémico diferem se ocorridos a nível do Território Carotídeo ou Vertebrobasilar. No AVC hemorrágico diferem mediante distribuição anatómica da hemorragia: se Hemorragia Subaracnoideia ou Intracerebral.

As alterações de humor também são frequentes em pessoas com AVC, de acordo com Santos et al. (2017) metade dos sobreviventes sofre uma depressão pós AVC, existindo um risco acrescido de desenvolverem posteriormente demência, o que ocorre em cerca de 30% dos sobreviventes, provavelmente devido a uma combinação de lesões vasculares, doença de Alzheimer e perda difusa de matéria branca cerebral. (p.521).

De acordo com Silva et al. (2016), as pessoas que sobrevivem ao AVC, tornam-se cada vez mais dependentes no autocuidado, com necessidade de apoio permanente, com repercussões na sua vida e na dos seus familiares. A dependência física conduz a alterações da vida social, frequentemente manifestadas por isolamento, alterações económicas e emocionais que impreterivelmente diminuem a Qualidade de Vida²⁸ destas pessoas.

Neste sentido, são visíveis os avanços da ciência, da tecnologia e a incessante descoberta de novos fármacos que têm contribuído, de forma significativa, para que a intervenção, o mais precoce possível, junto das pessoas com AVC reduza as consequências deste. O momento ideal para iniciar a reabilitação não é claro, mas os autores referem que deve iniciar-se o mais cedo possível, após a identificação das lesões. (Vieira, Sousa & Braga, 2016; Bornet et al. 2016; Hesbeen, 2003).

Martins (2006) refere que a implementação do plano de cuidados de reabilitação deve iniciar-se entre as 48 a 72h após o AVC. Vieira et al. (2017) adverte que é importante considerar que a mobilização prematura de alta intensidade, nas primeiras 24h pós AVC, pode reduzir a probabilidade de um *outcome* favorável aos 3 meses, pelo que não é recomendado. (p.466).

Para Menoita (2014, p.66), a especialização dos profissionais de saúde na área da reabilitação, em particular os enfermeiros, constitui uma mais-valia na recuperação destes doentes, proporcionando-lhes melhor qualidade de vida. De acordo com a OE (2018, p.5) “a excelência da Enfermagem de Reabilitação traz ganhos em saúde em todos os contextos da prática, expressos na prevenção de incapacidades e na recuperação das capacidades²⁹ remanescentes, habilitando a pessoa a uma maior autonomia³⁰. Segundo o Regulamento n.º 392/2019, relativo às Competências

²⁸ É a percepção do indivíduo, de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações e mesmo como uma questão de ética na sociedade na qual o indivíduo se encontra inserido. Deve ser analisada a partir da percepção de cada um. (Moreira et al. 2015, p.531).

²⁹ Descreve a aptidão de um indivíduo para executar uma tarefa ou uma ação. Este constructo visa indicar o nível máximo provável de funcionalidade que a pessoa pode atingir num dado domínio num dado momento. (OE, 2018, p.17).

³⁰ Capacidade de um indivíduo tomar as suas decisões com base na sua razão individual. (OE, 2018 P.17)

Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, publicado em Diário da República, os Enfermeiros de Reabilitação têm um papel fundamental junto das pessoas que se tornam dependentes após uma doença como o AVC, ao elaborar e implementar um programa de treino de AVD em busca da adaptação às limitações da mobilidade e ao maximizar a autonomia do doente.

De acordo com Menoita (2014) no processo de reabilitação da pessoa com AVC deve considerar-se um conjunto de competências técnico-científicas no domínio da Enfermagem de Reabilitação, sempre na perspectiva da promoção da resiliência, mas também refletir a humanização de um cuidar. Sobre isto, Hesbeen (2003 e 2006) adverte que o enfermeiro movido pelo espírito da reabilitação é confrontado com duas exigências: “ as inerentes a um necessário rigor criado pelos conhecimentos e pela habilidade gestual” (2003, p.35) e as “(...) de demonstrar uma delicadeza, uma generosidade, uma sensibilidade, uma subtileza relacional, da atenção particular lado a lado com o outro (...) para poder acompanhar os seus passos com subtileza, no caminho que é o Seu Caminho (...)” (2006, p.4) Creio que é, baseado nestas duas exigências que o autor se fundamenta quando refere que, se deve olhar para a pessoa com AVC com *Humanitude*, como forma de se prestarem cuidados personalizados, considerando a pessoa na sua singularidade, indo ao encontro das suas necessidades reais mais peculiares.

Foi precisamente esta relação que despertou o meu interesse pessoal e profissional, concretizado no tema deste projeto, o de compreender o conceito de Humanidade e de que forma a metodologia de cuidados, que tem por base esta filosofia, contribui para o processo de reabilitação da pessoa com AVC. O facto de me desafiar a relacionar esta metodologia com o processo de reabilitação da pessoa com AVC, prende-se com o facto de desenvolver a prática de cuidados há 13 anos no serviço de ortopedia, que tem desde há 6 anos alocado a valência de Neurologia com crescente interesse por esta última área. Este facto fez aumentar a minha motivação para desenvolver competências do EEER na reabilitação da pessoa com AVC (especialmente na reabilitação motora e sensorial) de modo a tornar-me perita nesta área de atuação.

O conceito de *Humanitude* apresenta-se como um termo recente, utilizado pela primeira vez em 1980, pelo jornalista Freddy Klopfenstein, mas seria Albert Jacquard a popularizá-lo e a concebê-lo antropologicamente. Este autor define Humanitude como

“As dádivas que os homens se ofereceram desde que têm consciência de o ser e que podem continuar a oferecer-se num enriquecimento sem limites, designemo-las pelo

termo Humanidade. Estas dádivas constituem o conjunto de características de que, a justo título, tanto nos orgulhamos, caminhar sobre duas pernas ou falar, transformar o mundo ou interrogar-nos sobre o nosso futuro. É esse tesouro de compreensões, de emoções e, sobretudo, de exigências, que apenas têm existência graças a nós e que será perdido se desaparecermos. (Gineste & Pellissier, 2008, p.341)

De acordo com Phaneuf (2007, p.2) é preciso não confundir o conceito de Humanismo com o de Humanidade proposto, apesar de estarem intimamente ligados.

O Humanismo é um conceito filosófico que nos mostra a importância do lugar do homem no mundo, enquanto que a Humanidade, é um conceito de natureza mais antropológica, que nos leva a ver as raízes da nossa condição humana e, por isso mesmo, o que constitui a sua essência.

Gineste e Marescotti reconhecendo no conceito *Humanidade*, os princípios éticos e deontológicos essenciais para o bem-estar e qualidade de vida, da pessoa em situação vulnerável e tendo por base a prática dos cuidados, investigação, particularidades de cada ser humano e em princípios decorrentes das neurociências, fisiologia e da psicomotricidade humana, conceberam, entre 1995 e 1997 a Metodologia de Cuidado Gineste-Marescotti (MCGM) também designada de Metodologia de Cuidado Humanidade (MCH). Esta transposição para a prática de cuidados tem presente o Respeito pela Dignidade da Vida Humana e a centralidade da Pessoa no processo de tomada de decisão

“A filosofia da Humanidade é uma filosofia dos cuidados que permite situar todos os nossos atos no quadro do cuidar de uma pessoa singular, que permite tomar em conta o facto de uma pessoa possuir necessidades e desejos interligados, o facto de ela viver diferentemente das outras pessoas. Ela conduz-nos a colocá-la no centro do cuidar (...) o objetivo de responder ao que permite a cada pessoa, segundo a sua vontade, ter desejos, dar sentido, ter prazer, em todos os atos da sua vida” (Gineste e Pellissier, 2008, p. 269)

A Filosofia de Cuidados *Humanidade* e a metodologia de cuidados que dela emerge, são indissociáveis da Ética através das Regras de Arte, as quais funcionam como bússolas orientadoras e evidenciam os princípios éticos, os valores universais e os direitos e deveres³¹ que deles decorrem.

Estas regras de arte são: *a Negociação* – que pressupõe a autorização da pessoa, informando-a, para que possa dar o seu consentimento esclarecido; o *Respeito pelo domicílio* – Respeito pelo espaço privado da pessoa, íntimo, de

³¹ Para aprofundamento desta temática considera-se a leitura da publicação da Dra. Anabela Brízido (2018) na *Revista Jurídica Portuguesa* nº24 (com o título “Direitos Humanos, Humanidade e a Metodologia Gineste Marescotti: uma “legis artis” de cuidar pessoas com idade consentânea com os Direitos Humanos? Esta publicação consta das referências bibliográficas deste trabalho.

liberdade e prolongamento do eu; *Anunciar-se* – Imperativo ao profissional fazer-se anunciar. Bater à porta a pedir autorização, evitando abordagens surpresas, e se, a pessoa não puder responder, estabelecer contato visual. Deve fazer-se ouvir antes de tocar o seu corpo; o *Sono* – necessidade básica, pelo que, a organização de cuidados deve adaptar-se, para que este direito seja respeitado; a *Contenção* – utilizada em ultimo recurso depois de esgotadas todas as outras estratégias. (Salgueiro, 2014, p.45).

Sobre a regra de arte *Anunciar-se*, orientadora da MCH, considero-a particularmente pertinente, principalmente na ótica do Enfermeiro de Reabilitação que presta cuidados á pessoa com AVC. Nas conclusões, apresentadas por Faria (2014) na sua dissertação de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação sob o título “A pessoa após AVC: transição da autonomia para a dependência” esta refere que “apesar dos participantes elogiarem o papel dos Enfermeiros de Reabilitação, não os identificam como especialistas, referindo apenas o seu apoio como Enfermeiros.” (p.130). Por conseguinte, a mesma autora (p.135) identifica a necessidade dos Enfermeiros de Reabilitação se apresentarem aos doentes, para que estes os identifiquem e reconheçam as competências específicas que lhe são reconhecidas pela Ordem dos Enfermeiros no Regulamento nº nº392/2019.

As Regras de Arte inerentes à MCH refletem os princípios da Dignidade Humana, da Proteção da Vida e da Liberdade, que contém em si a Autonomia (base dos princípios éticos da Beneficência e da Não Maleficência). Simões 2014, particulariza cada um destes princípios, à luz do proceder cuidativo Humanidade que desta forma, garante a manutenção dos laços de humanidade na relação enfermeiro-doente dando relevo:

“(…) ao principio da proteção da vida para que se possa exercer o respeito por todos os demais princípios; ao principio de justiça e equidade para evitar a uniformização de cuidados e adequa-los á situação de saúde e necessidades; ao principio de ajustamento dos cuidados às características singulares de cada pessoa para a personalização de cuidados; ao principio de lealdade na relação para conseguir a confiança e a participação nos cuidados; ao principio de respeito da autonomia e liberdade individuais evitando cuidados de força e promovendo o consentimento informado que respeita a autonomia.” (p.73)

Quer estes Princípios, como os Valores Universais, Direitos e Deveres, que deles decorrem, assumem-se fundamentais na prática de cuidados pelos Enfermeiros e constam do seu Código Deontológico (OE, 2005). Este documento orientador do agir do enfermeiro, e consequentemente do Enfermeiro de Reabilitação, reflete a

preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana, independentemente das particulares condições e ambiente de prestação de cuidados em que se encontre, e do enfermeiro. Neste sentido, Deodato (2016) refere que

“ao lidar com as incapacidades, ou seja, com as diferenças que estas pessoas apresentam, a enfermagem de reabilitação procura uma igualdade nas suas vivências diárias face às outras pessoas. Procura uma vida diária adaptada à sua especial condição, mas dotada da mesma qualidade e da mesma dignidade. Deste modo, ao promover a qualidade de vida das pessoas com incapacidades, a enfermagem de reabilitação promove a sua dignidade. (p.39).”

A Enfermagem de Reabilitação tem como foco a pessoa com alterações da sua funcionalidade, que vê a sua capacidade para o autocuidado alterada, que se encontra exposta a complicações decorrentes da sua situação de saúde, sendo a pessoa com AVC exemplo disso. São pessoas com diferentes graus de limitação nas suas atividades de vida diárias, que podem estar limitadas na sua capacidade de agir, mas que mantêm a sua capacidade de decidir.

Nas situações, decorrentes da lesão em que há alteração do estado de consciência com incapacidade de se autocuidar, verifica-se a incapacidade de agir assim como decidir. Sobre isto Deodato (2016, p.36) refere que o conceito, a condição de Pessoa mantém-se inalterada, é a sua capacidade de autonomia que difere, sendo que o enfermeiro de reabilitação presta o seu cuidado em ambas as situações, ajudando ou substituindo, na medida da necessidade a pessoa na especificidade da sua situação de saúde.

Por conseguinte é pertinente perceber, o que nos dizem os autores da MCH, Gineste e Pellissier (2008) reforçam que “é essencial distinguir a capacidade de realizar, por si próprio, uma acção ou uma actividade, da capacidade de saber ou de sentir como se quer realizá-la, como se deseja que ela seja realizada por nós.”(p.276)

Esta consciência implica um proceder cuidativo cauteloso, em que o EEER pode assumir, pelos seus conhecimentos e procedimentos específicos, especial evidência na avaliação das situações em que, a pessoa pode ser autónoma, daquelas em que não o pode ser, nomeadamente quando a comunicação verbal está comprometida, e a compreensão da expressão corporal se torna essencial (ex.: pessoas com alterações na linguagem, comuns na pessoa com AVC). Para Gineste e Pellissier (2008) os gestos das pessoas “as suas expressões, as suas condutas, podem constituir outros modos de expressão da sua autonomia, (...) é indispensável aprender a «ler», a «entender» uma conduta como entendemos as palavras.” (p.277).

É mandatório relacionar estes conteúdos com as competências do Enfermeiro especialista, explanadas no Regulamento nº140/2019, especificamente no artigo 5º do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal que advoga, que o Enfermeiro Especialista “desenvolve uma prática profissional, ética e legal, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional garantindo que os cuidados que presta respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais. (p. 4745)

Esta metodologia de cuidados assenta “nas dádivas, conjunto de características” abordadas no conceito de Humanidade e pelas quais é permitido ao Homem reconhecer a Humanidade em Si e no Outro; são elas o Olhar, o Toque, a Palavra, o Sorriso (pilares relacionais), o Vestuário e Verticalidade (pilar identitário).

De acordo com Simões (2014) a estimulação destes pilares de Humanidade tem de ser mantida na prestação de cuidados, mesmo que as pessoas doentes não sejam capazes de olhar, falar, tocar, sorrir, verticalizar, vestir (como acontece na situação da pessoa com AVC). O autor reforça ainda, que a estimulação destes pilares permite a continuidade da comunicação entre as pessoas em relação de cuidados, envolve a ação sobre o patológico e a ação, sobre o potencial de vida que ajudam a pessoa a cuidar de si, mantendo o poder sobre si própria. (Simões, 2014, p.69)

Na revisão narrativa da literatura, os autores são unânimes (Simões et al., 2011; Figueiredo et al., 2018; Melo et al., 2019; Henriques et al. 2019) é a profissionalização dos pilares relacionais da Humanidade, e a adequação de um conjunto de procedimentos técnicos- relacionais, que possibilitam ao enfermeiro prestar um cuidado mais humanizado. Considero pertinente, para este trabalho de projeto, falar sucintamente, sobre cada um³², percebendo o seu contributo para o estabelecimento de uma comunicação que se quer efetiva, empática e terapêutica entre o enfermeiro, neste caso EEER e a pessoa, atendendo à particularidade das disfunções causadas pelo AVC.

De acordo com Phaneuf (2007) a comunicação começa com a partilha de um *Olhar*

“(…) é desta maneira que desenvolvemos a nossa autoimagem, a nossa identidade e personalidade. Olhar a pessoa de que cuidamos, pode parecer-nos arriscado, mas tudo depende do que este comunica. (...) o olhar de enfermagem é particular. É revelador da nossa aceitação do outro e da nossa abertura ao seu sofrimento. (p.13).

³² A especificidade de cada pilar poderá ser desenvolvida em Relatório de Estágio com recurso por exemplo a um jornal de aprendizagem.

Simões (2014, p.86) refere que é pelo olhar que se apela á Humanidade da pessoa que cuidamos, que se estabelece ligação, capturando a sua atenção e dando lhe atenção, mostrando igualdade, deve ser axial e horizontal, longo e próximo.

Para Phaneuf (2007) o *Toque* “(...) é uma confirmação da nossa presença no mundo e um meio de comunicação. Constitui um apelo de Humanidade, um incentivo ao devir e um reconhecimento do caracter humano do outro.” (p.10). A mesma autora refere que é, na prestação de cuidados de enfermagem, que o Toque ganha maior importância, é promovido o desenvolvimento humano, a autoestima e o bem-estar, a mão que toca, proporciona alivio, segurança e reconforto.

Quando tocamos a pessoa que cuidamos, o Toque torna-se linguagem, que fala muito mais e melhor, que todas as nossas palavras, mostramos que estamos á escuta, que compreendemos o seu sofrimento e que lhe prestamos atenção.

Na pessoa com AVC, principalmente quando a lesão ocorre no hemisfério direito, pode ocorrer a negligência hemiespacial unilateral, que é a alteração da atenção hemiespacial seletiva ou neglect³³. De acordo com Menoita (2014)

“o neglect pode ser um fator desfavorável à recuperação e à independência funcional. Na fase aguda o enfermeiro deve abordar a pessoa pelo lado não afectado (...).(…) à medida que a pessoa se adapta à sua nova condição e o enfermeiro explica a alteração sofrida, é fundamental abordar a pessoa pelo lado afetado anunciando a sua presença, para evitar assustá-la.” (p.144)

Nesta situação Phaneuf, (2007) refere que “cuidados atenciosos com uma insistência no toque podem ser-lhes benéficos.” (p.12). Neste sentido, Menoita (2014) reforça os benefícios do toque nesta alteração neurológica especifica “a estimulação táctil e térmica é fundamental para reintroduzir o hemicorpo afectado no esquema corporal (p.144).

Os autores defendem a importância do toque, contudo deve ser um toque anunciado, intencional e autorizado. Simões (2014) refere que o toque Humanidade deve ser mantido durante todo o cuidado e permitir à pessoa doente, uma sensação positiva com a qual se sinta bem “(...) tem de ser pacificador, feito com suavidade ou “toque ternura” evitando pegar (agarrar) em força (pressão), em garra ou em pinça, tem de ser progressivo e permanente, de efetiva ligação material com a pessoa doente (...).” (p.87).

³³ Caracteriza-se pela incapacidade em atender, explorar, responder ou orientar-se para estímulos presentes no hemiespaço e/ou no hemicorpo contralateral (hemicorpo esquerdo, se lesão no hemisfério direito. Nas suas formas mais extremas, a pessoa apresenta um desvio dos olhos e da cabeça para a direita, ignorando qualquer estímulo proveniente do hemiespaço esquerdo, chegando a negar ter qualquer alteração motora à esquerda (anosognosia) ou a negar que a metade esquerda do corpo lhe pertence (hemianomatognósia). (Menoita 2014, p.144)

Na Metodologia de Cuidados Humanidade é defendido, nesta e noutras situações, o recurso à técnica de autofeedback. Esta técnica caracteriza-se pela descrição dos gestos que o enfermeiro faz, enquanto executa os cuidados, sendo que, estes gestos devem respeitar duas regras: serem anunciados e descritos:

“a descrição dos gestos permite, além disso, ao explicar as ligações entre as palavras e as partes do corpo de que o prestador se ocupa, conservar ou reabilitar alguns dos elementos da relação da pessoa com o seu corpo, com o seu esquema corporal em particular.” (Gineste e Pellissier, 2008, p.305)

Menoita (2014) corrobora estes autores quando chama a atenção para a importância do toque acompanhado pela palavra, na reabilitação da pessoa com heminegligência “é essencial que em qualquer atividade se vá nomeando todas as partes do corpo tocada e o respectivo lado para facilitar a reintegração do seu esquema corporal e corrigir alterações de lateralidade.” (p.144).

No geral, o mecanismo de autofeedback é pertinente para a reabilitação da pessoa com AVC, pois ao permitir a frequência e a continuidade favorece a reaprendizagem motora, “favorece a fixação do acto motor. A aprendizagem motora utiliza a memória que está a mercê do treino. Assim é necessário repetir inúmeras vezes a mesma acção para ela se fixar, de modo a se formar o engramamotor³⁴.” (p.68)

A *Palavra* para Phaneuf (2007) é também um apelo à Humanidade, que em associação com o *Olhar* e o *Toque* pode fazer a diferença entre a estagnação e a evolução da situação de saúde da pessoa. Esta autora advoga, por parte do enfermeiro, uma palavra que é consoladora, capaz de comunicar a esperança de um melhor bem-estar, informar e encorajar, promotora de um espaço de liberdade para a pessoa doente exprimir o seu sofrimento e assim ser ator da sua própria situação, capaz de agir e encontrar soluções.

Na MCH, Simões 2014 refere que

“as características de suavidade e firmeza, tanto no tom, como no timbre, nas palavras com que o cuidador estimula a comunicação verbal na pessoa doente, mantidas durante a interação de cuidado, realizam uma estimulação positiva deste pilar, através do órgão do sentido audição.” (p.92)

Estas especificidades, atribuídas a este pilar Humanidade são extremamente importantes, mesmo nos casos em que as pessoas têm problemas de comunicação verbal, ou mesmo de incapacidade para verbalizar, decorrentes de alterações

³⁴ Representa a organização neurológica de um padrão pré-programado de atividade muscular. (Kottke, 1984 citado por Menoita, 2014)

provocadas, por exemplo pelo AVC, nomeadamente nas situações de afasia³⁵ e nas alterações cognitivo-mnésicas³⁶.

Nestas situações os autores da MCH, Gineste e Pellissier começaram a trabalhar sobre os meios de restabelecer a comunicação durante o cuidado, de manter essa ligação de humanidade essencial que constitui a palavra. Assim, na ausência de feedback verbal, a prática do autofeedback subsiste, esta técnica é difícil de adquirir e exige treino repetido,

“(...) a sua utilização permite um aumento significativo deste pilar através das características positivas verbais e permite um importante contributo para a para a manutenção do esquema corporal da pessoa doente, por meio da descrição associada à estimulação tátil da parte do corpo que está a ser cuidada. (Simões, 2014, p.92)

Isto implica por parte do enfermeiro e conseqüentemente do EEER, uma atenção particular e especializada à expressão facial, ao olhar, ao tónus muscular da pessoa alvo dos cuidados de reabilitação, permitindo a deteção de sinais de comunicação não verbal que manifestem bem-estar, desconforto, e/ou dor “Na ausência de feedback verbal, subsistem quase sempre feedback não verbais, muitas vezes subtis, que podem, quando detetados, alimentar a comunicação. (Gineste e Pellissier, 2008, p. 306).

Sequeira (2016), acrescenta que a interpretação correta e consciente da linguagem não verbal exige ao enfermeiro o desenvolvimento de conhecimentos e competências, “trata-se de um investimento muito relevante, se pensarmos que o desenvolvimento de competências nesta matéria vai permitir, através da observação e interpretação correta da comunicação não verbal, aceder à essência das emoções verdadeiramente experimentadas pelas pessoas.” (p.33).

Para Phaneuf (2007), a *Verticalidade* é um importante pilar da Humanidade, essencial para a saúde. Gineste e Pellissier (2008) referem que a posição de pé e a marcha solicitam a maior parte das funções do organismo, “O sistema ósseo, as cartilagens, os músculos, os tendões e ligamentos, a circulação venosa, a ventilação respiratória, o sistema nervoso periférico e central beneficiam com a verticalização e a marcha.” (p.291).

³⁵ A afasia é a perda parcial ou completa das habilidades da linguagem: codificação, transmissão ou decodificação de mensagens. Estes problemas são frequentes nas pessoas cujo AVC ocorreu por obstrução da artéria cerebral média no Hemisfério esquerdo. (Menoita, 2014, p.145)

³⁶ As pessoas com AVC apresentam frequentemente alterações cognitivo-mnésicas como: perturbações da atenção, alterações da memória e de, pelo menos, uma ou outra faculdade cognitiva.

Gineste e Pellissier advogam que bastam 20 minutos por dia para promover o funcionamento orgânico ³⁷. A Verticalidade, em pessoas em situação de vulnerabilidade e com alterações das suas principais funções (sensório-motor; cognitiva) promove a relação interpessoal pois estimula os nervos sensitivos e motores permitindo a sua permanente interação com o ambiente que o rodeia.

Graça (2015), na revisão sistemática da literatura que fez sobre “A mobilização precoce no doente pós AVC” conclui que

“a mobilização precoce traz efeitos benéficos aos doentes após AVC, tanto a nível da capacidade funcional, na realização das AVD, na qualidade de vida e a nível da independência no momento da alta pois a mobilização precoce tem um resultado favorável na independência dos utentes aquando da alta. (p. 58)”

É este estímulo dos nervos sensitivos que facilita a entrada de informação para o cérebro proveniente quer do exterior (informações exteroceptivas) como do interior do corpo (informações proprioceptivas³⁸) que permitem a perceção da situação no espaço de cada parte do nosso corpo fundamental na elaboração cerebral do nosso esquema corporal, indispensável à realização de gestos, equilíbrio e marcha. (Gineste e Pellissier, 2008 p.291; Simões, 2014, p.94 e 95).

De acordo com Simões (2014), os pilares humanos estão presentes na intervenção dos enfermeiros na sua realização dos procedimentos de Cuidar e por isso permite-lhes desenvolver uma linguagem afetiva, íntima e subtil utilizando a estimulação sensorial positiva. (p.88). Esta impressão e evocação de sensação positiva em memória emocional ³⁹ ativa sinais monitorizáveis expressos por relaxamento muscular, adesão e colaboração que determina a aceitação progressiva dos Cuidados.

De acordo com Santos, Ferreira & Carvalho (2016) “estes fenómenos de aprendizagem e memória baseiam-se, ao nível celular, na alteração da eficiência da transmissão sináptica, processo designado de plasticidade sináptica.” (p.289). O processo de reabilitação cognitiva e sensório motora na pessoa com AVC, acontece

³⁷ Os autores desenvolveram uma escala para o pilar Verticalidade (Escala da Verticalidade) que distingue quatro situações diferentes: os Homens de pé; os Homens Sentados de pé; os Homens sentados-deitados e os Homens deitados. (Gineste & Pellissier, 2008, p.295-297).

³⁸ É o feedback sensorial que contribui para as sensações conscientes (muscular), postura geral (equilíbrio) e postura dos segmentos (estabilidade articular). O feedback proprioceptivo desempenha o papel principal na perceção consciente e inconsciente no movimento de uma articulação ou membro (Wang et al., 2008). Considero um tema pertinente a desenvolver em jornal de aprendizagem.

³⁹ Memória é uma complexa função cerebral essencial para a aquisição, síntese e análise de nova informação. São representações espaço temporais internas do mundo com génese na experiência de cada uma. A memória sensorial corresponde à capacidade constante de reter informação relativa a atividades a decorrer no momento, por frações de segundos. É ampla, e cada modalidade sensorial (visual, táctil) desempenha uma função específica neste tipo de memória. (Pinheiro, Pinto & Sousa, 2017)

por esta capacidade plástica⁴⁰ que o Sistema Nervoso Central tem de recuperar as funções perdidas e/ou fortalecer as funções similares com as originais. (Menoita, 2014, p.67)

Por conseguinte, e reunindo os contributos dos autores (Phaneuf, 2007; Gineste & Pellissier, 2008; Simões, 2014), a estimulação sensorial positiva ao proporcionar uma sensação corporal, também positiva permite dinamizar a expressividade relacional na recuperação, manutenção e/ou potenciação dos pilares; promove a competência funcional, por incentivo à interação e à exploração do meio ambiente que facilita a mobilização ativa e a verticalidade (que acrescentam a estimulação proprioceptiva pelos músculos, articulações e tendões); proporciona a adaptação aos estados de saúde e aos ambientes; facilita a aprendizagem procedimental; prevenção de complicações; estimula as capacidades restantes e a independência máxima nas AVD's e respetivos autocuidados.

Figueiredo et al. (2018) acrescenta que a MCH foca a sua atenção no potencial da pessoa cuidada, estimulando-a a participar ativamente em todos os cuidados, gera importantes ganhos na autonomia e independência da pessoa cuidada.

Este conjunto de ideias, vai de encontro às competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação explanadas no Regulamento n.º392/2019, OE (2019, p.13366) que, reconhece no EEER, um vasto conjunto de conhecimentos específicos e especializados que o habilita a: 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 Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.

De acordo com Simões et al. (2014); Figueiredo et al. (2018) e Melo et al. (2019) esta metodologia tornou-se transversal para qualquer cuidado, replicável nos diversos contextos da prática de cuidados, permitindo a operacionalização da relação entre enfermeiro e doente por meio de cinco etapas consecutivas e dinâmicas:

Os pré-preliminares que se objetivam no anuncio da presença do enfermeiro, pela abertura dos canais relacionais, evitando as abordagens surpresa, respeitando a privacidade e autonomia da pessoa cuidada;

⁴⁰ Neuroplasticidade ou plasticidade neuronal é a capacidade que o Sistema Nervoso Central tem para alterar a sua função, o seu perfil químico e estrutural. (Takase, 2005)

Os preliminares, iniciam-se com o estabelecimento de uma relação de confiança pelo uso dos pilares relacionais para obtenção do consentimento relacional por parte da pessoa cuidada e que determina o início da prestação de cuidados;

A *rebouclage* sensorial que inclui a prestação de cuidados pressupondo a manutenção coerente de um ambiente emocional positivo entre o enfermeiro e a pessoa cuidada promovendo sempre que possível a verticalidade.

A consolidação emocional, é uma etapa de estímulo cognitivo-amnésico, permite deixar na memória emocional da pessoa cuidada uma impressão positiva do momento cuidativo vivido, facilitando o consentimento relacional e aceitação de cuidados.

O reencontro é o momento final da relação que assenta num compromisso para cuidados futuros, ajustando o cuidado à vontade da pessoa. A despedida acontece e marca-se novo encontro, verbal ou por escrito, com referências temporais, evitando sentimentos de abandono.

Aquando dos seus trabalhos de Doutoramento sob o tema “*Cuidar Humanidade, Enfermagemneurorrelacional*”, o enfermeiro Mário Simões (2014), desenvolve a Sequência Estruturada de Procedimentos Cuidativos de Humanidade (SEPCH), que de forma organizada e sequencial, reúne os procedimentos a realizar em cada uma das etapas atrás descritas.

São etapas fundamentais no estabelecimento da relação entre a Pessoa que necessita de cuidados, em situação de vulnerabilidade e dependência e o Enfermeiro; transpondo para o tema em estudo, são etapas fundamentais para que o EEER estabeleça uma relação de cuidados assente em princípios éticos e deontológicos que permita efetivar as suas competências específicas de cuidar; capacitar e maximizar sendo a pessoa cuidada e convivente significativo, parte ativa e integrante em todo o processo de reabilitação.

O Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação no documento Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação reconhece no EEER, o profissional que na procura permanente da excelência no exercício profissional, persegue os mais elevados níveis de satisfação dos clientes discutindo e analisando com este e família o processo de reabilitação, capacitando o cliente com alterações da funcionalidade a gerir o seu projeto de saúde, garantindo o respeito pela sua singularidade, vontade e decisão. (PQCEER, 2018, p. 9).

Esta metodologia dinâmica encontra-se implementada em vários países, em várias áreas como o ensino, saúde e políticas sociais, e em diversas tipologias de

cuidados. De acordo com os vários autores encontrados na revisão narrativa da literatura, esta metodologia de cuidados, se for corretamente implementada, traduz ganhos em saúde para a pessoa cuidada, para os profissionais e instituições de cuidados, assumindo-se como uma metodologia promotora da mudança.

No estudo de investigação-ação, desenvolvido por Henriques et al (2019) cujo objetivo era avaliar a contribuição da implementação desta metodologia de cuidados para a qualidade da assistência à saúde numa Unidade de Cuidados Continuados (UCC) em Portugal, envolveu 34 profissionais de saúde de nove áreas profissionais distintas, sendo as mais representativas o grupo profissional de Enfermagem com 11 elementos. É importante também referir (para justificar a pertinência do tema deste projeto), que as pessoas cuidadas por estes profissionais eram na sua maioria pessoas idosas, com sequelas de AVC, em processos demenciais, estados emocionais agressivos e com comportamentos de agitação.

Deste estudo, ressalta a ideia de que a MCH “parece ser uma ferramenta de cuidar inovadora que permite capacitar os profissionais com técnicas relacionais que profissionalizam a relação entre o cuidador e a pessoa cuidada reduzindo as dificuldades na prestação de cuidados” (Henriques et al., 2019, p. 8). Destaca-se também que, com o aumento ao recurso do pilar Verticalidade, houve redução do número de pessoas acamadas, que utilizavam cadeira de rodas, e aumento dos cuidados de higiene de pé na casa de banho. Os profissionais referem que a MCH facilita o controlo da agitação nos doentes, com redução da administração de fármacos e dos riscos associados, o que vai de encontro aos resultados do estudo de Honda et al. (2016).

Este estudo deixa também uma inquietação, a necessidade de “mudança de cultura de cuidados e das políticas de saúde pública, sobretudo no cenário de envelhecimento da população, com características específicas e que necessitam de cuidados especializados, no sentido da transformação dos cuidados rotinizados em cuidados conscientizados”. (Henriques et al.2019, p.9)

A relevância dada à importância da manutenção/aumento da funcionalidade na pessoa e capacitação no autocuidado, torna-se pertinente para a Enfermagem de Reabilitação, no âmbito da sua missão e intervenção do EEER que

“tem como alvo a pessoa com necessidades especiais ao longo do ciclo vida. Visa o diagnóstico precoce, a promoção da qualidade de vida, o aumento da funcionalidade, o autocuidado e a prevenção de complicações evitando as incapacidades ou minimizando as mesmas gerando ganhos em saúde. (PQCEER, 2018, p.6)”

Outro estudo desenvolvido por Melo et al. (2019) relata a experiência vivida durante a implementação da MCH numa Unidade de Longa Duração e Manutenção (ULDM), em Portugal, seguindo as etapas do modelo de implementação da Prática Baseada na Evidência. Este estudo incluiu 34 profissionais, (sendo um dos grupos majoritários, os enfermeiros, com 11 elementos) envolvidos direta e indiretamente nos cuidados prestados a uma população com a média de idade nos 78 anos, na sua maioria dependentes nas Atividades de Vida Diárias (AVD), e com alterações cognitivas.

Os resultados deste estudo refletem os apresentados por Figueiredo et al. (2018) e traduzem ganhos obtidos para: os *profissionais de saúde* - maior conscientização das potencialidades da pessoa cuidada e compreensão dos seus comportamentos, gestão das emoções, maior intencionalidade na relação e responsabilidade no cuidar, satisfação profissional em razão dos resultados positivos obtidos; *para as pessoas cuidadas* – redução da oposição aos cuidados e o aumento na participação no autocuidado; na prestação de cuidados maior facilidade no cuidado reduzindo a sua agitação e aumento da aceitação do cuidado; *a nível institucional*: constata-se à semelhança do estudo anterior, uma mudança de cultura de cuidados mais centrada na humanização do cuidar e nas relações estabelecidas com as pessoas cuidadas e equipa multiprofissional.

Sobre este último ponto, os estudos de Biquand & Zittel (2012), também considerados na revisão narrativa elaborada, referem que no Cuidar em Humanidade promove-se o trabalho colaborativo através da interação entre os diferentes profissionais da equipa multidisciplinar, e que estes são responsáveis pela manutenção deste ambiente. As instituições de cuidados, por sua vez, são responsáveis por implementar mudanças a nível organizacional que forneçam os meios concretos para o desenvolvimento de um ambiente facilitador da implementação da MCH.

Sobre a replicabilidade e transferência da MCH para a prática de cuidados, os estudos apresentados anteriormente também o referem, mas Melo et. al (2017) torna mais evidente a necessidade de haver uma correta apropriação dos conceitos subjacentes à MCH, uma “consciencialização dos nossos gestos cuidativos, profissionalização das técnicas relacionais e intencionalidade na sua utilização.” (p.61). Neste estudo, concluiu-se ainda sobre o forte potencial de desenvolvimento desta temática em termos de investigação fundamental em Portugal, aplicada a diversas áreas, particularmente na saúde, à semelhança do que já acontece noutros países. É

recomendada para uma efetiva disseminação e transferência desta metodologia para a prática de cuidados “além do desenvolvimento da investigação, experimental e aplicada, a divulgação do conhecimento produzido seja realizada através de publicação em revistas nacionais e internacionais.” (p.61)

Se, nas conclusões dos estudos anteriores fiz referencia á área especifica de atuação da Enfermagem de Reabilitação e do EEER, considero que as conclusões dos últimos dois estudos não só reforçam as inferências anteriores, como se assumem pertinentes para a área de intervenção comum do enfermeiro especialista. Esta pertinência parece existir principalmente para os domínios da melhoria continua da qualidade; da gestão dos cuidados e do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, pois de acordo com o Regulamento Enfermeiro Especialista, assume-se como um agente promotor de um ambiente terapêutico, seguro e dinâmico que integra na sua pratica clinica especializada os resultados da melhor evidencia científica, no sentido da garantia da qualidade dos cuidados que presta, inserido na equipa de saúde.

E foi considerando todas estas conclusões, e consciente do desafio que traduzem, que me propôs a desenvolver esta temática, numa fase inicial, em trabalho de projeto e posteriormente em “Relatório de Estágio”. Assim a situação pandémica que vivemos o permita e esteja eu, à altura de tal propósito.

Atualmente, assiste-se ao crescente envelhecimento, o aumento da esperança média de vida com conseqüente aumento de níveis de dependência e complexidade de doenças crónicas, colocam novos desafios aos sistemas de saúde: na gestão humana dos enfermeiros e aos cuidados prestados por estes profissionais. Advogam-se cuidados mais efetivos, com uma mobilização de saberes cada vez mais abrangente e complexa que exige processos de tomada de decisão sustentados na evidencia científica.

Por conseguinte, a prática clinica sustentada nos modelos teóricos permite que os enfermeiros percebam o que estão a fazer e sejam capazes de o explicar aos outros, pelo que a teoria em enfermagem conduz à autonomia profissional, orientando as práticas assistencial, de ensino e a de investigação dentro da profissão (Tomey & Alligood, 2004).

Neste sentido escolhi o modelo de Orem, a Teoria do Autocuidado, Déficit do Autocuidado e Sistemas. O conceito de Autocuidado, desenvolvido por Dorothea Orem, é de acordo com Queirós (2010) um conceito universal por abranger todos os aspetos vivenciais, não se restringindo às atividades de vida diária e às instrumentais.

Reconhece que as crenças, antecedentes sociais e culturais, características pessoais e relação entre os profissionais de saúde e os clientes são alguns dos fatores que influenciam os comportamentos de autocuidado, acreditando que estes componentes se interligam, estabelecendo o ser humano e o ambiente como uma única unidade. (Hartweg & Pickens, 2016).

A pertinência da Teoria de Orem está assim no seu âmbito, complexidade e utilidade clínica, e por isso parece caminhar em simbiose com a filosofia da Humanidade e com a metodologia de cuidados que dela imerge, no sentido da capacidade de gerar hipóteses e acrescentar conhecimento ao corpo da enfermagem.

Orem identificou os três tipos de prática da ciência de enfermagem nos sistemas de enfermagem, que são: 1) sistema totalmente compensatório, quando o enfermeiro substitui a pessoa no autocuidado; 2) sistema parcialmente compensatório, quando a pessoa apenas precisa do enfermeiro para ajudá-lo naquilo que ele não é capaz de realizar por si só; e 3) apoio-educativo, quando a pessoa é capaz de realizar o autocuidado, embora necessite dos enfermeiros para o ensinar e supervisionar na realização das ações (Tomey & Alligood, 2004).

O Conceito do Autocuidado, assume centralidade disciplinar pela sua capacidade de clarificar um propósito para a enfermagem (promover ou restituir a capacidade de autocuidado das pessoas) e pelo poder explicativo de uma ação (aquisição de competências para a autonomia e autodeterminação).

Por sua vez, Enfermagem de Reabilitação compreende um corpo de conhecimentos e procedimentos específicos que permite prestar cuidados à pessoa no sentido de manter e promover o seu bem-estar e qualidade de vida; recuperar a funcionalidade, prevenir complicações e maximizar as suas capacidades. De acordo com Lista, Correia & Fonseca (2017) a Teoria de Teoria do Autocuidado, Déficit do Autocuidado e Sistemas de Dorothea Orem constitui-se um importante meio para que seja atingido este fim.

Aplicando esta teoria, o enfermeiro considera a pessoa na sua totalidade, em toda a sua Humanidade e numa relação de cuidados com a Humanidade de quem a cuida. Só assim o EEER, independentemente do contexto de cuidados, é capaz de conceber, implementar e monitorizar planos de reabilitação diferenciados, baseados na identificação das verdadeiras necessidades de autocuidado da pessoa e que: respeitem as suas crenças, valores, vulnerabilidades e capacidades na vivência e adaptação aos processos de transição saúde/doença dela e da sua Família.

Esclarecidos os constructos teóricos que suportam este projeto, tornou-se necessário saber o estado da arte sobre esta temática, assim sendo realizei uma revisão narrativa da literatura. Comecei por realizar uma pesquisa limitada, através da plataforma EBSCOhost Web®, em duas bases de dados on-line sugeridas, MEDLINE® e CINAHL® para uma primeira contextualização do tema, a partir dos termos indexados e validados individualmente, e que foram combinados através do operador booleano “AND”, contudo ressalvo que o conceito Humanidade não é indexável pelo foi considerado em linguagem natural.

Para efetuar esta pesquisa, foram consideradas as palavras chaves/ Keywords: Humanidade; Enfermagem de Reabilitação e Acidente Vascular Cerebral/ Humanidade; Rehabilitation Nursing e Stroke; e os seguintes critérios de inclusão: texto integral; idioma – português, inglês e espanhol; idade adulta »19 anos; inicialmente no limite temporal de 5 anos (2015-2020). O limite temporal foi posteriormente alargado aos 10 anos (2010-2020) na tentativa de aumentar os resultados de pesquisa. Contudo esta primeira pesquisa não apresentou resultados, pelo que se optou por alargar a pesquisa ao termo Enfermagem, resultando 7 artigos. (Apêndice 1)

Para organização dos artigos selecionados foi elaborada uma grelha que permitiu a síntese e análise dos mesmos e a seleção da informação mais pertinente para a elaboração do projeto. (Apêndice 2)

A pesquisa foi posteriormente alargada às bases de dados Nursing Reference Center; ScienceDirect; Biblioteca do conhecimento online. Para além desta pesquisa foram ainda consultados sites organizacionais, nomeadamente os referentes ao Instituto Gineste Marescoti -Portugal (IMG) e à Sociedade Portuguesa do AVC (SPAVC). Esta estratégia de pesquisa foi fundamental para a elaboração deste projeto e vai permitir o desenvolvimento de conhecimentos importantes para fundamentar a intervenção em estágio, permitindo a evidencia dos novos conhecimentos na prática de cuidados especializados.

Numa apreciação global, esta pesquisa trouxe-me inquietações e desafios pois apesar de já existir alguma evidencia científica sobre o Conceito de Humanidade, Metodologia de Cuidados associada e aplicabilidade, esta é sobretudo desenvolvida no contexto de cuidados gerais de enfermagem. Contudo os autores advogam a sua replicabilidade, a todos os contextos de prática especializada.

Neste sentido e consciente deste desafio elaborei os objetivos gerais e específicos

1.1 - Descrição dos Objetivos/Plano de atividades

É certo que o desafio lançado pela pertinência do tema, iniciou o caminho, mas é a exigência técnica, científica e pessoal exigida a um enfermeiro, especialmente a um enfermeiro especialista que torna o caminho exequível e com contributos fortes e efetivos para a obtenção de ganhos em saúde. Esta exigência está explanada nos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação e nos documentos reguladores das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em reabilitação.

Por conseguinte, procedi à elaboração dos objetivos gerais e específicos:

- Desenvolver competências específicas de intervenção do EEER na área motora, sensorial, cognitiva, cardiorrespiratória, da alimentação, da eliminação e da sexualidade que promovam / otimizem o processo de reabilitação física, cognitiva e social;
- Compreender o Processo de Reabilitação da Pessoa com AVC com recurso à Metodologia de Cuidados Humanidade.

Os objetivos específicos que formulei têm por base especificamente o Regulamento das competências comuns do Enfermeiro especialista (considerando os diferentes domínios) e o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem com discriminação das competências que pretendo adquirir:

- Desenvolver uma prática profissional mediante processos de tomada de decisão ética, suportada no rigor científico, em princípios, valores e normas deontológicas (**Domínio: Da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal.**);
- Assumir um papel dinamizador no desenvolvimento de práticas e programas e projetos de qualidade, promovendo um ambiente terapêutico e seguro (**Domínio: Da Melhoria Contínua Da Qualidade.**);
- Adquirir competências de gestão de cuidados de enfermagem otimizando as respostas de enfermagem e equipa de saúde garantindo a segurança e qualidade dos cuidados prestados (**Domínio: Da Gestão dos Cuidados.**);

- Desenvolver a capacidade de autoconhecimento como central na prática de enfermagem em contexto singular, profissional e organizacional (**Domínio: Do desenvolvimento das Aprendizagens.**).
- Cuidar da pessoa com AVC ao longo do ciclo da vida e em todos os contextos da prática de cuidados mobilizando a Sequencia Estruturada de Procedimentos Cuidativos Humanidade (**Competências J1**);
- Capacitar a pessoa com AVC para o Autocuidado, reinserção e exercício da cidadania (**Competências J2**);
- Maximizar as Capacidades Funcionais da Pessoa com AVC promovendo a Verticalidade (**Competências J3**);
- Dar a conhecer à equipa transdisciplinar Metodologia de Cuidados Humanidade enquanto metodologia promotora da Reabilitação da Pessoa com AVC (**Competências Comuns e Específicas**).

Por forma, a alcançar os específicos propostos procedi à descrição das atividades/ estratégias a desenvolver (Apêndice 3), delineando quais os recursos necessários, assim como quais os indicadores e critérios de avaliação a utilizar.

A elaboração do cronograma (Apêndice 4) vai permitir uma eficaz execução das várias atividades descritas e conseqüente concretização dos objetivos programados.

Após a escolha e justificação da área temática deste trabalho de projeto seria expectável proceder à fundamentação dos locais de estágio, que permitiriam o desenvolvimento dos objetivos descritos. Contudo, tal ainda não foi possível devido à situação de Pandemia por SARS- CoV-2, que alterou significativamente a vida da população mundial, a todos os níveis, com repercussões mais efetivas nas organizações de saúde e dos seus profissionais. Houve da minha parte um contacto com a instituição ACES RIBEIRINHO – contato informal telefónico com EEER tendo posteriormente seguido contato formal que se aguarda resposta também formal.

Apesar de consciente dos desafios inerentes à execução deste projeto em tempos de pandemia, acredito que se constituirá num percurso gratificante.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento deste projeto sobre a temática da Humanidade no Processo de Reabilitação tem sido um desafio constante, por vezes desassossegante, incomodativo, mas potenciador de uma prática reflexiva, que me permite trazer à consciência, ao pensamento, situações da prática relacionadas com a rotina diária, com o desempenho profissional pessoal e coletivo possibilitando o seu questionamento de forma individual e coletiva.

É verdade que a situação de pandemia por SARS-CoV-2 confere complexidade ao desenvolvimento deste projeto que, considero já um desafio em si. Estou consciente das limitações que poderão advir desta situação, porém a motivação mantém-se.

Neste sentido espero manter a postura que os profissionais de saúde, particularmente os enfermeiros, têm mantido ao longo destes longos meses de Pandemia: ser resiliente, criativa, desenvolvendo atividades e estratégias pautadas pelo rigor científico, que me permitam contornar possíveis obstáculos e alcançar a pessoa com necessidades especiais, preferencialmente a pessoa com AVC, assim como a sua família e o ambiente que a rodeia.

Considero que o desenvolvimento deste projeto, advém da necessidade de trazer temáticas diferentes, mas pertinentes para a investigação em Enfermagem, nomeadamente na área da Enfermagem de Reabilitação. Este trabalho de projeto desenvolve-se na esfera da temática da Humanidade e da sua metodologia permitindo a reflexão sobre a prática de cuidados atual. Este trabalho é um humilde e singelo contributo para um caminho que se preconiza rico e exigente.

É, portanto, este repto, que lanço a mim própria e a todos os EEER, a ter um outro olhar, mais atento, uma outra postura, mais efetiva, perante a pessoa/família em situação de vulnerabilidade, considerando o conceito de Humanidade, os seus pilares e a metodologia associada, promotora do Cuidado na Enfermagem de Reabilitação permitindo “fundamentar as nossas ações sobre certas noções fundamentais daquilo que faz essencialmente o humano, sobre o que determina profundamente as necessidades e sobre a importância de as ter em conta no cuidar.” (Phaneuf, 2007, p.1)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Biquand, S., & Zittel, B. (2012). Care giving and nursing, work conditions and humanitude. *IOS Press*. 41, 1828-1831. Disponível: <https://doi.org/10.3233/WOR-2012-0392-1828.>;
- Bornet, N.K., Verhoeven, N.C., & Buijck, B.I. (2016). Acute Phase. In B. Buijck, & G. Ribbers (Coords.), *The Challenges of Nursing Stroke Management in Rehabilitation Centres* (pp.17-27). Netherlands: Bohn Stafleu van Loghum. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/978-3-319-76391-0.>;
- Brízido, A.P. (2018). Direitos Humanos, Humanitude e a Metodologia Gineste Marescotti: uma “legis artis” de cuidar pessoas com idade consentânea com os Direitos Humanos? *Revista Jurídica Portucalense*. 24, 88-110.;
- Correia, J. P., Figueiredo, A. S., Costa, H. M., Barros, P. & Veloso, L.M. (2018). Investigação etiológica do acidente vascular cerebral no adulto jovem. *Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna*. 25 (3), 213-223. Acedido a 19/12/2019. Doi: 10.24950/rspm/revisão/200/3/2018.;
- Deodato, S. (2016). Ética nos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação. In C.M. Vieira, L. Sousa, *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao longo da Vida* (pp. 35-39). Lisboa: Lusodidacta.;
- Direção Geral da Saúde (2017). *Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares 2017*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde, 2017. Disponível em: <https://www.dgs.pt/em-destaque/relatorio-do-programa-nacional-para-as-doencas-cerebro-cardiovasculares-2017.aspx>.;
- Faria, A.D.C. (2014). *A pessoas após AVC: Transição da autonomia para a dependência*. Dissertação de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto. Disponível em: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9514/1/tese%20Ana%20Faria.pdf>.;
- Ferro, J. & Pimentel, J. (2013). *Neurologia fundamental – Princípios, Diagnóstico e Tratamento*. 2ª edição. Lisboa: Lidel - Edições Técnicas, Lda.;
- Figueiredo, A.M.G.F., Melo, R.C.C.P., & Ribeiro, O.P. (2018). Metodologia de cuidado humanitude: dificuldades e benefícios da sua implementação na prática. *Revista de Enfermagem Referência*. 4 (17), 53-62. Disponível em: <https://doi.org/10.12707/RIV17063.>;
- Gineste, Y. & Pellissier, J. (2008). *Humanitude, Cuidar e Compreender a Velhice*. Lisboa: Instituto Piaget, Piaget Editora;

- Graça, S.S.V.C. (2015). *Mobilização precoce no doente pós AVC, uma revisão sistemática da literatura*. Dissertação de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação. Bragança: Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10198/12045>.;
- Hartweg, D.L., & Pickens, J. (2016). A Concept Analysis of Normalcy within Orem's Self-Care Deficit Nursing Theory. *Self-Care, Dependent-Care & Nursing*, 22 (1), 4-13.;
- Henriques, L.V.L., Dourado, M.A.R.F., Melo, R.C.C.P., & Tanaka, L.H. (2019). Implementation of the Humanitude Care Methodology: contribution to the quality
- Hesbeen, W. (2003). *A Reabilitação: Criar novos caminhos*. Loures: Lusociência.;
- Hesbeen, W. (2006). Acompanhar a pessoa no caminho da autonomia: O desafio da equipa multidisciplinar. In *Encontro de Enfermagem: Autonomia...do Cuidar ao Ser*. 1º Curso de Pós-Licenciatura de Enfermagem de Reabilitação. Lisboa.;
- Honda, M., Ito, M., Ishikawa, S., Takebayashi, Y., Tierney, L., (2016). Reduction of Behavioral Psychological Symptoms of Dementia By Multimodal Comprehensive Care for Vulnerable Geriatric Patients in an Acute Care Hospital: A Case Series. *Hindawi Publishing Corporation*. 1-4. Disponível em: <https://doi.org/10.1155/2016/4813196>.;
- Lista, A., Correia, J., Fonseca, C., (2017). A Teoria do Autocuidado, uma proposta reflexiva dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação. *Journal of Aging and Innovation*. 6, 13-16.;
- Martins, T. (2006). *Acidente Vascular Cerebral – Qualidade de Vida e bem-estar dos doentes e familiares cuidadores*. Coimbra: Editora Formasau.;
- Melo, R.C.C.P., Costa, P.J., Henriques, L.V.L., Tanaka, L.H., Queirós, P.J.P., & Araújo, J.P. (2019). Humanitude na humanização da assistência a idosos: relato de experiência em um serviço de saúde. Humanitude in the humanization of elderly care: experience reports in a health service. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 72(3), 825-829. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-71672017-0363>.;
- Melo, R.C.C.P., Queirós, P.J.P., Tanaka, L.H., Salgueiro, N.R.M., Alves, R. E., Araújo, J.P., & Rodrigues, M.A. (2017). Estado da arte da implementação da metodologia de cuidado Humanitude em Portugal. *Revista de Enfermagem Referência*. 4.(13), 53-62. Disponível em: <https://doi.org/10.12707/RIV17019>.;

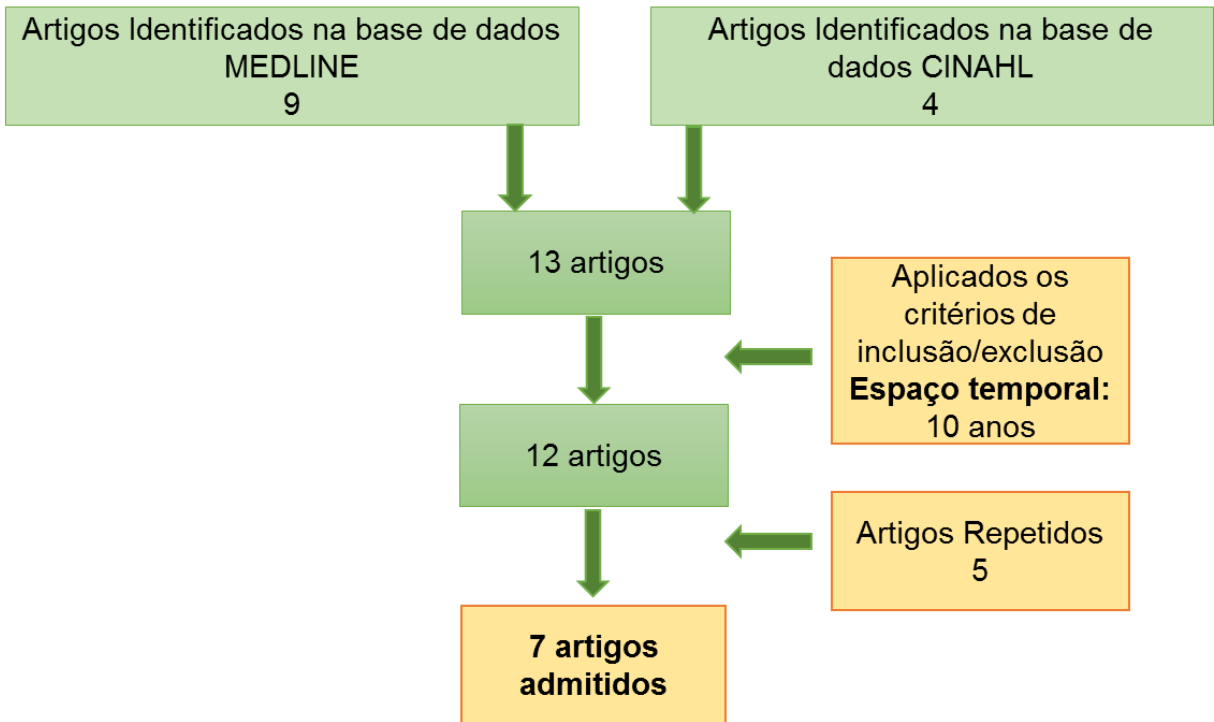
- Menoita, E.C. (2014). *Reabilitar a pessoa idosa com AVC: contributos para um envelhecer resiliente* (2ª edição). Loures: Lusociência -Edições Técnicas e Científicas, Lda.;
- Ministério da Saúde. (2018) Retrato da Saúde. Acedido 10/07/2020. Disponível em: https://issuu.com/boletiminfcompraspUBLICASSAUDE/docs/retrato_da_saude_2018_compressed.;
- Moreira, N.R.T.L., Andrade, A.S., Ribeiro, K.S.Q.S, Nascimento, J.A., & Brito, G.E.G. (2015). Qualidade de vida em indivíduos acometidos por Acidente Vascular Cerebral. *Revista Neurociências*. 23 (4), 530-537.;
- of health care. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 27: e3123, 1-10. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2430-3123.>;
- Ordem dos Enfermeiros (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro: dos comentários à análise de casos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.;
- Ordem dos Enfermeiros (2018). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação*. (14-07- 2018), 1-16. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/PQCEEReabilitacao.pdf.>;
- Organização Mundial de Saúde (2016) *Boletim da Organização Mundial da Saúde*, 94. 634 634^a. DOI: https://www.who.int/bulletin/volumes/94/9/16_181636.pdf.;
- Phaneuf, M. (2007). O conceito de Humanidade: uma aplicação aos cuidados de enfermagem gerais (Tradução de Nídia Salgueiro). Disponível em: http://www.infiressources.ca/fer/depotdocuments/O_conceito_de_humanidade_-_uma_aplicacao_aos_cuidados_de_enfermagem_gerais.pdf.;
- Pinheiro, A.M., Pinto, L. & Sousa, N. (2017). Sistemas de memória. In Rego, A.C., Duarte, C. B., & Oliveira, C.R., *Neurociências* (307-324). Lisboa: Lidel – Edições Técnicas, Lda.;
- Queirós, P. J. (2010). Autocuidado, transições e bem-estar. *Revista de Investigação em Enfermagem*. 21. 1-2. Disponível em: <https://www.sinaisvitais.pt/index.php/revista-sinais-vitais/revista-investigacao-enfermagem/31-2008-a-2011/468-revista-investigacao-enfermagem-no21.>;
- Regulamento nº140/2019 (2019). Regulamento das competências comuns do Enfermeiro especialista. *Diário da República*, 2ª série (nº 26 de 06- 02-2019), 4744-4750. ELI: <https://dre.pt/application/conteudo/119236195>;

- Regulamento nº392/2019 (2019). Regulamento das competências específicas do Enfermeiro especialista. *Diário da República, 2ª série* (nº 85 de 03-05-2019), 13565-13568. ELI: <https://dre.pt/application/conteudo/122216893>;
- Salgueiro, S. (IGM Portugal- Humanidade, Lda.). (2014). *Humanidade, um imperativo do nosso tempo*. Coimbra: IGM Portugal- Humanidade, Lda.;
- Santos, A. E., Duarte, B.C. & Rego, A.C., (2017). Acidente Vascular Cerebral e isquemia neuronal. In Rego, A.C., Duarte, C. B., & Oliveira, C.R., *Neurociências* (513-539). Lisboa: Lidel – Edições Técnicas, Lda.;
- Santos, S.D., Ferreira, J.S. & Carvalho, A.L. (2017). Plasticidade sináptica. In Rego, A.C., Duarte, C. B., & Oliveira, C.R., *Neurociências* (289-306). Lisboa: Lidel – Edições Técnicas, Lda.;
- Sequeira, C. (2016). *Comunicação Clínica e Relação de Ajuda*. Lisboa: Lidel – Edições Técnicas, Lda.;
- Silva, I.F.G., Neves, C.F.S., Vilela, A.C.G., Bastos, L.M.D., & Henriques, M.I.L. (2016). Viver e Cuidar Após o Acidente Vascular Cerebral. *Revista de Enfermagem Referência*. 4 (8), 103-111. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12707/RIV15047>
- Simões, M.; Rodrigues, M.; Salgueiro, N. (2011). Importância e aplicabilidade aos cuidados de enfermagem do método de cuidados de humanidade Gineste: Marescotti. *Revista de Enfermagem Referência*. 3(4), 69-79.;
- Simões, M.M.M. (Edição do Autor.). (2014). *Cuidar Humanidade, Enfermagemneurorelacional*. Coimbra: PMP, Lda.;
- Sistema Nacional de Saúde. (2018) Retrato da Saúde. Acedido a 16/07/2019. Disponível em: https://issuu.com/boletiminfcompraspUBLICASSAUDE/docs/retrato_da_saude_2018_compressed;
- Sociedade Portuguesa do Acidente Vascular Cerebral. (2016). *Tudo o que precisa saber sobre acidente vascular cerebral (AVC) –manual digital para jornalistas*. Lisboa: RX-Produção de Conteúdos. Acedido a 19/12/2019. Disponível em: http://static.lvengine.net/spavc2013/lmgs/pages/PUBLICACOES/manual%20digital%20jornalistas_url.pdf.;
- Takase, A. (2005). Neurociências do esporte e do exercício. *Revista Neurociências*. 5, 1-7.;
- Tomey, Ann Marriner; Alligood, M. R. (2004). *Teóricas de Enfermagem e Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)*. (5ª ed.). Loures: Lusociência.;

- Vieira, C.M., Sousa, L., & Braga, R. (2016). Reabilitar a Pessoa com Acidente Vascular Cerebral. In C.M. Vieira, L. Sousa, *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao longo da Vida* (pp. 465-474). Lisboa: Lusodidacta.;
- Wang, L., Li, J. X., Xu, D. Q., & Hong, Y.L. (2008). Proprioception of ankle and knee joints in obese boys and nonobese boys – Clinical Research. *Medical Science Monitor*, 14(3), 129-135.

APÊNDICES

Apêndice 1 – Fluxograma da metodologia de pesquisa



Apêndice 2 - Fichas de leituras dos artigos

Título:	<i>“Importância e aplicabilidade aos cuidados de Enfermagem do método de Cuidados de Humanidade Gineste – Marescotti®”</i>
Tipo de Produção Científica	Artigo de investigação
Autor (es) /Ano	Simões, M.; Rodrigues, M. & Salgueiro, N. (2011)
Tipo de estudo	Estudo Exploratório e descritivo
População	Amostra de 160 enfermeiro, da população abrangida pela Secção Regional do Centro da Ordem dos Enfermeiros.
Local do Estudo	Região Centro, Portugal.
Questão de Investigação	<ul style="list-style-type: none"> - Qual a importância que os enfermeiros aos cuidados baseados na filosofia Humanidade e no MGM? - Em que medida os enfermeiros referem que aplicam na prática os princípios do (MGM)?
Objetivo do estudo	<ul style="list-style-type: none"> - Conhecer a importância que os enfermeiros atribuem aos cuidados baseados na filosofia da Humanidade e no método de Gineste e Marescotti (MGM); - Identificar em que medida os enfermeiros referem que aplicam na prática os princípios do (MGM).
Palavras-Chave/ Keywords	Filosofia da Humanidade/ philosophy of Humanidade; Cuidar em Humanidade/ Humanidade caring); cuidados de enfermagem/ nursing); idosos/ elderly).
Técnica/Intervenção	Aplicação de questionário eletrónico voluntário.
Instrumentos Utilizados	Instrumento de colheita de dados construído e validado a partir dos dados da literatura sobre filosofia da Humanidade e princípios do MGM constituído por 28 itens nas dimensões “aproximação sintonia” e “consolidação proação”
Resultados	Os autores do método de cuidados de Humanidade, Gineste e Marescotti vieram pela 1ª vez a Portugal através da consecução deste estudo; promoveu-se o estudo e prática da filosofia de cuidados de Humanidade; geraram-se novas ferramentas de investigação aplicada aos cuidados de enfermagem, e implementaram-se estratégias em contexto que assumir-se-ão no futuro, importantes ganhos em saúde.
Conclusões e Implicações	<ul style="list-style-type: none"> - Os enfermeiros reconhecem a importância de todos os procedimentos e afirmam aplicá-los no seu quotidiano de trabalho; - Relevância da complexidade das ações e procedimentos dos cuidados de Humanidade a doentes em sofrimento profundo; - Surgem novas questões que implicam uma reflexão epistemológica dos cuidados de enfermagem e abrem-se novas problemáticas de investigação; - Em contexto de prática de cuidados, especialmente cuidados continuados, vão no sentido da necessidade de devolver aos enfermeiros, a gestão dos cuidados de enfermagem; - As políticas e recursos das instituições tendem, por vezes, a desvalorizar os cuidados de Humanidade e a importância da relação nos ganhos em saúde; - Realizar novo estudo, seguindo uma metodologia observacional e de investigação ação, saber como aplicam os enfermeiros, na sua prática clínica os princípios dos cuidados de Humanidade e do MGM; - Existe uma forte expectativa positiva quanto ao impacto que os resultados destas investigações podem ter na dignidade dos cuidados de enfermagem e nos ganhos em saúde.

Título:	Care giving and nursing, work conditions and Humanitude®
Tipo de Produção Científica	Artigo de análise
Autor(es) /Ano	Biquand, S. & Zittel, B. (2012)
Tipo de estudo	Estudo descritivo
População	Profissionais que trabalham nas instituições geriátricas
Local do Estudo	Várias instituições geriátricas em França
Questão de Investigação	Relacionada com o objetivo de estudo
Objetivo do estudo	Analisar a lacuna entre a lógica do cuidado humano e a lógica da organização hospitalar, traduzido nas condições de trabalho e bem-estar psicológico dos funcionários.
Palavras-Chave/ Keywords	Work analysis, care, maltreatment, humanitude, burn-out
Técnica/Intervenção	Realizaram visitas para observação e avaliação das condições psicossociais de trabalho de várias instituições geriátricas, e relacionaram as observações com o preconizado pelo conceito de Humanitude aplicada ao cuidado de pessoas idosas Gineste e Pelissier.
Instrumentos Utilizados	Usamos os métodos de análise ergonômica do trabalho: análise documental, entrevista individual e em grupo, observações de atividade de trabalho
Resultados	Através deste estudo mostrou-se que a humanitude não pode aplicar-se unicamente na relação de cuidados com o doente. Deve também fazer parte do ambiente de trabalho, regido pelo tempo e tarefas, deve ser integrado na organização do trabalho. As instituições precisam de uma abordagem transversal em diferentes setores (médico, catering, animação) para se aproximar dos padrões esperados de Humanitude. O comportamento individual é um fator crucial na humanitude, porém o ato de cuidar acontece na interação de diferentes atividades profissionais. Uma organização multissetorial é necessária para informar, regular e antecipar a atividade de trabalho.
Conclusões e Implicações	A qualidade de cuidados resulta de um processo coordenado e colaborativo que acontece se se: - Der aos funcionários da instituição a possibilidade de se sentirem realizados no seu trabalho, fornecendo um cuidado humano ao idoso; -Desenvolver, organizar e ativar os meios de regulação da carga de trabalho para enfrentar variações nas relações com os pacientes; - Desenvolver uma imagem organizacional que promova a qualidade de cuidados e de integração da equipa; - Incluir psicólogos e ergonomistas no desenvolvimento e implementação de projetos institucionais - Reconsiderar o cuidado, incluindo todos os atores na relação com o paciente, Para as instituições, é particularmente importante definir e formalizar projetos institucionais, e os recursos materiais para desenvolver um cuidado integral Conceito que deve incluir todos os profissionais. Deve-se encorajar um sistema de gestão que inclua (cuidados médicos e catering / animação) que promova o trabalho colaborativo. A atividade de trabalho coletivo organizado é a chave para realmente proporcionar um cuidado mais humano ao doente sem induzir estresse profissional. As instituições precisam promover a evolução individual e mudanças comportamentais para uma mudança organizacional real e fornecer os meios concretos para desenvolver uma relação de cuidado humano.

Título:	<i>“Reduction of Behavioral Psychological Symptoms of Dementia by Multimodal Comprehensive Care for Vulnerable Geriatric Patients in an Acute Care Hospital: A Case Series”</i>
Tipo de Produção Científica	Artigo de Investigação
Autor(es) /Ano	Honda, M.; Ito, M.; Ishikawa, S.; Takebayashi, Y. & Junior, L.T. (2016)
Tipo de estudo	Estudo de Caso
População	4 enfermeiras prestadoras de cuidados convencionais num universo de 40 e 3 pacientes com doença de Alzheimer avançada
Local do Estudo	Japão
Questão de Investigação	Através da metodologia de Cuidados Humanidade há ou não redução de sintomas físicos e psicológicos da demência em doentes com Alzheimer em comparação com modelo de cuidados convencionado no hospital?
Objetivo do estudo	Perceber se através da metodologia de Cuidados Humanidade há ou não redução de sintomas físicos e psicológicos da demência em doentes com Alzheimer em comparação com modelo de cuidados convencionado no hospital. <i>Nota:</i> Importante referir que neste artigo, os autores referem-se ao conceito de Humanidade como cuidados compreensivos multimodais, não substituindo o conceito
Palavras-Chave/ Keywords	Não são identificadas
Técnica/Intervenção	Formação teórico-prática e vídeo gravação: Foi feita formação teórica durante 5 dias a 4 enfermeiras de cuidados convencionais sobre a metodologia de cuidados Humanidade seguida pela componente prática lecionada por instrutor certificado. Os restantes enfermeiros não receberam qualquer formação e mantiveram a prestar os cuidados convencionais. Quando o cuidado convencional falhou, o enfermeiro foi substituído por uma das enfermeiras com formação, a qual prestou cuidados baseados na formação recebida. Ambos os tipos de cuidado foram registados em vídeo e analisados com as modalidades de comunicação: contato visual (olhar), comunicação verbal (palavra) e toque.
Instrumentos Utilizados	O Mini-Mental State Examination foi o teste de rastreio de défice cognitivo/demência realizado aquando da admissão dos utentes.
Resultados	Nestes estudos de caso, o cuidado convencional falhou nos três utentes. Cada modalidade de comunicação (olhar, palavra e toque) foi muito mais curta no cuidado convencional que no cuidado em Humanidade: No cuidado convencional o tempo utilizado para o contato visual foi 0,6%, para a comunicação verbal 15,7% e para o toque 0,1% e no cuidado em Humanidade foi respetivamente de 12,5%, 54,8% e 44,5%. O cuidado em Humanidade foi aceite pelos 3 utentes, contrariamente ao cuidado convencional que foi recusado. A duração do comportamento agressivo de cada utente durante o atendimento foi de 25,0%, 25,4% e 66,3% no atendimento convencional e 0%, 0% e 0,3% no Humanidade, respetivamente.
Conclusões e Implicações	A abordagem multimodal de atenção integral - Humanidade, diminuiu os sintomas físicos e psicológicos da demência em utentes com Alzheimer e mostrou sucesso pela forma como foi aceite pelos utentes.

ARTIGO 4	
Título:	<i>“Estado da arte da implementação da metodologia de cuidado Humanidade em Portugal”</i>

Tipo de Produção Científica	Artigo de investigação (original)
Autor(es) /Ano	Melo, R.C.C.P., Queirós, P.J.P., Tanaka, L.H., Salgueiro, N.R.M., Alves, R. E., Araújo, J.P., & Rodrigues, M.A (2017)
Tipo de estudo	Estudo descritivo sobre o estado da arte da implementação da MCH em Portugal
População	Enfermeiro-doente
Local do Estudo	Portugal
Questão de Investigação	Qual o estado da arte da implementação da Metodologia de Cuidado Humanidade em Portugal?
Objetivo do estudo	Descrever o estado da arte da implementação da MCH em Portugal.
Palavras-Chave/ Keywords	Cuidado humanidade/ humanidade care; relações enfermeiro-paciente/ nurse-patient relations; cuidado focado no paciente/ patient-centered care; cuidados de enfermagem/ nursing care); humanização dos serviços/ humanization of assistance
Técnica/Intervenção	A colheita da informação das atividades desenvolvidas no período de 2008 a 2016, foi realizada através de base de dados, sites, livros e entrevistas a informantes-chave. A análise dos dados obtidos foi organizada por categorias: Formação de formadores; Formação em contexto prático e na área do ensino; Investigação; Prémios recebidos; Organização de eventos científicos e através de diversas tipologias de publicações (artigos científicos e livros, teses de doutoramento dissertações de mestrado).
Instrumentos Utilizados	A produção científica foi realizada através de uma listagem de publicações realizadas no período de 2008 a 2016. Os dados encontrados forma apresentados por ordem cronológica e validados por peritos na área e a atuar em Portugal.
Resultados	A implementação da MCH em Portugal caracteriza-se por formação na ação, investigação, organização de eventos científicos e através de diversas tipologias de publicações: 4 livros, 5 artigos científicos, 1 tese de doutoramento, 4 dissertações de mestrado e 67 comunicações científicas.
Conclusões e Implicações	A implementação da MCH em Portugal foi realizada através de formação na ação, investigação-ação e divulgação. Há necessidade de realização de investigação experimental e aplicada nesta área e publicação dos resultados em revistas nacionais e internacionais para uma efetiva divulgação do conhecimento produzido e disseminação desta metodologia.

ARTIGO 5	
Título:	<i>“Metodologia de cuidado Humanidade: dificuldades e benefícios da sua implementação na prática.</i>
Tipo de Produção Científica	Artigo de Investigação

Autor(es) /Ano	Figueiredo, A.M.G.F., Melo, R.C.C.P., & Ribeiro, O.P. (2018)
Tipo de estudo	Estudo exploratório Descritivo, de natureza qualitativa
População	7 enfermeiros com formação sobre Metodologia de Cuidado Humanidade (MCH) para serem considerados peritos na área dos cuidados em humanidade
Local do Estudo	Portugal
Questão(ões) de Investigação	Qual é a perceção dos enfermeiros sobre as dificuldades na implementação da MCH na prática dos cuidados? Qual é a perceção dos enfermeiros sobre os benefícios resultantes da aplicação da MCH na prática dos cuidados?
Objetivo do estudo	Conhecer a perceção dos enfermeiros sobre as dificuldades na implementação da MCH e os benefícios da sua aplicação na prática
Palavras-Chave/ Keywords	cuidado humanidade/ humanidade care; cuidados de enfermagem/ nursing care; relações enfermeiro-paciente/ nurse-patient relations; humanização da assistência/ humanization of assistance
Técnica/Intervenção	Os dados obtidos foram transcritos e identificados através da associação da letra E a um número. O tratamento e a análise dos dados obtidos foram realizados segundo os procedimentos técnicos pertencentes ao domínio da análise de conteúdo proposta por Bardin (2009). O estabelecimento das categorias e subcategorias foi realizado a posteriori, tendo havido contribuição de outros investigadores peritos na área.
Instrumentos Utilizados	Os dados foram colhidos através de entrevistas semiestruturadas.
Resultados	Da análise dos discursos emergiram dificuldades na implementação da MCH relacionadas com fatores pessoais (rotinização das práticas; resistência à mudança; Défice de formação) e organizacionais (Falta de recursos humanos; rotinas instituídas, organização dos cuidados centrada na tarefa; falta de formação da equipa multidisciplinar; falta de envolvimento dos líderes e ambiente desadequado). Os principais benefícios da implementação desta metodologia abrangem os profissionais (facilita o relacionamento e prestação dos cuidados; gestão das emoções; diminuição dos problemas físicos e o burnout e aumenta a satisfação profissional) as pessoas cuidadas (redução da agitação e aumento da aceitação do cuidado, promoção da autonomia, promoção do autocuidado e promoção da autoestima, diminuição dos problemas da imobilidade e, as famílias reconhecem a mudança) e as instituições (mudança de cultura dos cuidados, diminuição das taxas de absentismo dos profissionais e, também, pela redução dos custos económicos).
Conclusões e Implicações	- Dados os benefícios identificados na implementação da MCH, torna-se fundamental ter em conta os fatores que dificultam este processo, e desenvolver algumas estratégias como o envolvimento dos líderes, no sentido de criarem as condições para uma efetiva apropriação e consolidação na práxis; - A necessidade do envolvimento dos líderes das instituições vai no sentido de compreenderem a sua importância e criarem as condições para uma efetiva implementação, apropriação e consolidação na prática. Como é uma temática pouco estudada, a nível nacional e internacional, sugere-se o desenvolvimento de estudos em várias tipologias de cuidados, para permitir a comparação dos dados obtidos e evidenciar a sua eficiência em todos os cuidados e ao longo de todo o ciclo vital.

ARTIGO 6	
Título:	<i>“Humanidade na humanização da assistência a idosos: relato de experiência em um serviço de saúde”</i>
Tipo de Produção Científica	Artigo de Investigação

Autor(es) /Ano	Melo, R.C.C.P., Costa, P.J., Henriques, L.V.L., Tanaka, L.H., Queirós, P.J.P., & Araújo, J.P. (2019)
Tipo de estudo	Relato de experiência - segue as etapas do modelo de Implementação da Prática Baseada em Evidência
População	12 Profissionais de saúde e 30 idosos de uma Unidade de Longa Duração e Manutenção. Os idosos têm uma média de 78 anos de idade e apresentam alterações cognitivas com dependência nas Atividades de Vida Diárias.
Local do Estudo	Portugal
Questão(ões) de Investigação	Não foi definida
Objetivo do estudo	Relatar a experiência vivida durante a implementação da MCH e seus benefícios nos idosos, famílias, profissionais e instituição.
Palavras-Chave/ Keywords	Humanização da Assistência/ Humanization of Care; Serviço de Saúde/ Organizational Innovation; Enfermagem Baseada em Evidência/ Evidence-Based Nursing; Assistência Centrada no Paciente/ Patient Centered Care; Assistência a Idosos/ Nurse-Patient Relations; Neurocognitive Disorders
Técnica/Intervenção	Durante o processo de implementação da MCH na ULDM, foram realizadas entrevistas mensais estruturadas aos profissionais no sentido de identificar suas principais dificuldades na prestação dos cuidados e as estratégias utilizadas para superá-las. Observação sistematizada dos cuidados de higiene e conforto, mobilização e alimentação organizada na Sequência Estruturada de Procedimentos Cuidativos Humanidade (SEPCH) Para avaliar os ganhos obtidos com os pacientes, foram aplicadas escalas.
Instrumentos Utilizados	Para avaliar os ganhos obtidos com os pacientes, foram aplicadas as seguintes escalas: de Braden, Morse, Índice de Barthel e Mini Mental State Examination. Nos familiares e profissionais, foram realizadas observações e entrevistas estruturadas.
Resultados	A implementação da Metodologia de Cuidado Humanidade demonstrou resultados positivos na humanização da assistência aos idosos, nomeadamente na redução dos comportamentos de agitação e melhor aceitação do cuidado. Verificou-se mudança na cultura organizacional, mais focada na pessoa e na humanização da assistência.
Conclusões e Implicações	A implementação da MCH necessita de: <ul style="list-style-type: none"> - acompanhamento e monitorização para a sustentabilidade e consolidação das boas práticas por todos os profissionais e participação efetiva dos gestores, no sentido de se obter melhores resultados; - Mudança da cultura de cuidados assume-se como um desafio, e os profissionais de saúde por vezes rotinizados/ formatados com determinadas práticas cuidativas necessitam, conscientização sobre as evidências das metodologias de cuidar inovadoras para aceitarem e reconhecerem as práticas que precisam de melhorias e, assim, realizar o processo de capacitação e adoção de novas práticas no cuidar. - Mudança da formação dos profissionais de saúde, do paradigma dos cuidados com foco na tarefa, para um cuidado relacional profissionalizado e promotor de uma sociedade mais democrática, respeitando a dignidade, autonomia e liberdade da pessoa cuidada e daquela que cuida. Contribuições para a área da enfermagem, saúde ou política pública novos olhares no cuidar em enfermagem, reunindo a tecnicidade, tecnologia e cientificidade da evidência clínica, tendo a essência da humanidade como base de sustentação na formação e atuação do enfermeiro, contribuindo para a mudança de cultura dos cuidados e das políticas de saúde pública, sobretudo, no cenário da população idosa e seus familiares.

ARTIGO 7	
Título:	<i>“Implementação da Metodologia de Cuidado Humanidade: contribuição para a qualidade da assistência à saúde”</i>
Tipo de Produção Científica	Artigo de Investigação (artigo original)
Autor(es) /Ano	Henriques, L.V.L., Dourado, M. A. R. F., Melo, R.C.C.P., & Tanaka L. H. (2019)

Tipo de estudo	Estudo de investigação-ação adotando um modelo com etapas sequenciais, interdependentes e interrelacionadas
População	Processo de amostragem não probabilístico por conveniência, com participação de 34 profissionais de saúde prestadores de cuidados direto aos idosos. Foram incluídos 18 profissionais que já tinham realizado a formação em Humanidade e 16 profissionais que não tinham realizado a formação e estavam a aprender por observação da prática dos colegas.
Local do Estudo	Unidade de Cuidados Continuados (UCC), Portugal
Questão(ões) de Investigação	Qual a contribuição da implementação da Metodologia de Cuidado Humanidade (MCH) para a qualidade da assistência à saúde numa Unidade de Cuidados Continuados
Objetivo do estudo	Avaliar a contribuição da implementação da Metodologia de Cuidado Humanidade (MCH) para a qualidade da assistência à saúde numa Unidade de Cuidados Continuados
Palavras-Chave/ Keywords	Qualidade da Assistência à Saúde; Humanização da Assistência; Assistência Centrada no Paciente; Relação Enfermeiro-Paciente; Assistência a Idosos; Pessoal de Saúde
Técnica/Intervenção	A colheita de dados feita pelo investigador ocorreu em três etapas: Na 1ª etapa os funcionários responderam a um formulário e foram observadas as experiências na prestação de cuidados às pessoas idosas, bem como as dificuldades sentidas na prestação de cuidados a pacientes idosos; a 2ª etapa foi realizada com 18 profissionais que tinham feito formação de MCH (2) e responderam as perguntas abertas; a 3ª etapa avaliou a coerência entre a perceção da realização da prática de cada procedimento cuidativo humanidade e a prática realmente efetivada.
Instrumentos Utilizados	Na colheita de dados utilizaram-se diferentes instrumentos de acordo com a etapa: 1ª etapa – Preenchimento de um formulário com questões de ordem sociodemográfica e Observação com recurso ao instrumento SEPCH, construído e validado em Portugal; 2ª etapa – questionário com 2 perguntas abertas; 3ª etapa – mensurada com recurso ao instrumento SEPCH e observação participante. A análise dos dados quantitativos foi realizada através do software Statistical Package for Social Science, versão 17.0. - Análise e caracterização dos participantes e a identificação das dificuldades na prestação dos cuidados aos pacientes idosos, utilizou-se a estatística descritiva; - Avaliação das diferenças entre os quatro momentos de observação dos cuidados, foi utilizado o teste de Friedman, considerando-se o nível de significância de 0,05. - Análise dos dados qualitativos, utilizou-se a técnica de análise de conteúdo segundo Bardin. Na <u>fase da pré-análise</u> , foram realizadas leitura flutuante e releituras das transcrições. Na <u>fase exploratória</u> , a codificação dos dados foi feita por dois investigadores, assim como a sua classificação e categorização, A <u>triangulação dos dados qualitativos e quantitativos</u> realizou-se por meio da análise e reflexão sobre as principais dificuldades dos profissionais na prática dos cuidados, as incoerências entre a perceção da realização dos procedimentos cuidativos humanidade e a sua aplicação na prática e sobre como a apropriação da MCH foi facilitando a prestação de cuidados e o contributo obtido nos pacientes.
Resultados	Os profissionais de saúde manifestaram dificuldades na prestação de cuidados de pessoas agitadas, confusas, desorientadas, agressivas e que recusavam os cuidados e, ainda, na comunicação com pacientes que não se expressavam verbalmente. Os profissionais valorizaram a realização das etapas da planilha de observação e verificaram discrepâncias entre a perceção de realização e a prática realmente efetivada. Ao longo da implementação da metodologia, observou-se aumento da aplicação prática dos procedimentos, repercutindo em ganhos para as pessoas cuidadas e para os profissionais
Conclusões e Implicações	- A formação em MCH facilitou a prestação de cuidados, sendo que a pessoa cuidada percebe sentimentos positivos nos profissionais ao aplicarem os conhecimentos na prática. - Os profissionais atribuem grande importância às etapas da SEPCH e reveem-se nos procedimentos cuidativos Humanidade, contudo a perceção de realização dos procedimentos cuidativos é superior ao observado na prática. - A implementação da MCH revelou resultados na mudança de práticas dos cuidadores. - O desenvolvimento de intervenções específicas e formação na ação, permitiu verificar um aumento gradual e consistente da execução dos procedimentos cuidativos Humanidade. - Alguns procedimentos interiorizados atingiram valores percentuais máximos na observação, outros correspondentes à consolidação emocional evidenciaram maior

dificuldade de integração e aplicação na prática por parte dos profissionais de saúde.

- Houve necessidade de acompanhamento e monitorização do processo de implementação para a sustentabilidade e consolidação das boas práticas por todos os profissionais, contribuindo para a transformação dos cuidados e para a qualidade da assistência à saúde;

- Os resultados poderão ser o reflexo do efeito que uma medida não farmacológica e de baixo custo pode ter nos cuidados prestados a doentes dependentes, vulneráveis e com processos demenciais. Explorar essa metodologia, em termos académicos e profissionais na abordagem aos pacientes, pode ter um reflexo importante na gestão, organização, educação e saúde das instituições;

- Há necessidade de mais pesquisas sobre a efetividade dessa metodologia de cuidado na perspectiva dos familiares e, ainda, de ampliar com os profissionais de saúde a contribuição para a implementação e mudança de cultura dos cuidados e das políticas de saúde pública, sobretudo no cenário de envelhecimento da população com características específicas e que necessitam de cuidados especializados, no sentido da transformação dos cuidados rotinizados em cuidados conscientizados.

Apêndice 3 – Descrição das atividades/estratégias e respectivos resultados

Domínio: Da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal	
Competências: A1; A2 e D2	
Objetivo Específico: Desenvolver uma prática profissional mediante processos de tomada de decisão ética, suportada no rigor científico, em princípios, valores e normas deontológicas	
Atividades/Estratégias	Indicadores/Critérios De Avaliação
<ul style="list-style-type: none"> • Incorporar a equipa multiprofissional nos diferentes contextos de prática clínica respeitando os valores institucionais, princípios éticos e normas deontológicas; • Consultar protocolos, procedimentos e normas de serviço ou/e outros documentos pertinentes; • Proceder à colheita de dados junto da pessoa/conviventes significativos com recurso ao processo clínico e exames complementares de diagnóstico, para identificar as necessidades de intervenção; • Estabelecer parcerias com a pessoa/convivente significativo no planeamento do processo de cuidados especializados de saúde promovendo o respeito pela sua autonomia, crenças, valores, vulnerabilidades e capacidades; • Promover o respeito pelo direito da pessoa ao acesso à informação e privacidade; • Garantir a confidencialidade e segurança da informação escrita e oral adquirida durante o exercício profissional; • Proceder a pesquisa bibliográfica para atualização da evidencia científica sobre temas de interesse profissional identificadas por mim, Enfermeiro Orientador e/ou pela equipa de enfermagem onde estou inserida; • Promover momentos de reflexão e partilha que promovam a incorporação da mais recente evidencia científica na prática de cuidados; • Demonstrar autonomia e iniciativa na apreciação e tomada de decisão nas situações da prática clínica; • Participar na tomada de decisões em equipa sendo referencia na minha área de especialidade. 	<ul style="list-style-type: none"> • Demonstrou uma prática de cuidados, norteada pelo respeito pela instituição e pelos princípios éticos e deontológicos do exercício profissional; • Consultou protocolos, procedimentos e normas de serviço ou outros documentos pertinentes; • Procedeu à colheita de dados junto da pessoa/conviventes significativos com recurso ao processo clínico e exames complementares de diagnóstico, para identificar as necessidades de intervenção; • Estabeleceu parcerias com a pessoa/convivente significativo no planeamento do processo de cuidados especializados de saúde promovendo o respeito pela sua autonomia, crenças, valores, vulnerabilidades e capacidades; • Garantiu o direito da pessoa à sua privacidade a ao acesso à informação. • Identificou necessidades formativas e oportunidades relevantes de investigação; • Procedeu a pesquisa de artigos em bases de dados científicas, que serviram de suporte à sua intervenção; • Evidenciou os novos conhecimentos na prática de cuidados especializados; • Promoveu momentos de reflexão e partilha que promoveram o processo de tomada de decisão em equipa, envolvendo a pessoa e convivente significativo no processo de cuidados; • Demonstrou ser elemento de referência para a equipa multiprofissional na apreciação e tomada de decisão nas situações da prática clínica.

Recursos Utilizados:

Humanos: Equipa multiprofissional; Enfermeiro chefe; Enfermeiro orientador; Professor; Cliente e Convivente Significativo

Materiais: Bases de Dados; Bibliografia de interesse científico na área da Reabilitação e da Humanidade; Guias de Boas Práticas Nacionais e Internacionais na área da Reabilitação; Protocolos e normas dos serviços; Legislação; Processos clínicos dos clientes; Documentos Reguladores da Profissão (Código deontológico; Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros; Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação); instrumentos de recolha de dados (escalas) recomendadas para a documentação dos cuidados de EEER

Físicos: Locais de estágio clínico; Bibliotecas da ESEL e domicílio.

Temporais: Ver cronograma

Domínio: Da Melhoria Contínua Da Qualidade	
Competências: B1 e B2	
Objetivo Específico: Assumir um papel dinamizador no desenvolvimento de práticas e programas e projetos de qualidade, promovendo um ambiente terapêutico e seguro	
Atividades/Estratégias	Indicadores/Critérios De Avaliação
<ul style="list-style-type: none"> Realizar entrevista com Enfermeiro Chefe e EEER procurando perceber quais os programas e projetos de qualidade implementados e em fase de implementação; Consultar Guias de Boas Práticas Nacionais e Internacionais e outros documentos procurando estar atualizado nas áreas de conhecimento relevantes para o desenvolvimento de projetos na área da qualidade; gestão do risco e melhoria contínua; Mobilizar os conhecimentos especializados e a experiência profissional no planeamento de projetos de melhoria continua, sempre que solicitado; Participar na execução de programas de melhoria da qualidade, contribuindo para a definição de políticas de desenvolvimento clínico e/ou organizacional, priorizados pelo serviço; Participar nas auditorias de avaliação dos projetos de melhoria contínua da qualidade implementados nos serviços; Comunicar em grupo de forma clara, precisa e assertiva demonstrando respeito e valorização pelas diferentes perspetivas da equipa multiprofissional; 	<ul style="list-style-type: none"> Realizou entrevista com o Enfermeiro Chefe e EEER procurando perceber quais os programas e projetos de qualidade implementados e em fase de implementação; Consultou Guias de Boas Práticas Nacionais e Internacionais e outros documentos procurando estar atualizado nas áreas de conhecimento relevantes para o desenvolvimento de projetos na área da qualidade; gestão do risco e melhoria contínua; Mobilizou os conhecimentos especializados e a experiência profissional no planeamento de projetos de melhoria continua, sempre que solicitado; Participar na execução de programas de melhoria da qualidade, contribuindo para a definição de políticas de desenvolvimento clínico e/ou organizacional, priorizados pelo serviço Participar nas auditorias de avaliação dos projetos de melhoria contínua da qualidade implementados nos serviços; Comunicou em grupo de forma clara, precisa e assertiva demonstrando respeito e valorização pelas diferentes perspetivas da equipa multiprofissional;
Recursos Utilizados: Humanos: Equipa multiprofissional; Enfermeiro chefe; Enfermeiro orientador; Professor; Cliente e Convivente Significativo Materiais: Bases de Dados; Bibliografia de interesse científico na área da Reabilitação e da Humanidade; Guias de Boas Práticas Nacionais e Internacionais na área da Reabilitação; Protocolos e normas dos serviços; Legislação; Processos clínicos dos clientes; Documentos Reguladores da Profissão (Código deontológico; Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros; Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação); Instrumentos de recolha de dados (escalas) recomendadas para a documentação dos cuidados de EEER. Físicos: Locais de estágio clínico; Bibliotecas da ESEL e domicílio. Temporais: Ver cronograma	

Domínio: Da Gestão dos Cuidados	
Competências: C1 e C2	
Objetivo Específico: Adquirir competências de gestão de cuidados de enfermagem otimizando as respostas de enfermagem e equipa de saúde garantindo a segurança e qualidade dos cuidados prestados	
Atividades/Estratégias	Indicadores/Critérios De Avaliação
<ul style="list-style-type: none"> • Consultar Guias de Boas Práticas Nacionais e Internacionais e outros documentos procurando contribuir para a segurança e qualidade dos cuidados prestados; • Partilhar os conhecimentos especializados e a experiência profissional para a tomada de decisão no processo de cuidar; • Demonstrar à equipa de enfermagem as tarefas que concretizam as intervenções de enfermagem especializadas garantindo rigor técnico/científico na continuidade de cuidados; • Supervisionar a implementação e execução das intervenções de enfermagem, garantindo o rigor técnico/científico e respeito pela individualidade da pessoa/convivente significativo; • Referenciar situações de saúde problemáticas identificadas para outros profissionais da equipa multiprofissional envolvidos de acordo com as suas competências; • Referenciar para outros enfermeiros especialistas de acordo com área de intervenção e de perfis de competências de cada especialidade, envolvidos no processo de cuidados de saúde. • Contribuir para o desenvolvimento/ manutenção de um bom ambiente de trabalho motivando a participação e cooperação de todos os elementos da equipa. 	<ul style="list-style-type: none"> • Consultou bibliografia cientificamente pertinente contribuindo para a segurança e qualidade dos cuidados prestados; • Partilhou e dinamizou informações e conhecimentos disponibilizando -se para apoiar todos os membros da equipa; • Supervisionou a implementação e execução das intervenções de enfermagem, garantindo o rigor técnico/científico e respeito pela individualidade da pessoa/convivente significativo; • Referenciou situações de saúde problemáticas identificadas para outros profissionais da equipa multiprofissional e/ou para outros enfermeiros especialistas envolvidos no processo de cuidados de saúde de acordo com a área de intervenção e perfis de competências de cada especialidade; • Contribuiu para o desenvolvimento/ manutenção de um bom ambiente de trabalho motivando a participação e cooperação de todos os elementos da equipa.
Recursos Utilizados:	
Humanos: Equipa multiprofissional; Enfermeiro chefe; Enfermeiro orientador; Professor; Cliente e Convivente Significativo	
Materiais: Bases de Dados; Bibliografia de interesse científico na área da Reabilitação e da Humanidade; Guias de Boas Práticas Nacionais e Internacionais na área da Reabilitação; Protocolos e normas dos serviços; Legislação; Processos clínicos dos clientes; Documentos Reguladores da Profissão (Código deontológico; Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros; Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação).	

Físicos: Locais de estágio clínico; Bibliotecas da ESEL e domicílio.

Temporais: Ver cronograma

Domínio: Do desenvolvimento das Aprendizagens

Competências: D1 e D2

Objetivo Específico: Desenvolver a capacidade de autoconhecimento como central na prática de enfermagem em contexto singular, profissional e organizacional

Atividades/Estratégias	Indicadores/Critérios De Avaliação
<ul style="list-style-type: none">• Elaborar um “diário de estágio” informal e pessoal que permita descrever as emoções vividas ao longo do percurso formativo e de como estas influenciam o desempenho profissional e académico; (<i>Autoconsciência emocional</i>);• Promover com o enfermeiro orientador momentos de reflexão sobre a prática com o intuito de perceber aspetos a melhorar desenvolvendo a capacidade de aprender com a própria experiência (<i>Autoconsciência exata</i>);• Participar em reuniões orientadoras do processo de aprendizagem com o professor e com o enfermeiro orientador (<i>Autoconsciência exata</i>);• Dinamizar junto da equipa de enfermagem momentos de aprendizagem formal e informal mobilizando conhecimentos científicos e experiências decorrentes da área de especialidade que contribuam para o desenvolvimento da prática clínica especializada; (<i>autoconfiança</i>)• Adotar uma postura autoconfiante; assertiva e facilitadora das relações interpessoais e Interorganizacionais gerindo adequadamente conflitos; (<i>autoconfiança</i>)• Atuar como elemento de referência efetiva para a equipa multiprofissional promovendo a iniciativa e a responsabilização profissional. (<i>autoconfiança</i>)	<ul style="list-style-type: none">• Elaborou um “diário de estágio” informal e pessoal descritivo das emoções vividas ao longo do percurso formativo;• Promoveu com o enfermeiro orientador momentos de reflexão sobre a prática com o intuito de perceber aspetos a melhorar desenvolvendo a capacidade de aprender com a própria experiência (<i>Autoconsciência exata</i>);• Participou em reuniões orientadoras do processo de aprendizagem com o professor e com o enfermeiro orientador (<i>Autoconsciência exata</i>);• Dinamizou junto da equipa de enfermagem momentos de aprendizagem formal e informal mobilizando conhecimentos científicos e experiências decorrentes da área de especialidade• Adotou uma postura autoconfiante; assertiva e facilitadora das relações interpessoais e Inter organizacionais gerindo adequadamente conflitos;• Atuou como elemento de referência efetiva para a equipa multiprofissional promovendo a iniciativa e a responsabilização profissional.

Recursos Utilizados:

Humanos: Equipa multiprofissional; Enfermeiro chefe; Enfermeiro orientador; Professor; Cliente e Convivente Significativo

Materiais: Bases de Dados; Bibliografia de interesse científico na área da Reabilitação e da Humanidade; Guias de Boas Práticas Nacionais e Internacionais na área da Reabilitação; Protocolos e normas dos serviços; Legislação; Processos clínicos dos clientes; Documentos Reguladores da Profissão (Código deontológico; Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros; Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação).

Físicos: Locais de estágio clínico; Bibliotecas da ESEL e domicílio.

Temporais: Ver cronograma

Competência: J1

Objetivo Específico: Cuidar da pessoa com AVC ao longo do ciclo da vida e em todos os contextos da prática de cuidados mobilizando a Sequencia Estruturada de Procedimentos Cuidativos Humanidade

Atividades/Estratégias	Indicadores/Critérios De Avaliação
<p>✚ Operacionalizar a 1ª etapa da SEPCH (pré-preliminares) – que permite anunciar a presença do EEER; abrir os canais relacionais, evitar abordagens surpresas, respeitar privacidade e autonomia e individualidade da pessoa com AVC;</p> <p>✚ Operacionalizar a 2ª etapa da SEPCH (preliminares) - permite estabelecer uma relação de confiança e obter o consentimento relacional promovendo a aceitação do cuidado pelo EEER através dos três pilares relacionais: Olhar, palavra e toque;</p> <p>✚ Operacionalizar a 3ª etapa da SEPCH (rebouclage sensorial) – inclui a prestação de cuidados; pressupondo a manutenção coerente de um ambiente emocional positivo entre o EEER e a pessoa com AVC mobilizando os pilares Humanidade;</p> <ul style="list-style-type: none">• Proceder à colheita de informação pertinente junto da pessoa com AVC e/ou conviventes significativos com recurso ao processo clínico; exames complementares de diagnóstico e outros;• Realizar a avaliação neurológica da pessoa com AVC (estado mental; pares cranianos; motricidade; sensibilidade; equilíbrio e marcha) utilizando escalas e instrumentos de medida apropriados, ex.:	<ul style="list-style-type: none">• Operacionalizou a SEPCH ao longo do processo de reabilitação assegurando que a pessoa que recebe cuidados especializados seja respeitada na sua identidade; liberdade; autonomia e intimidade; • Procedeu à colheita de informação pertinente junto da pessoa com AVC e/ou conviventes significativos com recurso ao processo clínico; exames complementares de diagnóstico e outros;• Realizou a avaliação neurológica da pessoa com AVC (estado mental; pares cranianos; motricidade; sensibilidade; equilíbrio e marcha) utilizando escalas e instrumentos de medida apropriados;• Avaliou a capacidade funcional da pessoa com AVC para realizar o seu Autocuidado de forma independente;

<ul style="list-style-type: none"> - Avaliação cognição: Escala Rancho Los Amigos; Mini Mental State examination; - Força muscular: Escala de Lower; - Escala de Equilíbrio: Escala de Equilíbrio de Berg; - Escala de Funcionalidade: Índice de Barthel; MIF; - Escala de Verticalidade Humanidade; - Escala de Agitação Humanidade • Avaliar capacidade funcional da pessoa com AVC para realizar o seu Autocuidado de forma independente; • Identificação dos problemas reais ou potenciais da Pessoa com AVC relativamente aos quais o EEER tem conhecimentos; • Identificar as necessidades de intervenção para otimizar e/ou reeducar a função a nível motor, sensorial e cognitivo e realização dos Autocuidados; • Planejar a alta com envolvimento da pessoa e convivente significativo na identificação de necessidades no regresso a casa; • Analisar com o enfermeiro orientador e sempre que possível com a pessoa/convivente significativo as principais prioridades de saúde com vista a consecução do projeto de saúde da pessoa; • Elaborar, com validação do enfermeiro orientador e da pessoa, os planos de intervenção selecionando e prescrevendo as intervenções para otimizar e/ou reeducar as funções alteradas; <ul style="list-style-type: none"> - Atividades terapêuticas (rolar; ponte; facilitação cruzada; automobilizações); - Treino de Levante; - Treino de transferências (cama- cadeira); - Treino de marcha, equilíbrio e coordenação motora, - Mobilizações membro superior e inferior (passivas; ativas assistidas; ativas; ativas resistidas); - Prevenção padrão espástico; • Implementar, em segurança, as intervenções planeadas com o objetivo de otimizar e/ou reeducar as funções alteradas; 	<ul style="list-style-type: none"> • Identificou problemas reais ou potenciais da Pessoa com AVC relativamente aos quais o EEER tem conhecimentos; • Identificou as necessidades de intervenção para otimizar e/ou reeducar a função a nível motor, sensorial e cognitivo e realização dos Autocuidados; • Planeou a alta com envolvimento da pessoa e convivente significativo na identificação de necessidades no regresso a casa; • Analisou com o enfermeiro orientador e sempre que possível com a pessoa/convivente significativo as principais prioridades de saúde com vista a consecução do projeto de saúde da pessoa; • Elaborou com validação do enfermeiro orientador e da pessoa, planos de intervenção selecionando e prescrevendo as intervenções para otimizar e/ou reeducar as funções alteradas; • Implementou, em segurança, as intervenções planeadas com o objetivo de otimizar e/ou reeducar as funções alteradas; • Ensinou, instruiu e treinou as intervenções de reeducação funcional considerando as funções alteradas pelo AVC; • Ensinou, instruir e treinou técnicas destinadas à realização dos autocuidados alterados, considerando com a pessoa a necessidade de utilização de produtos de apoio; • Avaliou os resultados dos planos/programas de reabilitação implementados recorrendo à aplicação de instrumentos/ escalas de avaliação;
--	--

- Ensinar, instruir e treinar intervenções de reeducação funcional considerando as funções alteradas pelo AVC;
- Ensinar, instruir e treinar técnicas destinadas à realização dos autocuidados alterados, considerando com a pessoa a necessidade de utilização de produtos de apoio;
- Avaliar os resultados dos planos/programas de reabilitação implementados recorrendo à aplicação de instrumentos/ escalas de avaliação;
- ✚ Operacionalizar a **4ª etapa da SEPCH (consolidação emocional)** – permite que o EEER deixe na memória emocional da pessoa uma impressão positiva, valorizando todo o momento anteriormente vivido com ela, reforçando positivamente todos os seus esforços por mínimos que sejam;
- ✚ Operacionalizar a **5ª etapa da SEPCH (consolidação)** – permite que o EEER se despeça da pessoa cuidada e marque um novo encontro assumindo compromisso mútuo para cuidados futuros evitando sentimentos de abandono;
- Elaborar registos de enfermagem que demonstrem a intervenção efetuada pelo EEER e permitam a articulação de cuidados.
- Proceder a pesquisa bibliográfica para obter a melhor evidencia científica;
- Realizar jornais de aprendizagem para aprofundamento de conhecimentos;
- Discutir e validar estratégias/atividades a desenvolver com enfermeiro orientador e sempre que necessário com professor orientador.

- Elaborou registos de enfermagem que demonstrem a intervenção efetuada pelo EEER e permitam a articulação de cuidados;
- Procedeu a pesquisa bibliográfica para obter a melhor evidencia científica;
- Realizou jornais de aprendizagem para aprofundamento de conhecimentos;
- Discutiu e validou estratégias/atividades a desenvolver com enfermeiro orientador e sempre que necessário com professor orientador.

Recursos Utilizados:

Humanos: Equipa multiprofissional; Enfermeiro chefe; Enfermeiro orientador; Professor; Cliente e Convivente Significativo

Materiais: Bases de Dados; Bibliografia de interesse científico na área da Reabilitação e da Humanidade; Guias de Boas Práticas Nacionais e Internacionais na área da Reabilitação; Protocolos e normas dos serviços; Legislação; Processos clínicos dos clientes; Documentos Reguladores da Profissão (Código deontológico; Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros; Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação); Instrumentos de recolha de dados (escalas) recomendadas para a documentação dos cuidados de EEER; SEPCH;

Físicos: Locais de estágio clínico; Bibliotecas da ESEL e domicílio.

Temporais: Ver cronograma

Competência: J2	
Objetivo Específico: Capacitar a pessoa com AVC para o Autocuidado, reinserção e exercício da cidadania	
Atividades/Estratégias	Indicadores/Critérios De Avaliação
<ul style="list-style-type: none"> ✚ Operacionalizar a 1ª etapa da SEPCH (pré-preliminares) ✚ Operacionalizar a 2ª etapa da SEPCH (preliminares) ✚ Operacionalizar a 3ª etapa da SEPCH (rebouclage sensorial) • Proceder à colheita de informação pertinente junto da pessoa com AVC e/ou conviventes significativos com recurso ao processo clínico; exames complementares de diagnóstico e outros; • Realizar a avaliação neurológica da pessoa com AVC (estado mental; pares cranianos; motricidade; sensibilidade; equilíbrio e marcha) utilizando escalas e instrumentos de medida apropriados; • Elaborar e implementar plano reabilitação em parceria com a pessoa/convivente significativo visando as limitações da mobilidade e a maximização da autonomia e qualidade de vida; • Avaliar a capacidade da pessoa/convivente significativo para a satisfação dos requisitos de autocuidado no domicílio; • Prever limitações da atividade e restrição da participação para a elaboração de estratégias adequadas de adaptação; • Ensinou/Treinou/supervisionou a pessoa/cuidador convivente a realizar treinos específicos de autocuidados; atividade e exercício físico de acordo com contexto e potencial da pessoa, utilizando produtos de apoio se necessário; • Aconselhar dispositivos de ajuda para o domicílio e possíveis instituições da comunidade que concedam empréstimos ou alugueres dos mesmos tendo em vista a máxima capacidade funcional da pessoa; • Informar a pessoa/convivente significativo sobre legislação e normas técnicas promotoras da integração e participação cívica; ✚ Operacionalizar a 4ª etapa da SEPCH (consolidação emocional); ✚ Operacionalizar a 5ª etapa da SEPCH (consolidação); 	<ul style="list-style-type: none"> • Operacionalizou a SEPCH ao longo do processo de reabilitação assegurando que a pessoa que recebe cuidados especializados seja respeitada na sua identidade; liberdade; autonomia e intimidade; • Procedeu à colheita de informação pertinente junto da pessoa com AVC e/ou conviventes significativos com recurso ao processo clínico; exames complementares de diagnóstico e outros; • Realizou a avaliação neurológica da pessoa com AVC (estado mental; pares cranianos; motricidade; sensibilidade; equilíbrio e marcha) utilizando escalas e instrumentos de medida apropriados; • Elaborou e implementou plano reabilitação em parceria com a pessoa/convivente significativo visando as limitações da mobilidade e a maximização da autonomia e qualidade de vida; • Avaliou a capacidade da pessoa/convivente significativo para a satisfação dos requisitos de autocuidado no domicílio; • Previsão de limitações da atividade e restrição da participação para a elaboração de estratégias adequadas de adaptação; • Ensinou/Treinou/supervisionou a pessoa/cuidador convivente a realizar treinos específicos de autocuidados; atividade e exercício físico de acordo com contexto e potencial da pessoa, utilizando produtos de apoio se necessário; • Aconselhou dispositivos de ajuda para o domicílio e possíveis instituições da comunidade; • Informou a pessoa/convivente significativo sobre legislação e normas técnicas promotoras da integração e participação cívica; • Contatou com a comunidade ou serviço de destino e elaborou registos de enfermagem gerais e específicos de reabilitação que permitam

- Contatar com a comunidade ou serviço de destino e elaborar registos de enfermagem gerais e específicos de reabilitação que permitam a continuidade dos programas de treino para satisfação dos requisitos de autocuidado;
- Proceder a pesquisa bibliográfica para obter a melhor evidencia científica;
- Realizar jornais de aprendizagem para aprofundamento de conhecimentos;
- Discutir e validar estratégias/atividades a desenvolver com enfermeiro orientador e sempre que necessário com professor orientador.

a continuidade dos programas de treino para satisfação dos requisitos de autocuidado.

- Procede a pesquisa bibliográfica para obter a melhor evidencia científica;
- Realizou jornais de aprendizagem para aprofundamento de conhecimentos;
- Discutiu e validou estratégias/atividades a desenvolver com enfermeiro orientador e sempre que necessário com professor orientador.

Recursos Utilizados:

Humanos: Equipa multiprofissional; Enfermeiro chefe; Enfermeiro orientador; Professor; Cliente e Convivente Significativo

Materiais: Bases de Dados; Bibliografia de interesse científico na área da Reabilitação e da Humanidade; Guias de Boas Práticas Nacionais e Internacionais na área da Reabilitação; Protocolos e normas dos serviços; Legislação; Processos clínicos dos clientes; Documentos Reguladores da Profissão (Código deontológico; Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros; Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação); Instrumentos de recolha de dados (escalas) recomendadas para a documentação dos cuidados de EEER; SEPCH.

Físicos: Locais de estágio clínico; Bibliotecas da ESEL e domicílio.

Temporais: Ver cronogram

Competência: J3**Objetivo Específico:** Maximizar as Capacidades Funcionais da Pessoa com AVC promovendo a Verticalidade

Atividades/Estratégias	Indicadores/Critérios De Avaliação
<ul style="list-style-type: none">✚ Operacionalizar a 1ª etapa da SEPCH (pré-preliminares)✚ Operacionalizar a 2ª etapa da SEPCH (preliminares)✚ Operacionalizar a 3ª etapa da SEPCH (rebouclage sensorial)• Proceder à colheita de informação pertinente junto da pessoa com AVC e/ou conviventes significativos com recurso ao processo clínico; exames complementares de diagnóstico e outros;• Realizar a avaliação neurológica da pessoa com AVC (estado mental; pares cranianos; motricidade; sensibilidade; equilíbrio e marcha) utilizando escalas e instrumentos de medida apropriados (ex.:)<ul style="list-style-type: none">- Avaliação cognição: Escala Rancho Los Amigos; Mini Mental State examination;- Força muscular: Escala de Lower;- Escala de Equilíbrio: Escala de Equilíbrio de Berg;- Escala de Funcionalidade: Índice de Barthel; MIF;- Escala de Verticalidade Humanitude;- Escala de Agitação Humanitude• Conceber programa de treino sensório-motor em parceria com a pessoa/convivente significativo, com base na melhor evidencia científica, que contemple as funções alteradas (mobilidade; força muscular; tônus muscular; controlo postural; função sensorial);• Prever, na conceção do programa de treino sensório-motor, limitações da atividade e restrição da participação da pessoa para a elaboração de estratégias adequadas de adaptação;• Implementar programa de treino sensório-motor recorrendo a diversas técnicas/estratégias, de acordo com as limitações/ restrições da participação da pessoa:<ul style="list-style-type: none">- Atividades terapêuticas (rolar; ponte; facilitação cruzada; automobilizações);	<ul style="list-style-type: none">• Operacionalizou a SEPCH ao longo do processo de reabilitação assegurando que a pessoa que recebe cuidados especializados seja respeitada na sua identidade; liberdade; autonomia e intimidade;• Englobar a pessoa/convivente significativo em todo o processo, tendo em conta a sua particular situação de saúde;• Procedeu a colheita de informação pertinente junto da pessoa com AVC e/ou conviventes significativos com recurso ao processo clínico; exames complementares de diagnóstico e outros;• Realizou a avaliação neurológica da pessoa com AVC, utilizando escalas e instrumentos de medida apropriados;• Concebeu programa de treino sensório-motor individualizados com base na melhor evidencia científica, que contemple as funções alteradas;• Implementou programa de treino sensório-motor recorrendo a diversas técnicas/estratégias, de acordo com as limitações/ restrições da participação da pessoa (atividades terapêuticas, treino de transferências, treino de marcha, equilíbrio e coordenação motora, mobilizações membro superior e inferior, prevenção padrão espástico);• Ensinou/Instruiu/ treinou a pessoa/cuidador convivente sobre as técnicas e tecnologias planeadas para maximizar o desempenho nas funções sensoriomotoras;• Avaliou e reformulou os planos/programas de treino implementados (aplicação de instrumentos/ escalas de avaliação) em função dos resultados obtidos e do projeto de saúde da pessoa;• Elaborou registos de enfermagem que demonstrem a intervenção efetuada pelo EEER e permitam a articulação de cuidados;• Procedeu a pesquisa bibliográfica para obter a melhor evidencia científica;

- Treino de Levante;
- Treino de transferências (cama- cadeira);
- Treino de marcha, equilíbrio e coordenação motora,
- Mobilizações membro superior e inferior (passivas; ativas assistidas; ativas; ativas resistidas);
- Prevenção padrão espástico;
- Ensinar/Instruir/ treinar a pessoa/cuidador convivente sobre as técnicas e tecnologias planeadas para maximizar o desempenho nas funções sensoriomotoras;
- Avaliar e reformular os planos/programas de treino implementados (aplicação de instrumentos/ escalas de avaliação) em função dos resultados obtidos e do projeto de saúde da pessoa;
- ✚ Operacionalizar a **4ª etapa da SEPCH (consolidação emocional)**;
- ✚ Operacionalizar a **5ª etapa da SEPCH (consolidação)**;
- Elaborar registos de enfermagem que demonstrem a intervenção efetuada pelo EEER e permitam a articulação de cuidados;
- Proceder a pesquisa bibliográfica para obter a melhor evidencia científica;
- Realizar jornais de aprendizagem para aprofundamento de conhecimentos;
- Discutir e validar estratégias/atividades a desenvolver com enfermeiro orientador e sempre que necessário com professor orientador.

- Realizou jornais de aprendizagem para aprofundamento de conhecimentos;
- Discutiu e validou estratégias/atividades a desenvolver com enfermeiro orientador e sempre que necessário com professor orientador.

Recursos Utilizados:

Humanos: Equipa multiprofissional; Enfermeiro chefe; Enfermeiro orientador; Professor; Cliente e Convivente Significativo

Materiais: Bases de Dados; Bibliografia de interesse científico na área da reabilitação e da Humanidade; Guias de Boas Práticas Nacionais e Internacionais na área da Reabilitação; Protocolos e normas dos serviços; Legislação; Processos clínicos dos clientes; Documentos Reguladores da Profissão (Código deontológico; Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros; Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação); Instrumentos de recolha de dados (escalas) recomendadas para a documentação dos cuidados de EEER; SEPCH.

Físicos: Locais de estágio clínico; Bibliotecas da ESEL e domicílio.

Temporais: Ver cronograma

Competências Comuns EE: A; B; C; D. **Competências Específicas de EEER:** J1; J2; J3

Objetivo Específico: Dar a conhecer à equipa transdisciplinar a Metodologia de Cuidados Humanidade enquanto metodologia promotora da Reabilitação da Pessoa com AVC

Atividades/Estratégias	Indicadores/Critérios De Avaliação
<ul style="list-style-type: none">• Participar no III Workshop Internacional “<i>Metodologia de Cuidado Humanidade – Ferramenta de Cuidar Promotora da Autonomia, Autocuidado e Bem-estar da pessoa cuidada e cuidador</i>” – data prevista: 15 a 18 de dezembro em Coimbra;• Dinamizar momentos de aprendizagem formal e informal junto da equipa multiprofissional (preferencialmente enfermeiros do serviço) que permitam dar a conhecer a Metodologia de Cuidado Humanidade (conceito; regras de arte; pilares; SEPCH);• Proceder a pesquisa bibliográfica para obter a melhor evidencia científica;• Realizar jornais de aprendizagem para aprofundamento de conhecimentos;• Discutir e validar estratégias/atividades a desenvolver com enfermeiro orientador e sempre que necessário com professor orientador.	<ul style="list-style-type: none">• Participou no III Workshop Internacional “<i>Metodologia de Cuidado Humanidade – Ferramenta de Cuidar Promotora da Autonomia, Autocuidado e Bem-estar da pessoa cuidada e cuidador</i>” – data prevista: 15 a 18 de dezembro em Coimbra;• Dinamizou momentos de aprendizagem formal e informal junto da equipa multiprofissional (preferencialmente enfermeiros do serviço) que permitam dar a conhecer a Metodologia de Cuidado Humanidade (conceito; regras de arte; pilares; SEPCH);• Procedeu a pesquisa bibliográfica para obter a melhor evidencia científica;• Realizou jornais de aprendizagem para aprofundamento de conhecimentos;• Discutiu e validou estratégias/atividades a desenvolver com enfermeiro orientador e sempre que necessário com professor orientador.
<p>Recursos Utilizados:</p> <p>Humanos: Equipa multiprofissional; Enfermeiro chefe; Enfermeiro orientador; Professor; Cliente e Convivente Significativo;</p> <p>Materiais: Bases de Dados; Bibliografia de interesse científico na área da Reabilitação e da Humanidade; Guias de Boas Práticas Nacionais e Internacionais na área da Reabilitação; Protocolos e normas dos serviços; Legislação; Processos clínicos dos clientes; Documentos Reguladores da Profissão (Código deontológico; Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros; Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação); Instrumentos de recolha de dados (escalas) recomendadas para a documentação dos cuidados de EEER; SEPCH.</p> <p>Físicos: Locais de estágio clínico; Bibliotecas da ESEL e domicílio.</p> <p>Temporais: Ver cronograma</p>	

Apêndice 4 - Proposta de Cronograma de Atividade

	Ano	2020					2021																
	Mês	Nov	Dezembro				Janeiro				Fevereiro				Março					Abril			
	Semana	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	
	Dias	24	30	7	14	21	28	4	11	18	25	1	8	15	22	1	8	15	22	29	5	12	
	Locais	Contexto Hospitalar					Contexto Hospitalar					Contexto de Comunidade											
Objetivos Específicos	1					Férias de Natal																	
	2																						
	3																						
	4																						
	5																						
	6																						
	7																						
	8																						

Legendas:

1- Primeiro objetivo, Desenvolver uma prática profissional mediante processos de tomada de decisão ética, suportada no rigor científico, em princípios, valores e normas deontológicas;	
2 - Segundo objetivo, Assumir um papel dinamizador no desenvolvimento de práticas e programas e projetos de qualidade, promovendo um ambiente terapêutico e seguro;	
3 - Treceiro objetivo, Adquirir competências de gestão de cuidados de enfermagem otimizando as respostas de enfermagem e equipa de saúde garantindo a segurança e qualidade dos cuidados prestados;	
4 - Quarto objetivo, Desenvolver a capacidade de autoconhecimento como central na prática de enfermagem em contexto singular, profissional e organizacional;	
5 - Quinto objetivo, Cuidar da pessoa com AVC ao longo do ciclo da vida e em todos os contextos da prática de cuidados mobilizando a Sequencia Estruturada de Procedimentos Cuidativos Humanidade;	
6 - Sexto objetivo, Capacitar a pessoa com AVC para o Autocuidado, reinserção e exercício da cidadania;	
7 - Sétimo objetivo, Maximizar as Capacidades Funcionais da Pessoa com AVC promovendo a Verticalidade;	
8 - Oitavo objetivo, Dar a conhecer à equipa transdisciplinar Metodologia de Cuidados Humanidade enquanto metodologia promotora da Reabilitação da Pessoa com AVC;	

Apêndice 5 – Diapositivos Apresentados nos Momentos de Avaliação

11º Curso de Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação
Unidade Curricular – Opção II/Projeto

A HUMANIDADE NO PROCESSO DE REABILITAÇÃO DA PESSOA COM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

Discente: Cristina Isabel Guerreiro Martins nº9568

Regente: Professor Doutor Miguel Serra

Orientadora: Professora Doutora Vanda Marques Pinto



23 de Julho 2020

SUMÁRIO

➤ Identificação do Projeto;

➤ Componente Científica:

- Síntese do conhecimento existente;
- Justificação da pertinência do Projeto;
- Objetivos a atingir;
- Filosofia de Cuidados;

➤ Referências Bibliográficas

IDENTIFICAÇÃO DO PROJETO

Título: “A Humanidade no Processo de Reabilitação da Pessoa com Acidente Vascular Cerebral”

Palavras Chave/keywords:

Humanidade; Enfermagem de Reabilitação; Acidente Vascular Cerebral (AVC);

Humanidade; Rehabilitation; Stroke;



SÍNTESE DO CONHECIMENTO EXISTENTE

Pesquisa Narrativa da Literatura

- Livros publicados; resumos para comunicações orais, posters e palestras; consulta de referências bibliográficas e bases de dados: (EBSCO HOST (CINAHL Plus with Full Text, MEDLINE with Full Text); Nursing Reference Center; ScienceDirect; Biblioteca do conhecimento online; Google Académico;

ARTIGO n ^o (Ar n ^o)
Título:
Tipo de Produção Científica
Autor(es)/ Ano
Tipo de estudo
População
Local do Estudo
Questão de Investigação
Objetivo do estudo
Palavras-Chave/ Keywords
Técnica/Intervenção
Instrumentos Utilizados
Resultados
Conclusões e Implicações
Referências Bibliográficas

Elaboração de uma grelha para síntese e análise



SÍNTESE DO CONHECIMENTO EXISTENTE

AVC

- Portugal tem uma população envelhecida, há mais de um milhão de pessoas com mais de 65 anos, a esperança de vida à nascença é de 81,3 anos;
- 60 a 70% dos AVC's ocorrem em pessoas com mais de 65 anos;
- É a Primeira causa de morte em Portugal e uma das mais importantes causas de morbilidade, de incapacidade e invalidez e de anos potenciais de vida precocemente perdidos;
- Surge a dependência física; alterações cognitivas, sociais (isolamento), económicas e emocionais que interferem com a qualidade de vida;
- Crescente dependência no autocuidado, com necessidade de apoio permanente, impacto na sua vida e na dos seus familiares.


Criação do Programa de Saúde Prioritário na área das Doenças Cérebro-Cardiovasculares

SNS, (2018); DGS, (2017); Menoza (2012) 

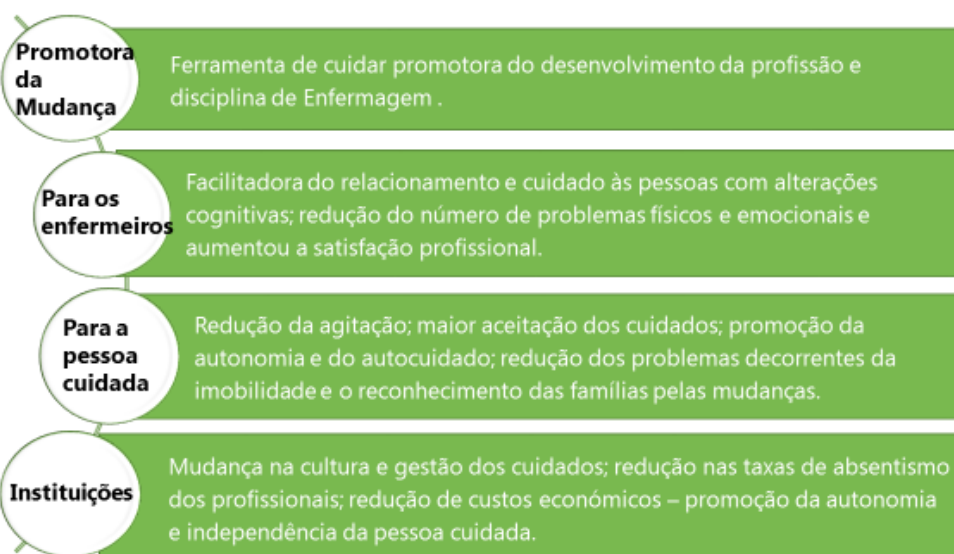
SÍNTESE DO CONHECIMENTO EXISTENTE

HUMANITUDE

- Conceito filosófico desenvolvido por Albert Jacquard (1988);
- Conceito de Humanitude (Dimensão Antropológica) e Conceito de Humanismo – diferenciação e complementaridade;
- Integração do conceito de Humanitude nos cuidados por Yves Gineste e Rosete Marescotti- Metodologia de Cuidado em Humanitude;
- Assenta em 3 pilares relacionais (o olhar; a palavra e o toque) e 1 pilar identitário (a verticalidade);
- Organizados numa Sequencia Estruturante de Procedimentos Cuidativos Humanitude (SEPCH) – que se dividem em 5 etapas: Pré preliminares; Preliminares; *Rebouclage* sensorial; Consolidação emocional e Reencontro;
- Implementação e validação da Metodologia de Cuidados Humanitude em vários países incluindo em Portugal em várias áreas (ensino, saúde e social) e em diversas tipologias de cuidados.

Figueiredo, A.M.G.F., Melo, R.C.C.P., & Ribeiro, O.P. (2018) Brito, A.P.(2018); António, M.A. (2017); Melo, R.C.C.P., Queirós, P.J.P., Tanaka, L.H., Salgueiro, N.R.M, Alves, R.E, Araújo, J.P., & Rodrigues, M.A. (2017) Simões, M.; Rodrigues, M.; Salgueiro, N. (2012). 

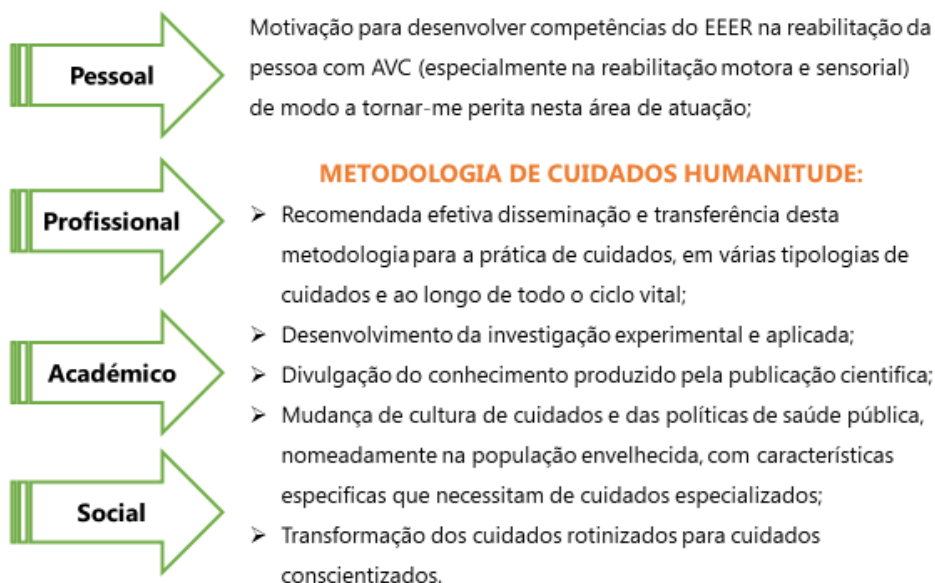
SÍNTESE DO CONHECIMENTO EXISTENTE



Melo, R.C.C.P., Costa, P.J., Henriques, L.V.L., Tanaka, L.H., Queirós, P.J.P., & Araújo, J.P. (2019); Figueiredo, A.M.G.F., Melo, R.C.C.P., & Ribeiro, O.P. (2018); António, M.A. (2017). Araújo, J.; Oliveira, O., & Alves, R. (2012);



PERTINENCIA DO PROJETO ...



Melo, R.C.C.P., Costa, P.J., Henriques, L.V.L., Tanaka, L.H., Queirós, P.J.P., & Araújo, J.P. (2019); Figueiredo, A.M.G.F., Melo, R.C.C.P., & Ribeiro, O.P. (2018); Melo, R.C.C.P., Queirós, P.J.P., Tanaka, L.H., Salgueiro, N.R.M., Alves, R.E., Araújo, J.P., & Rodrigues, M.A. (2017);



PERTINENCIA DO PROJETO ...

"Os desafios inerentes à profissão e responsabilidades profissionais justificam a procura constante por novos métodos de cuidar no sentido de dar intencionalidade à interação entre enfermeiro e pessoa cuidada, dignificando-a."

Figueiredo, A.M.G.F., Melo, R.C.C.P., & Ribeiro, O.P. (2018)

O Enfermeiro Especialista em Reabilitação (EEER) deve incorporar as novas descobertas da investigação na sua prática; desenvolver uma prática baseada na evidência, orientada para os resultados, participar em projetos...



"Esta metodologia enfatiza a importância do respeito pelas particularidades da pessoa cuidada, a estimulação das capacidades restantes e da verticalidade na prevenção das complicações da imobilidade."

Figueiredo, A.M.G.F., Melo, R.C.C.P., & Ribeiro, O.P. (2018)



Relaciona-se com as competências específicas do EEER que...

Regulamento n.º392/2019, OE (2019); OE (2018)



PERTINENCIA DO PROJETO ...

A Humanidade, promove a verticalidade da pessoa e todos os benefícios associados, como redução de contraturas, manutenção do tónus muscular, prevenção de úlceras de decúbito, manutenção do estímulo proprioceptivo e promoção do Autocuidado.

Melo, R.C., Araújo, J.P., Abreu, C.C., Oliveira, A.S., Fernandes, A.M., & Sá, M.C.A. (2017)



A intervenção autónoma do EEER na função motora é considerada uma **área de investigação muito prioritária para a Especialidade de Enfermagem de Reabilitação;**

As áreas referentes à promoção do envelhecimento ativo; capacitação da pessoa e/ou cuidador informal e as intervenções autónomas do EEER na função cognitiva e sensorial **são consideradas áreas prioritárias de Investigação em Enfermagem de Reabilitação.**



O QUE PRETENDO ATINGIR...

Objetivos Gerais

- Desenvolver competências específicas de intervenção do EEER na área motora, sensorial, cognitiva, cardiorrespiratória, da alimentação, da eliminação e da sexualidade que promovam / otimizem o processo de reabilitação física, cognitiva e social;
- Analisar o processo de reabilitação da pessoa com AVC, recorrendo à Metodologia de Cuidados Humanidade.

O QUE PRETENDO ATINGIR...

Objetivos Específicos

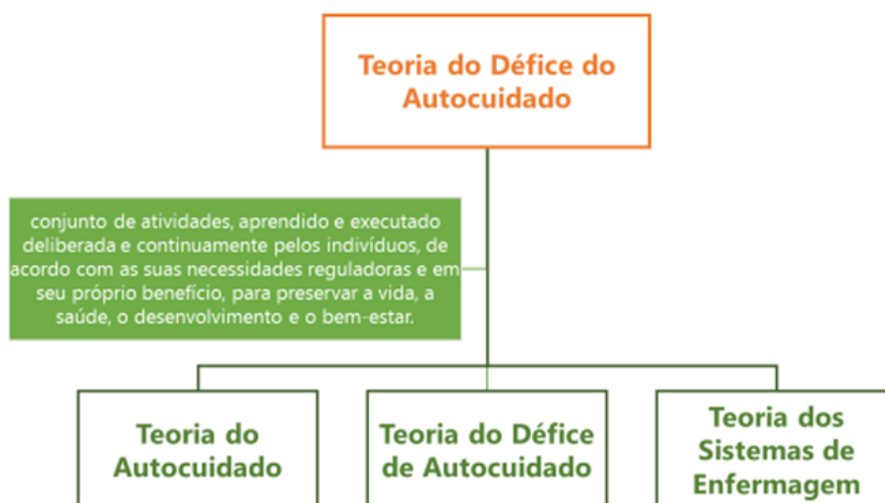
- Desenvolver uma prática profissional mediante processos de tomada de decisão ética, suportada em princípios, valores, normas deontológicas e evidência científica **(domínio da responsabilidade profissional, ética e legal);**
- Desenvolver práticas de qualidade gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua promovendo um ambiente terapêutico e seguro **(domínio da melhoria contínua de cuidados);**
- Adquirir competências de gestão de cuidados de enfermagem otimizando as respostas de enfermagem e equipa de saúde garantindo a segurança e qualidade dos cuidados prestados **(domínio da gestão dos cuidados);**
- Desenvolver a capacidade de autoconhecimento como central na relação consigo próprio, com os outros e instituição favorecendo a aprendizagem e a prática de cuidados baseados na evidência **(domínio do desenvolvimento das aprendizagens);**

O QUE PRETENDO ATINGIR...

Objetivos Específicos

- Analisar o olhar, o toque e a palavra como estratégias relacionais nos cuidados de reabilitação à pessoa com AVC, em todos os contextos da prática de cuidados (**competência J1**);
- Capacitar a pessoa com AVC para o Autocuidado, reinserção e exercício da cidadania (**competência J2**);
- Compreender o contributo da Verticalidade na maximização da funcionalidade e desenvolvimento das capacidades da pessoa com AVC (**competência J3**);

FILOSOFIA DE CUIDADOS



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- António, M.A. (2017). Humanidade: do conceito antropológico a uma ferramenta de cuidar. In R. C. Melo (Coord.), *Higiene e Conforto: Da tarefa ao cuidar com Humanidade. Série Monográfica Educação e Investigação em Saúde* (pp. 83-93). Coimbra, Portugal: Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E) / Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESENFC). Acedido a 10/07/2020. Disponível em: <file:///C:/Users/orto2/AppData/Local/Temp/monografia%2017%20web%20final.pdf>;
- Araújo, J., Oliveira, O., & Alves, R. (2012). Impacto da Metodologia de Cuidados Humanidade na redução da agitação e consumo de psicotrópicos nas pessoas idosas internadas. *Livro de resumos: Congresso Internacional de Saúde do IP Leiria* (p. 135). Instituto Politécnico de Leiria (IPL);
- Figueiredo, A.M.G.F., Melo, R.C.C.P., & Ribeiro, O.P. (2018). Metodologia de cuidado humanidade: dificuldades e benefícios da sua implementação na prática. *Revista de Enfermagem Referência*, 4 (17), 53-62. Disponível em: <https://doi.org/10.12707/RV17062>;
- Lista, A., Correia, J., Fonseca, C., (2017). A Teoria do Autocuidado, uma proposta reflexiva dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação. *Journal of Aging and Innovation*, 6, 13-16.
- Melo, R.C., Araújo, J.P., Abreu, C.C., Oliveira, A.S., Fernandes, A.M., & Sá, M.C.A. (2017). Cuidados de Higiene e Conforto: contributo da Metodologia de Cuidado Humanidade para a dignificação da pessoa cuidada. In R. C. Melo (Coord.), *Higiene e Conforto: Da tarefa ao cuidar com Humanidade. Série Monográfica Educação e Investigação em Saúde* (83-93). Coimbra, Portugal: Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E) / Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESENFC). Acedido a 10/07/2020. Disponível em: <file:///C:/Users/orto2/AppData/Local/Temp/monografia%2017%20web%20final.pdf>;
- Melo, R.C.C.P., Costa, P.J., Henriques, L.V.L., Tanaka, L.H., Queirós, P.J.P., & Araújo, J.P. (2019). Humanidade na humanização da assistência a idosos: relato de experiência em um serviço de saúde. *Humanidade in the humanization of elderly care: experience reports in a health service. Revista Brasileira de Enfermagem*, 72(3), 825-829. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-71672017-0363>;
- Melo, R.C.C.P., Queirós, P.J.P., Tanaka, L.H., Salgueiro, N.R.M., Alves, R. E., Araújo, J.P., & Rodrigues, M.A. (2017). Estado da arte da implementação da metodologia de cuidado Humanidade em Portugal. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(13), 53-62. Disponível em: <https://doi.org/10.12707/RV17019>;
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2018). Relatório Primavera 2018. Acedido em: http://opss.pt/wp-content/uploads/2018/06/relatorio_primavera-2018.pdf;
- Ordem dos Enfermeiros (2018). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação*. (14-07- 2018), 1-16. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/POCEEReabilitacao.pdf>;
- Ordem dos Enfermeiros. (2014). *Áreas Investigação Prioritárias Para a Especialidade de Enfermagem de Reabilitação*. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/2015/MCEER_Assembleia/Areas_Investigacao_Prioritarias_para_EER.pdf;
- Queirós, P. J. P., Vidinha, T. S. dos S., & Almeida Filho, A. J. d. (2014). Autocuidado: o contributo teórico de Orem para a disciplina e profissão de Enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, 4 (3), 157-164. Disponível em: <https://doi.org/10.12707/RV14081>;
- Regulamento nº140/2019 (2019). Regulamento das competências comuns do Enfermeiro especialista. *Diário da República*, 2ª série (nº 26 de 05- 02-2019), 4744-4750. ELL: <https://dre.pt/application/conteudo/119236195>;
- Regulamento nº392/2019 (2019). Regulamento das competências específicas do Enfermeiro especialista. *Diário da República*, 2ª série (nº 85 de 03-05-2019), 13565-13568. ELL: <https://dre.pt/application/conteudo/122216893>;
- Simões, M., Rodrigues, M., & Salgueiro, N. (2012). Cuidar em Humanidade: estudo aplicado em cuidados continuados. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(6), 81-93.
- Sistema Nacional de Saúde. (2018) Retrato da Saúde. Acedido a 16/07/2019. Disponível em: <https://issuu.com/boletiminfcompraspublicassuade/docs/retrato-da-saude-2018-compressed>;
- Tomey, Ann Mariner, Alligood, M. R. (2004). *Técnicas de Enfermagem e Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)* (5ª Edição) Laures: Lusociência.



11º Curso de Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação
Unidade Curricular – Opção II/Projeto

A HUMANIDADE NO PROCESSO DE REABILITAÇÃO DA PESSOA COM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

Discente: Cristina Isabel Guerreiro Martins nº9568
Regente: Professor Doutor Miguel Serra
Orientadora: Professora Doutora Vanda Marques Pinto



23 de Julho 2020

A HUMANIDADE NO PROCESSO DE REABILITAÇÃO DA PESSOA COM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

Discente: Cristina Isabel Guerreiro Martins nº9568

Regente: Professor Doutor Miguel Serra

Orientadora: Professora Doutora Vanda Marques Pinto



15 de Setembro 2020

SUMÁRIO

➤ Identificação do Projeto

➤ Componente Científica:

- Síntese do conhecimento/Pertinência do Projeto (aprofundamento);
- Objetivos a atingir e Descrição das atividades;
- Proposta de cronograma;
- Instituições Contatadas

➤ Considerações Finais

➤ Referências Bibliográficas

IDENTIFICAÇÃO DO PROJETO

Título: “A Humanidade no Processo de Reabilitação da Pessoa com Acidente Vascular Cerebral”

Palavras Chave/keywords:

Humanidade; Enfermagem de Reabilitação; Acidente Vascular Cerebral
Humanidade; Rehabilitation; Stroke.

Qual o contributo da Metodologia de Cuidados Humanidade no Processo de Reabilitação da Pessoa com Acidente Vascular Cerebral?

SÍNTESE DO CONHECIMENTO/ PERTINÊNCIA DO PROJETO



Seqüência Estruturada de Procedimentos Cuidativos Humanidade (SEPCH)

SÍNTESE DO CONHECIMENTO/ PERTINÊNCIA DO PROJETO



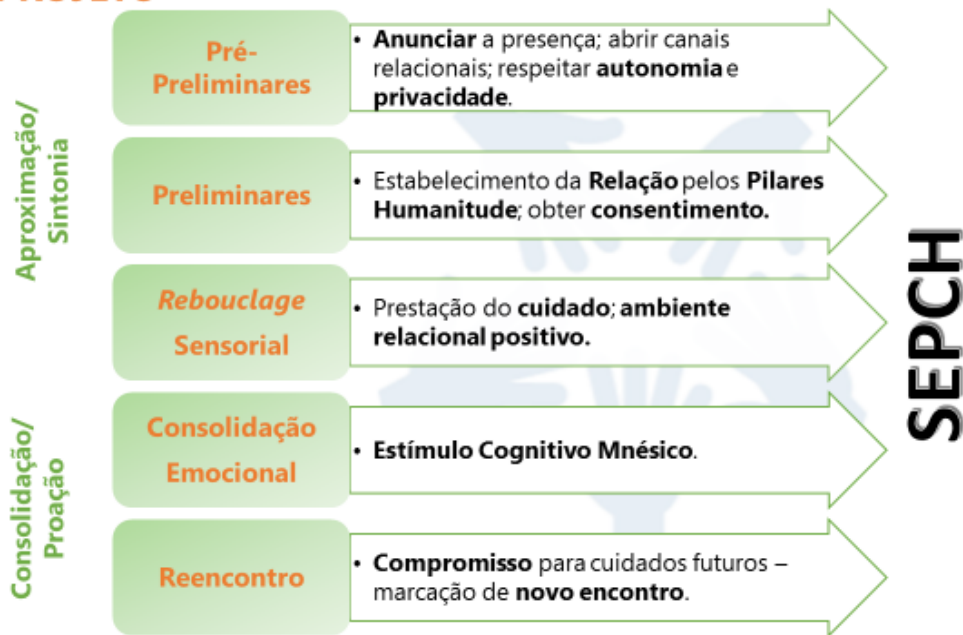
Melo, R. et al (2019); Henriques, L. et al (2019); Simões, M. (2017); Salgueiro, N. (2014)

SÍNTESE DO CONHECIMENTO/ PERTINÊNCIA DO PROJETO



Melo, R. et al (2019); Henriques, L. et al (2019); Simões, M. (2017); Salgueiro, N. (2014)

SÍNTESE DO CONHECIMENTO/ PERTINÊNCIA DO PROJETO



Henriques, L. et al (2019); Figueiredo, A. et al (2018); Simões, M. (2017); Selgueiro, N. (2014); Gineste, Y. & Pellissier, J.(2007); Phaneuf, M. (2007)

A Humanidade no Processo de Reabilitação da
Pessoas com AVC

6



O QUE PRETENDO ATINGIR...

Objetivos Gerais

- * Desenvolver competências específicas de intervenção do EEER na área motora, sensorial, cognitiva, cardiorrespiratória, da alimentação, da eliminação e da sexualidade que promovam / otimizem o processo de reabilitação física, cognitiva e social;
- * Compreender o Processo de Reabilitação da Pessoa com AVC com recurso à Metodologia de Cuidados Humanidade.

A Humanidade no Processo de Reabilitação da
Pessoas com AVC

7



OBJETIVOS ESPECIFICOS RELACIONADOS COM ...

As Competências Comuns Do Enfermeiro Especialista

- Desenvolver uma prática profissional mediante processos de tomada de decisão ética, suportada no rigor científico, em princípios, valores e normas deontológicas (**Domínio: Da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal.**); ✓
- Assumir um papel dinamizador no desenvolvimento de práticas e programas e projetos de qualidade, promovendo um ambiente terapêutico e seguro (**Domínio: Da Melhoria Contínua Da Qualidade.**); ✓
- Adquirir competências de gestão de cuidados de enfermagem otimizando as respostas de enfermagem e equipa de saúde garantindo a segurança e qualidade dos cuidados prestados (**Domínio: Da Gestão dos Cuidados.**); ✓
- Desenvolver a capacidade de autoconhecimento como central na prática de enfermagem em contexto singular, profissional e organizacional (**Domínio: Do desenvolvimento das Aprendizagens.**); ✓

ATIVIDADES A DESENVOLVER...

Objetivo Específico: Assumir um papel dinamizador no desenvolvimento de práticas e programas e projetos de qualidade, promovendo um ambiente terapêutico e seguro

Domínio: Da Melhoria Contínua Da Qualidade
Competências Comuns do EE: B1 e B2

- Realizar entrevista com Enfermeiro Chefe e EEER procurando perceber quais os programas e projetos de qualidade implementados e em fase de implementação;
- Consultar Guias de Boas Práticas Nacionais e Internacionais e outros documentos procurando estar atualizado nas áreas de conhecimento relevantes para o desenvolvimento de projetos na área da qualidade; gestão do risco e melhoria contínua;
- Mobilizar os conhecimentos especializados e experiência profissional no planeamento de projetos de melhoria contínua, sempre que solicitado;
- Participar na execução de programas de melhoria da qualidade, contribuindo para a definição de políticas de desenvolvimento clínico e/ou organizacional, priorizados pelo serviço;
- Participar nas auditorias de avaliação dos projetos de melhoria contínua da qualidade implementados nos serviços;
- Comunicar em grupo de forma clara, precisa e assertiva demonstrando respeito e valorização pelas diferentes perspetivas da equipa multiprofissional;

Recursos Utilizados:

Humanos: Equipa multiprofissional; Enfermeiro chefe; Enfermeiro orientador; Professor; Cliente e Convivente Significativo;

Materiais: Bases de Dados; Bibliografia de interesse científico na área da Reabilitação e da Humanidade; Guias de Boas Práticas Nacionais e Internacionais na área da Reabilitação; Protocolos e normas dos serviços; Legislação; Processos clínicos dos clientes; Documentos Reguladores da Profissão (Código deontológico; Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros; Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação); Instrumentos de recolha de dados (escalas) recomendadas para a documentação dos cuidados de EEER; SEPCH.

Físicos: Locais de estágio clínico; Bibliotecas da ESEL e domicílio.

Temporais: Ver cronograma

ATIVIDADES A DESENVOLVER...



Objetivo Específico: Desenvolver a capacidade de autoconhecimento como central na prática de enfermagem em contexto singular, profissional e organizacional.

Domínio: Do desenvolvimento das Aprendizagens

Competências Comuns do EE: D1 e D2

- Elaborar um “diário de estágio” informal e pessoal que permita descrever as emoções vividas ao longo do percurso formativo e de como estas influenciam o desempenho profissional e académico (Autoconsciência emocional);
- Promover com o enfermeiro orientador momentos de reflexão sobre a prática com o intuito de perceber aspetos a melhorar desenvolvendo a capacidade de aprender com a própria experiência (Autoconsciência exata);
- Participar em reuniões orientadoras do processo de aprendizagem com o professor e com o enfermeiro orientador (Autoconsciência exata);
- Dinamizar junto da equipa de enfermagem momentos de aprendizagem formal e informal mobilizando conhecimentos científicos e experiências decorrentes da área de especialidade que contribuam para o desenvolvimento da prática clínica especializada (Autoconfiança);
- Adotar uma postura autoconfiante; assertiva e facilitadora das relações interpessoais e Interorganizacionais gerindo adequadamente conflitos (autoconfiança);
- Atuar como elemento de referência efetiva para a equipa multiprofissional promovendo a iniciativa e a responsabilização profissional. (Autoconfiança);

A Humanidade no Processo de Reabilitação da
Pessoas com AVC



OBJETIVOS ESPECIFICOS...

Relacionados Com as Competências Específicas do EEER

- ☞ Cuidar da pessoa com AVC ao longo do ciclo da vida e em todos os contextos da prática de cuidados mobilizando a Sequencia Estruturada de Procedimentos Cuidativos Humanidade (Competências J1); ✓
- ☞ Capacitar a pessoa com AVC para o Autocuidado, reinserção e exercício da cidadania (Competências J2); ✓
- ☞ Maximizar as Capacidades Funcionais da Pessoa com AVC promovendo a Verticalidade (Competências J3); ✓
- ☞ Dar a conhecer à equipa transdisciplinar Metodologia de Cuidados Humanidade enquanto metodologia promotora da Reabilitação da Pessoa com AVC (Competências Comuns e Específicas). ✓

ATIVIDADES A DESENVOLVER...



Objetivo Específico: Maximizar as Capacidades Funcionais da Pessoa com AVC promovendo a Verticalidade

Competências Específicas do EEER: J3

- **Operacionalizar a 1ª etapa da SEPCH (pré-preliminares);**
- **Operacionalizar a 2ª etapa da SEPCH (preliminares);**
- **Operacionalizar a 3ª etapa da SEPCH (rebouclage sensorial);**
- Proceder à colheita de informação pertinente junto da pessoa com AVC e/ou conviventes significativos;
- Realizar a avaliação neurológica da pessoa com AVC utilizando escalas e instrumentos de medida apropriados;
- Conceber programa de treino sensório-motor em parceria com a pessoa/convivente significativo, que contemple as funções alteradas;
- Prever, na conceção do programa de treino sensório-motor, limitações da atividade e restrição da participação da pessoa para a elaboração de estratégias adequadas de adaptação;
- Implementar programa de treino sensório-motor recorrendo a diversas técnicas/estratégias, de acordo com as limitações/restrições da participação da pessoa (atividades terapêuticas, treino de transferências, treino de marcha, equilíbrio e coordenação motora, mobilizações membro superior e inferior, prevenção padrão espástico);
- Ensinar/Instruir/ treinar a pessoa/convivente significativo sobre as técnicas e tecnologias planeadas para maximizar o desempenho nas funções sensoriomotoras;
- Avaliar e reformular os planos/programas de treino;
- **Operacionalizar a 4ª etapa da SEPCH (consolidação emocional);**
- **Operacionalizar a 5ª etapa da SEPCH (consolidação);**
- Elaborar registos de enfermagem que demonstrem a intervenção efetuada pelo EEER e permitam a articulação de cuidados;
- Proceder a pesquisa bibliográfica para obter a melhor evidencia científica;
- Realizar jornais de aprendizagem para aprofundamento de conhecimentos;
- Discutir e validar estratégias/atividades a desenvolver com enfermeiro orientador e sempre que necessário com professor orientador.

ATIVIDADES A DESENVOLVER...



Objetivo Específico: Dar a conhecer à equipa transdisciplinar a Metodologia de Cuidados Humanidade enquanto Metodologia Promotora da Reabilitação da Pessoa com AVC

Competências Comuns do EE: A; B; C; D;

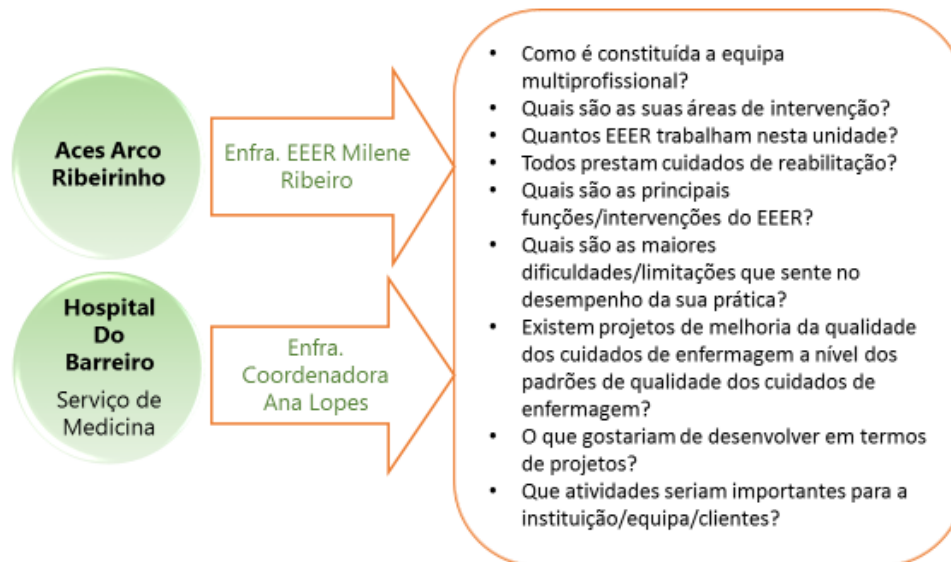
Competências Específicas do EEER: J1; J2; J3.

- Participar no III Workshop Internacional “*Metodologia de Cuidado Humanidade – Ferramenta de Cuidar Promotora da Autonomia, Autocuidado e Bem-estar da pessoa cuidada e cuidador*” – **data prevista:** 15 a 18 de dezembro em Coimbra;
- Dinamizar momentos de aprendizagem formal e informal junto da equipa multiprofissional (preferencialmente enfermeiros do serviço) que permitam dar a conhecer a Metodologia de Cuidado Humanidade (conceito; regras de arte; pilares; SEPCH);
- Proceder a pesquisa bibliográfica para obter a melhor evidencia científica;
- Realizar jornais de aprendizagem para aprofundamento de conhecimentos;
- Discutir e validar estratégias/atividades a desenvolver com enfermeiro orientador e sempre que necessário com professor orientador.

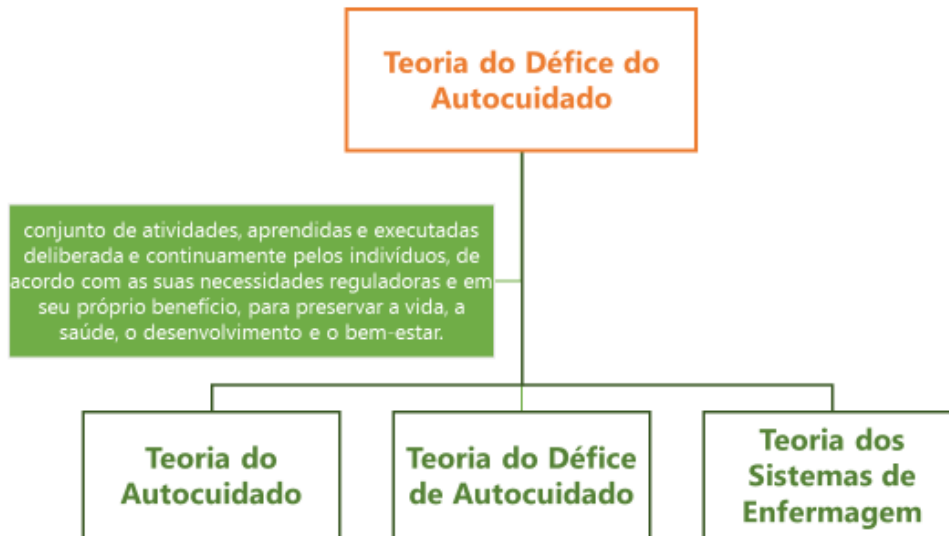
PROPOSTA DE CRONOGRAMA

Ano	2020							2021																	
	Mês	Nov	Dezembro					Janeiro				Fevereiro				Março				Abril					
Semana	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2				
Dias	24 27	30 4	7 11	14 18	21 25	28 1	4 8	11 15	18 22	25 29	1 5	8 12	15 19	22 26	1 5	8 12	15 19	22 26	29 2	5 9	12 16				
Locais	Contexto Hospitalar						Contexto Hospitalar				Contexto de Comunidade														
Objetivos Específicos	1	Férias de Natal						Contexto Hospitalar				Contexto de Comunidade													
	2																								
	3																								
	4																								
	5																								
	6																								
	7																								
	8																								
Férias da Páscoa																									

INSTITUIÇÕES CONTATADAS...



FILOSOFIA DE CUIDADOS



Tomey & Alligood, (2004)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Deixa-te
Desassossegar!

“Os **Cuidados de Humanidade** permitem ao cuidador abrir as Janelas da Expressividade, Resgatar Emoções, Restaurar a Condição Original do **Ser em Harmonia**. Esta renovação **não precisa de tecnologia complexa**; processa-se através de uma sábia sequência de ações (Toque, Ternura, Sentido das Palavras, sintonia de Olhares, movimento de Verticalidade, Mobilização de forças, acesso a Memórias) demonstrando que, por vezes, **as grandes realizações resultam de ações aparentemente simples**, mas que encerram em si um **grande poder generativo**.”

Rodrigues (2017) in Simões (2017)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- António, M.A. (2017). Humanidade: do conceito antropológico a uma ferramenta de cuidar. In R. C. Melo (Coord.), *Higiene e Conforto: Da tarefa ao cuidar com Humanidade*. Série Monográfica Educação e Investigação em Saúde (pp. 83-93). Coimbra, Portugal: Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E) / Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESENFC). Acedido a 10/07/2020. Disponível em: <file:///C:/Users/orto2/AppData/Local/Temp/monografia%2017%20web%20final.pdf>
- Araújo, J., Oliveira, O., & Alves, R. (2012). Impacto da Metodologia de Cuidados Humanidade na redução da agitação e consumo de psicotrópicos nas pessoas idosas internadas. Livro de resumos: Congresso Internacional de Saúde do IP Leiria (p. 135). Instituto Politécnico de Leiria (IPL).
- Figueiredo, A.M.G.F., Melo, R.C.C.P., & Ribeiro, O.P. (2018). Metodologia de cuidado humanidade: dificuldades e benefícios da sua implementação na prática. *Revista de Enfermagem Referência*. 4 (17), 53-62. Disponível em: <https://doi.org/10.12707/RV17063>
- Gineste, Y. & Pellissier, J. (2007). *Humanidade, Cuidar e Compreender o Velhice*. Lisboa: Instituto Piaget, Piaget Editora;
- Lista, A., Correia, J., Fonseca, C., (2017). A Teoria do Autocuidado, uma proposta reflexiva dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação. *Journal of Aging and Innovation*. 6, 13-16;
- Melo, R.C., Araújo, J.P., Abreu, C.C., Oliveira, A.S., Fernandes, A.M., & Sá, M.C.A. (2017). Cuidados de Higiene e Conforto: contributo da Metodologia de Cuidado Humanidade para a dignificação da pessoa cuidada. In R. C. Melo (Coord.), *Higiene e Conforto: Da tarefa ao cuidar com Humanidade*. Série Monográfica Educação e Investigação em Saúde (83-93). Coimbra, Portugal: Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E) / Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESENFC). Acedido a 10/07/2020. Disponível em: <file:///C:/Users/orto2/AppData/Local/Temp/monografia%2017%20web%20final.pdf>
- Melo, R.C.C.P., Costa, P.J., Henriques, L.V.L., Tanaka, L.H., Queirós, P.J.P., & Araújo, J.P. (2019). Humanidade na humanização da assistência a idosos: relato de experiência em um serviço de saúde. *Humanidade in the humanization of elderly care: experience reports in a health service*. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 72(3), 825-829. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-71672017-0363>
- Melo, R.C.C.P., Queirós, P.J.P., Tanaka, L.H., Salgueiro, N.R.M., Alves, R. E., Araújo, J.P., & Rodrigues, M.A. (2017). Estado da arte da implementação da metodologia de cuidado Humanidade em Portugal. *Revista de Enfermagem Referência*. 4.(13), 53-62. Disponível em: <https://doi.org/10.12707/RV17019>
- Ordem dos Enfermeiros (2018). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação. (14-07-2018), 1-16. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/PQCEEReabilitacao.pdf>
- Phaneuf, M. (2007). O conceito de Humanidade: uma aplicação aos cuidados de enfermagem gerais (Tradução de Nidia Salgueiro). Disponível em: http://www.infreesources.ca/fer/genotodocuments/O_conceito_de_humanidade_-_uma_aplicacao_aos_cuidados_de_enfermagem_gerais.pdf
- Queirós, P. J. P., Vidinha, T. S. dos S., & Almeida Filho, A. J. d. (2014). Autocuidado: o contributo teórico de Orem para a disciplina e profissão de Enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*. 4. (3), 157-164. Disponível em: <https://doi.org/10.12707/RV14081>
- Regulamento nº140/2019 (2019). Regulamento das competências comuns do Enfermeiro especialista. *Diário da República*, 2ª série (nº 26 de 05-02-2019), 4744-4750. EUI: <https://dre.pt/applicacion/conteudo/119236195>
- Regulamento nº392/2019 (2019). Regulamento das competências específicas do Enfermeiro especialista. *Diário da República*, 2ª série (nº 85 de 03-05-2019), 13565-13568. EUI: <https://dre.pt/applicacion/conteudo/122216893>
- Salgueiro, S. (IGM Portugal- Humanidade, Lda). (2014). *Humanidade, um imperativo do nosso tempo*. Coimbra: IGM Portugal- Humanidade, Lda;
- Simões, M.M.M. (Edição do Autor.). (2014). *Cuidar Humanidade, Enfermagem neuroemocional*. Coimbra: PMP, Lda.
- Simões, M., Rodrigues, M., & Salgueiro, N. (2012). Cuidar em Humanidade: estudo aplicado em cuidados continuados. *Revista de Enfermagem Referência*. 3(6), 81-93;
- Tomey, Ann Martiner; Alligood, M. R. (2004). *Técnicas de Enfermagem e Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)* (5ª Edição) Loures: Lusociência.

11º Curso de Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação
Unidade Curricular – Opção II/Projeto

A HUMANIDADE NO PROCESSO DE REABILITAÇÃO DA PESSOA COM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

Discente: Cristina Isabel Guerreiro Martins nº9568

Regente: Professor Doutor Miguel Serra

Orientadora: Professora Doutora Vanda Marques Pinto

Apêndice 2 – Estudo de caso em contexto hospitalar

**11º Curso de Mestrado em Enfermagem na área de
Especialização em Enfermagem de Reabilitação**

Unidade Curricular Estágio com Relatório

1º Plano de Cuidados de Reabilitação

Centro Hospitalar Universitário [REDACTED]

[REDACTED]
Serviço de [REDACTED]

Cristina Isabel Guerreiro Martins

—
Professora Orientadora: Vanda Lopes da Costa

Enfermeiro Orientador: [REDACTED]

**Lisboa
Janeiro 2021**

1. COLHEITA DE DADOS

Dados Biográficos

Nome (fictício): Sofia Silva

Data de admissão no Serviço de Neurocirurgia: 16 de Novembro de 2020

Idade: 30 anos

Raça: caucasiana

Nacionalidade: Portuguesa

Estado Civil: Solteira, vive com o namorado em apartamento alugado em Lisboa, sem dependentes. Recentemente candidataram-se ao Programa Porta 65 – Jovem dos quais se tornaram beneficiários. Este programa consiste num sistema de apoio financeiro ao arrendamento por jovens, isolado, constituídos em agregados ou em coabitação.

Residência: Lisboa

Escolaridade: Licenciatura pela Escola Superior de Artes e Design (Caldas da Rainha)

Religião: Ateia

Profissão/ocupação: A exercer funções desde março de 2020, em regime de trabalho temporário numa empresa de produtora de cinema de animação portuguesa criada em 2007. A Sofia ocupava o lugar de produtora de projetos de animação (séries, longas e curtas-metragens) sendo responsável pela elaboração/gestão de orçamentos de cada projeto.

Pessoas/Conviventes Significativos: namorado Gonçalo e irmã Vera. Tem relacionamento próximo e afetuoso com o pai, irmãos e sobrinhos.

Diagnóstico de Internamento: Meningoencefalite Herpética por vírus Herpes Simplex 1

História de Saúde Atual (informação recolhida e sintetizada do Diário Clínico e Avaliação Inicial de Enfermagem):

- **24 de outubro de 2020:** A Sofia recorre pela 1ª vez ao Serviço de Urgência (S.U) do Hospital de São José por cefaleias, náuseas e vômitos. Realiza estudo analítico com PCR e TAC CE, estudos complementares sem alterações. Tem alta para o domicílio com medicação instituída para o diagnóstico de Gastroenterite Aguda.

- **26 de outubro de 2020:** Recorre pela 2ª vez ao mesmo S.U por não haver melhoras da sintomatologia anteriormente descrita, apesar da medicação já instituída. Faz 2 pesquisas para SARS-COV 2, ambas negativas.

- **29 de outubro de 2020:** Recorre pela 3ª vez ao S.U por quadro de febre com mais de 7 dias de evolução (medicada com ibuprofeno e paracetamol de 4/4h) e sonolência com 6 dias de evolução. À esta data sem queixas gastro intestinais. Febril com 39º.

Na realização do exame neurológico: discurso incoerente, disperso, não sistematizado, não nomeia, não cumpre ordens. Apresenta desvio conjugado do olhar para a direita. Pupila isocóricas, fotoreativas, diâmetro de 3mm. Apresenta discreto tremor do MSEsq, sem outros movimentos involuntários. Mobiliza os 4 membros de forma simétrica, mas menos o MSEsq. Apresenta hipotonia. Sem assimetria facial, não faz protusão da língua. Respiração espontânea e rítmica.

O estudo complementar: **analiticamente** observou- se aumento dos parâmetros infecciosos, hipocaliémia (mas sem outras alterações eletrolíticas significativas). Realiza **TAC CE (29/10)**: Comparativamente ao realizado a 24/10 – apresenta de novo hipodensidade cortico-subcortical em topografia temporal anterior e medial direita, envolve hipocampo, com extensão insular e fronto basal posterior ipsilaterais. A lesão tem aspeto tumefacto e condiciona apagamento dos sulcos corticais locorregionais, com moldagem do ventrículo lateral dto e desvio esquerdo das estruturas da linha média (5/6mm ao nível dos foramina de Monro). Discreta herniação do uncus dto, obliteração ligeira da respetiva cisterna perimesencefálica. Espaços de LCR permeáveis. Sem sinais de Hidrocefaleia. Provável: encefalite viral, a validar com ressonância magnética e estudo do LCR. Faz **Estudo do LCR por PL**: exame macroscópico incolor e ligeiramente turvo; exame microscópico: presença de leucócitos com predomínio de células mononucleares e proteínas – segue para exame bacteriológico. Realiza RM CE: aspetos compatíveis com encefalite herpética de predomínio direito com envolvimento do sistema límbico, frontal, intero-medial, insular

e temporal medial, assim como mais duvidoso e focal do tálamo, mesencéfalo e transição pontomesencefálica. Coexiste alteração de sinal mais discreto contralateral a nível frontal inferior e hipocámpica.

A Sofia fica em observação, medicada com aciclovir, ceftriaxone e levetiracetam. Por agravamento do estado de consciência, com score 8 na GCS, a Sofia é entubada orotraquealmente, ventilada e transferida para o Serviço de Neuro críticos do mesmo hospital.

- **30 de outubro de 2020: Neurocríticos:** Sofia à admissão apresenta-se sedoanalgesiada com propofol e fentanil. Com score 8T GCS. Abre os olhos à dor, localiza os 4 membros. Ventilada. Hemodinamicamente estável. **Realiza EEG que revela** desorganização da atividade elétrica cerebral para a qual podem contribuir fármacos depressores do SNC. Atividade periódica temporal direita em relação funcional deficitária com potencial epileptogénico. Sinais de disfunção temporal posterior esquerda.

- **2 de novembro de 2020: Neurocríticos:** Sofia mantém-se sedada. Apresenta score 7 na CGS e anisocoria. Repete **TAC CE que evidencia agravamento da encefalite herpética** com aumento das lesões do parênquima cerebral, temporal e insular direita, temporal interna esquerda; fronto basal e frontal parassagital bilateral de predomínio direito, talâmica direita e mesencefálica. Coexiste aumento do efeito de massa com obliteração das cisternas basais. Herniação transtentorial descendente e desvio das estruturas da linha média com esboço de hérnia subfalcina e do uncus.

- **3 de novembro de 2020: Por agravamento de lesões cerebrais demonstradas em TAC CE,** a Sofia é submetida a **intervenção cirúrgica** de urgência pela equipa de Neurocirurgia que realiza **craniectomia frontoparietal temporal direita** com excisão de osso da base temporal com libertação do uncus. O controlo imagiológico mostra reperfusão parcial dos sulcos corticais hemisférios direitos. Redução do grau de bascula esquerda do tronco cerebral, sem desvios das estruturas da linha média e sem alterações densimétricas de novo no parênquima encefálico.

- **16 de novembro de 2020 - Transferência para o Serviço de Neurocirurgia:** A Sofia após 18 dias na unidade de neurocríticos é transferida para o serviço de neurologia. Aquando da transferência apresenta score 12 na CGS. Em ventilação espontânea desde 11 de novembro. Mantém liquor positivo para a presença do vírus Herpes Simplex 1.

Ao exame neurológico: a Sofia apresenta abertura ocular espontânea. Pupilas normais. Apresenta mutismo. Atenção captável. Dirige o olhar e cumpre ordens simples. Não repete nem nomeia. Não cumpre ordens complexas. Olhar preferencial para a direita. Posição do olhar sem desvio do eixo; movimentos oculares horizontais e verticais sem limitações. Sem nistagmo. Sem alterações ao Tónus Muscular. Movimentos voluntários anti gravíticos dos 4 membros, com diminuição da amplitude do MSEsq compatível com parésia de grau 4. Sensibilidade tátil e álgica não avaliados pelo défice de compreensão.

Sofia apresenta-se eupneica em repouso. Normotensa. Normocárdica. Mantém-se entubada nasogastricamente. Apresenta ferida operatória (craniectomia) sem sinais inflamatórios e sutura abdominal com ligeiro rubor. Faz levante diário para cadeirão com apoio bilateral na transferência. Está algaliada. Evacua na fralda.

Tem indicação ser seguida por Medicina Física e de Reabilitação; terapia ocupacional e da fala. Por falta de vagas no serviço de MFR do Hospital Curry Cabral é referenciada para Alcoitão. Está também referenciada para integrar a rede nacional de cuidados continuados integrados.

A 1ª interação com a Sofia em contexto de estágio foi a 1 de dezembro de 2020, data em que foi realizada a avaliação inicial de enfermagem de reabilitação.

Antecedentes Pessoais de Saúde:

Obesidade; amigdalites de repetição e candidíase vaginal, quistectomia por via laparoscópica aos 18 anos por torção de quisto. Desconhece alergias alimentares e/ou medicamentosas. A única medicação que faz mensalmente é o anticoncepcional oral.

Terapêutica Atual: Levetiracetam 500mg comp. 2xs dia; esomeprazol 20mg comp. 1 xs dia; enoxaparina sódica 40mg/0,4ml sc 1 xs dia; lactulose 10g/15ml saquetas 2xs dia; bisacodilo 5mg comp. 1xs dia; fluoxetina 20mg 1xs dia; administração de insulina de acordo com protocolo instituído.

Conhecimentos e expectativas sobre a condição de saúde:

A Sofia devido às alterações cognitivas que apresenta alterna momentos em que percebe a sua condição de doença e as suas limitações cognitivas e funcionais com momentos em que está alheia às mesmas. Aquando da primeira situação, a Sofia manifesta a expectativa de readquirir a sua autonomia e apesar de saber que vai necessitar de apoio da família, está motivada para o seu processo de reabilitação. Na segunda situação há necessidade, por parte dos profissionais de saúde, de reforçar com mais frequência, junto da Sofia o motivo pelo qual está internada, ajudando-a a tomar consciência das suas limitações numa postura motivadora e preventiva.

As pessoas significativas e restante família sabem da condição de doença do seu familiar e por conseguinte das limitações cognitivas, funcionais e comportamentais da Sofia. Estão conscientes que este será um processo de recuperação demorado, e que há funções que poderão não ser recuperadas na totalidade. Contudo caracterizam a Sofia como uma pessoa motivada e resiliente, e no futuro esperam o seu regresso ao domicílio, com o maior grau de funcionalidade possível. Durante o internamento da Sofia, a sua família esteve sempre disponível para participar no plano de reabilitação da Sofia apesar de todas as limitações impostas pela pandemia por SARS-CoV-2.

2. AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO - apreciação do sistema neurológico –sensorial e estado mental (Data: 1/12 e 7/12/2020)

2.1 - EXAME DO ESTADO MENTAL

A) AVALIAÇÃO DO FUNCIONAMENTO GLOBAL

É pertinente referir que, ao longos dos diferentes momentos de interação com a Sofia, foram respeitadas as regras de arte da Metodologia de Cuidados Humanidade assim como os diferentes pilares Humanidade operacionalizados através da Sequência Estruturada de Procedimentos Cuidativos Humanidade (SEPCH). O 1º momento de interação entre mim e a Sofia decorreu no início do turno da manhã. A Sofia estava calma, sonolenta, mas facilmente despertável. Estava vestida com o casaco do pijama hospitalar. Apresentação descuidada. Aguardava no leito pelas auxiliares de ação médica que a levariam em cadeira higiénica até ao duche assistido. Esse 1º momento permitiu operacionalizar **as duas primeiras etapas** da Sequência Estruturada de Procedimentos Cuidativos Humanidade (aproximação/sintonia).

A 1ª etapa permitiu anunciar a minha presença, para tal, individualizei o seu espaço na enfermaria, correndo as cortinas, aproximei-me pelo lado em que se encontrava lateralizada, bati suavemente 3 vezes nas proteções laterais da cama e esperei cerca de 3 segundos, esperar abrir os canais relacionais evitando abordagens surpresas, respeitando a sua privacidade, autonomia e individualidade. Perante este comportamento, a Sofia desviou a roupa da cama mostrando curiosidade na abordagem.

Esta sua resposta validou a operacionalização da **2ª etapa da SEPCH (preliminares)** pelo que me aproximei e coloquei-me à distância de contato com postura ligeiramente inclinada para a Sofia e mantendo com ela o contato visual axial, longo e próximo disse “Bom dia, Sofia, eu Sou a Enfermeira Cristina e, se concordares, hoje vou estar contigo a ajudar te naquilo que tu não conseguires ainda fazer sozinha.” O meu olhar fez-se acompanhar da minha palavra num tom de voz suave, firme e melodioso. Iniciei posteriormente o toque numa zona neutra do corpo (ombro) iniciando-se com a polpa dos dedos, posteriormente a palma da mão em deslize suave e curto, como que pedindo autorização para tocar. A Sofia respondeu afirmativamente, inicialmente com fâcias de curiosidade, mas sempre com postura de aceitação e cooperação em todos os momentos de interação, dando início à **3ª etapa da SEPCH**.

Nesta **3ª etapa “rebouclage sensorial”**, a interação entre mim e a Sofia integrou as características positivas dos pilares Humanidade (olhar, palavra, toque e verticalidade) em consonância umas com as outras, no sentido de promover a sintonia entre enfermeiro de reabilitação e pessoa com o objetivo de prestar cuidados de enfermagem de reabilitação à Sofia, promotores de estímulos sensoriais positivos, demonstrados pela comunicação verbal e não verbal da mesma.

No fim dos momentos de prestação de cuidados promoveu-se a **4ª etapa da SEPCH, a consolidação emocional**, a qual consolida a impressão positiva (que advém da etapa anterior), por meio dos diversos momentos de reforço positivo, feitos por mim á Sofia. O reforço positivo aconteceu através de palavras positivas valorativas da sua participação ativa no plano de reabilitação, do seu esforço no sentido de atingir os objetivos delineados e consequentes progressos.

Estes momentos têm como objetivo deixar-lhe em memória emocional um momento positivo de relação e cuidado abrindo caminho para **a 5ª e última etapa da SEPCH- o reencontro**, ou seja, a Sofia enquanto pessoa cuidada, consentir que eu enquanto

futura ER, continue a trabalhar com ela no sentido da sua reabilitação, agendando um novo encontro com uma referência temporal, mobilizar ajudas como escrever n

B) EXAME CLÍNICO DAS FUNÇÕES MENTAIS

Nível De Consciência:

Na avaliação do nível de consciência a Sofia apresenta-se num estado de alerta questionável, é capaz de responder a perguntas, mas com pouca excitação. Apresenta períodos de sonolência, com diminuição das atividades motoras e diminuição da atenção a estímulos ambientais. Apresenta score 14 (lesão cerebral mínima) na Escala de Coma de Glasgow: Abertura de olhos espontânea (4); Melhor resposta verbal (4); Melhor Resposta Motora (6). Avaliação pupilar: pupilas normais - apresentam o mesmo diâmetro; possuem contornos arredondados regulares e bem definidos e reagem contraindo-se à luz, contudo uma constrição lenta.

Estado de Cognição:

Para avaliação da cognição foi utilizado o **Teste de MoCA** (Montreal Cognitive Assessment). De acordo com Ferreira, 2013 este teste permite uma avaliação mais alargada e complexa das funções cognitivas, incluindo tarefas que permitem avaliar as funções executivas, a tarefa de memória implica mais palavras e maior intervalo de tempo precedente à evocação, e apresenta um aumento na exigência ao nível das aptidões linguísticas, do processamento visuo-espacial complexo, e da atenção, concentração e memória de trabalho. À aplicação do teste apresenta a Sofia apresenta score 23 que traduz comprometimento cognitivo leve.

Orientação – A Sofia apresenta orientação autopsíquica mas desorientação tempo-espacial e alopsíquica (apresenta dificuldade na identificação dos outros e da situação). No Teste de MoCA, Sofia não sabe o dia, mês, dia da semana e lugar.

Atenção -_No que concerne á vigilância a Sofia compreende e mantém foco de atenção para estímulos externos a nível do hemicorpo dto mas apresenta diminuição para estímulos à sua esquerda. Apresenta desvio da cabeça e pescoço preferencial para a direita. Tenacidade: capacidade de manter numa tarefa específica diminuída. Concentração: apresenta alguma dificuldade em manter a atenção voluntária em processos internos de pensamento, pedido que subtraísse de 7 em 7 começando em 80 (Teste de MoCa) - apresentou 2 subtrações corretas em 5.

Memória – Avaliada memória sensorial e imediate que está mantida (Sofia com capacidade de receber e reter informação sensorial por um período de 0,5s e informação ouvida nos últimos 15 a 20s); Memória recente a curto prazo (5-10m) mantida, (conseguiu memorizar a lista de palavras mencionadas no Teste de MoCA e evocá-la 5 minutos mais tarde); Memória recente a longo prazo alterada com dificuldade em lembrar informação fornecida há + de 30m; Memória Remota alterada, Sofia apresenta dificuldade em lembrar ocorrências do passado (não se recordava do dia de aniversário do seu namorado)

Inteligência – Na avaliação da inteligência, a Sofia apresenta capacidade de fazer contas mantida; capacidade de abstração também mantida, foi apresentado á Sofia um provérbio que esta consegue explicar por palavras suas mostrando capacidade de formar ideias e conceitos, compará-los e relacioná-los. Apresenta capacidade de generalização mantida, no Teste de MoCA a Sofia consegue explicar as semelhanças entre os grupos de palavras (olho e ouvido – partes do corpo humano; trompete e piano – instrumentos musicais); Juízo Crítico/Insight: Neste 1º momento de interação a Sofia apresenta dificuldade em perceber e avaliar adequadamente a realidade externa e separá-la dos aspetos do mundo interno. A sua capacidade de autoavaliação está alterada com dificuldades em manter uma visão realista de si mesmo, refere muitas vezes não perceber porque está ali, com necessidade, por parte dos profissionais de saúde, de reforçar com mais frequência, junto da Sofia o motivo pelo qual está internada, ajudando-a a tomar consciência das suas limitações numa postura motivadora e preventiva. Capacidade de Insight está comprometida, a Sofia tem dificuldade em compreender o que se passa consigo, quais as consequências da sua situação sobre si mesma, sobre a sua família e amigos e sobre a sua vida. A Sofia neste momento, não apresenta capacidade de distanciamento de si que permita avaliar criticamente as implicações da sua situação de doença e dos seus próprios comportamentos. Neste parâmetro considero importante referir que a Sofia apresenta alteração da sua imagem corporal, diante do espelho observa-se e toca a área submetida a craniotomia referindo muitas vezes “olha já viste o que eu tenho aqui? É mesmo feio!”.

Pensamento/Linguagem

A Sofia apresenta discurso espontâneo, coerente, por vezes ilógico. A qualidade do discurso é pobre, por vezes lentificado e num volume adequado. Apresenta

capacidade de compreensão, nomeação, repetição e leitura mantidas. Capacidade de escrita mantida, Sofia consegue escrever o seu nome e uma frase por ditado.

Humor/afeto

A Sofia na primeira interação apresenta humor tendencialmente triste e depressivo, por vezes apático com falta de interesse, desejo e com diminuição da reação a estímulos. Refere sentir-se muitas vezes cansada. Apresenta dificuldade na expressão facial de emoções. Não verbaliza a existência de pensamentos acerca da morte.

Capacidades Práticas

À avaliação a Sofia apresenta capacidade para executar gestos simbólicos (numa visita familiar um dos gestos simbólicos entre membros é a união do polegar e indicador de cada mão desenhando um coração que a Sofia realizou) e icónicos quer transitivos (Sofia leva o copo à boca sem dificuldade) como intransitivos (dizer adeus). Não apresenta apraxia de qualquer tipo: apraxia dos membros (cinética, ideomotora ou ideativa), não apresenta apraxia bucofacial, nem construtiva, nem do vestir ou da marcha.

Negligencia Hemiespacial unilateral

Para avaliação desta alteração foi considerado o desenho do relógio com ponteiros que a Sofia fez aquando da avaliação da componente visuo-espacial/executivo solicitado no Teste de MoCA. A Sofia desenha espontaneamente o relógio e distribui uniformemente todos os números pelo círculo, não havendo negligência de nenhum dos lados.

2.2- EXAME DO SISTEMA NEUROLÓGICO E SENSORIAL

A) AVALIAÇÃO DOS PARES CRANEANOS

Nº	Nervo	Função	Prova	Avaliação
I	Olfativo	Olfato	Avaliado bilateralmente e alternar a oclusão de cada narina, solicitar à Sofia que de olhos fechados, identifique o odor específico colocado sob o nariz.	Sem alterações, a Sofia identificou o cheiro a café e canela.
II	Ótico	Visão	Avaliado bilateralmente <u>Acuidade visual:</u> Fechar olho alternadamente. Solicitar a identificação de objetos dentro do	A Sofia apresenta capacidade para ver objetos próximos e distantes e detetar objetos ou movimento

			campo visual. Testar diferentes distâncias. <u>Campo de visão:</u> Mantendo olhar fixo num ponto, apresentar objeto, movimentei ao longo do campo de visão solicitando que identifique quando deixasse de visualizar. Despistar presença de escotomas.	a partir da periferia dos olhos.
III	Motor ocular comum	Movimento do olhos para cima, para baixo e para cima.	Avaliado em conjunto IV e VI pares cranianos. Sala escurecida, incidir foco de luz pouco brilhante de lanterna do canto externo para o interno de cada olho. Avaliar reação, tamanho e forma das pupilas. Solicitar que seguisse o meu dedo desenhando a letra H no espaço. Realizar despiste de nistagmo ou ptose palpebral.	Sofia apresenta desvio da cabeça e pescoço para a direita, mas movimentos oculares mantidos.
IV	Patético	Motricidade do músculo oblíquo superior do bulbo do olho-rotação do olho	Avaliar a capacidade da Sofia mover o olho de cima//baixo e de dentro/fora.	
V	Trigêmeo	Controlo dos movimentos da mastigação (ramo motor); Percepções sensoriais da face, seios da face e dentes (ramo sensorial)	Com a Sofia de olhos fechados, avaliada bilateralmente: a sensibilidade tátil, térmica e dolorosa nas três divisões do nervo craniano. Pesquisar a presença do reflexo córneo-palpebral bilateral.	Sem alterações
VI	Motor ocular externo	Movimento lateral do olho	Avaliar a capacidade da Sofia mover o olho para fora da linha média, espontaneamente ou seguindo objeto.	Sem alterações
VII	Facial	Controlo dos músculos faciais - mimica facial (ramo motor); Percepção gustativa no terço inferior da língua (ramo sensorial)	Avaliar simetria facial e apagamento do sulco nasogeniano. Avaliar dificuldade em manter saliva ou alimentos na cavidade oral. Avaliar capacidade de reconhecer sabores como doce, salgado e amargo nos dois terços anteriores da língua.	Sem assimetria da face
VIII	Auditivo	Vestibular: orientação e movimento. Coclear: audição	Divisão coclear: Avaliar bilateral. Apresentar som de ponteiros de relógio. Divisão vestibular: Testar equilíbrio dinâmico e estático sentado e em posição ortostática.	Detetada alteração do equilíbrio por incapacidade da Sofia em realizar o teste de Romberg-Barré e de apoio monopodal
IX	Glossofaríngeo	Percepção gustativa no terço posterior da língua, percepções sensoriais da faringe, laringe e palato	Avaliar capacidade da Sofia reconhecer sabores como doce ou salgado no terço posterior da língua.	Sem alterações
X	Vago	Percepções sensoriais da orelha, faringe,	Avaliar a presença do reflexo de vômito.	Sem alterações

		laringe, tórax e vísceras. Inervação das vísceras torácicas e abdominais.	Despistar de alterações do tom de voz, fadiga vocal, tosse ineficaz ou dor local.	
XI	Espinhal	Controlo motor da faringe, laringe, palato, dos músculos esternocleidomastoideo e trapézio – rotação e inclinação da cabeça.	Avaliar capacidade da Sofia elevar os ombros e lateralizar a cabeça, contra uma resistência.	Sofia não apresenta dificuldades em elevar os ombros contra resistência. Sofia lateraliza a cabeça com maior lentificação para a esquerda e tem menor força contra uma resistência
XII	Grande hipoglosso	Motricidade dos músculos da língua (mastigação, deglutição e articulação das palavras)	Avaliar os diferentes movimentos da língua.	Sofia lateraliza a língua para ambos os lados mas para a esquerda fá-lo mais lentamente.

B) AVALIAÇÃO DA FUNÇÃO SENSITIVA

Sensibilidade Superficial: táctil, térmica e dolorosa sem alterações.

Sensibilidade Profunda: relativamente ao sentido de pressão ou sensibilidade postural encontra-se mantida. Não foi avaliada a sensibilidade vibratória por inexistência de diapasão.

C) EXAME DA FUNÇÃO MOTORA

Avaliação da motricidade

Força Muscular- Para avaliar a força muscular em todos os movimentos dos segmentos corporais foi aplicada a Escala de Força Muscular *Medical Research Council*

Escala de Força Muscular <i>Medical Research Council</i>	
0	Paralisia completa
1	Mínima contração
2	Ausência de movimentos ativos contra a gravidade
3	Contração fraca contra a gravidade
4	Movimento ativo contra a gravidade e resistência
5	Força normal

Avaliada a 1/12/2020

		Força Muscular	
Segmentos	Movimentos	Lado Esquerdo	Lado Direito
Cabeça e Pescoço	Flexão	5/5	
	Extensão		
	Flexão Lateral esquerda	4/5	
	Flexão Lateral direita	5/5	
	Rotação		
Escapulo-umeral	Flexão	4/5	5/5
	Extensão	4/5	5/5
	Adução	4/5	5/5
	Abdução	4/5	5/5
	Rotação interna	4/5	5/5
	Rotação externa	4/5	5/5
Cotovelo	Flexão	4/5	5/5
	Extensão	4/5	5/5
Antebraço	Pronação	4/5	5/5
	Supinação	4/5	5/5
Punho	Flexão Palmar	4/5	5/5
	Dorsi-flexão	4/5	5/5
	Desvio Radial	4/5	5/5
	Desvio Cubital	4/5	5/5
	Circundação	4/5	5/5
Dedos	Flexão	4/5	5/5
	Extensão	4/5	5/5
	Adução	4/5	5/5
	Abdução	4/5	5/5
	Circundação	4/5	5/5
	Oponência do Polegar	4/5	5/5
Coxo Femural	Flexão	4/5	5/5

	Extensão	4/5	5/5
	Adução	4/5	5/5
	Abdução	4/5	5/5
	Rotação Interna	4/5	5/5
	Rotação Externa	4/5	5/5
Joelho	Flexão	4/5	5/5
	Extensão	4/5	5/5
Tíbio-Tarsica	Flexão plantar	4/5	5/5
	Flexão Dorsal	4/5	5/5
	Inversão	4/5	5/5
	Eversão	4/5	5/5
Dedos	Flexão	4/5	5/5
	Extensão	4/5	5/5
	Adução	4/5	5/5
	Abdução	4/5	5/5

Tónus Muscular – Para avaliar o tónus muscular foi feita mobilização passiva dos diferentes segmentos corporais, de acordo com a *Escala Modificada de Ashworth*

Escala Modificada de Ashworth	
0	Nenhum aumento no tónus normal
1	Leve aumento do tónus muscular, manifestado por tensão momentânea ou por resistência mínima, no final da amplitude de movimento articular quando a região é movida em flexão ou extensão.
1+	Leve aumento do tónus muscular, manifestado por tensão abrupta, seguida de resistência mínima em meados da metade da amplitude de movimento articular restante.
2	Aumento mais marcante do tónus muscular, durante a maior parte da amplitude de movimento articular.
3	Considerável aumento do tónus muscular, o movimento passivo é difícil.
4	Parte afetada rígida em flexão ou extensão.

Avaliada a 1/12/2020

		Tónus Muscular	
Segmentos	Movimentos	Lado Esquerdo	Lado Direito
Cabeça e Pescoço	Flexão	0/4	
	Extensão		
	Flexão Lateral esquerda	1/4	
	Flexão Lateral direita	0/4	
	Rotação		
Escapulo-umeral	Flexão	0/4	0/4
	Extensão	0/4	0/4
	Adução	0/4	0/4
	Abdução	0/4	0/4
	Rotação interna	0/4	0/4
	Rotação externa	0/4	0/4
Cotovelo	Flexão	0/4	0/4
	Extensão	0/4	0/4
Antebraço	Pronação	0/4	0/4
	Supinação	0/4	0/4
Punho	Flexão Palmar	0/4	0/4
	Dorsi-flexão	0/4	0/4
	Desvio Radial	0/4	0/4
	Desvio Cubital	0/4	0/4
	Circundação	0/4	0/4
Dedos	Flexão	0/4	0/4
	Extensão	0/4	0/4
	Adução	0/4	0/4
	Abdução	0/4	0/4
	Circundação	0/4	0/4
	Oponência do Polegar	0/4	0/4
Coxo Femural	Flexão	0/4	0/4

	Extensão	0/4	0/4
	Adução	0/4	0/4
	Abdução	0/4	0/4
	Rotação Interna	0/4	0/4
	Rotação Externa	0/4	0/4
Joelho	Flexão	0/4	0/4
	Extensão	0/4	0/4
Tíbio-Tarsica	Flexão plantar	0/4	0/4
	Flexão Dorsal	0/4	0/4
	Inversão	0/4	0/4
	Eversão	0/4	0/4
Dedos	Flexão	0/4	0/4
	Extensão	0/4	0/4
	Adução	0/4	0/4
	Abdução	0/4	0/4

Coordenação motora - Para avaliação da coordenação motora dos membros superiores, foi realizada a prova índex-nariz, de indicação de Barany e prova dos movimentos alternados, não havendo alterações a registrar. Na avaliação da coordenação dos membros inferiores foi realizada, de olhos abertos e fechados a prova calcanhar-joelho em posição de dorsal também sem alterações.

Equilíbrio – Na avaliação do equilíbrio, a Sofia apresenta equilíbrio estático e dinâmico sentada, mas apresenta alteração do equilíbrio dinâmico em posição ortostática demonstrado por incapacidade de realizar o teste de Romberg-Barré e de apoio monopodal.

Avaliação da Marcha – A avaliação da marcha realizou-se através da observação da marcha comum: a Sofia demonstrou capacidade para andar de forma independente por distâncias curtas (cerca de 4-5m), a passada é curta e os movimentos de balanço dos membros superiores são discretos. Contudo, em longas distâncias necessita de apoio unilateral pela alteração do equilíbrio dinâmico em posição ortostática. Ao

percorrer longas distâncias torna-se perceptível uma discreta dificuldade em desviar se de objetos à sua esquerda pela limitação na mobilidade da cabeça e pescoço para a esquerda.

Escala da Verticalidade Humanidade (para classificação das pessoas a cuidar):

CLASSIFICAÇÃO	DATAS DE AVALIAÇÃO		
	1/12/20	7/12/20	15/12/20
Homens de Pé – deslocam-se sozinhos sobre as suas pernas, podem ficar de pé durante todo o cuidado.			x
Homens de Pé Sentados – têm necessidade dos cuidadores para as suas deslocações. Eles carregam o seu peso sobre as suas pernas e mantêm-se de pé mais de 40 segundos, mas não conseguem ficar de pé durante todo o tempo do cuidado.	x	x	
Homens Sentados de Pé – têm necessidade dos cuidadores para as suas deslocações. Eles carregam o seu peso sobre as suas pernas, mas mantêm-se de pé menos de 40 segundos.			
Homens Sentados-Deitados – não podem manter-se sobre as suas pernas.			
Homens Deitados – não podem manter-se sobre as suas pernas e não podem ser levantados, por imperativos clínicos.			

2.3 – AVALIAÇÃO DA FUNCIONALIDADE – Utilização da escala de Medida de Independência Funcional (MIF)

	1/12/2020	7/12/2020	15/12/2020
AUTOUIDADO			
A. Alimentação	5	7	7
B. Higiene Pessoal	4	5	6
C. Banho	3	4	6
D. Vestir metade superior	4	5	7
E. Vestir metade inferior	4	5	6
F. Utilização da sanita	4	5	6
CONTROLO DE ESFÍNCTERES			
G. Vesical	1	1	2
H. Intestinal	3	3	4
TRANSFERÊNCIA			
I. Cama, cadeira, cadeira de rodas	5	6	7
J. Sanitário	5	6	7
K. Banheira, duche	5	6	7

LOCOMOÇÃO			
L. Marcha, cadeira de rodas	3	5	7
M. Escadas	3	5	6
Sub total motor	49	63	78
COMUNICAÇÃO			
N. Compreensão (auditiva/visual)	4	5	6
O. Expressão (vocal/não, vocal)	4	5	6
COGNIÇÃO SOCIAL			
P. Interação social	2	3	4
Q. Resolução de Problemas	1	2	3
R. Memória	1	1	2
Total	61	79	99

Níveis de Independência	
7 – Independência completa (em segurança, em tempo normal)	
6 – Independência Modificada (ajuda técnica)	
Dependência modificada	Dependência completa
5- Supervisão	2 – Ajuda máxima (indivíduo participa em \geq 25%);
4 – Ajuda mínima (indivíduo participa em \geq 75%).	1- Ajuda total (indivíduo participa em \leq que 25%)
3 – Ajuda Moderada (indivíduo participa em \geq 50%)	

3. Avaliação do Requisitos Universais de Autocuidado

Requisitos Universais de Autocuidado	Padrão Atual de Autocuidado	Sistema de Enfermagem
Manutenção de uma quantidade suficiente de ar	<p>A 29/10 a Sofia, por agravamento do seu estado neurológico (score 8 CGS) foi entubada orotraquealmente, e ventilada. A 11/11 suspende sedação e é extubada e está em ventilação espontânea desde então, sem intercorrências registadas.</p> <p><u>1/12/2020 (data da avaliação de Enfermagem de Reabilitação)</u></p> <ul style="list-style-type: none">✓ Perfil tensional e cardíaco estáveis: TA 126/77mmHg, FC: 76bpm, pulso regular e rítmico;✓ Respiração: Eupneia em repouso. Refere por vezes algum cansaço durante o dia, mas sem sinais de dificuldade respiratória. Padrão respiratório toracoabdominal, simétrico, regular, superficial e sem utilização da musculatura acessória. Saturações periféricas entre os 97-99%, em ar ambiente. Auscultação pulmonar com murmúrio vesicular mantido em todos os campos pulmonares. Sem presença de ruídos adventícios, bilateralmente. Ausência de secreções;✓ Tosse eficaz.	Sem deficit no AC
Manutenção de uma ingestão suficiente de água	<p>A Sofia esteve entubada nasogastricamente até dia 18/11, data em que retirou espontânea a sonda. É reentubada a 24/11 por nova alteração do quadro neurológico, reflexo de deglutição comprometido. A 26/11 retira espontaneamente a sonda. De acordo com avaliação de enfermagem</p>	

	<p>realizada na altura apresenta reflexo de deglutição para sólidos lentificado mas eficaz e reflexo de deglutição comprometido para líquidos pelo que inicia alimentação oral com necessidade de espessante para ingestão segura dos líquidos na consistência néctar.</p> <p><u>1/12/2020 (data da avaliação de Enfermagem de Reabilitação)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Funcionalidade da deglutição alterada (nível 5, na escala de FOIS - que corresponde a Alimentação por via oral de várias consistências e necessitando de preparação específica ou posturas compensatórias); ✓ Deglutição comprometida para alimentos de consistência líquida; ✓ Ingestão de água em quantidade abundante; <p>A Sofia é autónoma na ingestão de alimentos sólidos e líquidos, contudo pelos seus déficits cognitivos necessita de apoio, orientação e instrução na preparação dos líquidos com espessante (consistência néctar) e na aquisição de posturas compensatórias.</p>	<p>Défi ce no AC</p> <p>Sistema de Apoio-Educação</p>
<p>Manutenção de uma ingestão suficiente de alimentos</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Alimentação realizada por via oral, dieta geral, com recurso a talheres e sentada no cadeirão; ✓ Apetite mantido, mantém ingestão de alimentos em quantidade suficiente; ✓ Capacidade para movimentar os alimentos na cavidade oral, apresentando movimentos mastigatórios mantidos; ✓ Funcionalidade da deglutição mantida (nível 7, na escala de FOIS - alimentação por via oral, sem quaisquer restrições). 	<p>Sem déficits no AC</p>

<p>Manutenção de um padrão de eliminação adequado</p>	<p>A Sofia manteve dispositivo de drenagem vesical funcionando ate dia 18/11, foi posteriormente retirado com micção espontânea em dispositivo de proteção descartável;</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Controlo de esfíncteres vesical e anal alterada; ✓ Micção e trânsito intestinal mantidos, quer no wc como no dispositivo de proteção descartável. ✓ Faz terapêutica diária dirigida para a eliminação intestinal (lactulose) ✓ Trânsito intestinal mantido, com frequência diária (1x/dia); ✓ Utiliza dispositivo de proteção descartável, durante todo o dia por vários incidentes durante o dia e noite. 	<p>Défice no AC</p> <p>Sistema Totalmente Compensatório e Sistema de Apoio-Educação</p>
<p>Manutenção do equilíbrio entre a atividade e o repouso</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Apresenta paresia do hemicorpo á esquerda (Avaliada força muscular 4/5 em todos os diferentes segmentos que compõe os membros inferiores (coxofemoral, joelho e tibiotársica) e superiores (escapulo-umeral, cotovelo, antebraço e punho); ✓ Sofia lateraliza a cabeça com maior lentificação para a esquerda e tem menor força contra uma resistência (Força muscular de 4/5 na flexão lateral da cabeça para a esquerda); ✓ Diferentes segmentos corporais facilmente mobilizados, durante a sessão de reabilitação, verificando discreto aumento do tônus muscular (1 segundo a Escala Modificada de Ashworth) na flexão lateral esquerda do segmento da cabeça e pescoço; ✓ Apresenta equilíbrio estático e dinâmico sentado mantido e alterado para a posição ortostática; 	<p>Défice no AC</p> <p>Sistema parcialmente Compensatório e Sistema de Apoio-Educação</p>

	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Realiza levante e transferências, com apoio unilateral para o cadeirão onde permanece por períodos de +/- 3 horas no turno da manhã e da tarde; ✓ Na marcha para longas distâncias necessita de apoio unilateral pela alteração do equilíbrio dinâmico em posição ortostática. Ao percorrer longas distâncias torna-se perceptível uma discreta dificuldade em desviar se de objetos à sua esquerda pela limitação na mobilidade da cabeça e pescoço para a esquerda. ✓ Nas Atividades de AC higiene e vestir/despir necessita da intervenção do enfermeiro para ajudá-lo naquilo que não é capaz de realizar por si só. ✓ Alterna períodos de vigília e sonolência, durante o dia, mantendo-se sempre facilmente despertável a estímulos verbais. ✓ Manutenção do sono difícil de avaliar, há apenas 1 registo de insónia. 	
<p>Manutenção de equilíbrio entre solidão e interação social</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Orientada autopsiquicamente e desorientada alopsiquicamente; ✓ Apresenta alterações cognitivas comprometedoras da interação social, nomeadamente a nível da atenção, memória e funções executivas; ✓ Alteração do juízo crítico e capacidade de insight - Apresenta dificuldade em perceber e avaliar adequadamente a realidade externa e separá-la dos aspetos do mundo interno. A sua capacidade de autoavaliação está alterada com dificuldades em manter uma visão realista de si mesmo; 	<p>Défice no AC Sistema Parcialmente Compensatório e Sistema de Apoio-Educação</p>

	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Diminuição dos contactos sociais desde a situação de internamento e restrições impostas pela situação da pandemia por Sars-Cov2 – contudo foram proporcionados momentos de comunicação via telefónica/ e de videochamada com familiares significativos (proporcionado pelo projeto “mais próximo de ti do Centro Hospitalar); ✓ Proporcionados pontuais contactos sociais presenciais com familiares significativos (irmã, pai e namorado e por 1 a 2 ocasiões com 1 ou 2 amigas) - sempre garantidas todas as regras de segurança e higiene (distanciamento assegurado; uso de equipamentos de proteção adequados); 	
<p>Prevenção de perigos à vida humana, ao funcionamento e ao bem-estar do ser humano</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Desorientação em relação si e ao meio que a rodeia; ✓ Apresenta alterações cognitivas, na capacidade de atenção e memorização; ✓ Parésia do hemicorpo á esquerda de predomínio braquial, Lentificação no movimento de flexão lateral da cabeça para a esquerda; ✓ Sem alteração de sensibilidade (superficial e profunda) nos diferentes segmentos corporais; ✓ Apresenta um baixo risco de úlcera de pressão (score 17 na Escala de <i>Braden</i>); ✓ Autoposiciona-se no leito; ✓ Necessita de ajuda parcial para realizar levante e transferências; ✓ Ausência de equilíbrio estático e dinâmico, em posição ortostática; ✓ Apresenta alto risco de queda (score 95 na Escala de <i>Morse</i>); 	<p>Défice no AC</p> <p>Sistema Parcialmente Compensatório e Sistema de Apoio-Educação</p>

<p>Promoção do funcionamento do ser humano dentro de grupos sociais, de acordo com o potencial humano, as limitações</p>	<ul style="list-style-type: none">✓ Orientada autopsiquicamente e desorientada alopsiquicamente;✓ Apresenta alterações cognitivas comprometedoras do funcionamento dentro de grupos sociais nomeadamente a nível da atenção, memória e funções executivas;✓ Alteração do juízo crítico e capacidade de insight - Apresenta dificuldade em perceber e avaliar adequadamente a realidade externa e separá-la dos aspetos do mundo interno. A sua capacidade de autoavaliação está alterada com dificuldades em manter uma visão realista de si mesmo;✓ Diminuição dos contactos sociais desde a situação de internamento e restrições impostas pela situação da pandemia por Sars-Cov2 – contudo foram proporcionados momentos de comunicação via telefónica/ e de videochamada com familiares significativos (proporcionado pelo projeto “mais próximo de ti do Centro Hospitalar);✓ Proporcionados pontuais contactos sociais presenciais com familiares significativos (irmã, pai e namorado e por 1 a 2 ocasiões com 1 ou 2 amigas) - sempre garantidas todas as regras de segurança e higiene (distanciamento assegurado; uso de equipamentos de proteção adequados);	<p>Défice no AC</p> <p>Sistema Parcialmente Compensatório e Sistema de Apoio-Educação</p>
---	--	--

Requisitos de AC de Desvio de Saúde	Padrão de Atual de Autocuidado	Défice no AC/Sistema de Enfermagem
Procura garantir a assistência médica necessária	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Apresenta incapacidade de procurar, autonomamente, os cuidados de saúde e a assistência médica, ou outras necessárias (alterações cognitivas); 	<p>Défice no AC</p> <p>Sistema Totalmente Compensatório</p>
Estar consciente e atender aos efeitos e resultados das condições e estados patológicos	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Com alterações cognitivas, nomeadamente de orientação, atenção, memória ✓ Prejuízo da capacidade de insight e juízo crítico; 	<p>Défice no AC</p> <p>Sistema Totalmente Compensatório e Sistema de Apoio-Educação</p>
Realizar as prescrições terapêuticas e de reabilitação	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Apresenta capacidade de realizar e colaborar na maior parte da sessão do programa de reabilitação, contudo necessita de estímulo atencional frequente; ✓ Quando atenção mantida desenvolve com motivação as tarefas que lhe são propostas; ✓ Consegue cumprir ordens simples e complexas quando solicitada; 	<p>Défice no AC</p> <p>Sistema Parcialmente Compensatório e Sistema de Apoio-Educação</p>
Estar consciente e regular os efeitos desconfortáveis resultantes das intervenções	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Mostra disponibilidade para realizar todo o programa de reabilitação; ✓ Incapaz a maior parte do tempo de perceber as suas limitações cognitivas; ✓ Tolerar a sessão de reabilitação, mas mostra-se por vezes impaciente; ✓ Quando sente dor ou desconforto é capaz de se manifestar verbal e não verbalmente 	<p>Défice no AC</p> <p>Sistema Parcialmente Compensatório e Sistema de Apoio-Educação</p>

<p>Modificar o autoconceito e aceitar o seu estado de saúde e a necessidade de novas formas de cuidados</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Sofia está calma, mostra alguma impaciência em alguns momentos para regressar ao seu contexto familiar, não tendo a capacidade de perceber as suas limitações; ✓ Reconhece por vezes a necessidade dos cuidados prestados, quer no âmbito da satisfação das atividades inerentes ao AC, quer no âmbito do programa de reabilitação (intervenção da Fisioterapia, Terapia da Fala, Enfermagem de Reabilitação); ✓ Participativa quando atenta; ✓ Apresenta um fâcies triste e, aparente, humor deprimido, por períodos; ✓ Mostra algum desagrado pela sua imagem corporal que está modificada resultante da craniectomia descompressiva; 	<p>Défi ce no AC</p> <p>Sistema Parcialmente Compensatório e Sistema de Apoio-Educação</p>
<p>Aprender a viver com efeitos da sua condição de saúde</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Dificuldade na adaptação às incapacidades/limitações; ✓ Comunica com o meio envolvente e mantém contactos sociais (irmã, pai e namorado) através de chamada telefónica ou videochamada; 	<p>Défi ce no AC</p> <p>Sistema parcialmente dependente e Sistema de Apoio-Educação</p>

<p>Requisitos de Desenvolvimento de Autocuidado</p>	<p>Padrão Atual de Autocuidado</p>	<p>Sistema de Enfermagem</p>
<p>Promoção de condições que permitam o desenvolvimento;</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Apresenta alterações cognitivas decorrentes de sequelas da meningoencefalite herpética com posterior necessidade de craniectomia descompressiva por herniação da lesão herpética. ✓ Alterações cognitivas a nível da atenção, memória e funções executivas. 	

<p>Compromisso no autodesenvolvimento, exige um envolvimento deliberado do eu no processo de desenvolvimento;</p> <p>Prevenção ou superação de condições ou situações que possam advertidamente afetar o desenvolvimento humano.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Desorientação alopsíquica. ✓ Dificuldade em avaliar adequadamente a realidade externa e separá-la dos aspetos do mundo interno. A sua capacidade de autoavaliação está alterada com dificuldades em manter uma visão realista de si mesmo, com necessidade, por parte dos profissionais de saúde, de reforçar com mais frequência, junto da Sofia o motivo pelo qual está internada, ajudando-a a tomar consciência das suas limitações numa postura motivadora e preventiva; ✓ Parcialmente depende da ajuda de terceiros na realização e satisfação das atividades inerentes ao AC (cuidados de higiene, transferências, posicionamentos) e totalmente dependente nos cuidados inerentes ao processo de eliminação); ✓ Durante internamento a Sofia é acompanhada por enfermagem de reabilitação fisioterapeuta; terapia ocupacional e terapia da fala; ✓ Está referenciada a RNCCI e aguarda-se marcação de consulta em Alcoitão; ✓ Pessoas significativas (irmã, pai e namorado) demonstram interesse no processo de reabilitação da Sofia, participativos por iniciativa própria e sempre que solicitado pela equipa de saúde. 	<p>Défice nos AC</p> <p>Sistema Parcialmente Compensatório e Sistema de Apoio-Educação</p>
--	--	---

4. PLANO DE CUIDADOS (CIPE versão 2)

Diagnóstico de Enfermagem	Objetivos	Intervenções de Enfermagem	Avaliação
1/12/2020	✓ Capacitar a Sofia para saber qual o local, dia da semana e do mês em que se encontra;	✓ Operacionalizar todas as etapas da sequência estruturada de procedimentos cuidadosos humanidade (SEPCH), com respetivo respeito	1/12/2020 Score 23 no teste de MoCa –déficit cognitivo leve;

<p>Desorientação demonstrada de forma contínua</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Capacitar a Sofia para o controlo procurando que adquira maior compreensão do ambiente que a rodeia; ✓ Capacitar a Sofia para recorrer a estratégias comportamentais compensatórias (uso de post-its, bloco de notas, telemóvel,) ✓ Promover o juízo crítico/ insight da Sofia face as implicações da sua situação de doença e dos seus próprios comportamentos. 	<p>pelas regras de arte e promoção dos pilares Humanidade;</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Promover o tempo necessário para a realização das intervenções; ✓ Avaliar a cognição através do teste MoCA; ✓ Promover estratégias de redução de estímulos distratores no ambiente (correr cortinas da unidade, desligar tv se possível, promover pausas); ✓ Providenciar estratégias facilitadoras da orientação visuo-espacial (colocação da árvore de Natal ao lado da entrada da enfermaria da Sofia facilitando a sua organização espacial); ✓ Executar Terapia de Orientação para a Realidade (TOR): <ul style="list-style-type: none"> - Mostrar o calendário do mês e questionar se estamos no início, fim ou meio do mês podendo-se dar dicas acerca de eventos a acontecer esse mês (dezembro-Natal) ou mostrar o calendário do mês e pedir-lhe que aponte o dia em que nos encontramos; - Questionar sobre o local onde está dando pistas (ex: mostrando à Sofia o logotipo nos lençóis da cama) - inicialmente repetir estas intervenções ao longo do dia e com a melhor frequência possível (4 a 5xs por turno e posteriormente de acordo com evolução, no início e fim de cada turno); 	<p>Apos a TOR, Sofia ao longo do turno nas 5xs questionada conseguiu referir acertadamente 2x dia, mês e local; Sofia requer orientação e/ou incentivo ao recurso de estratégias comportamentais compensatórias.</p> <p>15/12/2020 Score 25 no teste de Moca – deficit cognitivo leve – evolução no exercício visuo espacial fazendo corretamente a sequencia; melhoria no parâmetro da atenção. Apos a TOR, Sofia ao longo do turno conseguiu referir acertadamente 3x ao dia, mês e local onde se encontra; mostra alguma autonomia no recurso a estratégias comportamentais compensatórias.</p>
---	--	--	--

		<ul style="list-style-type: none"> ✓ Ensinar, Instruir e Treinar a Sofia a utilizar estratégias comportamentais compensatórias (uso de bloco de notas, telemóvel, relógio; ✓ Promover momentos de pausa entre intervenções (ex.: técnicas de relaxamento consciencialização/ controlo dos tempos respiratórios). 	
<p>1/12/2020</p> <p>Cognição comprometida</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Melhorar a atenção (seletiva, dividida e sustentada da Sofia); ✓ Melhorar a memória imediata/trabalho (curto prazo) e memória a longo prazo da Sofia; ✓ Promover a perceção de estímulos rítmicos (funções rítmicas); ✓ Capacitar a Sofia para planear uma ação, selecionar os meios adequados e verificar os resultados obtidos (função executiva); ✓ Capacitar a Sofia para o controlo procurando que adquira maior compreensão do 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Operacionalizar todas as etapas da sequência estruturada de procedimentos cuidadosos humanidade (SEPCH), com respetivo respeito pelas regras de arte e promoção dos pilares Humanidade; ✓ Promover o tempo necessário para a realização das intervenções; ✓ Avaliar a cognição através do teste MoCA; ✓ Promover ambiente harmonioso e estimulante (estratégias de redução de estímulos distratores no ambiente; correr cortinas da unidade, desligar tv se possível, promover pausas; adequada luminosidade); ✓ Realizar exercícios de estimulação das várias aptidões cognitivas tendo em conta as características pessoais da Sofia (ex: gosto pelos números, desenhos para colorir; músicas preferidas); ✓ Encorajar a Sofia a questionar quando não compreender os exercícios; ✓ Realizar exercícios de estimulação da atenção: <p>- Para a atenção seletiva: Dar à Sofia uma folha onde estão vários números e pedir-lhe que</p>	<p>1/12/2020</p> <p>Score 23 no teste de MoCa –déficit cognitivo leve;</p> <p>Sofia requer orientação e/ou incentivo ao recurso de estratégias comportamentais compensatórias.</p> <p>Interesse e atenção mantida aquando da realização dos vários exercícios de estimulação;</p> <p>Mostra se motivada e inclusive pede algumas vezes para tornar o exercício “mais difícil;”</p> <p>Difícil avaliação pela aplicação dos exercícios não ser extensível aos outros turnos;</p> <p>15/12/2020</p> <p>Score 25 no teste de Moca – deficit cognitivo leve – evolução no exercício visuo espacial fazendo corretamente a</p>

	<p>ambiente que a rodeia;</p> <p>✓ Promover o juízo crítico/ insight da Sofia face as implicações da sua situação de doença e dos seus próprios comportamentos.</p>	<p>assinale somente aquele que lhe é mostrado no início da tarefa (ir progressivamente diminuindo no tempo disponível para a tarefa ex: 10m, 5m e 3m)</p> <p>- Para a atenção dividida: Num 1º momento - Durante a leitura de Letras em voz alta, sempre que ouvir a letra B deve bater na mesa, num 2º momento pedir para bater na mesa sempre que ouvir as letras B e L e num 3º momento sempre que ouvir B e L deve bater 1 vez e quando ouvir A, bater 2 vezes;</p> <p>- Para a atenção sustentada: Foram apresentados desenhos que a Sofia já</p> <p>✓ Realizar exercícios de estimulação da memória:</p> <p>- Para a memória imediata/trabalho (auditiva): ler uma lista de 5 palavras que a Sofia deverá repetir imediatamente e por ordem após tê-las ouvido; perguntar mais tarde após outras tarefas se se recorda das mesmas (evocação com interferência); ler pares de palavras e ler seguidamente a primeira palavra e a Sofia recordar o par associado a essa tarefa;</p> <p>- Para a memória imediata/trabalho (visual): mostrar à Sofia uma imagem ou conjunto de objetos e durante 30 segundos deverá dizer tudo o que se lembra de estar na imagem ou quais os objetos mostrados;</p> <p>- Para a memória a longo prazo: solicitado à família que trouxesse um pequeno álbum onde constassem fotos com os familiares em alguns</p>	<p>sequência; melhoria no parâmetro da atenção.</p> <p>Sofia com capacidade para perceber que os exercícios estão a ajudá-la a ficar mais autónoma. Refere que os exercícios de pintura lhe transmitem sensação de “bem-estar, calma e paz. (Sic)”</p>
--	---	--	---

		<p>dos momentos significativos para a Sofia ao longo da sua vida;</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Realizar exercícios de estimulação das funções rítmicas: proporcionar à Sofia momento em que ouça música e acompanhe o ritmo da mesma; ✓ Realizar exercícios de estimulação das funções executivas que permitam planear uma ação, selecionar os meios adequados e verificar os resultados obtidos: <ul style="list-style-type: none"> - Folha com várias tarefas que compõe uma ação e pedir à Sofia que as coloque por ordem; pedido à Sofia que pense no seu prato preferido e que posteriormente pense e descreva todos os passos desde os ingredientes à confeção; desenhos de labirintos. ✓ Promover momentos de relaxamento apos a realização dos exercícios com pintura de figuras “Mandalas” ✓ Encaminhar para outros profissionais da equipa multidisciplinar como por exemplo (neuropsicólogo); 	
<p>1/12/2020</p> <p>Capacidade para tomar banho comprometida em grau parcial</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Promover higiene, conforto e sensação de bem-estar da Sofia; ✓ Promover a reeducação funcional sensório motora; ✓ Aumentar a autoestima e confiança da Sofia; 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Avaliar capacidade para realizar o autocuidado recorrendo a escala de Medida de Independência Funcional (MIF); ✓ Incentivar a família a trazer roupa, calçado e objetos pessoais de higiene da Sofia; ✓ Incentivar a utilização dos seus objetos de higiene pessoal; ✓ Gerir o ambiente (correr as cortinas da unidade promovendo a privacidade e 	<p>1/12/2020</p> <p>MIF – 61</p> <p>Escala da Verticalidade Humanidade: Homens de Pé Sentados;</p> <p>Sofia não intervém na preparação dos seus objetos pessoais de Higiene;</p> <p>O autocuidado era realizado na cadeira higiénica, com ajuda parcial na higiene</p>

	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Promover a estimulação neuro-cognitiva; ✓ Melhorar a autonomia e a independência na realização do autocuidado; 	<p>minimizando o numero de estímulos distratores);</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Incentivar a enumerar e sequenciar o material necessário para a realização do autocuidado; ✓ Incentivar à descrição dos segmentos corporais enquanto procede à sua higiene; ✓ Incentivar a facilitação cruzada (alterar a posição da cadeira higiénica no banho assistido); ✓ Ensinar, instruir e treinar o autocuidado: Higiene; ✓ Ensinar, instruir e treinar o autocuidado: pentear-se, lavar os dentes (preferencialmente de frente para um espelho); ✓ Ensinar, Instruir e treinar a utilização de estratégias adaptativas para o autocuidado: higiene; ✓ Ensinar, instruir e treinar a utilização de produtos de apoio para o autocuidado: Barras de apoio; Banco de duche; ✓ Promover a adaptação à nova imagem corporal; ✓ Facilitar, encorajar a comunicação expressiva de emoções; ✓ Incentivar o autocuidado: Higiene; ✓ Ensinar, instruir e treinar à organização da sua unidade apos a realização da sua higiene; 	<p>de parte do tronco, terço inferior dos membros inferiores e pés;</p> <p>07/12/2020 MIF -79 Escala da Verticalidade Humanitude - Homens de Pé Sentados; A Sofia procedeu á enumeração e sequenciação dos bens necessários à sua higiene; A Higiene realiza-se parte em cadeira higiénica e parte de pé. Sofia com capacidade para a higiene de grande parte do corpo, incluindo lavagem da cabeça. Inicia o recurso a estratégias adaptativas para a higiene do terço inferior dos membros inferiores e pés (ex.: sentar-se na cadeira higiénica)</p> <p>15/12/2020 MIF -99 Escala da Verticalidade Humanitude – Homens de Pé A pessoa tem capacidade neuro-muscular para auto-iniciar e completar, independentemente, as atividades inerentes ao autocuidado: higiene; no entanto continua a requer orientação e/ou incentivo à iniciativa. Sofia tomou banho de pé no duche assistido com supervisão; e recorreu à</p>
--	---	---	--

			barra de apoio do poliban para lavar o terço inferior das pernas e pés em segurança
1/12/2020 Capacidade para vestir-se comprometida em grau parcial	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Promover conforto e sensação de bem-estar da Sofia; ✓ Promover a reeducação funcional sensório motora; ✓ Aumentar a autoestima e confiança da Sofia; ✓ Promover a estimulação neuro-cognitiva; ✓ Melhorar a autonomia e a independência na realização do autocuidado; 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Avaliar capacidade para realizar o autocuidado recorrendo a escala de Medida de Independência Funcional (MIF); ✓ Incentivar a família a trazer roupa, calçado e objetos pessoais de higiene da Sofia; ✓ Gerir o ambiente (correr as cortinas da unidade promovendo a privacidade e minimizando o número de estímulos distratores); ✓ Incentivar o uso do seu vestuário; ✓ Ensinar acerca da importância da utilização de vestuário e calçado adequado (Roupa ajustada ao seu tamanho, que permita movimentar-se livremente; calçado deve ser fechado e com antiderrapante). ✓ Incentivar a enumerar e sequenciar as peças de vestuário; ✓ Incentivar a facilitação cruzada; ✓ Ensinar, instruir e treinar o autocuidado: vestir-se ✓ Incentivar o autocuidado: vestir-se ✓ Ensinar, instruir e treinar à organização da sua unidade após a realização da sua higiene; ✓ Facilitar, encorajar a comunicação expressiva de emoções; 	<p>1/12/2020 MIF – 61 Escala da Verticalidade Humanitude - Homens de Pé Sentados; Sofia é ajudada parcialmente a vestir o pijama hospitalar e não intervém na organização do mesmo. Não qualquer peça de vestuário próprio.</p> <p>07/12/2020 MIF -79 Escala da Verticalidade Humanitude - Homens de Pé Sentados; A Sofia procedeu à escolha (de acordo com a sua preferência), enumeração e sequenciação do seu vestuário.</p> <p>15/12/2020 MIF -99 Escala da Verticalidade Humanitude - Homens de Pé; A pessoa tem capacidade neuromuscular para auto iniciar e completar, independentemente, as atividades inerentes ao autocuidado: vestir-se, no entanto, continua a requer orientação e/ou incentivo à iniciativa.</p>

<p>1/12/2020</p> <p>Foco: Andar</p> <p>Andar Comprometido</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Melhorar a capacidade para andar; ✓ Promover o andar de forma autónoma e segura; 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Avaliar o tónus muscular de todos os segmentos do corpo, através da Escala Modificada de Ashworth; ✓ Avaliar da força muscular recorrendo à Escala de Força Muscular Medical Research Council; ✓ Avaliar o andar; ✓ Executar Técnicas de Exercício articular com a Sofia: movimentos articulares passivos (a nível do segmento cabeça e pescoço com insistência na flexão lateral esquerda); movimentos ativos de todos os segmentos corporais e ativos resistidos (membros superiores e inferiores); ✓ Ensinar, instruir e treinar a técnica de marcha; ✓ Incentivar a andar; ✓ Assistir no andar (posicionar-me no lado esquerdo da Sofia, promovendo o estímulo atencional e proprioceptivo à esquerda); ✓ Ensinar, instruir e treinar o subir e descer escadas com apoio do corrimão; ✓ Ensinar, instruir e treinar estratégias adaptativas de conservação de energia: Estabelecer a distância a percorrer; definir pontos de repouso ao longo do percurso; Assumir as posições de descanso e relaxamento. ✓ Treinar a deteção e contorno de obstáculos. ✓ Ensinar, instruir e treinar a correção postural; ✓ Ensinar acerca da importância da utilização de vestuário e calçado adequado (roupa ajustada ao seu tamanho, que permita 	<p>1/12/2020</p> <p>Escala da Verticalidade Humanitude - Homens de Pé Sentados;</p> <p>Tónus muscular alterado a nível do segmento da cabeça e pescoço aquando da flexão lateral esquerda. (1/0)</p> <p>Força muscular normal 5/5 a nível do hemicorpo direito e alterada a nível do hemicorpo esquerdo (4/5);</p> <p>A Sofia demonstrou capacidade para andar de forma independente por distâncias curtas (cerca de 4-5m), a passada é curta e os movimentos de balanço dos membros superiores são discretos. Contudo, em longas distâncias necessita de apoio unilateral pela alteração do equilíbrio dinâmico em posição ortostática. Ao percorrer longas distâncias torna-se perceptível uma discreta dificuldade em desviar se de objetos à sua esquerda pela limitação na mobilidade da cabeça e pescoço para a esquerda.</p> <p>7/12/2020</p> <p>Escala da Verticalidade Humanitude - Homens de Pé Sentados;</p> <p>Tónus muscular sem alterações 0/4</p> <p>Força muscular 4/5.</p>
---	---	--	---

		<p>movimentar-se livremente; calçado fechado e antiderrapante).</p>	<p>Fez marcha com supervisão. Subiu e desceu 1 lanço de escadas (8 degraus) com apoio do corrimão.</p> <p>15/12/2020 Escala da Verticalidade Humanidade - Homens de Pé; Tónus muscular sem alterações Força muscular mantida 5/5 Marcha independente</p>
<p>1/12/2020</p> <p>Foco: Equilíbrio</p> <p>Equilíbrio Comprometido</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Restabelecer na Sofia o equilíbrio estático e dinâmico em posição ortostática; ✓ Manter o equilíbrio estático e dinâmico em posição de sentado; ✓ Melhorar a capacidade para andar; 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Avaliar o equilíbrio estático e dinâmico sentado e em pé recorrendo à Escala de Equilíbrio de Berg (EEB); ✓ Ensinar, instruir e treinar a utilização de calçado adequado, fechado, com sola antiderrapante para permitir a realização do programa de reabilitação em segurança; ✓ Manter a atenção da Sofia nas intervenções a serem desenvolvidas (pelo reforço positivo); ✓ Ensinar, instruir e treinar a técnica de levantar. ✓ Ensinar, instruir e treinar sobre técnicas de treino de equilíbrio: <ul style="list-style-type: none"> • Alternância de carga nos membros superiores (faixas elásticas); • Alternância de carga nos membros inferiores; • Apoio unipedal; • Contorno de obstáculos posicionados à esquerda (cadeirão, mesa de alimentação) 	<p>1/12/2020</p> <p>Escala da Verticalidade Humanidade - Homens de Pé Sentados; EEB: 27</p> <p>Apresentou equilíbrio estático e dinâmico sentado. Necessitou de ajuda parcialmente compensatória no levantar. Manifestou alteração do equilíbrio estático e dinâmico ortostático. A nível dos exercícios de alternância de carga nos membros inferiores necessitou de apoio do corrimão.</p> <p>07/12/2020</p> <p>Escala da Verticalidade Humanidade - Homens de Pé Sentados; EEB: 40</p> <p>Apresentou equilíbrio estático e dinâmico sentado e equilíbrio estático ortostático. Maior capacidade para manter equilíbrio dinâmico ortostático.</p>

		<ul style="list-style-type: none">• Facilitação cruzada (abordar a Sofia pelo lado esquerdo e dispor alguns objetos à esquerda -telemóvel); <ul style="list-style-type: none">✓ Realizar treino de equilíbrio estático e dinâmico, sentado: Sofia ajudada a sentar-se, mãos de lado a suportar o peso do tronco, pés apoiados no chão com joelhos fletidos em ângulo reto; o enfermeiro posiciona-se de frente e apoia as mãos nos ombros e imobiliza os joelhos da Sofia com os seus joelhos, até que este consiga corrigir a postura sozinha; induzir ligeiro balanço no tronco da Sofia, de forma a compensar o movimento.✓ Realizar treino de equilíbrio estático e dinâmico em posição ortostática: Posicionar os pés da Sofia (calçados com sapato adequado) bem assentes no chão, com os pés ligeiramente afastados para maior base de sustentação; inclinar o tronco; transferir o peso do tronco e segurando as calças, com os braços livres para que consiga equilibrar-se, pode treinar-se várias vezes o levantar-se e transferir o peso do corpo ora para a esquerda, ora para a direita.✓ Considerar exercícios de equilíbrio com apoio da proteção do fundo da cama (equilíbrio estático de pé restabelecido) Sofia apoia-se com os membros superiores eleva alternadamente um dos membros inferiores e transfere o peso do corpo alternadamente para cada um dos membros inferiores;	<p>Realizou exercícios de alternância de carga nos membros inferiores sem necessidade de apoio.</p> <p>15/12/2020 Escala da Verticalidade Humanidade - Homens de Pé; EEB: 50 Apresentou equilíbrio estático e dinâmico sentado e ortostático.</p>
--	--	--	--

		<ul style="list-style-type: none"> ✓ Ensinar, instruir e treinar técnicas de equilíbrio recorrendo a produtos de apoio: corrimão; barras laterais de apoio; ✓ Incentivar a treinar o equilíbrio corporal; ✓ Ensinar, instruir e treinar a técnica de correção postural: Ensinar, instruir a Sofia a sentar-se de frente para o espelho para facilitar a integração do seu esquema corporal no seu eneagrama motor e correção da postura. 	
<p>1/12/2020</p> <p>Deglutição comprometida para líquidos;</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Restabelecer na Sofia a capacidade de deglutir líquidos; ✓ Prevenir complicações decorrentes da alteração da deglutição; ✓ Capacitar a Sofia para a adoção de posturas compensatórias 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Avaliar a: <ul style="list-style-type: none"> - Integridade da cavidade oral; os pares craneanos envolvidos (V; VII; IX; X; XII); ✓ Proporcionar ambiente calmo e livre de distrações (desligar ou reduzir o som da televisão, afastar o telemóvel; ✓ Considerar a informação clínica sobre a Sofia; ✓ Considerar a avaliação do estado mental da Sofia; ✓ Avaliar a aparência da mucosa oral e estado das peças dentárias; ✓ Avaliar em que fase do ciclo respiratório deglute; ✓ Avaliar se tosse eficaz; ✓ Avaliar presença de movimento faríngeo quando deglute saliva; ✓ Avaliar a deglutição (considerar escala Fois): <ul style="list-style-type: none"> - Testar com 10 ml de água 3 vezes; 30-50 ml de água (o copo deve estar cheio para evitar a 	<p>1/12/2020</p> <p>A Sofia apresenta alterações do XII par craniano. A mucosa oral está hidratada sem presença de exsudados e peças dentárias mantidas. A Sofia deglute na fase inspiratória. Apresenta tosse eficaz. A Sofia apresenta disfagia a líquidos, deglute líquidos com consistência de néctar. Á auscultação cervical, reflexo de deglutição mantido, mas lentificado; saturações periféricas de O2 entre os 96-96%) A Sofia é autónoma na ingestão de alimentos sólidos e líquidos, contudo pelos seus déficits cognitivos necessita de apoio, orientação e instrução na preparação dos líquidos com espessante (consistência néctar) e na aquisição de posturas compensatórias.</p> <p>Funcionalidade da deglutição alterada (nível 5, na escala de FOIS - que corresponde a Alimentação por via oral</p>

		<p>hiperextensão do pescoço aquando da deglutição para evitar a maior abertura da via aérea; usar água com espessante para testar alimentos mais espessos, ou caso exista disfagia para líquidos</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Vigiar sinais de disfagia /aspiração; ✓ Ensinar, instruir e treinar a Sofia a preparar os líquidos a ingerir com espessante; ✓ Ensinar, instruir e treinar a Sofia na adoção de técnicas posturais aquando da ingestão de líquidos considerando a avaliação da força muscular da Sofia no segmento cabeça e pescoço (flexão cervical; extensão cervical; insistir de acordo com a tolerância da Sofia na rotação cervical para o Lado esquerdo; Flexão lateral para o lado direito); ✓ Ensinar, instruir e treinar a Sofia a executar manobras que permitam efetuar mudanças específicas nas estruturas envolvidas na deglutição, no caso da Sofia considerou-se a respiração supraglótica (suster a respiração antes, durante e apos a deglutição associada ao ensino da tosse apos a deglutição antes de inspirar); ✓ Ensinar, instruir e treinar a Sofia a executar exercícios de amplitude de movimentos e fortalecimento muscular dos lábios, língua (com insistência na lateralização á esquerda); mandíbula; laringe e bochechas – executados cada inicialmente 5 vezes depois 10 vezes; ✓ Ensinar, instruir e treinar a tosse e tosse dirigida. 	<p>de várias consistências e necessitando de preparação específica ou posturas compensatórias).</p> <p>7/12/2020 A Sofia apesar de ter a capacidade de preparar os líquidos com o espessante conforme exemplificou quando pedido, não o faz porque não gosta de ingerir a bebida espessada. As melhorias da Sofia a nível da sua independência funcional e o facto de existir um lavatório junto da sua cama na enfermaria permitem que encha o seu copo de água as vezes que quer dificultando a supervisão do enfermeiro.</p> <p>A Sofia realiza eficazmente os exercícios ensinados, contudo necessita do estímulo atencional para os executar. Ao realizar manobras como a respiração supraglótica, aquando da ingestão de líquidos, permite uma deglutição eficaz.</p> <p>Os exercícios posturais, de amplitude de movimentos e fortalecimento foram ensinados, no turno da manhã, apos o autocuidado higiene e de frente para o espelho (existente na área adjacente à zona dos duches assistidos), permitindo a visualização, integração e</p>
--	--	---	---

		<ul style="list-style-type: none"> ✓ Incentivar a higiene oral da Sofia 	<p>exemplificação do exercício pela Sofia e correção pelo enfermeiro.</p> <p>No turno da tarde, a Sofia executa os exercícios corretamente sob supervisão necessitando que o enfermeiro a incentive a fazê-los.</p> <p>A Sofia inicialmente não realizava a sua higiene oral por sua iniciativa, o que passou a fazer primeiramente aquando da higiene e posteriormente após as refeições.</p>
<p>1/12/2020</p> <p>Incontinência urinária de urgência;</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Restabelecer na Sofia o controlo da eliminação urinária; ✓ Capacitar a Sofia para a adoção de técnicas comportamentais que permitam o controlo da eliminação urinária; ✓ Prevenir complicações decorrentes da incontinência urinária (ex: lesões cutâneas); 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Avaliar na Sofia: História clínica; exame físico (especial atenção a limitações físicas e cognitivas, observação e palpação do abdómen, região pélvica e retal); exames adicionais (análise sumária de urina); ✓ Identificar o padrão miccional da Sofia: registo do volume, frequência e intervalo das micções e registo do padrão de ingestão de líquidos; ✓ Monitorar a eliminação urinária, incluindo frequência, consistência, odor, volume e cor; ✓ Sensibilizar a Sofia a limitar os líquidos para duas a três horas antes de dormir, conforme apropriado; 	<p>1/12/2020</p> <p>EEB -27; Teste MoCa 23; EFMMRC-4/5; MIF – 61</p> <p>Sofia com alterações cognitivas; alterações no equilíbrio e na marcha. Necessita de ajuda parcialmente compensatória no levantar. Manifesta alteração do equilíbrio estático e dinâmico ortostático. Sofia usa fralda durante todo o dia onde urina espontaneamente em moderada quantidade. Urina de cor âmbar aparentemente sem sedimentos e sem alterações do odor. Refere que se esquece de pedir para ir ao wc e quando se lembra já urinou. Análise sumária de urina sem alterações. Sofia apresenta padrão intestinal diário regular. Não foi possível fazer registo da ingestão hídrica pois a Sofia á medida que foi</p>

		<ul style="list-style-type: none"> ✓ Sensibilizar a equipa para abordar a Sofia em intervalos regulares (ex.: aquando da hora das refeições) relativamente ao estado do seu vestuário (se húmido ou seco) e oferecer a arrastadeira á Sofia ou sugerir ida imediata à casa de banho com a ajuda necessária; ✓ Proporcionar reforço positivo/feedback se o vestuário ou fralda está seca recebe um elogio, senão uma resposta neutra (ex.: “da próxima vez vai correr melhor”; “vamos fazer um esforço para não acontecer”) ✓ Evitar, perante episódios de perda urinária, alguns comportamentos como: infantilização; respostas negativas, chamadas de atenção) ✓ Promover junto da Sofia a comunicação das necessidades de eliminação (colocar o sistema de chamada ao seu alcance); ✓ Ensinar, instruir e treinar a Sofia a recorrer a técnicas de distração ou relaxamento para inibição da vontade de urinar apos o desejo de micção (ex.: Técnicas de relaxamento e distração; dissociação dos tempos respiratórios; oferecer uma tarefa que exija concentração.) ✓ Ensinar, instruir e treinar a Sofia a realizar os exercícios de <i>Kegel</i>: 	<p>recuperando a sua autonomia procedia ao enchimento da sua garrafa de água com relativa facilidade uma vez que o lavatório se encontrava ao lado da sua cama na enfermaria, esquecendo se várias vezes de registar as vezes que o fazia.</p> <p>7/12/2020 No período diurno, com a recuperação da marcha, e o aumento de vezes em que os profissionais de saúde sugeriam a micção, a Sofia deslocava-se com supervisão à casa de banho onde ocorreu a micção com sucesso. No período noturno a micção na fralda ainda se mantém.</p> <p>15/12/2020 No período diurno a Sofia desloca-se autonomamente ao wc, necessita por vezes de alguma orientação espacial no trajeto. No período noturno a Sofia já ativa com maior frequência o sistema de chamada para ir ao wc, mas ainda ocorrem algumas micções na fralda.</p>
--	--	--	--

		<p>- Contrair os músculos peri vaginais e o esfíncter anal (como quando se tenta controlar a micção e a defecação); Não contrair os músculos do abdómen, nádegas e face interna das coxas. Contrair enquanto se conta até 10 e depois relaxar; Repetir 10 vezes, três vezes por dia;</p> <p>✓ Otimizar o ambiente (de acordo com as possibilidades do serviço): considerar colocar a Sofia num quarto mais próximo da casa de banho ou na impossibilidade considerar deixar a arrastadeira perto da cama; deixar uma luz de presença ligada durante a noite;</p>	
<p>1/12/2020</p> <p>Risco de queda em grau elevado;</p>	<p>✓ Diminuir o risco de queda.</p> <p>✓ Prevenir a ocorrência de queda.</p> <p>✓ Promover ambiente seguro.</p>	<p>✓ Avaliar o risco de queda, utilizando Escala de Quedas de Morse (EQM), a Escala de Equilíbrio de Berg (EEB), a Escala de Força Muscular Medical Research Council (EFMMRC);</p> <p>✓ Agir de acordo com a norma instituída no serviço e proceder à identificação do risco de queda determinado para a Sofia nos diferentes suportes (ex: no quadro de trabalho de acordo com o símbolo identificativo; no processo clínico etc.);</p> <p>✓ Identificar na Sofia os fatores de risco para a ocorrência de queda, nomeadamente: desorientação; cognição comprometida; a alteração do equilíbrio corporal; diminuição da capacidade para realizar o autocuidado higiene em segurança; alteração da marcha;</p>	<p>1/12/2020</p> <p>EQM - 95; EEB - 27; EFMMRC- 4/5;</p> <p>Escala da Verticalidade Humanidade - Homens de Pé Sentados;</p> <p>Sofia apresenta alto risco de queda pelo que se procedeu em concordância com norma em vigor no Serviço de Neurocirurgia.</p> <p>Após a identificação dos fatores de risco para a queda descritos foram estabelecidos os planos de cuidados de enfermagem de reabilitação com o objetivo de eliminar ou minimizar o impacto destas alterações na funcionalidade da Sofia, maximizar as suas potencialidades e capacitá-la para a prevenção da queda.</p>

		<ul style="list-style-type: none"> ✓ Planear intervenções que permitam eliminar ou minimizar o efeito dos fatores de risco de queda identificados (ver planos de cuidados associados aos problemas identificados na intervenção anterior); ✓ Otimizar ambiente físico: Colocar sistema de chamada ao alcance da Sofia; Aproximar objetos pessoais que a Sofia considere necessários (telemóvel, livro, copo de água); adequar a luz ambiente e instruir a acender luz de presença sempre que necessário; ✓ Garantir que as rodas da cama e do cadeirão se encontram travadas sempre que as utiliza; ✓ Ensinar, instruir, treinar a Sofia a manter o plano da cama baixo ao mínimo, de modo a facilitar o levante e transferência de forma segura; ✓ Sensibilizar a Sofia, assistentes operacionais e quando possível os outros doentes da enfermaria a manter a área de passagem da enfermaria livre de obstruções que limitem ou impossibilitem o andar (ex: cadeiras; objetos pessoais; equipamentos, materiais e dispositivos médicos fora da área de circulação); ✓ Ensinar acerca da importância da utilização de vestuário e calçado adequado (considerando as normas internas de controlo de infeção implementadas no período de pandemia por Sars-Cov 19): Roupa ajustada ao seu tamanho, que permita movimentar-se 	<p>07/12/2020 EQM - 65; EEB - 40; EFMMRC- 4/5; Escala da Verticalidade Humanidade - Homens de Pé Sentados; Apresentou equilíbrio estático e dinâmico sentado e equilíbrio estático ortostático. Maior capacidade para manter equilíbrio dinâmico ortostático. A Higiene realiza-se parte em cadeira higiénica e parte de pé, mantem a segurança recorrendo a produtos de apoio (Barras de apoio) e o recurso a estratégias adaptativas para a higiene do terço inferior dos membros inferiores e pés (ex.: sentar-se na cadeira higiénica). Vestiu a sua roupa trazida pela irmã adaptada e ajustada ao seu corpo, permitindo a mobilização segura (A adequação do vestuário nem sempre podia ser garantida pois estava dependente do disponibilizado pela rouparia da instituição). Fez marcha com supervisão já utilizando o calçado (ténis) traído pela irmã com boa base de sustentação e sola antiderrapante (A Sofia tinha umas pantufas sem base segura de sustentação e sem sola segura) Identificado Medio risco de queda, procedeu-se de acordo com norma em vigor no serviço de neurocirurgia.</p>
--	--	---	--

		<p>livremente; calçado deve ser fechado e com antiderrapante. (Nesta intervenção foi essencial o apoio da família da Sofia que se disponibilizou a trazer o solicitado devidamente higienizado, acomodado e individualizado e a levá-lo para lavagem sempre que solicitado pelos profissionais.)</p> <p>✓ Ensinar, instruir e treinar na utilização de produtos de apoio para o autocuidado: as barras de apoio no duche assistido e sanitário; o banco de duche;</p>	<p>Não teve ocorrência de queda.</p> <p>15/12/2020 EQM - 55; EEB - 50; EFMMRC- 5/5; Escala da Verticalidade Humanidade - Homens de Pé; Apresentou equilíbrio estático e dinâmico sentado e ortostático; Tónus muscular sem alterações; Força muscular mantida 5/5; Marcha independente; Sofia tomou banho de pé no duche assistido com supervisão; e recorreu à barra de apoio do poliban para lavar o terço inferior das pernas e pés em segurança. Recorreu ao mesmo dispositivo para vestir o terço inferior do corpo. Na escala de Berg, a Sofia apresenta um equilíbrio considerado bom, ao qual está associado um risco de queda baixo. Contudo na avaliação da escala de Morse o valor determinado embora em continuo decréscimo comparativamente a avaliação dos dias 1 e 7 de dezembro determina um elevado risco de queda. Esta avaliação deve-se em grande parte ao item “estado mental”, (score 15) uma vez que a Sofia devido ao seu deficit cognitivo esquece as suas limitações.</p>
--	--	---	--

<p>1/12/2020</p> <p>Autoestima alterada</p>	<p>✓ Promover a autoestima da Sofia;</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Vigiar sentimentos de culpa, vergonha e/ou impotência; ✓ Encorajar a Sofia a identificar as suas forças/pontos fortes; ✓ Reforçar as forças pessoais identificadas pela Sofia; ✓ Encorajar a Sofia a falar de si mesma no dia-a-dia no sentido de verbalizar afirmações positivas; ✓ Providenciar experiências que permitam aumentar a autonomia da Sofia; ✓ Assistir a Sofia na identificação de respostas positivas por parte dos outros; ✓ Transmitir confiança na capacidade da Sofia para lidar com a situação; ✓ Assistir a Sofia na definição de metas realistas que permitam aumentar a autoestima; ✓ Encorajar o aumento da responsabilidade por si; ✓ Recompensar ou elogiar os progressos da Sofia em direção às suas metas; ✓ Facilitar um ambiente e o envolvimento em atividades que permitam aumentar a autoestima; ✓ Realizar verbalizações positivas sobre a Sofia; ✓ Providenciar apoio emocional 	<p>1/12/2020</p> <p>Sofia apresenta humor tendencialmente triste e depressivo, por vezes apático com falta de interesse, desejo e com diminuição da reação a estímulos. Tem dificuldade em compreender o que se passa consigo, quais as consequências da sua situação sobre si mesma, sobre a sua família e amigos e sobre a sua vida., Não apresenta capacidade de distanciamento de si que permita avaliar criticamente as implicações da sua situação de doença e dos seus próprios comportamentos. Sofia apresenta alteração da sua imagem corporal, diante do espelho observa-se e toca a área submetida a craniotomia referindo muitas vezes “olha já viste o que eu tenho aqui? É mesmo feio!”.</p> <p>07/12/2020</p> <p>A Sofia compreende que as atividades desenvolvidas têm como principal objetivo a recuperar /readquirir a sua autonomia referindo várias vezes “é para eu ficar melhor e voltar para casa (sic); A Sofia participa ativamente na maioria das atividades propostas e que constam do seu plano de reabilitação, o qual foi delineado tendo em consideração atividades da sua preferência (pintura de mandalas; exercícios de estimulação cognitiva etc.);</p>
--	--	---	--

			<p>Os conviventes significativos participam com entusiasmo no proposto pela equipa e nas visitas à Sofia dão reforço positivo e apresentam discurso motivador.</p> <p>Nas atividades de treino de autocuidados (tomar banho e vestir-se) toma iniciativa de escolher a roupa que mais gosta; de pentear-se, de usar determinado produto para o cabelo. Estas atividades realizam-se a maior parte das vezes frente ao espelho, permitindo à Sofia tomar consciência de si e das suas potencialidades refere várias vezes “vou ser capaz de ultrapassar tudo. (Sic)”</p> <p>15/12/2020</p> <p>A Sofia toma iniciativa de questionar sobre a sua situação; verbaliza junto dos diferentes profissionais os objetivos que tem conseguido atingir, mostrando-se entusiasmada com tal e motivada em continuar o seu percurso de reabilitação.</p>
--	--	--	---

Apêndice 3 – Estudo de Caso em Contexto Comunitário

**11º Curso de Mestrado em Enfermagem na área de
Especialização em Enfermagem de Reabilitação**

Unidade Curricular Estágio com Relatório

2º Plano de Cuidados de Reabilitação

Agrupamento de Centros de Saúde [REDACTED]

Unidade de Saúde Familiar [REDACTED]

Cristina Isabel Guerreiro Martins

—
Professora Orientadora: Vanda Lopes da Costa

Enfermeira Orientadora: [REDACTED]

**Lisboa
Março 2021**

1. COLHEITA DE DADOS

Dados Biográficos

Nome (fictício): Paula Santos (P.S)

Data de referência: 15 de fevereiro de 2021

Idade: 66

Raça: caucasiana

Nacionalidade: Portuguesa

Estado Civil: casada.

Residência: Barreiro

Escolaridade: 9º ano de escolaridade

Religião: Ateia

Profissão/ocupação: Reformada (após diagnóstico de neoplasia da mama), anteriormente trabalhava num gabinete de contabilidade.

Pessoas/Conviventes Significativos: vive com o esposo, em casa própria. Tem relacionamento próximo e afetoso com o filho, nora e 2 netos.

Motivo de Referência – A Sra. P.S foi vítima de queda no domicílio a 3 de fevereiro de 2021 da qual resultou fratura de D11 e D12 pelo que foi submetida a vertebroplastia unipedicular D11 e D12 com um internamento hospitalar de cerca de 12 dias. A Sra. P.S, atendendo aos antecedentes pessoais, foi referenciada com o objetivo de recuperação da marcha, aumento da tolerância ao esforço e autonomia nos autocuidados.

História de Saúde Atual (informação recolhida e sintetizada do Diário Clínico e Avaliação Inicial de Enfermagem):

A Sra. P.S no dia 03 de fevereiro de 2021 sofre uma queda no domicílio, da qual resultou traumatismo da coluna dorsal. Após realização de TAC revela “colapso vertebrais somáticos nos níveis D11 e D12 em relação com fraturas recente, com associada depressão das plataformas vertebrais superiores”. Neste contexto, é transferida para o outro hospital para avaliação por neurocirurgia, contudo apesar de ter indicação cirúrgica e por falta de vagas em internamento da especialidade regressa ao Hospital da área de residência, com indicação para manter repouso no leito, podendo apenas fazer levantar para higiene e alimentação sempre com colete de Jewett.

A Sra. P.S fica internada no serviço de ortopedia do Hospital da sua área de residência de 04/02/2021 a 11/2/2021, data em que é transferida para internamento de Neurocirurgia para intervenção cirúrgica. A 12/02/2021 foi submetida a vertebroplastia unipedicular de D11 e D12 que decorre sem intercorrências. Após as primeiras 24h pós cirúrgicos (13/02), é feito controlo imagiológico e inicia 1º levante para cadeira de rodas, com ajuda total na transferência. Tem alta para o domicílio a 14/02/2021, mas por motivos de dinâmica familiar e reorganização da mesma apenas sai a 15/02/2021. O esposo faz a referenciação da situação e necessidade de acompanhamento pela equipa da USF e a 1ª visita domiciliária ocorre a 16/02/2021.

Antecedentes Pessoais de Saúde:

- HTA;
- Neoplasia da mama direita (submetida em fevereiro de 2015 a tumorectomia+ linfadenectomia axilar com Quimioterapia adjuvante, hormonoterapia e radioterapia (seguida em consulta de senologia);
- Hematoma Subdural Agudo (HSD), por queda em agosto de 2015) com presença de aneurisma da bifurcação da ACM direita – é intervencionada neurocirurgicamente de urgência por rotura do aneurisma realizada craniotomia pterional direita com marcada extensão parietal, drenagem do Hematoma extenso. Clipagem e reclipagem do aneurisma.
- Hemiparésia à esquerda de predomínio braquial
- Depressão (seguida em consulta de psiquiatria desde 2016);
- Fratura subcapital do úmero esquerdo em 2020 (por queda) – tratamento conservador com suspensão do membro durante 4 semanas e iniciou programa de reabilitação motora no Hospital da área de residência;

Terapêutica Atual:

Fármaco	Dosagem	Grupo Farmacológico	Horário
Omeprazol cp	20mg	Inibidor da bomba de protões – protetor gástrico	Jejum
Captopril cp	25mg	anti-hipertensivos- Inibidores da Enzima Conversora da Angiotensina (ACE ou ECA).	Pequeno almoço
Sertralina cp	100mg	Inibidores Seletivos da Recaptação da Serotonina (ISRS)	Pequeno almoço
Diazepam cp	5mg	benzodiazepínicos com propriedades ansiolíticas, sedativas, miorrelaxantes, anticonvulsivantes e efeitos amnésicos	Deitar
Valproato Semissódico cp	500mg	Epilepsias generalizadas parciais e secundárias e Privação do sono. - Alterações do comportamento associados à epilepsia. - Tratamento de episódios maníacos na doença bipolar quando o lítio está contraindicado ou não é tolerado.	Pequeno almoço e jantar

Levetiracetam cp	500mg	antiepilépticos e anticonvulsivantes	Pequeno almoço e jantar
Sinvastatina cp	20mg	inibidores da redutase da HMG-CoA	jantar
Quetiapina cp	200mg	Neuroléptico - Antipsicótico	jantar
Metamizol magnésico cp	575mg	Derivado pirazolónico não narcótico que possui ação analgésica, antipirética e espasmolítica.	Em sos até 3 por dia

Condições Habitacionais – avaliação da segurança do ambiente

A Sra. P.S reside com o esposo em apartamento próprio, um 3º andar num prédio sem elevador (há 3 lances de 6 degraus até ao apartamento mais 3 degraus no hall de entrada do prédio) e localiza-se numa zona antiga da cidade. O apartamento tem cerca de 70m², dois quartos, uma sala, uma cozinha, uma casa de banho com poliban (colocado após o internamento em neurocirurgia). Atualmente, e desde a pandemia, o casal dorme em quartos separados, o esposo dorme no quarto do casal e a esposa no antigo quarto do filho.

A ocorrência de quedas é frequente para a Sra. P.S, e algumas com sequelas significativas na sua funcionalidade, pelo que considero importante realizar a avaliação da segurança do ambiente habitacional. Neste sentido, irei descrever as divisões da habitação mais utilizadas pela Sra. P.S, de acordo com a informação transmitida pelo casal e pelo observado aquando das visitas domiciliárias.

Iluminação: referem ser adequada; a maior parte das lâmpadas são de luz amarela, mas na casa de banho têm uma luz branca de maior potência e acrescentam que também querem colocar no corredor. Os interruptores das divisões localizam se no interior das mesmas, contudo em algumas divisões como os quartos e wc, conseguem ligá-las antes de entrar. Não têm luzes de presença, mas ambos os quartos têm candeeiro de cabeceira com interruptores ao alcance de ambos. Os fios elétricos estão presos à parede, não são visíveis fios no chão.

Mobiliário: Há divisões na casa com um maior número de móveis nomeadamente o quarto onde se encontra a Sra. P.S (o quarto mais pequeno) que ainda conserva a mobília antiga de solteiro do filho – (cama de solteiro, mesa de cabeceira, secretária, 2 cadeiras, 1 cadeirão, 1 roupeiro de 3 portas). O número elevado de mobiliário numa área pequena, diminui a área disponível à Sra. P.S para transitar em segurança. As cadeiras existentes no quarto não têm apoio de braços e apesar de terem a altura e a profundidade adequadas para a Sra. P.S, uma delas é instável. O cadeirão tem apoio de braços, mas não tem nem a altura nem a profundidade adequada sendo baixo demais para a Sra. P.S e nem sequer é utilizado pela própria. A secretária existente no quarto tem altura apropriada e é utilizada como mesa de apoio para a televisão e área de refeição da Sra. P.S. No corredor existe apenas uma consola pequena, de acordo com o esposo retiraram outros móveis para facilitar a circulação.

Escadaria - Até ao 3º andar onde se localiza o apartamento, há 3 lances de 6 degraus e 3 degraus no hall de entrada do prédio. As escadas têm iluminação, mas de baixa potência. Apenas existe corrimão num dos lados da escada e está bem fixo. Os degraus estão em bom estado, são regulares, mas nem todos têm o mesmo tamanho – os 3 degraus do hall do prédio são maiores que os restantes. As beiras dos degraus não estão marcadas com fita delimitante e só existe 1 tapete no hall do prédio, mas que não está fixo.

Casa de Banho- A casa de banho é composta por 1 poliban, 1 sanita e 1 movel com lavatório. Não existem barras de apoio nem no poliban nem na sanita. A Cabine do poliban não está ao nível do chão, o seu acesso obriga a subir um degrau. A base do poliban é aparentemente antiderrapante e no seu interior está um banco de acento e pés de plástico. A sanita está colocada a uma boa altura e o papel higiénico em local acessível. Existe um tapete na casa de banho que não é antiderrapante nem está fixo ao chão.

Quarto da Sra. P.S – A cama está encostada à parede pelo lado esquerdo sendo apenas possível à Sra. P.S sair pelo lado direito. A cama é baixa, mas adequada à altura da Sra. O colchão nunca foi trocado pelo que apresenta algumas irregularidades. No que diz respeito à existência de tapetes, o esposo da Sra. P.S refere que já tiveram mais, neste momento existe apenas 1 tapete à saída da cama que não é antiderrapante, nem está fixo ao chão. A mesa-de-cabeceira tem um candeeiro que a Sra. P.S nem sempre se lembrava de ligar apesar de o interruptor estar ao seu alcance. Ainda na mesa-de-cabeceira tem o telemóvel com sistema de marcação rápida. O espaço entre a saída da cama e a secretária colocada em frente é de menos de 1m. A temperatura do quarto é mantida por um aquecedor elétrico, e no 1º dia de interação estava excessivamente quente. A Sra. P.S tinha calçado umas pantufas de lã, pois desde que tinha tido alta do hospital não tinha saído da cama.

Conhecimentos e expectativas sobre a condição de saúde:

A Sra. P.S está consciente da sua situação, mostra-se triste e refere que apesar das limitações funcionais e cognitivas decorrentes do HSD (plegia do Membro Superior Esquerdo; diminuição da força no Membro Inferior Esquerdo, alterações de memória) já conseguia realizar algumas atividades de vida com ajuda, e a marcha era com auxílio de uma canadiana. O contexto de pandemia fez com que se isolasse muito em casa, ficou mais restrita ao leito e sentia-se mais triste e com mais falta de equilíbrio, e por isso sentia-se menos motivada. O esposo está consciente da condição da esposa, das suas limitações funcionais (é o principal cuidador e têm apoio domiciliário para a higiene), mas mostra-se mais ansioso pois refere que, com a pandemia, a esposa está mais triste e menos motivada, temendo que esta última queda a faça perder alguma da autonomia já alcançada.

2. OPERACIONALIZAÇÃO DA SEPCH

É importante referir que, ao longo dos diferentes momentos de interação com a Sra. P.S, foram respeitadas as regras de arte da Metodologia de Cuidados Humanidade assim como os diferentes pilares Humanidade operacionalizados através da Sequência Estruturada de Procedimentos Cuidativos Humanidade (SEPCH).

O 1º momento de interação entre mim e a Sra. P.S decorreu na manhã do dia 16 de fevereiro, no seu domicílio. Esse 1º momento permitiu operacionalizar as **5 etapas da SEPCH**:

A 1ª etapa - os pré-preliminares - A Sra. P.S encontrava-se no quarto deitada na cama, contudo antes de entrar no seu quarto, bati à porta, que se encontrava aberta. Apesar de a porta se encontrar aberta, não significa que tenhamos a permissão para entrar, bater à porta consiste em pedir permissão para entrar no espaço privado da Sra., P.S, anunciar que vamos com alguma intensão. Bater à Porta – é um apelo à sua memória emocional, são gestos específicos que significam entrar no seu espaço e respeitar a sua privacidade. A Sra. P.S manteve se em decúbito lateral e, apesar de não estabelecer contato visual, saúda a nossa presença e consente a nossa entrada. Esta sua resposta verbal validou a operacionalização da **2ª etapa da SEPCH (preliminares)**.

2ª etapa – os preliminares – Consequentemente procurei estabelecer contato visual com a Sra. P.S ajustando o olhar de forma progressiva, axial e horizontal. A Sra. P.S posiciona-se em decúbito dorsal e vai ao encontro do meu olhar. Seguidamente, aproximei-me lentamente e apresentei-me “Boa tarde Sra. P.S, sou a enfermeira Cristina, aluna da especialidade de reabilitação e hoje venho para estar consigo, perceber como a posso ajudar e de que forma!” A Sra. P.S emociona-se e refere “Aí Sra. enfermeira era bom, não sei se desta vez consigo”

A 3ª etapa “rebouclage sensorial”, assumiu-se como o momento do cuidado em si. Nesta situação, constituiu-se num momento avaliativo onde se procedeu à colheita de dados com avaliação das alterações que determinaram as limitações à funcionalidade e défices no autocuidado da Sra. P.S. Neste momento integrei as características positivas dos pilares Humanidade (olhar, palavra, toque) que, em consonância, promoveram a sintonia entre mim e a Sra. P.S. Durante este momento foi importante promover estímulos sensoriais positivos e estar atenta à comunicação verbal e não-verbal da mesma, respeitando o seu tempo e os seus momentos de silêncio. A Sra. P.S, mostrou relutância em realizar a avaliação da marcha, iniciando quadro de tremor (ocasional?) maioritariamente do membro superior direito e alguma agitação, que equaciono ser uma forma não-verbal de comunicar a ansiedade associado ao momento do levantar pela possibilidade de dor e medo de cair.

No fim deste momento avaliativo promoveu-se a **4ª etapa da SEPCH, a consolidação emocional** que, por meio dos diversos momentos de reforço positivo feitos por mim á Sra. P.S., consolidou a impressão positiva (que advém da etapa anterior). Este reforço positivo

aconteceu através de palavras positivas valorativas da sua participação no momento avaliativo, determinante para a elaboração do seu plano de reabilitação.

Estes momentos de reforço têm como objetivo deixar na memória emocional da Sra. P.S um momento positivo de relação e cuidado e abrem caminho para **a 5ª e última etapa da SEPCH-o reencontro. Nesta última etapa**, deixámos combinado novo encontro e despedimo-nos com amabilidade, efetivando a continuidade de cuidados e evitando sensação de abandono. A Sra. P.S enquanto pessoa cuidada, consente que eu, enquanto futura ER, continue a trabalhar com ela e com o seu cuidador, no sentido da adaptação às suas limitações e à maximização da sua autonomia e qualidade de vida.

3. AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO - Datas: 16/2 e 23/2/2021

3.1 - EXAME CLÍNICO DAS FUNÇÕES MENTAIS

Nível De Consciência:

A Sra. S.P encontra-se vígil.

Estado de Cognição:

Para avaliação da cognição foi utilizado o mini mental state exame, na primeira avaliação com o valor de 22.

Orientação – A Sra. P.S apresenta-se orientada no espaço, autopsíquica e alopsíquica (identifica os outros e a situação), mas apresenta desorientação temporal.

Atenção - No que concerne á vigilância a Sra. P.S compreende e mantém foco de atenção para estímulos externos. Tenacidade: capacidade de manter numa tarefa específica diminuída. Concentração: apresenta alguma dificuldade em manter a atenção voluntária em processos internos de pensamento, pedido que subtraísse de 7 em 7 começando em 100 (MoCA) - apresentou 2 subtrações corretas em 5.

Memória – Avaliada memória sensorial e imediate que está mantida (Sra. P.S com capacidade de receber e reter informação sensorial por um período de 0,5s e informação ouvida nos últimos 15 a 20s); Memória recente a curto prazo (5-10m) mantida, (conseguiu memorizar a lista de palavras mencionadas no MoCA e evocá-la mais tarde); Memória recente a longo prazo alterada com dificuldade em lembrar informação fornecida há + de 30m; Memória Remota não parece estar alterada, a Sra. P.S consegue recordar eventos ocorridos no passado, mas não consegue reter informação de um dia para o outro sem se recorrer a pistas auxiliares de memória.

Inteligência – Na avaliação da inteligência, a Sra. P.S apresenta capacidade de fazer contas mantida embora lentificada; capacidade de abstração também mantida, foi apresentado um

proverbio que esta consegue explicar por palavras suas, embora ocorram algumas pausas. Apresenta capacidade de generalização mantida, conseguindo explicar as semelhanças entre os grupos de palavras (banana/laranja – fruta e comboio/bicicleta - transportes); Juízo Crítico/Insight: Neste 1º momento de interação a Sra. P.S percebe e avalia adequadamente a realidade externa e separa-a dos aspetos do mundo interno. A sua capacidade de autoavaliação está mantida, contudo apresenta uma visão limitada de si mesma, refere muitas vezes que “agora é que é, já conseguia ajudar em alguma coisa, mas agora já não sei” (sic). Capacidade de Insight está mantida a Sra. P.S, compreende o que se passa consigo, quais as consequências da sua situação sobre si mesma, sobre a sua família e sobre a sua vida, embora nesta situação esteja mais desmotivada. A Sra. P.S consegue ter a capacidade de distanciamento de si mesma para avaliar criticamente as implicações da sua situação de doença e dos seus próprios comportamentos, contudo tem adotado uma atitude menos esperançosa.

Linguagem/discurso

A Sra. P.S apresenta discurso espontâneo e coerente, mas com vários momentos de silêncio. A qualidade do discurso é pobre, quase sempre lentificado e num volume adequado. Apresenta capacidade de compreensão, nomeação, repetição e leitura mantidas. Capacidade de escrita mantida, consegue escrever o seu nome.

Humor/afeto

A Sra. P.S na primeira interação apresenta humor triste e depressivo, por vezes apático com falta de interesse, desejo e com diminuição da reação a estímulos. Refere sentir-se cansada e verbaliza várias vezes que desta vez é que não vai conseguir.

Capacidades Práticas

À avaliação a Sra. P.S apresenta capacidade para executar gestos simbólicos (realiza com a mão direita o símbolo de pedir boleia) e icónicos quer transitivos (leva o copo à boca sem dificuldade) como intransitivos (dizer adeus). Não apresenta apraxia de qualquer tipo: apraxia dos membros (cinética, ideomotora ou ideativa), não apresenta apraxia bucofacial, nem construtiva, nem do vestir ou da marcha.

3.2- EXAME DO SISTEMA NEUROLÓGICO E SENSORIAL

Avaliação dos Pares Craneanos (16/02/21)

Nº	Nervo	Função	Prova	Avaliação
I	Olfativo	Olfato	Avaliado bilateralmente alternando a oclusão de cada narina, solicitando à Sra, P.S que de olhos fechados,	Sem alterações, identificado o

			identifique o odor específico colocado sob o nariz.	cheiro a café e canela.
II	Ótico	Visão	Avaliado bilateralmente <u>Acuidade visual:</u> Fechar olho alternadamente. Solicitar a identificação de objetos dentro do campo visual. Testar diferentes distâncias. <u>Campo de visão:</u> Mantendo olhar fixo num ponto, apresentar objeto, movimente ao longo do campo de visão solicitando que identifique quando deixasse de visualizar. Despistar presença de escotomas.	Apresenta capacidade para ver objetos próximos e distantes e detetar objetos ou movimento a partir da periferia dos olhos.
III	Motor ocular comum	Movimento do olho para cima, para baixo e para cima.	Avaliado em conjunto IV e VI pares cranianos. Quarto escurecido, incidir foco de luz pouco brilhante de lanterna do canto externo para o interno de cada olho. Avaliar reação, tamanho e forma das pupilas. Solicitar que seguisse o meu dedo desenhando a letra H no espaço. Realizar despiste de nistagmo ou ptose palpebral.	Sem desvio da cabeça e pescoço. Pupilas isocóricas e isoreativas ao estímulo luminoso. Movimentos oculares, normais, coordenados e mantidos.
IV	Patético	Motricidade do músculo oblíquo superior do bulbo do olho- rotação do olho	Avaliar a capacidade para mover o olho de cima//baixo e de dentro/fora.	Sem alterações
V	Trigêmeo	Controlo dos movimentos da mastigação (ramo motor); Perceções sensoriais da face, seios da face e dentes (ramo sensorial)	Com os olhos fechados, avaliar bilateralmente: a sensibilidade táctil, térmica e dolorosa nas três divisões do nervo craniano. Pesquisar a presença do reflexo córneo-palpebral bilateral.	Sem alterações
VI	Motor ocular externo	Movimento lateral do olho	Avaliar a capacidade de mover o olho para fora da linha média, espontaneamente ou seguindo objeto.	Sem alterações
VII	Facial	Controlo dos músculos faciais -	Avaliar simetria facial e apagamento do sulco nasogeniano. Avaliar dificuldade em manter saliva ou alimentos na cavidade oral.	Sem assimetria da face

		mimica facial (ramo motor); Percepção gustativa no terço inferior da língua (ramo sensorial)	Avaliar capacidade de reconhecer sabores como doce, salgado e amargo nos dois terços anteriores da língua.	
VIII	Auditivo	Vestibular: orientação e movimento. Coclear: audição	Divisão coclear: Avaliar bilateral. Apresentar som de ponteiros de relógio. Divisão vestibular: Testar equilíbrio dinâmico e estático sentado e em posição ortostática.	Detetada alteração do equilíbrio por incapacidade em realizar o teste de Romberg-Barré e de apoio monopodal
IX	Glossofaríngeo	Percepção gustativa no terço posterior da língua, percepções sensoriais da faringe, laringe e palato	Avaliar capacidade para reconhecer sabores como doce ou salgado no terço posterior da língua.	Sem alterações
X	Vago	Percepções sensoriais da orelha, faringe, laringe, tórax e vísceras. Inervação das vísceras torácicas e abdominais.	Avaliar a presença do reflexo de vômito. Despistar de alterações do tom de voz, fadiga vocal, tosse ineficaz ou dor local.	Sem alterações
XI	Espinal	Controlo motor da faringe, laringe, palato, dos músculos esternocleidomastóideo e trapézio – rotação e inclinação da cabeça.	Avaliar capacidade para elevar os ombros e lateralizar a cabeça, contra uma resistência.	Sra. P.S lateraliza a cabeça sem alterações. Eleva o ombro direito sem dificuldade, mas não eleva ativamente o esquerdo.
XII	Grande hipoglosso	Motricidade dos músculos da língua (mastigação, deglutição)	Avaliar os diferentes movimentos da língua.	Sem alterações

		e articulação das palavras)		
--	--	-----------------------------	--	--

Avaliação da Função Sensitiva

Sensibilidade Superficial: tátil, térmica e dolorosa diminuída a nível do membro superior esquerdo.

Sensibilidade Profunda: relativamente ao sentido de pressão ou sensibilidade postural encontra-se mantida. Não foi avaliada a sensibilidade vibratória por inexistência de diapasão.

3.3 - EXAME DA FUNÇÃO MOTORA

Avaliação da motricidade

Força Muscular- Para avaliar a força muscular em todos os movimentos dos segmentos corporais foi aplicada a Escala de Força Muscular *Medical Research Council*

Escala de Força Muscular <i>Medical Research Council</i>	
0	Paralisia completa
1	Mínima contração
2	Ausência de movimentos ativos contra a gravidade
3	Contração fraca contra a gravidade
4	Movimento ativo contra a gravidade e resistência
5	Força normal

Avaliada a 16/2/2021

Segmentos	Movimentos	Força Muscular	
		Lado Esquerdo	Lado Direito
Cabeça e Pescoço	Flexão	5/5	5/5
	Extensão		
	Flexão Lateral esquerda	5/5	
	Flexão Lateral direita	5/5	
	Rotação		
Escapulo-umeral	Flexão	0/5	5/5
	Extensão	0/5	5/5
	Adução	0/5	5/5
	Abdução	0/5	5/5
	Rotação interna	0/5	5/5
	Rotação externa	0/5	5/5

Cotovelo	Flexão	0/5	5/5
	Extensão	0/5	5/5
Antebraço	Pronação	0/5	5/5
	Supinação	0/5	5/5
Punho	Flexão Palmar	0/5	5/5
	Dorsi-flexão	0/5	5/5
	Desvio Radial	0/5	5/5
	Desvio Cubital	0/5	5/5
	Circundação	4/5	5/5
Dedos	Flexão	0/5	5/5
	Extensão	0/5	5/5
	Adução	0/5	5/5
	Abdução	0/5	5/5
	Circundação	0/5	5/5
	Oponência do Polegar	0/5	5/5
Coxo Femural	Flexão	4/5	4/5
	Extensão	4/5	4/5
	Adução	4/5	4/5
	Abdução	4/5	4/5
	Rotação Interna	4/5	4/5
	Rotação Externa	4/5	4/5
Joelho	Flexão	4/5	4/5
	Extensão	4/5	4/5
Tíbio-Tarsica	Flexão plantar	4/5	4/5
	Flexão Dorsal	4/5	4/5
	Inversão	4/5	4/5
	Eversão	4/5	4/5
Dedos	Flexão	4/5	4/5
	Extensão	4/5	4/5
	Adução	4/5	4/5
	Abdução	4/5	4/5

Tónus Muscular – Para avaliar o tónus muscular foi feita mobilização passiva dos diferentes segmentos corporais, de acordo com a *Escala Modificada de Ashworth*

Escala Modificada de Ashworth	
0	Nenhum aumento no tónus normal
1	Leve aumento do tónus muscular, manifestado por tensão momentânea ou por resistência mínima, no final da amplitude de movimento articular quando a região é movida em flexão ou extensão.
1+	Leve aumento do tónus muscular, manifestado por tensão abrupta, seguida de resistência mínima em meados da metade da amplitude de movimento articular restante.
2	Aumento mais marcante do tónus muscular, durante a maior parte da amplitude de movimento articular.
3	Considerável aumento do tónus muscular, o movimento passivo é difícil.
4	Parte afetada rígida em flexão ou extensão.

Avaliada a 16/02/2021

		Tónus Muscular	
Segmentos	Movimentos	Lado Esquerdo	Lado Direito
Cabeça e Pescoço	Flexão	0/4	
	Extensão		
	Flexão Lateral esquerda	0/4	
	Flexão Lateral direita	0/4	
	Rotação		
Escapulo-umeral	Flexão	0/4	0/4
	Extensão	0/4	0/4
	Adução	0/4	0/4
	Abdução	0/4	0/4
	Rotação interna	0/4	0/4
	Rotação externa	0/4	0/4
Cotovelo	Flexão	0/4	0/4
	Extensão	0/4	0/4
Antebraço	Pronação	0/4	0/4

	Supinação	0/4	0/4
Punho	Flexão Palmar	0/4	0/4
	Dorsi-flexão	0/4	0/4
	Desvio Radial	0/4	0/4
	Desvio Cubital	0/4	0/4
	Circundação	0/4	0/4
Dedos	Flexão	0/4	0/4
	Extensão	0/4	0/4
	Adução	0/4	0/4
	Abdução	0/4	0/4
	Circundação	0/4	0/4
	Oponência do Polegar	0/4	0/4
Coxo Femural	Flexão	0/4	0/4
	Extensão	0/4	0/4
	Adução	0/4	0/4
	Abdução	0/4	0/4
	Rotação Interna	0/4	0/4
	Rotação Externa	0/4	0/4
Joelho	Flexão	0/4	0/4
	Extensão	0/4	0/4
Tíbio-Tarsica	Flexão plantar	0/4	0/4
	Flexão Dorsal	0/4	0/4
	Inversão	0/4	0/4
	Eversão	0/4	0/4
Dedos	Flexão	0/4	0/4
	Extensão	0/4	0/4
	Adução	0/4	0/4
	Abdução	0/4	0/4

Coordenação motora - Para avaliação da coordenação motora dos membros superiores, foi realizada a prova índex-nariz, de indicação de Barany e prova dos movimentos alternados.

Para avaliação da coordenação dos membros inferiores foi realizada, de olhos abertos e fechados, a prova calcanhar Joelho em posição de dorsal. A prova foi bem-sucedida, contudo foi feita de forma mais lenta de acordo com o grau de tolerância à dor da Sra. P.S.

Avaliação da Marcha – No dia em que realizei o 1º momento avaliativo (16/2), a Sra. P.S, mostrou relutância em realizar a avaliação da marcha, iniciando quadro de tremor (ocasional?) maioritariamente do membro superior direito e alguma agitação, que equacionei ser uma forma não-verbal de comunicar a ansiedade (considerar os antecedentes da Sra.) associado ao momento do levantar pela possibilidade de dor e medo de cair. Desta forma, considerei não estarem reunidas as condições físicas e emocionais para que a avaliação foi feita com o seu consentimento total e explícito. A avaliação da marcha foi realizada a 23/2, iniciou-se com a verticalização e posteriormente conseguiu andar, com apoio bilateral, numa distância curta de cerca de 1-2 m, tendo-se sentado para descansar e depois retomado o regresso até ao leito.

Equilíbrio – No primeiro momento avaliativo (16/02/2021) apenas foi possível realizar a avaliação do equilíbrio estático e dinâmico sentado, o qual se encontra diminuído. Não foi possível realizar a avaliação em posição ortostática pelas circunstâncias anteriormente descritas. A avaliação foi feita a 23/02, quando reunidas as condições físicas e emocionais adequadas: a Sra. P.S mantinha equilíbrio diminuído em posição de sentada, mas mais acentuado em posição ortostática (demonstrado por incapacidade de realizar o teste de Romberg-Barré e de apoio monopodal). Foi aplicada a Escala de Equilíbrio de Berg (*EEB*):

ESCALA DE EQUILÍBRIO DE BERG (Pontuações)	DATAS DE AVALIAÇÃO		
	23/02/21	2/03/21	16/03/21
41-56 (Baixo risco de queda / equilíbrio bom)			
21-40 (Risco de queda médio/ equilíbrio médio)			35
0-20 (Elevado risco de queda / equilíbrio diminuído)	4	19	

Escala da Verticalidade Humanidade:

CLASSIFICAÇÃO	DATAS DE AVALIAÇÃO		
	16/02/21	23/02/21 e 2/03/21	16/03/21
Homens de Pé – deslocam-se sozinhos sobre as suas pernas, podem ficar de pé durante todo o cuidado.			

Homens de Pé Sentados – têm necessidade dos cuidadores para as suas deslocações. Eles carregam o seu peso sobre as suas pernas e mantêm-se de pé mais de 40 segundos, mas não conseguem ficar de pé durante todo o tempo do cuidado.			x
Homens Sentados de Pé – têm necessidade dos cuidadores para as suas deslocações. Eles carregam o seu peso sobre as suas pernas, mas mantêm-se de pé menos de 40 segundos.		x	
Homens Sentados-Deitados – não podem manter-se sobre as suas pernas.	x		
Homens Deitados – não podem manter-se sobre as suas pernas e não podem ser levantados, por imperativos clínicos.			

3.4 - AVALIAÇÃO DA FUNCIONALIDADE – Utilização da escala de Medida de Independência Funcional (MIF)

	23/02/2021	2/03/2021	16/03/2021
AUTOCUIDADO			
S. Alimentação	3	4	5
T. Higiene Pessoal	2	3	4
U. Banho	2	3	4
V. Vestir metade superior	2	2	3
W. Vestir metade inferior	2	3	4
X. Utilização da sanita	1	2	3
CONTROLO DE ESFÍNCTERES			
Y. Vesical	1	1	2
Z. Intestinal	3	3	4
TRANSFERÊNCIA			
AA.Cama, cadeira, cadeira de rodas	2	3	4
BB.Sanitário	2	3	4
CC. Banheira, duche	1	3	4
LOCOMOÇÃO			
DD. Marcha, cadeira de rodas	2	3	4
EE.Escadas	1	1	2
Sub total motor	24	34	47
COMUNICAÇÃO			
FF. Compreensão (auditiva/visual)	4	5	6
GG. Expressão (vocal/não vocal)	4	5	6
COGNIÇÃO SOCIAL			
HH. Interação social	2	3	4
II. Resolução de Problemas	2	3	4
JJ. Memória	2	3	4
Total	38	53	71

Níveis de Independência

7 – Independência completa (em segurança, em tempo normal)	
6 – Independência Modificada (ajuda técnica)	
Dependência modificada	Dependência completa
5- Supervisão	2 – Ajuda máxima (indivíduo participa em \geq 25%);
4 – Ajuda mínima (indivíduo participa em \geq 75%).	1- Ajuda total (indivíduo participa em \leq que 25%)
3 – Ajuda Moderada (indivíduo participa em \geq 50%)	

4. Avaliação do Requisitos Universais de Autocuidado

Requisitos Universais de Autocuidado	Padrão Habitual do Autocuidado	Padrão Atual de Autocuidado	Sistema de Enfermagem
<p>Manutenção de uma quantidade suficiente de ar</p>	<p>✓ Anteriormente a Sra. P.S necessitava de ajuda parcial nas AVD's (tinha apoio domiciliário para a higiene). Refere que de acordo com a exigência da tarefa realizada sentia períodos de cansaço fácil e dispneia, mas que conseguia compensar com períodos de repouso. Desde o início da pandemia tem ficado mais confinada ao leito e este cansaço tem sido mais frequente.</p>	<p>✓ Perfil tensional e cardíaco estáveis: TA 145/78mmHg, FC: 78bpm, pulso regular e rítmico;</p> <p>✓ Respiração: Eupneia em repouso. Mantem algum cansaço durante o dia, mas sem sinais de dificuldade respiratória. Padrão respiratório toracoabdominal, simétrico, regular, superficial e sem utilização da musculatura acessória. Saturações periféricas entre os 96-97%, em ar ambiente. Auscultação pulmonar com murmúrio vesicular mantido em todos os campos pulmonares. Sem presença de ruídos adventícios, bilateralmente.</p> <p>✓ Refere acessos de tosse esporádicos (preferencialmente ao acordar) com secreções esbranquiçadas e fluidas que mobiliza.</p> <p>✓ Circulação: sem sinais aparentes de compromisso da perfusão tecidual (sem edema; sem alterações de coloração,</p>	<p>Sistema parcialmente compensatório;</p> <p>Sistema de apoio e ensino</p>

		<p>temperatura e tempo de preenchimento capilar). Pulso pedioso e tibial posterior mantido bilateralmente.</p> <p>✓ Avaliada dispneia em repouso pela <i>Escala de Borg: 0 sem dispneia.</i></p>	
Manutenção de uma ingestão suficiente de água	<p>✓ Ingestão hídrica diária de cerca de 750ml de água: Pequeno Almoço – 150ml de chá; Almoço e Jantar – sopa cerca de 200ml + 200ml; Lanche – 100ml sumo ou chá; cerca de 100ml em copos de água ao longo do dia.</p>	<p>Sem alterações ao padrão habitual do autocuidado</p>	<p>Sem défice de AC</p>
Manutenção de uma ingestão suficiente de alimentos	<p>✓ Alimentação diversificada, polifracionada: - Realizava habitualmente 4 refeições diárias e por vezes 5. As refeições eram preparadas pelo esposo que optava preferencialmente por vegetais, carnes brancas (frango e peru) e peixe 1 a 2 vezes por semana (essencialmente peixe congelado pelo valor monetário). Comem essencialmente fruta da época principalmente ao almoço e jantar. Os modos de confeção privilegiados são a cozedura; assados, grelhados. A principal gordura utilizada é o azeite.</p> <p>✓ Costumava fazer as refeições na mesa da cozinha, mas quando estava mais cansada almoçava na secretaria junto à cama.</p>	<p>✓ A Pandemia trouxe o isolamento e segundo a Sra. P.S até a alimentação mudou, tornou se menos diversificada, pois para evitar sair de casa mais vezes, o esposo optava mais por congelados (rissóis, pasteis de bacalhau etc.) que por vezes fazia no forno e outras vezes fritava. A gordura preferencial mantém-se o azeite, mas o óleo tornou-se mais frequente que o habitual.</p> <p>✓ Com o isolamento, ficou mais triste e deprimida passando grande parte do dia deitada na cama. O apetite diminuiu, passou a fazer habitualmente 4 refeições e às vezes só 3 refeições.</p> <p>✓ De acordo com a Sra. P.S, o facto de</p>	<p>Sistema Parcialmente Compensatório</p> <p>Sistema de apoio educação</p>

	✓ Tem prótese dentária completa.	passar mais tempo no leito, fê-la perder a força nos membros inferiores pelo que as quedas têm sido mais frequentes. Refere ter muito medo de voltar a cair pelo que se mantém restrita ao leito onde, agora, faz habitualmente a refeição.	
Manutenção de um padrão de eliminação adequado	✓ A Sra. P.S, desde 2015 que tem discretas perdas involuntárias de urina pelo que usava cueca fralda, mas a maior parte das vezes conseguia ir a casa de banho urinar e evacuar. Contudo com a pandemia e a permanência no leito, deixou de conseguir chegar a tempo à casa de banho para a micção pelo que passou a usar fralda e por vezes a arrastadeira.	✓ Neste último internamento urinou sempre na fralda, referia que tinha dores com a colocação da arrastadeira. A eliminação intestinal passou a acontecer na arrastadeira, mas refere ter tido 2 a 3 acidentes ocasionais na fralda. Necessita que o marido coloque a arrastadeira e que proceda à troca da fralda. Não tem bem a noção de quantas vezes urina, mas cerca 4-5 vezes dia.	Sistema totalmente compensatório Sistema de apoio- Educação
Manutenção do equilíbrio entre a atividade e o repouso	✓ Antes da pandemia saía com o marido de casa, 2 a 3 vezes por semana e ia até ao parque. No parque caminhava na companhia do esposo (nunca grandes percursos), parando algumas vezes para descansar de acordo com a sua necessidade. Com a pandemia ficou mais restrita ao domicílio, deslocando se entre divisões, mas teve	✓ Apresenta paresia de predomínio braquial á esquerda (Avaliada força muscular 0/5 em todos os diferentes segmentos que compõe o membro superior esquerdo (escapulo-umeral, cotovelo, antebraço e punho); ✓ Com o internamento hospitalar recente	Sistema totalmente compensatório Sistema de apoio- Educação

	<p>alguns episódios de desequilíbrio e queda e foi ficando mais restrita ao quarto e ao leito;</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Para realização da sua higiene o esposo ou as técnicas de apoio domiciliário ajudavam-na a ir até á casa de banho e realizava com ajuda a sua higiene no poliban; ✓ Por vezes fazia uma sesta apos o almoço, mas o sono era habitualmente noturno entre 6 a 7 horas com recurso a terapêutica indutora de sono. 	<p>por fratura de D11 e D12 (tratamento conservador de 4 semanas), manteve se no leito, não tendo feito ainda levante.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Apresenta alteração da força muscular a nível dos membros inferiores (avaliada força muscular 4/5 em todos os segmentos que compõe os membros inferiores); ✓ Apresenta alteração do equilíbrio estático e dinâmico sentado e na posição ortostática; ✓ Nas Atividades de AC higiene e vestir/despir necessita da ajuda do esposo e tem apoio domiciliário para a higiene 2 vezes por semana. ✓ Tem períodos de sono diurno, cerca de 1 hora de manhã e à tarde, mantém sono noturno de cerca de 6 a 7h com recurso a medicação. 	
<p>Manutenção de equilíbrio entre solidão e interação social</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Diminuição dos contactos sociais desde a situação de internamento e restrições impostas pela situação da pandemia por Sars-Cov2: antes da pandemia saia com o marido de 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Orientada no espaço, autopsíquica e alopsíquica (identifica os outros e a situação), mas apresenta desorientação temporal; ✓ Apresenta alterações cognitivas nomeadamente a nível da atenção e memória; 	<p>Sistema Parcialmente compensatório</p> <p>Sistema de apoio- Educação</p>

	<p>casa, 2 a 3 vezes por semana e encontrava-se com algumas amigas; recebia a visita do filho e dos netos 2-3 vezes por semana.</p> <p>✓ Ocupava o tempo essencialmente a ler algumas revistas e via televisão.</p>	<p>✓ Vive com o esposo (cuidador principal) e quando este se ausenta fica sozinha em restrita ao leito. Desde este último internamento hospitalar que se sente incapaz de se levantar ou andar de forma autónoma e tem medo de voltar a cair.</p>	
<p>Prevenção de perigos à vida humana, ao funcionamento e ao bem-estar do ser humano</p>	<p>✓ Parésia do hemicorpo à esquerda de predomínio braquial;</p> <p>✓ Antes da pandemia, costumava fazer pequenas caminhadas, na companhia do esposo - usava suspensor braquial no membro superior esquerdo e mobilizava-se com apoio de uma canadiana. De acordo com o esposo, as caminhadas eram pequenas cerca de 100 metros e com algumas paragens pelo meio.</p> <p>✓ Com a pandemia e as restrições impostas, a esposa ficou mais confinada ao leito e sem motivação para fazer levante, os períodos de marcha foram diminuindo, a marcha ficou mais lentificada, com maior desequilíbrio, e dificuldade em contornar o mobiliário em casa, o que levou a algumas quedas.</p>	<p>✓ Orientada no espaço auto e alopsíquicamente (identifica os outros e a situação), mas apresenta desorientação temporal;</p> <p>✓ Apresenta alterações cognitivas, na capacidade de atenção e memorização;</p> <p>✓ Diminuição da força muscular a nível dos membros inferiores (4/5), força mantida no membro superior direito;</p> <p>✓ Plegia do membro superior esquerdo – forma muscular 0/5</p> <p>✓ Baixo Risco de Desenvolvimento de úlceras de pressão (score 17 na escala de Braden);</p> <p>✓ Necessita de ajuda parcial na lateralização no leito;</p>	<p>Sistema totalmente Compensatório e Sistema de Apoio-Educação</p>

		<ul style="list-style-type: none"> ✓ Ausência de equilíbrio estático e dinâmico, em posição de sentada e ortostática; ✓ A Sra. P.S não se sentiu confortável em realizar avaliação da marcha no dia 16/02 pelo que esta só foi possível realizar no dia 23/02. ✓ Apresenta alto risco de queda (score 75 na Escala de Morse); ✓ Avaliação da MIF com pontuação de 38 pontos que classifica um grau de dependência com necessidade de assistência por parte de outra pessoa até 50% da tarefa; ✓ Considerando a avaliação das condições de segurança ambiental realizada existe a necessidade de controlo de alguns fatores de risco assim como adaptação do espaço e equipamentos e outros. 	
<p>Promoção do funcionamento do ser humano dentro de grupos sociais, de acordo com o potencial humano, as</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Tem uma boa relação com o filho, nora e netos – a pandemia trouxe a restrição de contatos o que a deixou muito triste. ✓ Gostava particularmente de ir com o esposo ao parque e falar presencialmente com as amigas. Com a pandemia 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Orientada auto e alo psiquicamente, mas com períodos de desorientação temporal; ✓ Apresenta alterações cognitivas nomeadamente na memória e atenção; 	<p style="text-align: center;">Sistema Parcialmente Compensatório e</p>

<p>limitações conhecidas e o desejo de ser normal</p>	<p>contatavam-se telefonicamente, mas também isso foi deixando de acontecer.</p> <p>✓ A permanência no leito e as alterações de funcionalidade assim como as quedas que foram ocorrendo, com maior ou menor consequências, trouxeram o medo e a desmotivação.</p>	<p>Necessita de ajuda total na maioria dos seus autocuidados;</p> <p>✓ Apresenta do juízo crítico e capacidade de insight – percebe a realidade externa, mas apresenta uma visão negativista da sua situação. A sua capacidade de autoavaliação está alterada pois a maior parte das vezes não consegue focar se no seu potencial, mas sim nas suas limitações.</p> <p>✓ A pandemia restringiu os contatos sociais e familiares, mas tem esperança que com o alívio das medidas restritivas possa ver os netos e filho com maior frequência. Não sabe se conseguirá voltar a ir ao parque.</p>	<p>Sistema de Apoio-Educação</p>
--	---	--	---

Requisitos de AC de Desvio de Saúde	Padrão de Atual de Autocuidado	Défi ce no AC/Sistema de Enfermagem
<p>Procura garantir a assistência médica necessária</p>	<p>✓ Apresenta incapacidade de procurar, autonomamente, os cuidados de saúde e a assistência médica, ou outras necessárias (alterações físicas e cognitivas);</p>	<p>Sistema Totalmente Compensatório</p>
<p>Estar consciente e atender aos efeitos e resultados das condições</p>	<p>✓ Com alterações cognitivas, nomeadamente de atenção e memória;</p> <p>✓ Sem alteração sua capacidade de insight e juízo crítico, contudo está apenas focada nas suas limitações e não no seu potencial de recuperação.</p>	<p>Sistema Parcialmente Compensatório</p> <p>e</p>

e estados patológicos		Sistema de Apoio-Educação
Realizar as prescrições terapêuticas e de reabilitação	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Apresenta capacidade de realizar e colaborar na maior parte da sessão do programa de reabilitação, contudo necessita de estímulo atencional e motivacional constante; ✓ Tem alterações emocionais, há períodos em que está motivada e cumpre o plano de reabilitação e outras em que está triste e desmotivada. 	Sistema Parcialmente Compensatório e Sistema de Apoio-Educação
Estar consciente e regular os efeitos desconfortáveis resultantes das intervenções	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Mostra disponibilidade para realizar o programa de reabilitação proposto; ✓ Tolerar a sessão de reabilitação, mas tem por vezes oscilações no seu estado emocional; ✓ Quando sente dor ou desconforto é capaz de se manifestar verbal e não verbalmente. 	Sistema Parcialmente Compensatório e Sistema de Apoio-Educação
Modificar o autoconceito e aceitar o seu estado de saúde e a necessidade de novas formas de cuidados	<ul style="list-style-type: none"> ✓ A Sra. P.S alterna estados emocionais: por vezes apresenta um fâcies triste e, aparente, humor deprimido refere algumas vezes que “já não vai voltar a ser o que era.”, mas também considera que não é tempo de desistir, quer voltar a brincar com os netos” ✓ Reconhece a necessidade dos cuidados prestados, quer no âmbito da satisfação das atividades inerentes ao AC, quer no âmbito do programa de reabilitação. ✓ Participativa no seu programa de reabilitação, que é considerado de acordo com as suas necessidades e tolerância. 	Sistema Parcialmente Compensatório e Sistema de Apoio-Educação
Aprender a viver com efeitos da sua condição de saúde	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Encontra-se em processo de adaptação às incapacidades/limitações, por vezes foca-se nas suas limitações e no que não consegue fazer; ✓ Tem esperança no alívio das medidas de prevenção relativas à pandemia e ainda tem alguma esperança em voltar a passear no parque. 	Sistema parcialmente dependente e Sistema de Apoio-Educação

Requisitos de Desenvolvimento de Autocuidado	Padrão Atual de Autocuidado	Sistema de Enfermagem
<p>Promoção de condições que permitam o desenvolvimento;</p> <p>Compromisso no autodesenvolvimento, exige um envolvimento deliberado do eu no processo de desenvolvimento;</p> <p>Prevenção ou superação de condições ou situações que possam advertidamente afetar o desenvolvimento humano.</p>	<p>✓ Apresenta alterações físicas (plegia do membro superior esquerdo; alteração do equilíbrio e da força muscular a nível dos membros inferiores) e cognitivas (ao nível da atenção e memória, desorientação temporal) decorrentes de sequelas da HSA e de quedas sofridas;</p> <p>✓ O esposo da Sra. P.S está receoso das sequelas deste último internamento expressa receio de que a esposa desmotive, e refere que também ele se sente desmotivado, contudo tenta junto dela ter uma postura motivadora. A Sra. P.S, e considerando os seus antecedentes pessoais alterna momentos de tristeza (relacionado com a sua situação de saúde e com a situação de pandemia), com momentos de esperança e motivação em que se foca em tudo o que já conseguiu superar e no que ainda vai conseguir. O casal considera extremamente importante a presença do enfermeiro de reabilitação como parceiro neste processo de desenvolvimento e recuperação. Apesar de estarem ambos dispostos a participar neste percurso, a Sra. P.S refere que nem todos os dias serão iguais.</p> <p>✓ Atualmente, depende da ajuda de terceiros na realização e satisfação das atividades inerentes ao AC (cuidados de higiene, transferências, marcha, eliminação, vestir e despir) e parcialmente dependente nos cuidados inerentes a alimentação;</p>	<p>Sistema Parcialmente Compensatório e Sistema de Apoio-Educação</p>

5. PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO CONSIDERADOS (Cipe versão 2):

1. Desorientação demonstrada de forma contínua
2. Equilíbrio comprometido;
3. Capacidade para transferir-se comprometida em grau elevado;
4. Capacidade para Andar com auxiliar de marcha comprometido em grau elevado;
5. Risco de queda em grau elevado;
6. Capacidade para tomar banho comprometida em grau elevado

6. PLANO DE CUIDADOS (CIPE versão 2)

Diagnóstico de Enfermagem	Objetivos	Intervenções de Enfermagem de Reabilitação	Avaliação
<p>16/02/21</p> <p>1.</p> <p>Desorientação demonstrada de forma contínua</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Capacitar a Sra. P.S para saber qual o local, dia da semana e do mês em que se encontra; ✓ Capacitar a Sra. P.S para o controlo procurando que adquira maior compreensão do ambiente que a rodeia; ✓ Capacitar a Sra. P.S para recorrer a estratégias comportamentais compensatórias (uso 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Operacionalizar todas as etapas da sequência estruturada de procedimentos cuidadosos humanidade (SEPCH), com respetivo respeito pelas regras de arte e promoção dos pilares Humanidade; ✓ Promover o tempo necessário para a realização das intervenções; ✓ Avaliar a cognição através do teste de MoCA; ✓ Promover estratégias de redução de estímulos distratores no ambiente da VD (fechar a porta; desligar tv se possível, promover pausas); ✓ Executar Terapia de Orientação para a Realidade (TOR): <p>- Mostrar o calendário do mês e questionar se estamos no início, fim ou meio do mês podendo-se dar dicas acerca de eventos a acontecer esse mês (início da primavera) ou mostrar o calendário</p>	<p>16/02/21</p> <p>Score 22 no teste de MoCA –déficit cognitivo leve;</p> <p>Apos a TOR, a Sra. P.S ao longo da visita domiciliária nas 3xs questionada conseguiu referir acertadamente 1x dia, mês e local;</p> <p>A Sra. P.S requer orientação e/ou incentivo para utilização de estratégias comportamentais compensatórias;</p> <p>Foi sugerido ao esposo da Sra. P.S que colocasse um calendário ou na parede ou na mesa de cabeceira da Sra. P.S.</p> <p>2/03/21</p> <p>Score 25 no teste de Moca – deficit cognitivo leve –</p> <p>Apos a TOR, Sra. P.S ao longo do turno conseguiu referir acertadamente ao dia,</p>

	de post-its, bloco de notas, telemóvel,)	do mês e pedir-lhe que aponte o dia em que nos encontramos; - Repetir o exercício anterior a meio e final da visita domiciliária. ✓ Ensinar, Instruir e Treinar a Sra. P.S a utilizar estratégias comportamentais compensatórias (uso de bloco de notas, telemóvel, relógio; ✓ Sugerir ao esposo da Sra. P.S. que colocasse no quarto desta, um calendário de parede e que incentivasse a Sra. P.S a diariamente a assinalar no calendário o dia da semana; ✓ Promover momentos de pausa entre intervenções (ex.: técnicas de relaxamento consciencialização/ controlo dos tempos respiratórios).	mês e local onde se encontra; mostramos com entusiasmo o calendário que tem na mesa de cabeceira e que também já recorre ao calendário no telemóvel. 16/03/21 Score 25 no teste de Moca – deficit cognitivo leve – No início da nossa visita, a Sra P.S por sua iniciativa recebe-nos com o seguinte discurso “Bom dia Sras. Enfermeiras hoje é dia 16 de março. Eu sei bem por que foi o dia que anteriormente combinámos que seria a vossa próxima visita... até fiz um círculo no meu calendário de cabeceira.”
16/02/2021 2. Equilíbrio Comprometido	✓ Melhorar o equilíbrio estático e dinâmico em posição de sentado; ✓ Restabelecer na Sra. P.S o equilíbrio estático e dinâmico em posição ortostática; ✓ Melhorar a consciencialização da relação entre	✓ Avaliar o equilíbrio estático e dinâmico sentado e em pé recorrendo à Escala de Equilíbrio de Berg; ✓ Ensinar, instruir e treinar a utilização de calçado adequado, fechado, com sola antiderrapante para permitir a realização do programa de reabilitação em segurança; ✓ Manter a serem desenvolvidas (pelo reforço positivo); ✓ Ensinar, instruir e treinar a verticalidade através da técnica de levante. ✓ Executar técnica de treino de equilíbrio estático sentado (com transferência de peso para os braços): Sra. P.S ajudada a sentar-se na cama apoiando totalmente os pés no chão.	16/02/21 e 23/02/2021 Escala da Verticalidade Humanidade: 16/02 - Homens Sentados Deitados; 23/02 – Homens Sentados de pé EEB: 4 Apresentou equilíbrio estático e dinâmico sentado diminuído. Necessitou de ajuda totalmente compensatória no levante com apoio bilateral. Manifesta várias vezes o receio de voltar a cair. Manifestou alteração do equilíbrio estático e dinâmico ortostático 02/03/2021

<p>2. Equilíbrio Comprometido</p>	<p>exercícios de controlo postural e equilíbrio;</p> <p>✓ Melhorar o conhecimento e a capacidade para executar os exercícios de treino de equilíbrio;</p>	<p>Colocamo-nos por forma a conseguir segurar os membros superiores da Sra. P.S posicionando-os em extensão atrás do corpo, com as mãos abertas sobre a cama e apoiando-os com as nossas mãos. Colaborar no suporte do Membro Superior Esquerdo (membro afetado) e assistir na extensão total, ao mesmo tempo que incentivamos a transferência do seu peso de um membro superior para outro;</p> <p>✓ Executar técnica de treino de equilíbrio dinâmico sentado (ex. de exercício com facilitação cruzada) Ajudar a Sra. P.S a ficar sentada na cama com o apoio dos pés no chão e pedir que entrelace os dedos de ambas as mãos e com os membros superiores em extensão ir ao encontro da nossa mão (que alterna posições) realizando movimentos de flexão e extensão do tronco e lateralização, passando a linha média.</p> <p>✓ Ensinar, instruir e treinar a Sra. P.S sobre exercícios de equilíbrio estático e dinâmico sentado;</p> <p>✓ Executar treino de equilíbrio estático em posição ortostática: Assistir a Sra. P.S (calçados com sapato adequado) a colocar os pés bem assentes no chão e adquirir a verticalidade procurando manter os pés à largura dos ombros. Realizar o exercício em frente ao espelho do roupeiro do quarto e perceber e corrigir as oscilações (avaliar e</p>	<p>Escala da Verticalidade Humanitude – Homens Sentados de Pé EEB: 19</p> <p>Apresentou melhorias no equilíbrio estático e dinâmico sentado, consegue realizar os exercícios com mais confiança e mostra mais equilíbrio estático em pé. Maior capacidade para manter equilíbrio dinâmico ortostático, mas ainda com necessidade de correção postural. Realizou exercícios de alternância de carga nos membros inferiores, mas com necessidade de apoio unilateral, mantendo sempre referências ao medo de voltar a cair.</p> <p>O esposo refere que nem sempre consegue, mas tenta que ela treine os exercícios aquando da visita do filho que pela sua jovialidade e também formação é uma ajuda na supervisão do exercício. A Sra. P.S refere que se sente mais confiante quando o filho está presente, contudo nem sempre se sente motivada à sua realização.</p> <p>16/03/2021 Escala da Verticalidade Humanitude - Homens de Pé Sentados EEB: 35</p> <p>Equilíbrio estático melhorado;</p>
--	---	---	---

		<p>considerar que a Sra. P.S faça o exercício de olhos fechados.)</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Executar treino de equilíbrio dinâmico em posição ortostática: ✓ Em seguimento ao exercício anterior pedir à Sra. P.S que fixe um ponto e eleve alternadamente cada um dos membros inferiores transferindo alternadamente o peso do corpo. ✓ Ensinar, instruir e treinar a Sra. P.S sobre exercícios de equilíbrio estático e dinâmico em posição ortostática; ✓ Incentivar na Sra. P.S os exercícios para treino do equilíbrio estático e dinâmico de pé e sentado (utilizar palavras de reforço positivo; reforçar a importância de readquirir o equilíbrio para prevenir novas quedas) 	<p>Equilíbrio dinâmico melhorado, mas com necessidade de supervisão.</p> <p>Mantem a utilização do auxiliar de marcha;</p> <p>Apresenta maior consciencialização sobre a importância que os exercícios treinados têm no aumento do seu equilíbrio e na prevenção de novas quedas, contudo nem sempre se sente motivada à sua realização.</p>
<p>16/02/21</p> <p>3.</p> <p>Capacidade para transferir-se comprometida em grau elevado</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Melhorar a capacidade da Sra. P.S para transferir-se; ✓ Melhorar o conhecimento da Sra. P.S e do esposo sobre a técnica de adaptação para transferir-se 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Considerar a avaliação do equilíbrio feita; à capacidade da Sra. P.S em mover o corpo na direção da borda da cama; sua capacidade cognitiva e envolvimento no processo de reabilitação; ✓ Considerar os instrumentos de recolha de dados: Escala de Berg; Escala da Verticalidade Humanitude; MIF; teste de MoCA; ✓ Assistir a pessoa a transferir-se: <ul style="list-style-type: none"> - ajudar a pessoa a virar-se para o lado afetado, com as mãos entrelaçadas, estabilizamos a cintura escapular e incentivamos a Sra P.S a empurrar o colchão com a mão afetada, ajudando 	<p>16/02/21 e 23/02/21</p> <p>Escala da Verticalidade Humanitude – 16/02 - Homens sentados deitados</p> <p>23/02 – Homens sentados de pé</p> <p>EEB: 4; MIF: 38; Teste de MoCA:22</p> <p>No dia 16/02 a Sra. P.S encontrava-se no leito, desde a alta hospitalar que não faz levante. Costuma sentar se na cama para as refeições. Sugerimos que nos deixasse ajuda la a sentar se cama com os pés no chão- necessita de ajuda total para sentar-se, sem equilíbrio postural e inicia verbalização constante de querer voltar a deitar-se.</p>

<p>16/02/21</p> <p>3.</p> <p>Capacidade para transferir-se comprometida em grau elevado</p>		<p>à extensão do cotovelo por forma a adotar a posição de sentada. Pedir para colocar o membro não afetado as mãos sobre a cama e estabilizar o membro superior esquerdo em extensão. Devido à plegia do membro superior esquerdo usar o suspensor braquial aquando da transferência para a cadeira.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Ensinar, instruir e treinar técnica de adaptação para transferir-se da cama para a cadeira; ✓ Ensinar, instruir e treinar técnica de adaptação para transferir se da cadeira para a cama; ✓ Ensinar, instruir e treinar sobre dispositivo de apoio para transferir-se. ✓ Incentivar a Sra. P.S a transferir-se: dar elogios; reforçar positivamente todos os esforços da Sra. P. S 	<p>02/03/21</p> <p>Escala Da Verticalidade Humanidade- Homens sentados de pé</p> <p>EEB: 19; MIF: 53; Teste de MoCA: 25</p> <p>Apresenta capacidade de mover o corpo para a borda da cama e virar-se de lado com as mãos entrelaçadas, o esposo sob a nossa supervisão ajuda a esposa a adotar a posição de sentada. A Sra P.S coloca o suspensor braquial e com ajuda parcial do esposo transfere-se para a cadeira.</p> <p>16/03/21</p> <p>Escala da Verticalidade Humanidade – Homens de pé sentados;</p> <p>EEB: 35; MIF: 71; Teste de MoCA:25</p> <p>Apresenta capacidade para transferir-se melhorada;</p> <p>Conhecimento sobre técnica de adaptação para transferir-se melhorada;</p> <p>Capacidade para usar dispositivos de apoio para a transferência também melhorada.</p>
<p>23/02/21</p>	<p>✓ Melhorar a capacidade para andar com auxiliar de marcha;</p>	<p>✓ Avaliar o tónus muscular de todos os segmentos do corpo, através da Escala Modificada de Ashworth;</p>	<p>23/02/21</p> <p>Escala da Verticalidade Humanidade – Homens Sentados de pé;</p> <p>EEB:4 ; MoCA: 22</p>

<p>4. Capacidade para Andar com auxiliar de marcha Comprometido em grau elevado</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Melhorar o conhecimento sobre andar com auxiliar de marcha; ✓ Promover o andar com auxiliar de marcha (canadiana) de forma autónoma e segura; 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Avaliar a força muscular recorrendo à Medical Research Council Muscle; ✓ Avaliar o andar; ✓ Executar Técnicas de Exercício articular com a Sra. P.S: movimentos ativos e ativos resistidos de todos os segmentos corporais dos membros inferiores ✓ Assistir no andar com auxiliar de marcha (pela plegia braquial posicionar-me no lado esquerdo da Sra. P.S) colocar o auxiliar de marcha no membro superior direito que tem força mantida. ✓ Ensinar, instruir e treinar a técnica de andar com auxiliar de marcha; ✓ Incentivar a andar com auxiliar de marcha; ✓ Ensinar, instruir e treinar estratégias adaptativas de conservação de energia: Estabelecer a distância a percorrer; definir pontos de repouso ao longo do percurso; assumir as posições de descanso e relaxamento. ✓ Treinar a deteção e contorno de obstáculos. ✓ Ensinar, instruir e treinar a correção postural; ✓ Ensinar acerca da importância da utilização de vestuário e calçado adequado (roupa ajustada ao seu tamanho, que permita movimentar-se livremente; calçado fechado e antiderrapante). 	<p>Sem alterações do Tónus Muscular 0/4; Força muscular diminuída a nível de ambos os membros inferiores 4/5; Força muscular mantida a nível do membro superior direito (5/5) Plegia do Membro Superior Esquerdo (0/5) A marcha iniciou-se com a verticalização e posteriormente conseguiu andar, com apoio bilateral numa distância curta de cerca de 1-2 m, tendo-se sentado para descansar e depois retomado o regresso até ao leito. A passada é muito curta e necessita de constantes chamadas de atenção para correção da postura corporal. Refere que apesar de se sentir segura com a nossa presença sente sempre muito medo de cair e inicia quadro de tremor quando exprime as suas emoções.</p>
<p>4. Capacidade para Andar com auxiliar de marcha Comprometido em grau elevado</p>			<p>2/03/21 Escala da Verticalidade Humanidade - Homens Sentados de Pé EEB:19; MoCA:25 Sem alterações do Tónus Muscular 0/4; Força muscular diminuída a nível de ambos os membros inferiores 4/5; Força muscular mantida a nível do membro superior direito (5/5)</p>

<p>4.</p> <p>Capacidade para Andar com auxiliar de marcha comprometido em grau elevado</p>			<p>Plegia do Membro Superior Esquerdo (0/5)</p> <p>A Sra. P.S utilizou a sua canadiana que posicionou do lado direito, pelo que nos posicionamos do lado plégico. A passada é curta, mas mais segura. Durante a marcha necessitou 2 vezes de correção da simetria corporal. A Sra. P.S percorre cerca de 6 metros, aos 3 metros percorridos recorre à cadeira de apoio referindo que se sente muito cansada e que não vai conseguir. Após técnica de dissociação dos tempos respiratórios e reforço positivo inicia marcha, contudo recusa continuar o percurso pedindo para regressar ao leito.</p> <p>16/03/2021</p> <p>Escala da Verticalidade Humanidade - Homens de Pé Sentados;</p> <p>EEB:35; MoCA: 25</p> <p>Tónus muscular sem alterações</p> <p>Força muscular mantida 5/5</p> <p>Plegia do membro superior esquerdo;</p> <p>A Sra. P.S refere que tem aproveitado as visitas do filho para treinar a marcha e fazer os exercícios de equilíbrio. Mostramos os ténis de sola antiderrapante que o filho lhe ofereceu e que, entretanto, calça.</p>
---	--	--	--

			<p>A Sra. P.S demonstrou maior capacidade e iniciativa para treinar a marcha com o auxílio da canadiana, mas mantém necessidade de apoio a nível do hemicorpo a esquerda. A passada é menos curta, percorre cerca de 10 metros, mostra capacidade de autocorriger a simetria corporal com necessidade de descansar a meio do percurso iniciando a técnica respiratória. O objetivo da Sra. P.S era ir até à cómoda do corredor, pelo caminho foi necessário contornar a parede, fê-lo de forma mais lenta validando o procedimento.</p>
<p>16 e 23/02/21</p> <p>5. Risco de queda em grau elevado;</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Diminuir o risco de queda. ✓ Prevenir a recorrência de quedas; ✓ Promoção da segurança e da acessibilidade e mobilidade no domicílio da Sra P.S e do esposo ✓ Melhorar a consciencialização da relação entre 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Avaliar o risco de queda, utilizando Escala de Quedas de Morse; a Escala de Equilíbrio de Berg (EEB), a Medical Research Council Muscle Scale; ✓ Identificar na Sra. P.S os fatores de risco para a ocorrência de queda: desorientação; a alteração do equilíbrio corporal; diminuição da capacidade para realizar o autocuidado higiene em segurança; alteração da marcha; ✓ Planear intervenções que permitam eliminar ou minimizar o efeito dos fatores de risco de queda identificados considerando as atividades desenvolvidas para os diagnósticos já identificados; ✓ Proceder à avaliação das condições habitacionais – avaliação da segurança do 	<p>16 e 23/02/2021 Escala da Verticalidade Humanidade - Homens Sentados de Pé Escala de Quedas de Morse: 75 (alto risco de queda) EEB:4; MoCA:22 Força muscular diminuída a nível de ambos os membros inferiores 4/5; Força muscular mantida a nível do membro superior direito (5/5) Plegia do Membro Superior Esquerdo (0/5)</p> <p>Após a identificação dos fatores de risco para a queda descritos foram estabelecidos com a Sra. P.S os</p>

<p>5. Risco de queda em grau elevado;</p>	<p>manutenção de ambiente seguro e diminuição do risco de queda;</p>	<p>ambiente – (considerar as visitas domiciliárias para esse efeito; ponderar a intervenção imediata, mas também o planeamento de intervenções futuras, incluindo o envolvimento de outros profissionais, considerando sempre os desejos e possibilidades da Sra. P.S e esposo);</p> <p>✓ Aconselhar a Sra. P.S e o esposo sobre modificações ambientais que promovam a segurança, mobilidade e qualidade de vida:</p> <p>- colocar os objetos pessoais que a Sra. P.S considere necessários telemóvel, garrafa de água; acender luz do candeeiro de presença sempre que necessário; especial atenção para os tapetes soltos e importância da roupa ajustada ao seu tamanho, que permita movimentar-se livremente; calçado deve ser fechado e com sola antiderrapante, retirar banco de plástico do poliban etc.</p> <p>✓ Promover a adaptação do espaço e equipamentos: - otimização das luzes do corredor; afastar mobiliário que dificulta a mobilidade no quarto da Sra. P.S e que já não utiliza; verificar a integridade e segurança do mobiliário existente, etc.</p> <p>✓ Assessorar na aquisição de produtos de apoio que aumentem a segurança do domicílio. Ex: cadeiras e bancos para o banho, soluções antiderrapantes, sistema de luzes adequado;</p>	<p>objetivos a atingir e as atividades inerentes, respeitando sempre o seu tempo e a sua vontade, mas motivando-a a centrar-se nas suas potencialidades. No dia 16/02 não foi possível avaliar a marcha por recusa da Sra. P.S (observação da linguagem corporal da Sra.) foi promovida a expressão de emoções e esclarecimento de dúvidas - refere medo de voltar a cair, mas gostava de voltar a almoçar sentada e ir ao wc realizar a sua higiene. No dia 23/02 foi estabelecido o objetivo de ir com a nossa ajuda até meio do quarto, sentando-se no trajeto. Antes de iniciar a atividade pedi permissão para retirar o tapete explicando o motivo e ambos concordaram. Nesta atividade percebe-se a limitação do espaço pela presença e instabilidade de algum mobiliário presente no quarto, o que também é percebido pela Sra. P.S e pelo esposo, foi feita sensibilização para esse facto e apresentadas sugestões de melhoria.</p> <p>02/03/2021 Escala da Verticalidade Humanidade - Homens sentados de Pé Escala de Quedas de Morse: 65 (alto risco de queda) Escala de Equilíbrio de Berg:19;</p>
--	--	--	---

<p>5. Risco de queda em grau elevado;</p>		<p>✓ Desenvolver estratégias cognitivo comportamentais que aumentem a segurança da Sra. P.S: reforço positivo constante; explicar em linguagem simples o objetivo das atividades desenvolvidas; promover momentos de esclarecimento de dúvidas; promover momentos de expressão de emoções; respeitar o tempo e vontade da Sra., P.S para realizar a atividade etc.</p>	<p>MoCA: 25 Força muscular diminuída a nível de ambos os membros inferiores 4/5; Força muscular mantida a nível do membro superior direito (5/5) Plegia do Membro Superior Esquerdo (0/5) Ao entrar no domicílio percebemos algumas alterações: foram retirados os tapetes soltos do quarto e do wc, contudo a Sra. P.S entusiasmada evidencia isso; a cadeira instável de madeira presente no quarto foi retirada e substituída por uma de alumínio (esposo evidencia tal “esta já é muito mais segura Sra. Enfermeira” A Sra. P.S apresentou equilíbrio estático e dinâmico sentado; Maior capacidade para manter equilíbrio estático e dinâmico ortostático. Sente-se confortável para exprimir o medo de cair. O autocuidado higiene já realiza parcialmente no wc com a ajuda do esposo e da técnica de apoio domiciliário. Refere sentir receio de ir ao poliban pelo que realiza sentada numa cadeira junto ao lavatório. Não teve ocorrência de queda.</p> <p>16/03/2021</p>
--	--	---	---

<p>5. Risco de queda em grau elevado;</p>			<p>Escala da Verticalidade Humanidade - Homens de Pé Sentados Escala de Quedas de Morse:55 (alto risco de queda) Escala de Equilíbrio de Berg:35; MoCA: 25 Força muscular diminuída a nível de ambos os membros inferiores 5/5; Força muscular mantida a nível do membro superior direito (5/5) Plegia do Membro Superior Esquerdo (0/5) - Apresentou equilíbrio estático e dinâmico sentado; consegue permanecer mais tempo em posição ortostática. - Equilíbrio dinâmico ortostático a melhorar. -Tónus muscular sem alterações; - Força muscular mantida 5/5; - Marcha com auxiliar de marcha - canadiana - O casal informa-nos que o filho já trocou as lâmpadas do corredor e que este não quer o cadeirão do quarto pelo que resolveram seguir as nossas sugestões ligando para o serviço de recolha de monos domésticos e resíduos verdes da câmara municipal, no decorrer da próxima semana virão recolher o mesmo.</p>
---	--	--	--

			<p>- A Sra. P.S apresenta mais iniciativa para realizar os exercícios, aproveita a visita do filho sentindo se mais segura;</p> <p>- A Sra. P.S mostra os ténis de base confortável, fechado e sente-se entusiasmada em utilizá-los hoje;</p> <p>- A Sra. P.S mostra entusiasmo em mostrar-nos a sua evolução; refere que já consegue almoçar na secretária do quarto, mas nem sempre lhe apetece;</p> <p>Na escala de Berg, a Sra. P.S apresenta um equilíbrio considerado médio ao qual está associado um risco de queda também medio. Contudo na avaliação da escala de Morse o valor determinado embora em continuo decréscimo comparativamente a avaliação dos dias 23/02 e 2/3 mantém o elevado risco de queda. Esta avaliação deve-se em grande parte aos antecedentes recorrentes de queda, aos antecedentes pessoais e a necessidade de utilizar o auxiliar de marcha canadiana. Até à data não ocorreram quedas.</p>
16/02/2021	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Melhorar a capacidade para tomar banho; ✓ Melhorar o conhecimento sobre 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Avaliar capacidade para realizar o autocuidado recorrendo a escala de Medida de Independência Funcional (MIF); ✓ Incentivar a enumerar e sequenciar o material necessário para a realização do autocuidado; ✓ Incentivar à descrição dos segmentos corporais enquanto procede à sua higiene; 	<p>16/02/2021 MIF – 38; EEB:4; MoCA:22 Escala da Verticalidade Humanitude: Homens Sentados-Deitados – não podem manter-se sobre as suas pernas. A Sra. P.S não intervém na preparação dos seus objetos pessoais de Higiene;</p>

<p>6. Capacidade para tomar banho comprometida em grau elevado</p>	<p>dispositivos de apoio para tomar banho;</p> <p>✓ Melhorar conhecimento sobre adaptação do domicílio para tomar banho.</p>	<p>✓ Ensinar, instruir e treinar técnica de adaptação para tomar banho:</p> <ul style="list-style-type: none"> - incentivado banho fora do leito (se garantido o equilíbrio sentado- optar por sentar se junto ao lavatório); - mobilizar o membro plégico durante a higiene, o cuidador pode adaptar uma esponja á mão afetada ou só ensaboa-la e conduzir o membro superior lesado ate ao lado não afetado devendo suportar o cotovelo e a mão para maior funcionalidade; - Para higienização das costas utilizar uma esponja de cabo longo; - Reforçar a informação que deve verificar a temperatura da água no membro não lesado <p>✓ Ensinar, instruir e treinar a utilização de produtos de apoio para o autocuidado: Substituir o banco de plástico do poliban por um banco/cadeira de duche adequada; colocação de barras de apoio junto do poliban e lavatório</p> <p>✓ Incentivar o autocuidado: Higiene;</p>	<p>O autocuidado era realizado pela técnica de cuidado domiciliário no leito ou pelo esposo;</p> <p>2/03/2021 MIF -53; EEB:19; MoCA:25 Escala da Verticalidade Humanitude – Homens Sentados de Pé – têm necessidade dos cuidadores para as suas deslocações. Eles carregam o seu peso sobre as suas pernas, mas mantém-se de pé menos de 40 segundos. A Sra. P.S procedeu á enumeração e sequenciação dos bens necessários à sua higiene; Esta semana realizou a higiene 2 vezes na cadeira junto ao lavatório pois ainda tem receio de ir ao poliban pelo degrau de acesso e inexistência de barras de apoio. A Sra. P.S realizou a higiene do terço superior, necessitou de ajuda na parte inferior.</p>
<p>6. Capacidade para tomar banho comprometida em grau elevado</p>			<p>16/03/2021 MIF – 71; EEB35; MoCA:25 Escala da Verticalidade Humanitude – Homens de Pé Sentados – têm necessidade dos cuidadores para as suas deslocações. Eles carregam o seu peso sobre as suas pernas e mantém-se de pé mais de 40 segundos, mas não</p>

			<p>conseguem ficar de pé durante todo o tempo do cuidado.</p> <ul style="list-style-type: none">- A Sra. P.S mostra capacidade para tomar banho melhorada, esta semana tomou 1 vez banho no poliban com a ajuda do esposo e da técnica de apoio domiciliário. Refere que se sentiu ansiosa, mas que controlou com a técnica respiratória e com a cadeira do duche sentiu-se mais segura.- Capacidade sobre adaptação do domicílio para tomar banho melhorada – retirado o tapete solto do wc.- Capacidade para usar dispositivo de apoio para tomar banho melhorada: troca do banco de plástico no poliban pela cadeira de duche e uso da escova de cabo longo.
--	--	--	---

NOTAS FINAIS

O contexto de visita domiciliar permite que a nossa intervenção enquanto EEER seja uma intervenção diversificada e multifatorial abrangendo não só a pessoa com necessidades especiais como também o convivente significativo e restante família como o ambiente de cuidados, que se preconiza seguro e saudável. É, portanto, fundamental que o EEER adote uma postura de respeito e valorização pelo espaço mais íntimo da pessoa, o seu domicílio, pelo que a metodologia de Cuidados Humanidade operacionalizada através da SEPCH foi fundamental para tal.

O um espaço de crenças; memórias, fragilidades e identidade que reflete a Humanidade de quem nela habita. É, essencial que o EEER peça permissão para entrar neste espaço de relação, que respeite o tempo de cada um no seu domicílio; que faça sugestões e não imposições e que envolva a dinâmica do espaço na dinâmica do programa de reabilitação. O respeito pelas regras de arte Humanidade neste contexto de cuidados foi fundamental e fortificador da relação de cuidados entre nós e a Sra P.S, exemplo disso, foi a forma entusiástica com que nos mostravam as alterações feitas de acordo com as sugestões dadas, sempre valorizadas por nós.

A nossa intervenção com a Sra P.S e esposo, seguindo a Metodologia de Cuidados Humanidade tentou comportar os três principais domínios de intervenção do EEER: o domínio do processo de ensino aprendizagem, capacitando a pessoa e o cuidador para o desempenho dos autocuidados com recurso, ou não, a dispositivos de apoio; o domínio do processo corporal potenciando as capacidades físicas e o domínio do comportamento emocional, com promoção do reforço positivo junto da Sra. P.S e do seu esposo.

O plano de cuidados foi elaborado de acordo com as necessidades da Sra P.S, refletindo as suas vontades, preferências e especificidades, tendo havido ganhos em saúde visíveis na capacidade melhorada da Sra. P.S para manter o equilíbrio, para a marcha com o auxiliar de marcha, para o autocuidado, para a manutenção de ambiente seguro etc. Contudo, é importante referir que, infelizmente, a nossa intervenção junto da Sra. P.S, terminou antes do previsto pois na segunda-feira antes da visita domiciliar de dia 23 de março o esposo informa-nos que a Sra. P.S se encontra internada por um quadro súbito de prostração e febre. A Sra. P.S manteve-se internada até à data de finalização do estágio, contudo foi mantido contato telefónico com o esposo.

Apêndice 4 – Imagens do Jogo de Estimulação da
Memória e Atenção



Apêndice 5 – Jogo de Estimulação da Memória e Atenção –
exemplos de exercícios de aplicação

Conteúdo

- 68 Cartas organizadas em 33 pares de imagens: 2 cartas identificativas; 7 pares de setas; 7 pares de frutas; 14 pares de figuras geométricas e 5 pares de cartas de desenhos diversos;
- Folha com exemplos de exercícios que poderão ser desenvolvidos pelo enfermeiro, de acordo com as aptidões cognitivas a estimular – os exemplos apresentados para cada aptidão aumentam de complexidade (o primeiro exemplo é mais fácil que o segundo).

Como promover o estímulo atencional da pessoa...

- Preparar o ambiente (ex.: correr cortinas da enfermaria; reduzir ruído em redor; desligar a televisão; pedir para retirar som do telemóvel, etc.);
- Reduzir estímulos distratores (ex.: proporcionar pequenas pausas entre atividade; chamar a pessoa pelo seu nome; esperar que a pessoa olhe para nós);
- Explicar à pessoa como se realiza o jogo e qual o seu objetivo (explicar um de cada vez). É importante falar devagar, com pausas frequentes, posicionar-se na frente da pessoa e solicitar contato visual (olhar axial, longo e próximo sem ser invasivo);
- Assegurar a compreensão e avaliar a eficaz retenção da instrução solicitando à pessoa que repita as instruções dadas;
- Encorajar a pessoa a fazer questões, sempre que não compreender as instruções dadas;
- Conferir o tempo necessário para realizar a atividade sem pressões (ter em atenção o período do dia em que a pessoa revela maiores níveis atencionais);
- Começar pelos exemplos mais simples e evoluir para os mais complexos, à medida que a pessoa for realizando com sucesso os exercícios. Se a pessoa não conseguir realizar o exercício de maior dificuldade, é importante voltar ao exercício mais simples e continuar a treinar o exercício;
- A pessoa deve fazer o exercício sozinha, mas é importante que o enfermeiro ajude se notar que há dificuldade na sua realização, dando pistas ou mesmo fazendo o exercício para que a pessoa possa ver como se faz.

Exercícios de Treino da Atenção (exemplos)

- **Treinar a atenção seletiva:**
Ex. 1: mostrar uma carta que deve observar. Facultar as restantes cartas e dar a instrução de que deve selecionar apenas a carta que observou anteriormente;
Ex. 2: mostrar uma carta (ex. setas, frutas ou figuras geométricas). Facultar as restantes cartas e dar a instrução que deve selecionar apenas as cartas pertencentes ao grupo anteriormente observado (setas, frutas ou figuras geométricas).
- **Treinar a atenção dividida:**
Ex.1: O enfermeiro vai mostrando as cartas e sempre a pessoa observar o desenho de uma fruta ou seta deve bater na mesa uma vez;
Ex.2: O enfermeiro vai mostrando as cartas e sempre que a pessoa observar o desenho de uma fruta deve bater uma vez; observar o desenho de setas deve bater duas vezes e de figuras geométricas 3 vezes).
- **Treinar a atenção sustentada:**
Ex.1: O enfermeiro seleciona inicialmente 4 pares de imagens, mistura-as e dispõe as imagens voltadas para baixo; a pessoa deverá encontrar o respetivo par. O enfermeiro deverá aumentar progressivamente o número de pares de cartas (6; 8; 10) – **(a atenção dividida também está a ser treinada).**

Exercícios de Treino da Memória (exemplos)

- **Treinar a memória imediata/trabalho (auditiva):**

Ex: O enfermeiro começa por nomear 3 palavras que correspondem às imagens das cartas, pode evoluir para as 5 palavras de acordo com a evolução da pessoa no exercício. A pessoa deverá repeti-las imediatamente após tê-las ouvido - **(treino de nomeação e evocação)**.

- **Treinar a memória imediata/trabalho (visual):**

Ex: O enfermeiro poderá escolher algumas cartas (começar com 3) e mostrá-las à pessoa durante cerca de 30 segundos. Após a sua retirada, a pessoa deverá dizer que imagem viu, referindo alguns pormenores (ex.: cor, características) e posteriormente procurar o respetivo par no restante baralho.

- **Treinar a memória a longo prazo:**

Ex: O enfermeiro começa por nomear 3 palavras que correspondem às imagens das cartas pode evoluir para as 5 palavras de acordo com a evolução da pessoa no exercício). Poderá perguntar mais tarde e, após outras tarefas, se ainda se recorda das 3 ou 5 palavras (evocação com interferência) – **(treino de nomeação e evocação)**.

Exercícios de Treino das Funções Executivas (planear, resolver e priorizar)

- Fornecer as cartas e pedir que as organize em categorias à sua escolha. (ex.: frutas, setas, etc.);
- Colocar uma sequência de 5 cartas (este número pode aumentar de acordo com a evolução da pessoa) e pedir para que os respetivos pares sejam colocados na sequência inversa (a última carta é a primeira; a penúltima a segunda carta etc.) – **(neste exercício também se treina a memória de trabalho)**.

11ºCurso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de
Enfermagem de Reabilitação

Professora Orientadora: Vanda Lopes da Costa

Enfermeiro Orientador: João Pêla

Discente: Cristina Martins

Apêndice 6 – Instrumento de Registo do Jogo de Estimulação
da Memória e Atenção

Nome: _____ Processo nº _____

Data: ___/___/___

Identificação do Exercício	Necessita de ajuda		Quantos erros Observados	Tempo decorrido	Descrição das imagens		Tentativas necessárias para realizar o exercício				Observações
	Sim	Não			Geral	Pormenorizada	1ª	2ª	3ª	4ª	
Apt. Cognitiva _____ Ex: _____											
Apt. Cognitiva _____ Ex: _____											
Apt. Cognitiva _____ Ex: _____											
Apt. Cognitiva _____ Ex: _____											
Apt. Cognitiva _____ Ex: _____											
Apt. Cognitiva _____ Ex: _____											

Notas gerais:

Apêndice 7 – Manual de Visita Domiciliária e de Apoio
ao Cuidador Informal

Administração Regional de Saúde de [REDACTED]

Agrupamento de Centros de Saúde [REDACTED]

MANUAL DA VISITA DOMICILIÁRIA E APOIO AO CUIDADOR

Realizado por: Enfermeira Cristina Martins, estudante do 11ºCMEER, ESEL, sob orientação da Enfra. [REDACTED]

Aprovado em CG:

Revisão Prevista:

Contactos:

Morada:

Telefone:

Correio eletrónico:

ABREVIATURAS E SIGLAS

AVC – Acidente Vascular Cerebral

AVD's – Atividades de Vida Diária

CI – Cuidador Informal

CSP – Cuidados de Saúde Primários

ICC – insuficiência cardíaca congestiva

IPSS - Instituições Particulares de Solidariedade Social

IR – Insuficiência Respiratória

IRC – Insuficiência Renal Crónica

ISS – Instituto de Segurança Social

OMS - Organização Mundial de Saúde

SIDA – Síndrome de Imunodeficiência Adquirida

UCC – Unidade de Cuidados Continuados

UCSP - Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados

URAP - Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados

USF -Unidade de Saúde Familiar

INDICE

INTRODUÇÃO

VISITA DOMICILIÁRIA

- Objetivos
- População Alvo
- Pedido de Visita Domiciliária
- Equipa multidisciplinar
- Horário da Visita Domiciliária
- Tipologia da Visita Domiciliária
- 1.6.1 – Visita Domiciliária à Puérpera e Recém-Nascido
- 1.6.2 – Visita Domiciliária ao Utente Dependente
- 1.6.3 - Visita Domiciliária para Avaliação, Tratamento e Reabilitação

APOIO AO CUIDADOR INFORMAL

CONSIDERAÇÕES FINAIS

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANEXOS

- Anexo 1 – Índice de Katz
- Anexo 2 - Escala de Lawton e Brody
- Anexo 3 – Escala de Braden
- Anexo 4 - Escala de Morse

APÊNDICES

- Apêndice 1 – Folheto Informativo de Apoio ao Cuidador sobre “Cuidados à Pessoa com Cateterismo Ureteral (algália)”.
- Apêndice 2 – Folheto Informativo de Apoio ao Cuidador sobre “Cuidados na Alimentação e Hidratação da Pessoa com Sonda Nasogástrica(SNG).”
- Apêndice 3 – Folheto Informativo de Apoio ao Cuidador sobre “Cuidados no Posicionamento da Pessoa Dependente”
- Apêndice 4 – Folheto Informativo de Apoio ao Cuidador sobre “Cuidados na Transferência da Pessoa Dependente”

INTRODUÇÃO

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), os Cuidados de Saúde Primários (CSP) assumem-se como uma abordagem de toda a sociedade à saúde e bem-estar, centrada nas necessidades e preferências das pessoas, famílias e comunidades. (para.1)

O nível primário de cuidados tem como principais objetivos: a prestação de cuidados completos às pessoas, de acordo com as suas necessidades de saúde durante toda a vida e não só para um conjunto de doenças específicas e asseguram que as pessoas recebam cuidados completos, desde a promoção e prevenção ao tratamento, reabilitação e cuidados paliativos, tão perto quanto possível do seu ambiente diário.

Neste sentido, os cuidados de saúde primários são o pilar basilar do sistema de saúde, conforme explicito no Decreto-Lei n.º 28/2008 de 22 de Fevereiro (p.1182) que menciona que a criação do Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) tem por propósito estabilizar a organização da prestação de cuidados de saúde primários, permitindo uma gestão rigorosa, equilibrada, ciente das necessidades das populações e, acima de tudo, prevê -se a melhoria no acesso aos cuidados de saúde para se poderem alcançar maiores ganhos em saúde combinando cuidados de proximidade com qualidade.

O Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de agosto, estabelece o regime jurídico da organização e funcionamento das Unidades de Saúde Familiar (USF), definindo-as como as unidades elementares de prestação de cuidados de saúde, individuais e familiares, que assentam em equipas multiprofissionais, prestadoras de cuidados de saúde personalizados, garantindo a acessibilidade, a continuidade e globalidade dos cuidados prestados à população inscrita nas listas de utentes dos médicos especialistas em medicina geral e familiar que integram a USF.

O artigo 6º do supracitado decreto-Lei determina que cada USF deverá ter o seu plano de ação, ou seja, o seu programa de atuação na prestação de cuidados de saúde de forma personalizada que engloba o compromisso assistencial, os seus objetivos, indicadores e resultados a atingir nas áreas de desempenho, serviços e qualidade e inclui o plano de formação e o plano de aplicação dos incentivos institucionais. Neste sentido, e sendo a Visita Domiciliária (VD) e o apoio ao cuidador

informal serviços essenciais prestados pela USF [REDACTED], é fundamental a elaboração deste manual com o propósito de explicar a tipologia e objetivos da visita domiciliária; poluição alvo; intervenientes; respetivo horário e critérios de admissão, assim como respetivos impressos, documentos de apoio ao cuidador e folhetos informativos.

O ponto 2 referente ao apoio ao cuidador informal mostra o reconhecimento da equipa de saúde [REDACTED] a este elemento fundamental na prestação de cuidados no domicílio. Neste ponto são explanados os conceitos de Cuidador informal e de Pessoa Cuidada, direitos e deveres, o impacto que as necessidades e exigências no cuidar da pessoa decorrente do seu grau de dependência têm no cuidador, mas também que estratégias podem ser desenvolvidas para promover o bem-estar físico, psicológico, emocional, financeiro e social do cuidador informal.

É importante realçar que a inclusão deste ponto, sobre o cuidador informal neste manual de VD, não dispensa a elaboração de um manual de apoio unicamente direcionado à Capacitação do Cuidador Informal com propósito de melhorar a qualidade dos cuidados que prestam e informá-los sobre produtos de apoio que podem facilitar o seu importante trabalho.

Este manual e respetivos apêndices foram elaborados pela equipa multidisciplinar tendo por base a missão e valores da USF [REDACTED] ou seja, a prestação de cuidados de saúde primários de excelência orientados pelos mais elevados padrões de qualidade e deverão ser revistos e aprovados em conselho técnico.

1. VISITA DOMICILIÁRIA

A Visita Domiciliária é o instrumento para conhecer o meio em que vive a família e que influencia a saúde de quantos nele habitam (Martin citado por Marinheiro, 2002).

Para Bolander (1998, p.494), a enfermagem no domicílio não pode ser apenas descrita como cuidados prestados em casa (...) é de âmbito global, isto é, centrada no indivíduo que requer cuidado e na família ou no sistema de suporte”.

No parecer de Duarte (2010, p.29) a visita domiciliar deverá ser entendida e desenvolvida como uma prática emancipadora, proporciona aos profissionais um importante espaço para o exercício do diálogo, permite uma proximidade para o acompanhamento, o conhecimento e o reconhecimento das famílias, numa perspectiva de integralidade.

Neste sentido, os profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) a desenvolver a sua atividade em contexto de prestação de cuidados a famílias ou em unidades de saúde familiar ocupam uma posição privilegiada. Estes profissionais são essenciais na promoção de cuidados de saúde e de readaptação apropriados que promovam a coresponsabilização do cidadão e respetiva família cuidadora pela sua própria saúde, através de processos de capacitação e de apoio orientados para a sua singularidade enquanto pessoa nas diferentes fases do seu ciclo de vida.

Desta forma, a USF [REDACTED] no que concerne à prestação de cuidados de saúde domiciliários compromete-se, sempre que solicitado, a atuar e apoiar a puérpera e o recém-nascido, o utente dependente, família e/ou cuidador informal no que concerne à: educação para a saúde, tratamento, reabilitação e reintegração familiar e social.

A USF [REDACTED] considera ainda primordial o ensino ao (s) cuidador (es) e ao utente (gestão de medicação e dispositivos médicos; ensino de autocuidados etc.) e prevenção de danos secundários a atos clínicos, realizando os cuidados de uma forma holística e enquadrando as necessidades e respostas numa perspectiva de intervenção multidisciplinar e comunitária.

1.1 – Objetivos

A Visita Domiciliária, em cuidados de saúde primários, assume vários propósitos como sendo a promoção da saúde e prevenção da doença e a avaliação, tratamento e reabilitação.

Aos profissionais de saúde intervenientes na Visita Domiciliária da USF [REDACTED] (médico e/ou enfermeiro) são-lhes reconhecidas competências para a avaliação das

necessidades do utente, o desenvolvimento de planos de cuidados, a prestação de cuidados e a identificação das necessidades de intervenção de outros profissionais.

Tendo por base estas considerações, os objetivos gerais da visitação domiciliária delineados pela USF [REDACTED] são:

- Prestar cuidados ao domicílio ao utente, em qualquer fase do seu ciclo de vida, desde que impossibilitado de se deslocar à USF [REDACTED] de forma independente, em resultado da sua condição de saúde, deficiência, limitação da atividade e restrição de participação, de natureza permanente ou temporária;
- Promover uma abordagem integral ao utente e família/cuidador no seu contexto socioeconómico, cultural e espiritual, baseada no respeito pela sua individualidade e autonomia;
- Transmitir ao utente/família/cuidador informação que promova a mudança de comportamento para a aquisição de estilos de vida saudáveis e/ou recuperação da saúde, acompanhando-o neste processo e introduzindo as correções necessárias;
- Orientar para os recursos adequados, em função dos problemas existentes, ou promover a intervenção de outros técnicos de saúde, quando os problemas identificados sobrepõem a área de competências dos profissionais envolvidos na VD.

1.2 – População Alvo

De acordo com os Censos 2011, o concelho do [REDACTED] tem uma área aproximada de 36.41 Km², e cerca de 78.764 habitantes. Está Integrado no Distrito de Setúbal e pertence à designada Área Metropolitana de Lisboa, localizando-se na margem Sul do Estuário do Rio Tejo.

O ACES [REDACTED] garante a prestação de cuidados de saúde primários à população dos concelhos de [REDACTED]. Este ACES abrange uma população de 221.463 utentes inscritos frequentadores, dos quais, cerca de 21% não tem médico de família e é composto por: 6 Unidades de Saúde Familiares (USF); 7 Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP); 4 Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC); 1 Unidade de Saúde Pública (USP); 1 Unidade de Recursos Assistenciais partilhados (URAP)

A USF [REDACTED] é uma das 6 unidades familiares do ACES e disponibiliza toda a sua carteira de serviços aos utentes inscritos residentes nas freguesias do Barreiro, Verderena, Alto do Seixalinho, Lavradio e Santo André, do concelho do Barreiro.

No que concerne à Visita Domiciliária, podem usufruir deste serviço os utentes que necessitem de cuidados e estejam incapacitados de se deslocar, temporária ou permanentemente à unidade, devendo estar inscritos na USF e residir da área de influência da mesma.

É importante esclarecer que se entende por domicílio do utente a habitação efetiva e permanente, pelo que se constitui como critérios de exclusão o utente institucionalizado em lares, casas de repouso, Instituições Privadas de Solidariedade Social (IPSS) e outros locais similares, uma vez que essas entidades possuem profissionais de saúde contratados nos seus quadros para o efeito.

1.3 – Pedido de Visita Domiciliária

O pedido de VD pode ser realizado por várias entidades e de diversas formas:

- Utente/Família e/ou cuidador (presencialmente, telefone ou e-mail);
- Médico de família;
- Secretários Clínicos;
- Assistente social (ACES [REDACTED] ou de instituição hospitalar);
- Psicólogo do ACES;
- Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS);
- Instituição hospitalar.

Posteriormente a ser feito o pedido de VD, e mediante o meio de contato, o administrativo identifica o médico assistente do utente e verifica se existe contato telefónico atualizado. Desta forma, se o **pedido de VD é escrito**, é colocado na pasta física do respetivo médico e/ou enfermeiro para posterior avaliação; **se o contato é telefónico**, a chamada é encaminhada para o respetivo profissional, ou se tal não for possível, o administrativo informa o utente/família que a chamada será retomada com a devida brevidade; **se por via email** paraserá impresso e colocado na pasta física do médico e /ou enfermeiro responsável.

No seguimento do pedido será realizada uma avaliação clínica por parte do médico ou enfermeiro, ou por consulta do processo clínico e/ou contato telefónico com utente/família/cuidador. Após estabelecida a prioridade clínica, proceder-se-á ao

agendamento da VD, considerando que sempre que justificado clinicamente, a resposta ocorrerá num prazo de 24h.

1.4 – Equipa multidisciplinar

A equipa multiprofissional da USF [REDACTED] é constituída por:

- 8 Médicos de família;
- 7 Enfermeiros;
- 5 Secretários clínicos;

Os elementos da equipa da USF [REDACTED] que realizam visitação domiciliária são:

- Dr.^a [REDACTED]
- Dr.^a [REDACTED]
- Dr.^a [REDACTED]
- Dr.^a [REDACTED]
- Dr.^a [REDACTED]
- Dr.^a [REDACTED]
- Dr. [REDACTED]
- Dr. [REDACTED]
- Enf.^a [REDACTED] – Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação
- Enf.^a [REDACTED] – Enfermeira Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica
- Enf.^a [REDACTED] - Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica
- Enf.^a [REDACTED] – Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstétrica
- Enf.^a [REDACTED] – Enfermeira de Cuidados Gerais
- Enf.^a [REDACTED] – Enfermeira de Cuidados Gerais
- Enf.^a [REDACTED] – Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstétrica

1.5 – Horário da Visitas Domiciliárias

A visita domiciliária poderá ser programada dentro do horário de atendimento diário da USF [REDACTED] e de acordo com a disponibilidade da equipa médica e de enfermagem.

A equipa desloca-se ao domicílio dos utentes segundo um plano de ação previamente combinado com o utente/família/cuidador e uma avaliação da situação

anteriormente realizada. O deslocamento ao domicílio do utente será, sempre que possível, por viatura requisitada ao ACES [REDACTED] com a devida antecedência.

A regularidade da VD varia em função das necessidades do utente dependente/cuidador e deverá ser estabelecida em equipa.

Poderá ser ainda realizada VD por iniciativa do profissional de saúde, sempre que de acordo com a sua avaliação esta seja essencial para a vigilância e promoção da saúde através de ações de prevenção, diagnóstico e tratamento.

1.6 – Tipologia da Visita Domiciliária

O domicílio é por excelência o local onde os profissionais de saúde conseguem avaliar o ambiente pessoal, familiar e social em que o utente está inserido.

O objetivo principal é o de agir mediante as suas áreas de competência e nos diferentes níveis de atuação, seja a nível da promoção da saúde e prevenção da doença, avaliação, tratamento e reabilitação, promovendo a participação ativa do utente/família/cuidador na prestação de cuidados e o envolvimento no seu processo saúde-doença.

Os cuidados prestados ao utente/família/cuidador pressupõem o estabelecimento de uma relação de ajuda entre profissional de saúde e utente, indivíduo, família, grupos e comunidade.

Esta intervenção do profissional de saúde deve ser baseada em metodologia científica que inclua: a identificação dos problemas/necessidades de saúde no indivíduo, família, grupos e comunidade; a recolha e apreciação de dados, a formulação de diagnósticos e a elaboração e realização de planos de cuidados personalizados e direcionados às necessidades do utente/família/cuidador.

A correta e adequada execução dos cuidados prestados assim como a sua avaliação e reformulação, em consonância com o utente/família e cuidador são determinantes para a excelência dos cuidados, contribuindo significativamente para a satisfação dos utentes/família e cuidador assim como dos profissionais de saúde envolvidos.

1.6.1- Visita Domiciliária à Puérpera e Recém-nascido

De acordo com Carvalho e Tavares (2010) a existência da visita domiciliária de enfermagem no puerpério é importante para garantir uma transição segura entre o

ambiente hospitalar e o domicílio, para auxiliar nos ajustamentos psicológicos e fisiológicos que ocorrem neste período. É um método preventivo que promove um relacionamento mãe e filho mais saudável, com diminuição para os reinternamentos hospitalares.

Este tipo de visita é realizada essencialmente pela equipa de enfermagem da USF [REDACTED] e abrange todos os recém-nascidos inscritos nesta USF. Apresenta como principal objetivo a vigilância da puérpera no sentido da sua recuperação física e psicológica e do recém-nascido até **ao seu 15º dia de vida**, no contexto sociofamiliar de ambos.

O enfermeiro da USF [REDACTED] responsável por realizar esta consulta deverá sustentar a sua atuação nas orientações da OMS (2009) explanadas no documento “*Home Visits for the Newborn Child: A Strategy to Improve Survival*” que advoga:

Para o recém-nascido, na sua primeira semana de vida:

- Promover e apoiar o aleitamento materno precoce e exclusivo;
- Promover o cuidado ao recém-nascido (higiene do cordão umbilical e cuidados com a pele, etc.) e do contato pele a pele que permite ao recém-nascido manter-se aquecido;
- Proceder à identificação e avaliação de fatores de risco (alimentação deficitária; perda de peso; atividade reduzida, dificuldade em respirar, febre ou sensação de frio, ataques ou convulsões) e instrução dos pais para a rápida identificação mesmos e procura atempada de ajuda especializada;
- Promover o registo de nascimento e cumprimento do plano de vacinação;
- Identificar e apoiar os recém-nascidos que precisam de cuidados adicionais (recém-nascidos com baixo peso; doentes ou com mãe infetada com VIH).

Para a puérpera:

- Avaliar as capacidades e necessidades de aprendizagem da puérpera e/ou casal e proporcionar-lhes instruções no âmbito das principais alterações físicas, emocionais e sociais da puérpera e referentes à educação para a saúde do recém-nascido;
- Identificar precocemente as possíveis complicações puerperais (hemorragias, febre, alterações respiratórias, disúria, dor abdominal ou perineal) e se necessário encaminhamento para ajuda especializada;

- Identificar situações de labilidade emocional, na puérpera, ou de crise familiar que interfiram na capacidade de estabelecimento de um vínculo afetivo estimulante para o bebé e gratificante para o casal;

É igualmente importante que o enfermeiro que realize a visita domiciliária promova na puérpera e/ou casal a expressão de sentimentos de perda de controlo, sobretudo por inexperiência no seu novo papel materno e de pais. A capacitação da puérpera e/ou casal, por parte do enfermeiro, para cuidar do filho é fundamental para a promoção da autonomia e responsabilidade no seio familiar.

No 1º contacto com a USF após o nascimento, os pais devem entregar o assento de nascimento.

1.6.2 – Visita Domiciliária ao Utente Dependente

Este tipo específico de VD, pode ser realizada pela equipa de enfermagem e/ou médica e pretende não só a promoção da saúde e a prevenção da doença em utentes dependentes como a capacitação do cuidador para prestar os melhores cuidados e agir diante das mais diversas situações do dia a dia.

Perante qualquer caso identificado, proceder-se-á à avaliação da situação com recurso a escalas que permitem a avaliação do índice de dependência, nomeadamente o Índice de Katz (anexo 1) e a Escala de Lawton e Brody (anexo 2), de modo a identificar precocemente a necessidade de atuação dos profissionais de saúde. Em caso de utentes acamados, e em contexto domiciliário, procede-se a avaliação da Escala de Braden (anexo 3) para avaliação semanal do Risco de Úlcera de Pressão assim como é importante proceder à avaliação do Risco de Queda (anexo 4).

A **equipa de enfermagem** que realize este tipo de visita domiciliária será responsável por:

- Avaliar o estado de saúde física e emocional do utente, e seu cuidador, recorrendo a escalas de avaliação (ex: Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit; Índice de Avaliação das Dificuldades do Cuidador (CAMI); Índice de Satisfação do Cuidador (CASI));

- Prestar cuidados de enfermagem preventivos e curativos dirigidos às necessidades do utente dependente e do seu cuidador considerando o contexto familiar e socio-económico em que está inserido;
- Promover uma relação de ajuda com os utentes/prestador de cuidados, priorizando as necessidades emocionais e sociais;
- Desenvolver e supervisionar procedimentos cuidadosos que capacitem os cuidadores familiares ou pessoas significativas para a aquisição de conhecimentos e habilidades necessários à prestação de cuidados saúde seguros, individualizados e de excelência;
- Articular, sempre que considerar necessário, com os diferentes profissionais de saúde e com os recursos da comunidade, assegurando a acessibilidade do utente/família e/ou cuidador aos serviços disponíveis;

A equipa médica que realize este tipo de visita domiciliária será responsável por:

1.6.3 – Visita Domiciliária para Avaliação, Tratamento e Reabilitação

Este tipo de visita domiciliária pode ser realizada pelo médico e/ou enfermeiro e tem como principal propósito o seguimento de utentes com patologia crónica e/ou utentes com necessidade de tratamento e reabilitação.

Nesta visita a equipa de enfermagem da USF ■■■ desenvolverá as seguintes ações: educação para a saúde, tratamento de feridas; colocação e otimização de dispositivos (ex.: sonda vesical, sonda nasogástrica).

As intervenções de reabilitação são da responsabilidade exclusiva do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação (EEER) uma vez que é a este profissional que lhe é reconhecido “o nível elevado de conhecimentos e experiência acrescida que lhe permitem tomar decisões relativas à promoção da saúde, prevenção de complicações secundárias, tratamento e reabilitação maximizando o potencial da pessoa.” (Regulamento 329/2019, p.13565)

De acordo com o regulamento supracitado, a intervenção deste profissional especializado visa a manutenção das capacidades funcionais dos clientes, prevenção de complicações e incapacidades, assim como intervir terapêuticamente para melhorar as funções residuais, manter ou recuperar a independência do utente 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.

No âmbito da equipa médica, pretende-se essencialmente ...

É importante referir que qualquer intervenção dos profissionais de saúde que implique a um número de deslocações superior a 2 vezes por semana deve ser apresentada e discutida entre o utente/familiar e/ou cuidador e a equipa multidisciplinar e considerar a referência para a rede nacional de cuidados continuados integrados (RNCCI).

A determinação da periodicidade das visitas é da responsabilidade da equipa médica e de enfermagem e dependerá da avaliação feita, por estes profissionais, à situação de saúde do utente.

A equipa de VD será também responsável pela verificação e reposição do material que compõe a mala de cuidados domiciliários, nomeadamente: quantidade, validade e integridade do mesmo.

2. APOIO AO CUIDADOR INFORMAL

No panorama português, os dados do Ministério da Saúde (2018) mostram que Portugal tem uma população cada vez mais envelhecida (com mais de um milhão de pessoas com idade superior a 65 anos), verifica-se o declínio da natalidade, mas também o aumento da esperança média de vida, com acréscimo das doenças crónicas como a insuficiência cardíaca (ICC), insuficiência respiratória (IR), insuficiência renal (IRC), as demências, as doenças neurodegenerativas, a SIDA e o cancro.

Estas doenças destacam-se dada a sua elevada prevalência e morbilidade, e porque podem causar limitações físicas, emocionais, psíquicas e espirituais, com consequente sofrimento difícil de suportar, pela pessoa e família (Fernandes, 2009). Quando não adequadamente acompanhadas são geradoras do que pode ser denominado de processo incapacitante, ou seja, o processo no qual determinada condição afeta a funcionalidade da pessoa e, conseqüentemente, o desempenho das atividades cotidianas interferindo na sua qualidade de vida, comprometendo a sua independência e autonomia exigindo mudanças no estilo de vida e gestão da saúde pela Pessoa que se torna dependente e da sua Família (Souza, Silva, Quirino, Neves & Moreira 2014, p. 165).

Neste contexto de dependência, os familiares são chamados e orientados para colaborar na prestação de cuidados no seu contexto familiar, tornando-se elementos indispensáveis na equipa de prestação de cuidados de saúde (Martins, Rodrigues, Andrade, Albuquerque & Martins 2018).

Os cuidadores familiares fazem parte da rede de suporte informal, constituída por membros da família, amigos, conhecidos e vizinhos, que atuam sem remuneração, diferente da rede formal de cuidadores, composta por profissionais, quer em domicílio, instituições hospitalares ou ambulatoriais (Mendes, Figueiredo, Santos, Fernandes e Fonseca 2018, p. 88)

Em Portugal, a 6 de setembro de 2019 é criada a Lei n.º 100/2019 que reconhece o Estatuto do Cuidador Informal e consagra os direitos e deveres do cuidador e da pessoa cuidada, estabelecendo as respetivas medidas de apoio, sendo que a 10 de janeiro de 2020 é afixada a Portaria nº2/2020 que regulamenta os termos do reconhecimento e manutenção do referido estatuto.

Tendo por base os documentos anteriormente mencionados é importante definir os conceitos de Cuidador informal (CI); Cuidador informal principal e não principal e de Pessoa cuidada:

- **Cuidador informal** – o conjugue ou unido de facto, parente ou afim até ao 4º grau da linha reta ou da linha colateral da pessoa cuidada, que acompanha e cuida desta, cumprindo os deveres que lhe estão atribuídos.
- **Cuidador informal principal** – o cuidador informal que acompanha e cuida a pessoa cuidada de forma permanente, que com ela vive em comunhão de habitação e que não auferir qualquer remuneração de atividade profissional ou pelos cuidados que presta à pessoa cuidada.
- **Cuidador informal não principal** – o cuidador informal que acompanha e cuida desta de forma regular, mas não permanente, podendo auferir ou não remuneração de atividade profissional ou pelos cuidados que presta à pessoa cuidada
- **Pessoa Cuidada** – pessoa que é titular de complemento por dependência de 2º grau ou de subsidio por assistência de terceira pessoa, ou titular de complemento por dependência de 1º grau, desde que se encontre, transitoriamente acamado ou a necessitar de cuidados permanentes, mediante avaliação específica do sistema de verificação de incapacidades permanentes, do Instituto de Segurança Social, I.P. (ISS, I.P).

Ao abrigo da Lei n.º 100/2019 artigo 4º, o ISS, é a entidade responsável pelo reconhecimento do CI, de acordo com requerimento por ele apresentado e, sempre que possível, com o consentimento da pessoa cuidada.

Cuidar é, por natureza, um ato inerente à humanidade na medida em que vamos transpondo as grandes etapas do ciclo vital ora sendo alvo de cuidados ou prestadores dos mesmos, contudo pode ser considerado como um grande desafio, principalmente se o cuidador não estiver preparado para cuidar, ato que envolve várias vertentes e componentes.

De acordo com Sequeira 2010, cuidar de uma pessoa é um dos maiores desafios a superar, pois envolve longos períodos, esforço físico, custos financeiros, sobrecarga emocional, bem como riscos físicos e mentais, sendo que a tipologia dos cuidados a prestar está relacionada com as necessidades da pessoa que é cuidada.

Neste seguimento e descritos no artigo 6º da Lei nº100/2019 estão os deveres do cuidador informal face à pessoa cuidada e que passam por:

- Atender e respeitar os interesses e direitos da pessoa cuidada;

- Prestar apoio e cuidados à pessoa cuidada, em articulação e com orientação de profissionais da área da saúde e solicitar apoio no âmbito social, sempre que necessário;
- Garantir o acompanhamento necessário ao bem-estar global da pessoa cuidada;
- Contribuir para a melhoria da qualidade de vida da pessoa cuidada, intervindo no desenvolvimento da sua capacidade funcional máxima e visando a sua autonomia;
- Promover a satisfação das necessidades básicas e instrumentais da vida diária, incluindo zelar pelo cumprimento do esquema terapêutico prescrito pela equipa de saúde que acompanha a pessoa cuidada;
- Desenvolver estratégias para promover a autonomia e independência da pessoa cuidada, bem como fomentar a comunicação e a socialização, de forma a manter o interesse da pessoa cuidada;
- Potenciar as condições para o fortalecimento das relações familiares da pessoa cuidada;
- Promover um ambiente seguro, confortável e tranquilo, incentivando períodos de repouso diário da pessoa cuidada, bem como períodos de lazer;
- Assegurar as condições de higiene da pessoa cuidada incluindo higiene habitacional;
- Assegurar à pessoa cuidada uma alimentação e hidratação adequadas;
- Comunicar à equipa de saúde as alterações verificadas no estado de saúde da pessoa cuidada, bem como as necessidades que, sendo satisfeitas, contribuam para a melhoria da qualidade de vida e recuperação do seu estado de saúde;
- Participar nas ações de capacitação e formação que lhe forem destinadas pela equipa de saúde.

É essencial que o cuidador se faça reunir de competências técnica, mas também emocionais e comunicacionais, sendo elemento promotor e facilitador da comunicação mostrando disponibilidade para escutar e ajudar a pessoa cuidada a exprimir as suas emoções. O cuidador deve estar disponível para dar atenção, apoio, motivação e tranquilidade. Tem de interpretar os gestos, a ansiedade, os medos e as dúvidas, ajudando a pessoa a ultrapassar ou a adaptar-se às suas limitações (Vitorino 2018, p.10)

É importante que o Cuidador olhe a Pessoa Cuidada em toda a sua *Humanidade* como um ser humano único que se diferencia de todos os outros pelo modo particular de estar na vida: pelos seus gostos, desejos e necessidades, pelos seus hábitos e rituais, pela forma como estabelece relações, pela sua história de vida. Considerar estas particularidades no cuidado prestado é tornar o cuidado Humanizado, personalizado e centrado na Pessoa/família,

Inerente aos seus deveres enquanto cuidador estão os seus direitos (descritos no artigo 5º da referida Lei) que destacam o papel fundamental que têm no desempenho e manutenção do bem-estar da pessoa cuidada, sendo imperativo o seu reconhecimento pela sociedade em geral, poder político, social e económico.

Os estudos realizados sobre o tema da capacitação do cuidador informal demonstram que a informação dada aos CI aquando da alta do seu familiar nomeadamente sobre a doença, orientação e apoio para os cuidados a prestar no domicílio é muitas vezes pouco clara, imprecisa e dispersa.

No estudo desenvolvido por Martins e Santos (2020, p.128) os CI apresentam diferenças estruturais e organizacionais distintas surgindo a necessidade de avaliar as necessidades específicas e que se relacionam com as atividades de vida diárias (AVD's): posicionamentos, transferências, higiene pessoal, vestir/despir; alimentação, eliminação, gestão terapêutica e também prevenção de quedas.

Este facto constitui-se uma preocupação para a equipa de saúde da USF Eça, motivo pelo qual aborda algumas destas questões neste manual de visita domiciliária e apresenta alguns folhetos informativos de apoio ao cuidador:

- “Cuidados à Pessoa com Cateterismo Ureteral (algália).” (Apêndice 1);
- “Cuidados na Alimentação e Hidratação da Pessoa com Sonda Nasogástrica (SNG).” (Apêndice 2);
- “Cuidados no Posicionamento da Pessoa Dependente.” (Apêndice 3);
- “Cuidados na Transferência da Pessoa Dependente.” (Apêndice 4).

Contudo, a Equipa de Saúde da USF Eça está consciente que a elaboração deste material de apoio é um complemento às sessões de educação/instrução e treino do Cuidador Informal a desenvolver pela equipa seja no domicílio da pessoa, nas instalações da USF Eça ou do ACES Arco Ribeirinho ou noutro contexto considerado pela equipa.

É fundamental o envolvimento de toda a equipa de saúde no apoio ao cuidador e à pessoa cuidada com relevância para o papel do enfermeiro pois de acordo com Souza et al. (2014, p. 165)

é evidente a grande necessidade e importância da capacitação e do acompanhamento feito pelos enfermeiros aos membros familiares e cuidadores, na tentativa de promover o cuidado como uma atividade mais leve, de forma a melhorar a qualidade de vida de todos os envolvidos

A sobrecarga do cuidador está relacionada com as dificuldades e o stress que surge durante o ato de cuidar, podendo estar relacionados ao próprio ato de cuidar, a fator socioeconómicos e/ou a tensões intrapsíquicas. As dificuldades do cuidador informal decorrem, essencialmente, da exigência do cuidado, da insuficiência das respostas formais e informais, de problemas financeiros e da restrição da vida social (Cruz, Loureiro, Silva & Fernandes, 2010, p.135).

De acordo com Sousa (2018, p.66) é importante que o cuidador reconheça e aceite as suas emoções e sentimentos como um processo normal de crescimento psicológico essencial para a manutenção de uma boa qualidade de vida. Para esta autora é fundamental que o cuidador reconheça a importância de cuidar de si mesmo para melhor cuidar dos outros desenvolvendo estratégias que permitam prevenir a sua exaustão enquanto cuidador:

- Normalizar os sentimentos que surgem durante o ato de cuidar;
- Dividir tarefas (pedir a colaboração a familiares, amigos) e dedicar tempo ao lazer evitando sacrificar os próprios interesses e atividades;
- Falar com a família, a equipa de saúde (médico, enfermeiro, psicólogo) ou com outros cuidadores (facilita a troca de experiências, convívio, reconhecimento e aceitação de emoções);
- Saber reconhecer os sinais de stress (raiva, isolamento, exaustão, falta de concentração, ansiedade e tristeza) e quando pedir ajuda (médica e/ou psicológica);
- “Olhar de forma diferente” – cuidar pode representar retribuir sentimentalmente a quem cuidou de nós. Essas interações avaliadas como positivas, são o principalmente fator protetor de stress do cuidador.

A sobrecarga do cuidador é vivida por cada cuidador de forma diferente, nem todos os cuidadores atravessam este caminho do mesmo modo. Para Marcelino (2018, p.69) “a fragilidade emocional dos cuidadores pode gerar sentimentos de incapacidade para a mudança, que devem ser acompanhados por um profissional de saúde, de modo a ajudá-los nas transformações necessárias à reorganização do sistema individual e familiar.” Esta autora acrescenta algumas estratégias às anteriormente descritas:

- Planear bem o seu dia, por forma a não desperdiçar tempo. Estabelecer rotinas e identificar os recursos humanos, sociais e comunitários disponíveis – quem, quando e de que forma o pode ajudar;
- Ser sensato e reconhecer os seus limites. Aprender a perdoar a si ou às pessoas mais próximas quando as coisas não correrem da forma como esperava ou gostaria;
- Dar valor ao seu empenho e dedicação, às conquistas e vitórias e tentar sorrir, rir e divertir-se sempre que puder.

Consideramos, enquanto Equipa de Saúde, que é essencial estarmos despertos para estas estratégias de prevenção de exaustão do cuidador e que possamos acompanhá-lo e orientá-lo neste processo. Por conseguinte, quanto melhor os cuidadores souberem lidar com as exigências do cuidado, mais estabilidade emocional e funcional terão para cuidar e dar o seu contributo para que todo o processo assistencial se traduza em ganhos na saúde de todos os envolvidos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização deste manual de visita domiciliária e apoio ao cuidador informal espelha a preocupação da equipa de saúde da USF [REDACTED] em desenvolver medidas centradas nas necessidades dos seus utentes e família com o propósito de reforçar o seu poder e literacia em saúde, permitindo a participação individual e coletiva no planeamento e prestação dos cuidados de saúde.

É pretensão da equipa, num futuro próximo, a realização de um manual de apoio ao cuidador informal, o qual necessita de adquirir conhecimentos e competências que lhe permitam identificar as necessidades da pessoa cuidada, as estratégias para proporcionar cuidados seguros e de qualidade à pessoa e proteger-se a si próprio da sobrecarga física e emocional inerente.

Estas medidas, algumas já desenvolvidas outras em desenvolvimento, estão em sintonia com as orientações dadas pelas estruturas responsáveis pela Saúde em Portugal, e que vão no sentido de criar respostas de proximidade aos cidadãos, com orientação para a obtenção de ganhos em saúde e melhoria da acessibilidade e equidade, a fim de garantir acesso igual a cuidados de saúde de qualidade para todos.

É intenção da Equipa de Saúde da USF [REDACTED] continuar a caminhar no sentido da divulgação e implementação de boas práticas com o propósito de assegurar a melhoria contínua da qualidade e garantir que a mais recente evidência científica e tecnológica é integrada e implementada de um modo sistemático e generalizado.

A Pessoa/família é o elemento central da prestação de cuidados, é um ser humano único que se apresenta em *Humanitude*, como um conjunto de particularidades que a faz pertencer e diferenciar de todos os outros. Estar atento e respeitar a *Humanitude* de cada um é prestar um cuidado centrado na pessoa, humanizado e personalizado.

Consideramos que é desta forma, que honramos o compromisso estabelecido com a população abrangida pelo USF Eça, de melhorar continuamente a qualidade dos cuidados prestados para que sejam efetivos, equitativos e seguros; para que a utilização dos recursos seja eficiente e a prestação de cuidados corresponda, tanto quanto possível, às suas expectativas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bolander, V. (1998). *Enfermagem Fundamental: Abordagem Psicofisiológica*. Lisboa: Lusodidacta.;
- Carvalho, M. & Tavares, L. (2010). *Amamentação: bases científicas*. (3ª ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan;
- Cruz, D., Loureiro, H., Silva, M., & Fernandes, M. (2010). As vivências do cuidador informal do idoso dependente. *Revista de Enfermagem Referência*, III Série (2),127-136. Doi: <http://dx.doi.org/10.12707/RIII1018>;
- Decreto-Lei nº 28/2008 (2008). Criação dos agrupamentos de centros de saúde do Serviço Nacional de Saúde. *Diário da República*, 1.ª série (N.º 38 de 22-02-2008), 1182-1189. ELI: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/28/2008/02/22/p/dre/pt/html>;
- Decreto-Lei nº 298/2007 (2007). Regime jurídico da organização e do funcionamento das unidades de saúde familiar. *Diário da República*, 1.ª série (N.º 161 de 22-09-2007), 5587-5596. ELI: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/298/2007/08/22/p/dre/pt/html>;
- Duarte, S.F.C. (2010). *Continuidade em cuidados domiciliários: O papel do enfermeiro*. (Tese de Doutoramento). Disponível em: <http://hdl.handle.net/10451/3816>;
- Fernandes, J.J.B.R. (2009). *Cuidar no Domicílio: A sobrecarga do Cuidador Familiar*. (Tese de Mestrado). Disponível em: https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/1088/1/20820_ulsd57600_tm.pdf;
- Lei n.º 100/2019 (2019). Aprova o Estatuto do Cuidador Informal, altera o Código dos Regimes Contributivos do Sistema Previdencial de Segurança Social e a [Lei n.º13/2003](#), de 21 de maio. Assembleia da República. *Diário da República*, I Série (n.º 171/2019, de 2019-09-06), 3-16. ELI: <https://data.dre.pt/eli/lei/100/2019/09/06/p/dre>;
- Marcelino, E. (2018). Como Lidar com a Sobrecarga do Cuidador? In J. Ferreira, & M. L. Vitorino (Coords.), *Manual do Cuidador da Pessoa com Parkinson* (68-70). Torres Vedras: CNS – Campus Neurológico;
- Marinheiro, P. (2002). *Enfermagem de Ligação: cuidados pediátricos no domicílio*. Coimbra: Quarteto editora.;
- Martins, R., Rodrigues, A., Andrade, A., Albuquerque, C., & Martins, C. (2018)

- Perception of informal caregivers on planning for the discharge of hospitalised elderly patients. *Rev Enf Rol.* 41 (11- 12), 193-197. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.19/5330>;
- Martins, R., & Santos, C. (2020). Capacitação do cuidador informal: o papel dos enfermeiros no processo de gestão da doença. *Gestão E Desenvolvimento*, (28), 117-137. Disponível em: <https://doi.org/10.34632/gestaoedesenvolvimento.2020.9468>;
- Mendes, P.N., Figueiredo, M.L., Santos, A.M., Fernandes, M.A. & Fonseca, R.S. (2019). Sobrecargas física, emocional e social dos cuidadores informais de idosos. *Acta Paul Enfermagem*, 32 (1):87-94. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201900012>;
- Ministério da Saúde. (2018) Retrato da Saúde. Acedido 10/07/2020. Disponível em: https://issuu.com/boletiminfcompraspublicassaude/docs/retrato_da_saude_2018_compressed;
- Organização Mundial de Saúde (2021). Acedido em 26/03/2021. Disponível em <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care>;
- Portaria nº2/2020 (2020). Regulamenta os termos do reconhecimento e manutenção do Estatuto do Cuidador Informal, aprovado em anexo à Lei n.º 100/2019, de 6 de setembro. *Diário da República*, I Série (n.º 7/2020, de 2020-01-10), 5-9. ELI: <https://data.dre.pt/eli/port/2/2020/01/10/p/dre>;
- Regulamento nº392/2019 (2019). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista. *Diário da República*, 2ª série (nº 85 de 03-05-2019), 13565-13568. ELI: <https://dre.pt/application/conteudo/122216893>;
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental*. Lisboa-Porto: LIDEL;
- Sousa, F. (2018). Os cuidadores também adoecem? In J. Ferreira, & M. L. Vitorino (Coords.), *Manual do Cuidador da Pessoa com Parkinson* (66-67). Torres Vedras: CNS – Campus Neurológico;
- Souza, I.C.P., Silva, A.G., Quirino, A.C.S., Neves, M.S. & Moreira, L.R. (2014). Perfil de pacientes dependentes hospitalizados e cuidadores familiares: conhecimento e preparo para as práticas do cuidado domiciliar. *Revista Mineira de Enfermagem*, 18 (1): 164-172. Doi: <http://dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20140013>;

Vitorino, M.L. (2018). Qual o papel dos cuidadores da pessoa com Parkinson) In J. Ferreira, & M. L. Vitorino (Coords.), Manual do Cuidador da Pessoa com Parkinson (66-67). Torres Vedras: CNS – Campus Neurológico;

World Health Organization (2009). *Home visits for the newborn child: a strategy to improve survival*. Switzerland. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70002/WHO_FCH_CAH_09.02_eng.pdf?sequence=1;

Apêndice 8 – Cuidados à pessoa com cateterismo uretral (algália)

CONTATAR A SUA UNIDADE DE SAÚDE SE...

- Verificar diminuição do débito urinário;
- Observar urina com alteração da cor, cheiro; com sangue; com sedimento;
- Pessoa referir queixas: ardor, dor; desconforto lombar e/ou abdominal;
- Verificar saída de urina extra dispositivo;
- Pessoa apresentar febre.

Bibliografia:

- Administração Central de Sistemas de Saúde. (2011). Manual de Normas de Enfermagem: Procedimentos Técnicos. Lisboa;

- European Association of Urology Nurse. (2016). Evidence-based Guidelines for Best Practice in Urological Health Care—Male external catheters in adults—Urinary Catheter management. USA. Hollister;

* Foto Ilustrativa retirada do site: <https://www.drakeillafreitas.com.br/infeccao-urinaria-associada-a-sonda-vesical/>

HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO

Dias úteis:

Das 8h às 19h45

A Equipa do USF elaborou este folheto, especialmente para si, com o objetivo de o informar sobre os cuidados a ter no domicílio.

USF

Morada:

Telefone: +

Fax: +

Correio Eletrónico:

Folheto Informativo realizado por :

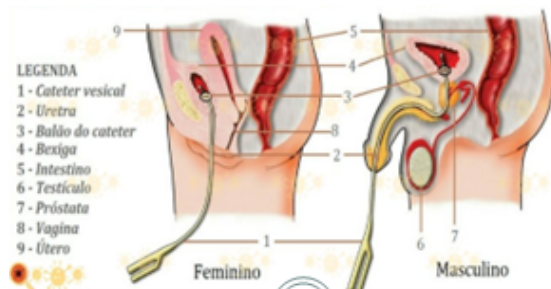
Enfra. Cristina Martins alunado 11º CMEER—ESEL,
sob a orientação da EEER

Cuidados à Pessoa com Cateterismo Ureteral (Algalia)

*Folheto de Apoio ao
Cuidador*



Localização anatômica da Algália *



Uma Algália é...

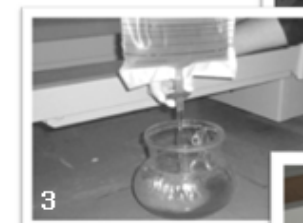
uma sonda de borracha ou silicone que é introduzida através do meato urinário e uretra até à bexiga, permitindo o esvaziamento da mesma.

Está Indicada para...

- Situações de retenção urinária crónica e aguda;
- Monitorizar o débito urinário nas situações indicadas;
- Manter fluxo contínuo de urina em pessoas com dificuldades de micção, por resultado de distúrbios neurológicos que causam paralisia ou perda de sensibilidade afetando a micção;
- Facilitar a continência e manter a integridade da pele (quando métodos de tratamento conservadores não tiveram sucesso);
- Melhorar o conforto da pessoa em cuidados paliativos, se necessário.

CUIDADOS NA MANUTENÇÃO...

- Higienizar as mãos antes e depois da manipulação do sistema (1);
- Higienizar os órgãos genitais com água e sabão diariamente e sempre que necessário;
- Trocar o adesivo de fixação do cateter urinário, alternando o local, de modo a ser compatível com o conforto e mobilidade do doente;
- Garantir o livre fluxo de urina, evitando dobras no circuito de drenagem (2);
- Evitar o refluxo de urina mantendo o saco coletor sempre abaixo do nível da bexiga, sem tocar no chão (2);
- Verificar sempre se o saco coletor e a sonda estão bem conectados um ao outro.



CUIDADOS NO ESVAZIAMENTO...

- Higienizar as mãos antes e depois da manipulação do sistema (1);
- O saco coletor deve ser esvaziado quando se encontrar a 2/3 da sua capacidade (2);
- Colocar luvas de proteção (luvas limpas) e avental devido ao risco de ocorrência de salpicos;
- Esvaziar o saco coletor para um recipiente limpo e individualizado, evitando o contacto entre a torneira de despejo e o recipiente de recolha (3);
- Limpar a válvula de despejo antes e depois da sua abertura com uma compressa embebida em álcool a 70º (4);

IMPORTANTE...

- ◆ **Explicar à pessoa** os procedimentos a serem executados;
- ◆ **Incentivar a ingestão hídrica** (+/- 1,5l/m), se não existir contra indicação médica;
- ◆ **Substituir o saco de drenagem apenas se:**
 - ◆ estiver danificado ou com fugas;
 - ◆ verificar acumulação de sedimento e/ou coágulos;
 - ◆ verificar obstrução frequente;
 - ◆ houver desconexão acidental do sistema de drenagem.

Apêndice 9 – Cuidados na alimentação e hidratação da pessoa
com sonda nasogástrica

OUTROS CUIDADOS...

- Limpar o nariz uma vez por dia;
- Limpar e secar a pele ao redor do nariz;
- Rodar suavemente a sonda;
- Mudar o adesivo todos os dias (adesivo em V).



2

Se a sonda obstruir ou sair do lugar não tente recolocar.

Deverá contatar a sua Unidade Familiar e falar com o seu enfermeiro.

Bibliografia:

- Administração Central de Sistemas de Saúde (2011). *Manual de Normas de Enfermagem: Procedimentos Técnicos* (2ª Edição). Lisboa;

- Dize, M., Querido, A., Soares, E., Gomes, J., Pereira, C., Teixeira, L., ... Peralta, T. (2018). *Apoiar no autocuidado de utentes e cuidador resinformais*. Leiria: Instituto Politécnico de Leiria.

Fotos:

- 1 <https://www.sociedadeenfermagem.com.br/fundamentos/sondagem/sonda-nasogastrica/>
- 2 http://uxism.pt/wp/download/a_sua_saude/manuais_do_cuidador/Manual-5-Cuidados-a-Pessoa-Dependente.pdf

HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO

Dias úteis:

Das 8h às 19h45

A Equipa do USF elaborou este folheto, especialmente para si, com o objetivo de o informar sobre os cuidados a ter no domicílio.

USF EÇA

Morada:

Telefone: +

Fax: +

Correio Eletrónico:

Folheto Informativo realizado por :

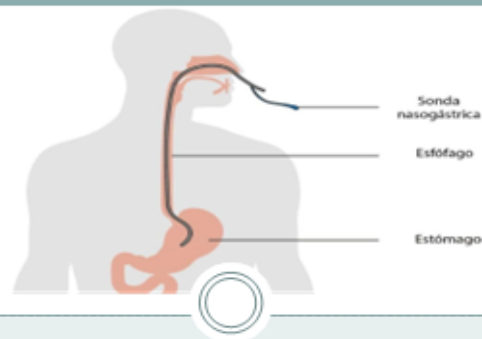
Enf.ª Cristina Martins - 11º CMBER-ESEL, sob a orientação da EEER

Cuidados na Alimentação e Hidratação da Pessoa com Sonda Nasogástrica (SNG)

Folheto de Apoio ao

Cuidador

Localização anatómica da SNG *



A Sonda Nasogástrica...

é um dispositivo médico que introduzido através de uma narina permite ir até ao estômago.

A sua colocação tem como objetivos...

- Alimentar a pessoa com os nutrientes adequados, quando a via oral é inacessível ou impraticável;
- Permitir a alimentação e hidratação da pessoa o mais fisiologicamente possível;
- A manutenção do estado nutricional e equilíbrio hidro eletrolítico;
- Manter a motilidade gastrointestinal.

Material necessário...

- Seringa de 50cc;
- Copo com água;
- Tampa de sonda nasogástrica;
- Alimentação;
- Pano ou toalhetes (para proteger e para limpeza)

PREPARAÇÃO DOS ALIMENTOS...

- Considerar as preferências e necessidades alimentares da pessoa;
- Lavar as mãos antes de preparar os alimentos, e sempre que se manipula a sonda nasogástrica;
- Lavar os alimentos e os utensílios usados na preparação dos mesmos;
- Os alimentos devem ser triturados e de consistência líquida para não obstruir a sonda;
- Os alimentos devem ser introduzidos à temperatura corporal;

ANTES DE ADMINISTRAR A ALIMENTAÇÃO...

- Colocar pessoa na posição de sentado (elevar a cabeceira da cama ou apoiar com almofadas);
- Colocar pano/babete de proteção sobre o tórax;
- **Verificar se a sonda está no estômago:** Antes da alimentação e com a seringa adaptada à sonda aspire para ver se há conteúdo alimentar da refeição anterior.
Se existir e for superior a metade da quantidade da refeição anterior, volte a introduzi-lo, lave a sonda com 20 cc de água;
- Aguarde 1 a 2 horas até nova tentativa com um chá e verificar se foi bem tolerado ao fim de 1 hora; depois pode progredir para alimentos mais consistentes.

ADMINISTRAR A ALIMENTAÇÃO...

- Coloque a seringa na extremidade da sonda e desclampe a sonda;
- Administre a alimentação pela sonda lentamente, dampando-a com a tampa cada vez que enche a seringa com alimento;
- Esteja atento à expressão da pessoa;
- No fim da refeição introduza entre 30 a 50cc de água para lavar a sonda;
- Depois de alimentar a pessoa esta deve permanecer sentada cerca de 30 minutos para facilitar a digestão;

IMPORTANTE...

- ◆ **Explicar à pessoa** os procedimentos a serem executados;
- ◆ **A quantidade de alimentos** a introduzir por refeição deverá ser de **200 a 300 cc.**;
- ◆ **Administrar água ao longo do dia** (6 a 8 copos) pela sonda para manter a hidratação do doente;
- ◆ O intervalo entre as refeições não deve ser superior a 3 horas;
- ◆ **A higiene oral deverá ser realizada**, pelo menos, três vezes por dia;
- ◆ **Hidratar os lábios** (ex.: creme hidratante; vaselina líquida)

Apêndice 10 – Cuidados no posicionamento da pessoa
dependente

Posicionamento em *Fowler*



Bibliografia:

- Ordem dos Enfermeiros. (2013). *Guia Orientador de Boas Práticas - Cuidados à pessoa com alterações da mobilidade - posicionamentos, transferências e treino de deambulação*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros;

- Ordem dos Enfermeiros. (2009). *Guia de Boa Prática de Cuidados de Enfermagem a Pessoa com Traumatismo Vertebral Medular*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Fotos:

- Ordem dos Enfermeiros. (2013). *Guia Orientador de Boas Práticas - Cuidados à pessoa com alterações da mobilidade - posicionamentos, transferências e treino de deambulação*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

A CONSIDERAR ...

- ◆ Para mover e posicionar uma pessoa é necessário que o **cuidador conheça e use a mecânica corporal adequada**;
- ◆ **Avaliar regularmente a pele** (vigiar aparecimentos de áreas de pressão e reconsiderar a frequência e o método de posicionamento);
- ◆ **Utilizar ajudas de transferência** para evitar a fricção e a torção. Se utilizar o resguardo, este deve ser colocado desde a região escapulo-umeral até à região poplíteia;
- ◆ **Registar a posição adotada, a frequência e a avaliação dos resultados** na alteração de decúbitos.

USF

Morada

Telefone: +

Fax: +

Correio Eletrónico:

Folheto Informativo realizado por:

Enf.ª Cristina Martins - 11º CMEER – ESEL, sob a orientação da EEER

Posicionamentos

*Folheto de Apoio ao
Cuidador*

Posicionamentos

O posicionamento/alternâncias de decúbito é essencial para a pessoa com alterações da mobilidade, com o objetivo de **prevenir complicações** associadas à imobilidade (cutâneas, músculo-esqueléticas, respiratórias, circulatórias, gastrointestinais, urinárias); proporcionar **conforto e promover a autonomia** da pessoa.

É IMPORTANTE...

- * **Organizar** o espaço e material necessário;
- * **Informar** a pessoa sobre o procedimento e **solicitar a sua colaboração** de acordo com as suas capacidades;
- * Promover o **conforto da pessoa**, estimulando-a a comunicar se sentir desconforto;
- * Alternar, **de 2 em 2h ou de 3 em 3 horas** ou de acordo com a especificidade de cada pessoa;
- * Manter **superfície de apoio íntegra** (cama, plano inclinado), sem rugosidades, humidade ou artefactos;
- * Utilizar **superfícies redutoras de pressão** adaptadas à condição da pessoa;
- * Utilizar **almofadas de apoio**;
- * Se a pessoa tiver **dispositivos médicos** (ex.: algália, sonda nasogástrica) **evitar posicionar a pessoa sobre os mesmos**;
- * **Manter o alinhamento** de todos os segmentos do corpo e articulações em posição neutra e funcional
- * **Distribuir equitativamente o peso corporal** pelas superfícies de apoio
- * Permitir **adequada estimulação motora e sensorial**;

Decúbito Dorsal (DD)



Decúbito Lateral Esquerdo (DLE)



Decúbito Semidorsal (DSD)



Decúbito Ventral (DV)



Decúbito Semiventral (DSV)



Nota:

No DV, se necessário, pode colocar almofada sob a região abdominal para diminuir a pressão sobre a região mamária e escroto;

No DSV, a cabeça posiciona-se para o lado oposto ao decúbito, com ou sem almofada.

Apêndice 11 – Cuidados na transferência da pessoa
dependente

Transferência da Pessoa Dependente Total por 2 Cuidadores



- 1º Cuidador passa os antebraços sob as axilas da pessoa de modo a segurar-lhe os antebraços junto ao tronco. Deve também segurar o antebraço esquerdo com a mão direita e o antebraço direito com a mão esquerda (fig. A);
- 2º Cuidador responsável coloca-se de frente para a cama com os antebraços sob os membros inferiores (fig. B);
- A transferência é feita em bloco, colocando a pessoa na cadeira/cadeirão (fig. C e D).

Bibliografia:

- Ordem dos Enfermeiros. (2013). *Guia Orientador de Boas Práticas - Cuidados à pessoa com alterações da mobilidade - posicionamentos, transferências e treino de deambulação*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros;
- Dixe, M., Querido, A., Soares, E., Gomes, J., Pereira, C., Teixeira, L.,...
Peralta, T. (2018). *Apoiar no autocuidado de utentes e cuidado reabilitador*. Leiria: Instituto Politécnico de Leiria.

Fotos:

- Ordem dos Enfermeiros. (2013). *Guia Orientador de Boas Práticas - Cuidados à pessoa com alterações da mobilidade - posicionamentos, transferências e treino de deambulação*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

A TÉCNICA DA TRANSFERÊNCIA...

... A utilizar depende da colaboração que a pessoa pode dar;

... Deve garantir a segurança, tanto do cuidador como da pessoa a transferir;

... Deve considerar as necessidades e capacidades da pessoa relativamente à sua dependência, tamanho e peso, capacidade em compreender e vontade em colaborar;

... Deve estar de acordo com as condições clínicas da pessoa;

... Pode considerar materiais de apoio, aconselhe-se junto do seu Enfermeiro!

USF

Morada

Telefone: +

Fax: +

Correio Eletrónico:

Folheto Informativo realizado por:

Enfª Cristina Martins - 11º CMEER - ESEL, sob a orientação da EEER

Cuidados à Pessoa com Alterações da Mobilidade

Transferências

Folheto de Apoio ao
Cuidador

Transferências

São um conjunto de técnicas coerentes, organizadas e padronizadas que visam facilitar a deslocação da pessoa de uma superfície para outra. As transferências são essenciais para a independência funcional. A pessoa pode transferir-se, entre outras, da cama para a cadeira, da cadeira para a cama, da cama para a sanita ou banheira e vice-versa.

Cuidados com Postura do Cuidador

- Garantir uma base de suporte estável;
- Regular altura da cama quando possível, ao nível da anca;
- Evitar movimentos de rotação da coluna;
- Manter a pessoa a transferir o mais próxima possível do seu corpo, tendo em atenção à sua postura, evitar dobrar-se ou inclinar-se;
- Fletir ligeiramente os joelhos;
- Os pés devem encontrar-se à largura dos ombros.

IMPORTANTE...

- **Explicar à pessoa** os procedimentos para que esta possa colaborar e participar;
- **Planear a execução dos procedimentos** em segurança;
- **Providenciar o material necessário** (ex. cadeira de rodas/cadeirão, cintos de segurança, tábuas; elevadores mecânicos, etc.);
- **Preparar a cadeira de rodas:** travar as rodas, elevar ou retirar o apoio de braço mais próximo do leito e afastar os pedais) ou cadeirão e colocar a cadeira de rodas ou cadeirão paralelo à cama;

Transferência da Pessoa com Grau de Dependência Baixo ou Moderado da Cama para a Cadeira



1. Partindo do decúbito dorsal, a pessoa deve fletir e/ou ser ajudada a fletir os joelhos (**fig. 1**);
2. Colocar uma mão ao nível da região escapulo-umeral e outra nos joelhos e rodar a pessoa (**fig. 2**);
3. Assistir na elevação do tronco com uma mão e simultaneamente fazer pressão nos membros inferiores na direção do chão, ajudando-a a sentar-se com um movimento coordenado (**fig. 3**);
4. Com a pessoa sentada na beira do leito, avaliar sinais e sintomas de hipotensão ortostática (**fig. 4**);
5. Descer a base do leito de forma a que os pés fiquem assentes no chão e assegurar-se de que a pessoa está calçada ou usa meias antiderrapantes (**fig. 5**);
6. Solicitar à pessoa para inclinar o tronco a fim de transferir o peso para a frente e assumir a posição ortostática (**fig. 6**);
7. Assistir a pessoa durante a transferência, colocando as mãos na região dorsolombar. Se possível, pedir-lhe para se apoiar no braço oposto da cadeira (**fig. 7**);
8. Colocar os pés nos pedais de apoio da cadeira, que devem estar ajustados de forma a que a pessoa mantenha flexão da anca e joelho a 90°.

Apêndice 12 – Sebenta do Curso Humanidade

Curso Humanidade para pessoas Idosas – Sebenta

1º dia 12/03/2021

Entranha se na nossa vivencia e integra se em tudo

Auditoria em França – auditoria de qualidade de cuidados mais implementados pelos lares privados – se na própria gestão estão integrados os conceitos a diferença acontece – mudou a vida do gestor é transversal a todas as áreas de aplicabilidade- há obstáculos, mas é possível.

Humanidade – França onde nasceu Yves Gineste e Marescoti – 2 professores de educação física – sem relação com as nossas áreas de formação. O que aconteceu nos anos 70 para formarem esta metodologia – ajudarem os cuidadores dos hospitais que tinham demasiados acidentes de trabalho e LMERT, má gestão física na mobilização dos doentes. A Humanidade nasce da preocupação de melhorar as práticas, dar formação aos profissionais, como se faz transferências, mobilização de cargas. Esta dinâmica e dificuldade foi a preocupação inicial, eles iam dar a formação e apos validação pelos formandos, as más práticas voltavam – porque temos memoria postural e é mais fácil adotar posturas erráticas que estão memorizadas pelo corpo. Eles resolveram ir observar os cuidados, o que estava a acontecer de mal, onde estava o erro – passaram a participantes ativos – observaram e treinaram diferente técnicas- mobilizando conhecimentos de neurociências, motricidade – perceberam que não estabeleciam contacto e relação entre o cuidador e a pessoa cuidada – não explicavam o que estava a acontecer, não se apresentavam – 1º estabelecer o contato relacional e depois prestar o cuidado. Se com os cuidadores trabalhassem a estrutura de pensamento mais depressa estes iriam assimilar e refletir de que forma vão entrar em contato com a pessoa.

Albert Jaquard – trabalhava as questões da negritude – vão encontrar nos estudos deste sr. as bases metodológicas.

Estruturar a abordagem da instituição – as estruturas contratam para desempenhar tarefas e não explicam qual a metodologia de pensamento, a forma de atuar, de entrar em contato com as pessoas. É necessário que nos digam o que esperam de nós, qual a filosofia, a missão. Em França houve um grande impacto, as

peças tomaram consciência dos maus-tratos nas instituições e decidiram mudar a estrutura e formação para o cuidado. Depois Suíça, Canadá

Em Portugal Pela Nídia Salgueiro, lutou pelo reconhecimento da profissão. Já depois de reformada, a Enfra Margot Phaneuf veio fazer algumas formações a Portugal, a Enfra Nídia veio ser tradutora dessas conferências – Lutar pela Dignificação dos cuidados. Enfra João e Rafael foi apoiar a Enfra Nídia e tornou-se responsável pela implementação desta metodologia em Portugal.

Qualidade do Lar – tudo reunido em termos de papéis, mas a desmotivação dos cuidadores eram os mesmos, a dependência nos cuidados era a mesma -mudar mentalidades.

ESTA METODOLOGIA OBRIGA-NOS A REFLETIR

Se esta pessoa recusa o cuidado – porquê? Se elas falarem vão elevar a voz e sobrepor se ao tom de voz da pessoa.

Alguém nesta condição que recusa este cuidado é alguém pode ter um quadro demencial instalado – vamos recorrer à memória emocional – 1º banho a água vem ter ao bebe de forma faseada e cuidada, não vai primeiro à cara – Homúnculo sensorial – áreas altamente sensitivas – se toleramos ser cuidados tocados nessas áreas se temos uma relação de intimidade com a pessoa. A nossa área sensória motora precisa de espaço para ganhar confiança comigo – cara área social, mas altamente sensitiva. Há representação sensorial do meu corpo e o meu cérebro autoriza ou não a invasão pela outra pessoa – respeitar a memória emocional, o seu homúnculo sensorial. Começar pela cara da área mais limpa para a mais suja – esta sequenciação vem do tempo de Florence Nightingale – na Guerra da Crimeia – ela registava tudo para que outros seguissem a sua metodologia. A lavagem das mãos advém desse tempo.

Refletir ... por onde começamos os cuidados? Testamos a água primeiro pelos pés, pelas mãos, cada um de nos começa por áreas diferentes, mas nas instituições padronizamos este cuidado, porquê? É importante refletir sobre as práticas, pensar sobre elas!

Em pessoas com deficit cognitivo é importante isto, questionar por onde começamos os cuidados- por onde está habituada a começar os seus cuidados de higiene – qual é o seu hábito, a sua prática?

Importante haver uma AVALIAÇÃO DAS CAPACIDADES DA PESSOA-

O que é um cuidador – melhorar, manter ou acompanhar a situação de saúde de uma pessoa.

Importante estarmos todos no mesmo patamar de cuidados - para não haver a destruição da Humanidade daquela pessoa. Usamos duplicidade de pensamentos à nossa volta. Se a pessoa está a melhorar devemos considerar isso, devemos considerar o seu potencial, o seu perfil deve ser entendido por todos da mesma maneira. Importante a equipa sentar-se e definir qual o patamar de cuidados que queremos. Um faz o outro não – gera conflitos, desmotivação entre profissionais.

Como é que definimos os Cuidados? O que interessa é a tarefa ou o resultado dessa tarefa o que é que isso interessa? Que qualidade é esta? Considera o que a pessoa sente? Se participou ou não participou, negociou o cuidado ou não, foi parte integrante no cuidado ou não. Do ponto de vista da humanidade precisamos de perceber se estamos no nível ótimo de cuidados – bem-estar dos cuidadores. Na prestação de cuidados temos tendência a falar entre cuidadoras – após a implementação as conversas giram em volta daquilo que as pessoas começaram a fazer por si. As pessoas começaram a sentir-se mais envolvidas nos cuidados. Surge o primeiro entrave – não tenho tempo para isso – isso é uma falácia – se estou numa fila para pagar algo aqueles 5m são intermináveis, mas se estou num café eles voam – **a percepção do tempo tem haver com a forma como o vivemos.**

Os cuidados em Humanidade são facilitados, negociados são menos demorados –

Questão educacional - Cuidar do outro – fazer pela pessoa - o nosso coração confrangesse pelo outro – mas até que ponto é que estamos a fazer bem pelo outro?

Atenção pela forma como tocamos a pessoa – se é para ir lado a lado vai pela mão, se gostamos da pessoa levamo-la pela mão – este é um toque não validante – como é que o cérebro de todos nós recebe o toque – podemos ser cuidadosos no tom de voz, na palavra, no olhar, mas o toque deve corresponder a tal. O tempo que o cérebro leva a ouvir é maior que o tempo que leva a tocar – a forma como as fibras da nossa pele percebem o toque é mais rápido que aquilo que é percebido pelo som – as minhas mãos devem comunicar em consonância com os outros pilares - memória

emocional – **guardamos na nossa memória o toque validante, nunca perdemos a memória emocional.**

Como é que a pessoa gosta de ser tratada? Como é que a pessoa se identifica? É importante apresentarmo-nos à pessoa, quem somos – **ANUNCIARMO-NOS – na HUMANITUDE** – não é importante questionar, mas sim repetir – pela repetição. Nós aprendemos por repetição e não por questionamento – isso cria ansiedade, nervosismo. Na HUMANITUDE não devemos perguntar “Então como é que eu me chamo? Então, mas eu disse lhe ontem? Ajudamos os nossos doentes se repetirmos o nosso nome e não questionarmos sobre ele!

Trabalhar o abandono dos cuidados – em Humanitude sempre que tivermos de deixar a pessoa por momentos devemos explicar porque o vamos fazer – informar a pessoa do que vamos fazer. O facto de a pessoa não ter capacidade de comunicar eu devo sempre comunicar o que vou fazer. Eu devo ter congruência entre aquilo que eu defendo com aquilo que eu pratico – os valores que eu defendo são os valores que eu trago para o cuidado.

A Forma como eu exponho o meu corpo é diferente da forma como a outra pessoa o expõe. Como é que eu exponho alguém a um estímulo sensorial? As costas são uma área social, mais predisposta ao toque – Em Humanitude – que sequencia de higiene é que vamos utilizar.

O agradecimento é uma palavra positiva - que valoriza o seu esforço, a sua participação, aquele que nos cuida agradece, eu quero “tatuá-lo” na memória emocional da pessoa um ato de cuidado positivo. Consolidar o cuidado – validar o que foi feito.

Definir o patamar de cuidados – inserir no plano de cuidados as especificidades da pessoa –

O Homem tem de reconhecer a pessoa enquanto pessoa, o Homem enquanto Homem!

Será que nos cuidados reconhecemos as pessoas enquanto pessoas?

Não basta cuidarmos das necessidades básicas, a pirâmide das necessidades de Maslow está atualmente a ser questionada. A área do cérebro que identifica a dor é a mesma que reconhece a dor emocional, precisa o reconhecimento das necessidades emocionais.

Quantas vezes no acompanhamento que fazemos aos cuidadores não os ajudamos a refletir sobre as necessidades emocionais daquela pessoa. Podemos fazer a diferença, fazer sentir a pessoa no mundo dos vivos! Referência ao filme do naufrago – Necessidade da relação – somos seres relacionais. Estarmos atentos aos Gestos Humanidade – permitir que se expressem na sua Humanidade – sintam o valor da dignidade, da verticalidade, do vestuário.

INSTRUMENTALIZAÇÃO DAS EQUIPAS – VAMOS PREVENIR A INFEÇÃO SO E APENAS NÃO VAMOS CUIDAR DAS PESSOAS!

Olhar- Palavra -Toque - esta é a sequência de entrar no cuidado com a pessoa – mais facilitada a relação com a pessoa. Ex: se estivermos zangados com alguém “dizemos nunca mais olho para ela”; “nunca mais lhe falo”; “nunca mais a cumprimento.”

13 de março de 2021

Ser Pessoa – vai além da satisfação das necessidades básicas.

Crianças na Alemanha antes da queda do muro de Berlim - Crianças em jaulas desprovidas de contato social, pessoal. RM – foram comparadas com RM de pessoas com Alzheimer – encontraram demasiadas semelhanças – Só houve reconhecimento biológico e não sociológico, quando não há estímulos num cérebro demencial precisa de estímulos para que o processo degenerativo não seja progressivo. Estabelecer a comunicação através dos pilares Humanidade.

Caímos na tentação de no cuidar nos focarmos na tarefa, na pessoa que esta a realizar o cuidado conosco. Estímulo é necessário para que a pessoa se sinta pessoa no mundo dos vivos.

Voltar a olhar para a Pessoa reconhecendo – a como parte integrante – 3º nascimento.

Em Humanidade eu devo estar sentada de possível de frente para comunicar olhos nos olhos – promover o estímulo visual. Em criança a alimentação é dada de frente estímulo emocional que está na nossa memória.

Direito à Autonomia – cognitiva; independência – vertente física

Direito à Autonomia – a decidir, a escolher (pessoa decidir sobre o seu vestuário); Pessoa no seu autocuidado – memória procedural – não substituir;

Tem de haver coordenação nos cuidados, no sentido da sua reabilitação, da aquisição da sua autonomia – se eu tenho o fisioterapeuta, o enfermeiro de reabilitação ou o terapeuta ocupacional a trabalhar para a autonomia da pessoa eu não posso ter o auxiliar de ação médica a substituir a pessoa.

O que pode a pessoa fazer por si? Então estimular o potencial.

Não colocar azulejos ou mosaicos – fazem ricochete do som, não absorvem o som, agudizam-no. Quanto mais barulho houver à nossa volta, mais dificuldade temos em perceber aquele sabor. Determinadas patologias alteram, modificam o paladar.

Pelo Cuidado, pela Atenção, Pela Potenciação das capacidades mínimas da Pessoa – 3º nascimento -sentir se vivo num mundo de Pessoas.

A Máquina de fazer Espanhóis – metáfora Dura aos cuidados aos idosos.

Verticalidade – Equacionar o uso de verticalizadores – Morrer de Pé como as árvores!

Linguagem profissionalizada – Palavra Profissionalizada – Temos de Pedir Licença Para! Colocar a profissionalização no cuidar é trazer o coração reflexivo para a prática de cuidados – sempre que entramos em contato com alguém tem de ser.

Captura Sensorial em termos científicos é uma Sequencia Estruturada De Procedimentos Cuidativos em Humanidade – sequencia de ações que acontecem num cuidado que poem em evidencia a Humanidade, validada pelo enfro Mário Simões - sempre que vamos aos cuidados e sempre que estamos presentes nos cuidados, sejam eles quais forem, ou numa relação profissional ou até pessoal nós passamos por determinados passos, fases, por etapas e essas etapas são:

Pré preliminares – pré-preparar a conversa que vou ter com ela; importante não interromper a ligação, se tiver de sair explicar o que vou fazer. Porquê bater à porta? É fundamental – critério da captura sensorial – regra de arte -pedir permissão para entrar no espaço privado da outra pessoa, vamos com intensão queremos alguma coisa. Bater à Porta – apelo à memoria emocional-gestos específicos que significam entrar no espaço do outro – só entra quem tem muita confiança connosco – referencia memoria emocional – mostra que respeitamos a sua privacidade, o seu espaço. E as pessoas que não falam? Se alguém me avisa que vai entrar no meu espaço coloca me em aviso – Perda da acuidade auditiva- percebe as vibrações que depois são

interpretadas e decodificadas em palavras. Antes do estímulo auditivo tenho de dar o estímulo sensitivo- se a pessoa não responde – (técnica) provado cientificamente que quando existe lentificação auditiva precisamos de mais ou menos 9 segundos para assimilar o som. Há muitas invasões de espaços sem pedir permissão à pessoa. **Bater à porta ou técnica do Toc Toc – resposta verbal ou não verbal – pessoa deixa que lhe prestemos cuidados. Entrar calmamente no espaço da pessoa! Gerir o tempo em função daquilo que é importante para a pessoa.**

Preliminares – Olhar de frente – qt mais velhos somos mais dificuldade temos nesta vivencia – olhar de frente permite que seja reconhecido pelo outro – **Reconhecê-lo enquanto o outro! Olhar progressivo, axial, horizontal. Ajustar o olhar – tu és outro! Evitar o discurso infantilizante. Introduzir a palavra – Bom dia quem é que eu sou – Chamar pelo nome pelo qual se identifica.**

Estes critérios podem não ser sequenciais – referir o motivo do encontro – venho estar aqui consigo para cuidar de si – o motivo do encontro é sempre estar. Só posteriormente é que eu a informo do que vou fazer – oferecer a mão posteriormente. Usar Tom de voz calmo, palavras validantes. Não mencionar a tarefa sem a pessoa validar a nossa intervenção. Aquilo que eu não sou capaz de fazer vai ser o meu objetivo – se auto observe, se autoavalie – trabalhar aquela competência. Importante trabalhar o Tom de Voz – Importante trabalhar do ponto de vista profissional. Cuidar das nossas mãos! A Voz Sente-se não só se ouve! A Voz sente-se no Corpo – Quanto mais grave conseguimos colocar a nossa voz mais audível ela é! Trabalhar o Tom de Voz!

Rebouclage sensorial – (palavra francesa que por mais arte que tenha, os tradutores como a Enfra. Nídia Salgueiro, não se conseguiu encontrar uma palavra em português que traduzisse verdadeiramente este termo. A Enfra Nídia Salgueiro diz ser “o arco do cuidado em si”. É o momento em si, a atividade propriamente dita, a tarefa, ou quando o cuidado propriamente dito acontece (ex: momento de higiene em que esta acontece, momento em que o banho acontece; ou o penso está a ser executado). É o momento em que a tarefa e intervenção só por si se desenvolve. Sempre que vamos para os cuidados usamos uma grelha de observação (momento 0) e em formação vamos observando até ao último momento de formação. É um instrumento fácil de utilizar, deve ser utilizada por quem quer implementar a Humanidade importante observar os cuidados e permite ver a evolução dos cuidadores na prestação dos

cuidados ao longo dos diferentes critérios. Observação dos cuidados é essencial, perceber quais os critérios que não acontecem.

É o **Momento cuidativo** – não usar pegadas institucionais (pinça ou garra – induz ao desconforto). Quando temos de manipular um pé, muitas vezes seguramos na ponta do pé para o levantar, ou pegamos na mão, ou fazemos uma garra -a pressão maior da nossa mão é superior na ponta dos dedos sobre o corpo e para pessoas com problemas de circulação até podem originar hematomas, edemas. Quanto menor a área de pressão maior a força exercida - eu exerço mais força que aquela que é necessária para uma mobilização/ procedimento. Quanto maior for a superfície de contato menor será a pressão e força exercida, menos dor. Por isso quanto mais amplo for o nosso gesto de toque (sem pinça e sem garra); quanto maior for a superfície de contato, menor a pressão, menor a força exercida, menor a dor.

Muitas vezes nos por algum motivo (estimulação sensorial, snoozlen) precisamos de fazer uma intervenção junto de uma pessoa que precisa de ajuda queixamo-nos das forças que temos de fazer (é aqui muitas vezes que os cuidadores se sentem desgastados) – as vezes não sabemos exercer as nossas forças - Execução incorreta da transferência – utilização incorreta da formula F é igual à massa vezes a aceleração – a massa é o peso da pessoa que é constante, não muda em segundos – o momento do 3 é o momento em que acontece algum movimento rápido, ou seja a aceleração, ora se a massa é constante, mas a aceleração aumenta, o que é que acontece à força? A Força também aumenta. Quanto mais aceleramos o movimento de transferência mais força fazemos. O momento do 3, é momento em que procuramos a sincronia do movimento é uma falacia porque isso não acontece. O cuidador que diz 3 faz o movimento mais depressa porque enquanto ele emite o 3, e o outro ouve passaram milésimas de segundos. A sincronia do movimento quando precisamos de os fazer em par quanto menos 1,2,3 fizermos e trabalharmos mais a sincronia, menos força fazemos. Quanto mais utilizarmos as forças que a pessoa tem de fazer melhor ainda para facilitar o movimento.

Em termos de Rebouclage Sensorial quando eu preciso de usar o Toque, eu tenho de tocar sem fazer pressão com a ponta dos dedos, porque se eu estou a fazer pressão é porque estou a usar os dedos em pinça ou em garra. Eu posso ser muito cálida, correta e ternurenta como falo, mas depois as minhas mãos vão expressar o oposto.

Continuando com a **Captura Sensorial** no Cuidado devemos usar o **Toque pacificante (amplo e suave)** - evitar os movimentos circulares – em Humanidade sugerimos que os movimentos de contato com a pessoa sejam amplos e suaves – não fazer movimentos circulares demasiadamente invasivos. O Tom de voz deve ser calmo, quando me aproximo e quando estou no cuidado. Se a pessoa se puder autocuidar, deverá ser ela a iniciar o cuidado, os gestos Cuidativos.

Devemos sempre anunciar cada gesto, eu devo dizer à pessoa o que vou fazer, independentemente da sua verbalização, da sua capacidade de oralidade, antes de perceber ou não que ela tem compreensão. Eu vou dar lhe informação daquilo que estou a fazer, **anunciar e descrever o gesto**, reforçar positivamente os esforços da pessoa e estimular sensações positivas (ex.: a água está boa?); estarmos atentas às respostas emocionais da pessoa pois pode não haver verbalização, mas há a expressão facial, a atenção, há a tensão muscular e esta é uma forma de comunicação tão ou mais válida como a comunicação verbal.

Temos de aprender em Humanidade a ler o corpo da pessoa por que quando não há verbalização nem possibilidade de diálogo verbal eu tenho de aprender enquanto cuidador a ler o corpo da pessoa (a perceber que o corpo está tenso, a perceber pelas expressões faciais que está mais ou menos agradado, que está mais ou menos a aceitar o que estou a fazer.

Portanto, a comunicação da minha parte pode ser sempre e deve ser sempre verbal, mas trabalhando muito a minha capacidade de observação para ler o corpo da pessoa e perceber as respostas que aquele corpo nos está a dar. Quantas vezes nos distraímos nas tarefas e não somos capazes de ler e interpretar a expressão corporal e facial da pessoa? Trazer este conhecimento para os cuidados. Porque na ausência da comunicação verbal eu tenho de saber ler o corpo ao tocá-lo, saber que mensagem ele me está a transmitir. Eu devo intensificar a minha leitura do rosto e do corpo da pessoa (se está tenso; relaxado, em angústia), até pelo acelerar dos batimentos cardíacos. Porque quando não há verbalização, quando está agradado, perceber o seu fâcies trabalhar a minha capacidade de observação – perceber que tipo de respostas aquele corpo me está a dar - **observar, ler e interpretar a sua linguagem corporal, eu tenho de saber interpretar esta linguagem – ao tocar o corpo tenho de saber interpretar o sinal que a pessoa me está a dar. Leitura do corpo da pessoa – Olhar de frente para a pessoa, olhos nos olhos e promover sempre que**

possível a sua verticalidade – estimular do ponto de vista visual o contato com o mundo de frente – condição natural da nossa espécie.

Promover a sua autoimagem – estimular o contato visual com o mundo de frente. Cuidado da imagem como a pessoa se reconhece – sempre uma referência àquilo que é a sua auto-imagem -Despersonalização Da Pessoa!

Demonstração da técnica e transferência – Perdeu se a coordenação motora, a cuidadora está num esforço profundo, devido à má postura que adota. Quando nos baixamos devemos imaginar que estamos sempre grávidos, baixar em bloco, prevenindo lesões e defendendo o nosso corpo. Olhar para a transferência feita pelo Enfro João – (cama cadeira-cadeira cama) alguém que pode fazer carga nas suas pernas – pegar no braço bloquear o cotovelo e não agarrar pelo braço – ao bloquear o cotovelo vamos permitir que o braço fique paralelo ao corpo – muitas vezes elevamos as pessoas e elevamos os ombros das pessoas em esforço aumentando o risco de luxações e lesões nos tendões. Pegar no cotovelo e na mão e não por baixo dos ombros, nem por baixo da perna – pegar na mão em borboleta – permite agarrar em borboleta. Não podemos erguer a pessoa, devemos fazer o movimento anatômico e ergonômico que fazemos para nos levantar da cadeira – o corpo vem para a frente o rabo vai para trás. Muitas vezes pegamos nas pessoas pelas calças e na fralda o corpo é elevado não obedecendo à basculação normal do levante e não permitindo à pessoa colaborar no levante. Esta pessoa que aparece no vídeo queixava se do levante, agora o Enfro João tem as mãos nos seus joelhos e ele não parece ter fâcias de dor nem verbaliza tal, a questão é que o cuidado recebido desta forma se sobrepõe à dor percebida, portanto cada vez que o cuidado é realizado e proporciona prazer à pessoa em termos de neurotransmissores dopamina e serotonina, o nosso cérebro funciona melhor e esses neurotransmissores são importantíssimos na normalização da dor. Concluindo **um contato físico positivo, um toque agradável e validação de determinados momentos Cuidativos** faz com que o cérebro perceba melhor e mais ainda o prazer do que a dor. **O Toque prazeroso e agradável torna o nosso sistema imunitário mais forte minimiza a percepção da dor e da depressão** esforços no sentido de boas massagens e toque agradável no sentido do toque validante, prazeroso, faz com que a pessoa se sinta mais valorizada e o seu cérebro funcione melhor. Este toque é vital!

Consolidação emocional - Gostei de falar contigo – Valorizar o encontro da Pessoa; usar palavras positivas, agradecer o esforço e reforçar o benefício do cuidado.

Reencontro – remarcamos o contato para outra data - combinar novo encontro – despedir.se! A Pessoa não de despede.

A FORMAÇÃO

São critérios que são submetidos à nossa observação e reflexão – refletir sobre eles para meu crescimento pessoal.

Vídeo do cuidado – braços cruzados para ajudar o outro.

Grelha de observação – possível ver a evolução dos cuidadores – observar os cuidados, o tempo que demoramos a prestar cuidados, assim como os itens – é como se fosse uma pequena auditoria aos cuidados, pela observação percebemos as nossas fragilidades. Esta sequência não é impositiva, há situações em que preparar o material não tem de ser o primeiro, ou bater à porta, depende por exemplo há estruturas que já têm os materiais no quarto. Os requisitos que não preenchemos vão ser o nosso foco dos cuidados. É importante que naquela fase eu seja capaz de preencher aqueles critérios. Quando eu estou em cuidado eu observo-me e tento perceber se eu preencho os critérios. O critério de bater à porta nem sempre se aplica a determinadas situações. Dependendo da minha função eu determino o que tenho de preparar para prestar ao cuidado

1ª ETAPA -Pré-preliminares

Pré-preliminares	1	Prepara material para evitar interrupção da relação
	2	Bate à porta aberta ou fechada, em quarto individual ou partilhado
	3	Usa toc toc
	4	Espera por resposta
	5	Entra calmamente

A ação de bater à porta é fundamental – além de ser um critério de captura sensorial é também uma regra de arte – pedir permissão para entrar no espaço do outro, em quase todas as culturas há um momento de pedir permissão para entrar no espaço da pessoa, no espaço privado de cada um - bater à porta é aplicável a cada instituição. Antes de prestar o cuidado fazemos um pequeno briefing, explicar o que vamos fazer, com que intenção? Como é que criamos um momento relacional que facilite a aceitação do cuidado? Não é apenas entrar no quarto e prestar os cuidados de higiene, perceber como o vamos fazer, como queremos estar com esta pessoa. Se

a pessoa pela sua condição de saúde recusa os cuidados, como vamos prestar este cuidado de forma a ser aceite? Facilitado? Bater à porta vamos fazer apelo à memória emocional – todos nós aprendemos ao longo da vida que existem sons específicos para pedir permissão para entrar no espaço do outro. Aprendemos muito cedo na nossa cultura a bater à porta ou campainha, ninguém entra no espaço do outro sem pedir permissão e só entra quem tem muita confiança connosco para entrar naquele nosso espaço; dar um sinal para entrar no espaço do outro – referencia à memória emocional, uma forma de demonstrar respeito pela privacidade da Pessoa. A legislação portuguesa é clara a dizer isto, que a privacidade de cada um deve ser respeitada. No Hospital, no lar o espaço é dos cuidadores e não das pessoas, porque vamos desenvolver uma tarefa e esquecemo-nos que vamos prestar um cuidado.

E as pessoas que não gostam que lhes batam à porta? Mas nós precisamos de um gesto, uma palavra um indicador que nos diga que eu posso entrar no espaço do outro.

E as pessoas que não falam? Que não respondem verbalmente à questão posso entrar? Há muita forma de dar resposta. Na aceitação do cuidado eu vejo logo toda a diferença. Se a pessoa não aceita o nosso cuidado é porque eu não o soube cativar, não soube criar relação. Eu aproximo-me da pessoa para o cuidado e entro sem bater à porta para fazer o cuidado e a pessoa que não fala começa a agarrar a roupa então é porque ainda não me deu permissão para o cuidado. Bater à porta é dar uma informação à pessoa do ponto de vista auditivo que alguém vai entrar no meu espaço. Se alguém me avisa que vai entrar bate a porta para me avisar. E se as pessoas são surdas? Há pessoas que perderam acuidade auditiva, ou esta diminuída ou comprometida não quer dizer que o seu sistema auditivo não perceba as vibrações, antes pelo contrário está mais sensível às vibrações. Se tocamos a porta e a porta é de madeira vai propagar vibrações, ao ouvido não chegam palavras, mas sim vibrações que depois são interpretadas e decodificadas em palavras, mas antes da decodificação chegou a vibração. Antes de eu dar um estímulo auditivo tenho de lhe dar estímulos reais, bater à porta, bater a uma mesa. Ex: as vezes as pessoas estão cabisbaixas sobre uma mesa de refeições ou atividades, primeiro tenho de bater na mesa para a despertar, e as vezes a pessoa pode não responder, mas não deixo de lhe dar estímulo real.

Se as pessoas não nos respondem seja no quarto seja no cadeirão porque estão no seu mundo, como comunicamos? Em Humanidade chamamos a isto a

técnica do Toc Toc Toc – bater 3 xs esperar 3s, bater 3xs, esperar 3 segundos e depois bater uma vez e entrar e repetir na superfície da mesa ou da cama - esta técnica perfaz mais ou menos 9 segundos – esta provado cientificamente que quando há lentificação do processo de audição precisamos mais ou menos desse tempo para percepção do som, integrá-lo e dar uma resposta. Se a pessoa responde a primeira batida não precisamos esperar o restante. O bater à porta obedece à logica da acuidade auditiva, pedir permissão e dar estímulo à sua memoria emocional. Muitas vezes somos interrompidos, há invasões do espaço e momentos privados sem pedir permissão da pessoa (entra a sra da limpeza, arrumar a roupa).

Bater a porta/técnica do toque-toque – esperar pela resposta que pode ser verbal ou não. Entrar calmamente no quarto das pessoas. Mas normalmente não é assim tao calmo, infelizmente! As vezes parece que entramos calmas, mas não, mas vamos cheias de pressa para terminar a tarefa. **É Importante Gerir o tempo em função das pessoas e não rotinas e tarefas.**

2ª ETAPA - Preliminares

Preliminares	6	Olha de frente
	7	Ajusta o olhar (progressivo, axial, horizontal)
	8	Introduz a palavra
	9	Chama pelo nome
	10	Apresenta-se
	11	Refere o motivo do encontro
	12	Entra no espaço íntimo da pessoa
	13	Oferece a mão
	14	Usa tom de voz calmo
	15	Oferece ato gratuito
	16	Espera por consentimento
	17	Não menciona o cuidado antes do consentimento relacional

Olhar em frente- angulo de visão e a visão periférica vai sofrendo alterações ao longo da nossa vida, quanto mais velhos somos mais dificuldade temos neste tipo de visão. Se olharmos de frente mais facilmente somos percebidos pela pessoa, o olhar de frente faz com que eu seja reconhecido enquanto o outro que está aqui. O olhar de frente é essencial para que o possamos reconhecer como o outro, **progressivo, axial e que seja o mais possível horizontal.** Ajustar o olhar para estar de frente ser axial (olhos nos olhos) e horizontal. A mãe olha o bebe nos primeiros 3 meses numa posição vertical – como se fosse uma extensão dela própria, uma dependência. Depois quando o bebe começa a segurar a cabeça e a ser menos

dependente o olhar passa a ser horizontal, aceitando que ele é outro já não depende tanto dela! O Olhar de frente para o Outro é reconhecê-lo enquanto o Outro. É preciso que seja progressivo, axial e horizontal. É importante ajustar o Olhar.

Quando olhar é frio e duro e centrado na tarefa sem dizer nada a pessoa já dissemos tudo pela forma como falamos e olhamos. O olhar é um poderoso meio de comunicação com a pessoa que cuidamos. Conhecer o olhar de carinho e afeto, quanto comunicamos com o olhar? Neste momento de pandemia é um dos mais poderosos meios de comunicação com o doente, quando a comunicação verbal esta comprometida e compromete a relação positiva. É muito fácil perdermo-nos no discurso infantilizado porque o outro depende de mim, é uma extensão de mim olho para ele de forma vertical e transponho muitas vezes para a ação cuidativa a ação maternal, o outro enquanto extensão de mim. Há efetivamente pessoas que gostam deste discurso, mas é infantilizante. Para a cultura portuguesa isto está muito presente associado ao instinto feminino.

Introduzir a palavra- ex. dizer o nome, dizer bom dia e depois chamar a pessoa pelo nome com que ela gosta de ser chamada, com o qual se identifica. Este conjunto de critério não precisa de ser sequencial. **Referir o motivo do encontro – normalmente o motivo tem de ser o de estar com a pessoa, não pode ser a atividade ou a tarefa – venho estar consigo ter um bom momento para cuidar de si –** passar um bom momento, o estar e progressivamente ir aproximando-me da pessoa no seu espaço íntimo porque eu ao estar com a pessoa no seu espaço íntimo implica uma conquista – o que estivemos a fazer até agora é conquistar a confiança da pessoa para entrar no seu espaço íntimo e depois **Oferecer a mão** se necessário para ajudar a sentar a pessoa, a por de pé, **Oferecer um tom de voz calmo e oferecer um ato gratuito as tais palavras positivas validantes** esperar pelo consentimento da pessoa e não mencionar a tarefa sem a pessoa ter aceitado a relação ou sem ter validado a minha presença. Se a pessoa esta confiante comigo então pode dizer. Estes critérios ao serem observados e não observados permite que eu reconheça as minhas fragilidades e aquilo que eu não sou tao capaz de executar vai ser o meu objetivo profissional. A Humanidade propõe esta grelha permite a auto-observação, autoavaliação, trabalhe a competência que não sou tao capaz de executar: ajustar o meu tom de voz calmo, o meu toque. A voz sente se...não só se ouve! Vozes estridentes são irritantes. Quanto mais grave conseguimos colocar o

nosso tom de voz mais audível somos. A voz enquanto instrumento de trabalho que deve ser melhorado e preservado.

3ª ETAPA- *Rebouclage Emocional*

<i>Rebouclage emocional</i>	18	Usa pegas profissionais (sem dedos em pinça, nem em garra)
	19	Mantém o toque pacificante (amplo e suave)
	20	Usa tom de voz calmo durante o cuidado
	21	Pede à pessoa para iniciar os gestos cuidadosos (autocuidado)
	22	Anuncia cada gesto (discurso preditivo)
	23	Descreve todos os gestos (discurso descritivo)
	24	Reforça positivamente os esforços de autocuidado
	25	Estimula sensações positivas
	26	Esta atento às respostas emocionais (Ex: tensão muscular, sorriso, ...)
	27	Olha com frequência de frente nos olhos da pessoa durante o cuidado
28	Promove a verticalidade se possível (Ex: sentar, colocar de pé, ...)	
29	Cuida da aparência ao gosto da pessoa (Ex: vestuário, adornos)	

Como é que a pessoa se reconhece? Não me façam caracóis se eu nunca tive, não me pintem as unhas se eu nunca as pintei, a não ser que eu aceite porque até comecei a gostar. Cuidem de mim sempre com uma referência àquilo que é a minha autoimagem, ao meu cuidado habitual. Nas instituições os cabelos são cortados, a roupa é retirada – deixamos de reconhecer a pessoa e ela deixa de se reconhecer, a sua autoimagem é alterada, não é reconhecida e valorizada. Colocar no lugar do outro, reconhecer o outro como Pessoa, igual a mim que gostaria de ser cuidado desta forma.

4ª ETAPA – a Consolidação Emocional

Consolidação emocional	30	Valoriza o encontro com a pessoa
	31	Agradece os esforços
	32	Reforça positivamente/Enaltece os benefícios do cuidado

Valorizar o encontro com a pessoa - Foi bom estar consigo, hoje fez muita força, esforçou-se, as palavras positivas têm um grande impacto nas pessoas;

Agradecer os esforços e reforçar o benefício do cuidado – “Está a ver estava com dificuldade em aceitar tomar banho, mas consegui, correu bem e gostou, ficou satisfeito.”

Esta sequência de critérios é aquilo a que chamamos sequência estruturada de procedimentos cuidadosos em Humanidade tudo são critérios que podem ser observados durante os cuidados e perceber as nossas fragilidades.

5ª ETAPA – O Reencontro

Reencontro	33	Combina um novo encontro (Ex: volto daqui a meia hora, à hora do almoço, ...)
	34	Despede-se com amabilidade

Combinar um novo encontro – amanhã venho; ou no outro dia volto; agora vai estar com a minha colega eu volto depois. Despedir com amabilidade – quantas vezes os cuidados são simplesmente abandonados? Muitas vezes sentimo-nos abandonados, a pessoa não se despede.

Esta **SEPCH – captura sensorial** são critérios que podem ser observados em contextos de cuidados para observar a nossa fragilidade. Há critérios que se formos ver são trabalhados sem darmos conta disso, mas outros são negligenciados e esta sequência permite perceber que critérios estão em falta e quais são negligenciados, permitindo trabalhá-los – permite a nível pessoal perceber que critérios estão em falta, permite perceber aquilo que eu faço e não faço e melhorar/desenvolver competências pois muitas vezes eu sou avaliada por aquilo que sou e não por aquilo que faço. Estes critérios demonstram aquilo que fazemos nos cuidados e que podem estar presentes em qualquer momento da nossa intervenção, aquando da prestação dos cuidados diretos.

19/3/2021

Visualização de vídeo e reflexão sobre o mesmo.

Prevenir a intervenção de ruídos; processo cognitivo da atenção frágil – os ambientes externos devem ser controlados...o som pode ser controlado; ambiente deve ser otimizado. Quem tem de fazer esforço para se levantar deve ser o doente, estimular a memória procedural para iniciar o levante: força na região abdominal.

Tentação de segurar nas costas: se tivermos um encosto encostamo-nos – são informações sensoriais tácteis procedurais. Se eu peço ao utente para vir para a frente não devo por as mãos nas costas.

Em qualquer dos momentos cuidadosos podemos utilizar a captura sensorial.

Por algum motivo podemos ter pessoas que podem não gostar que batamos à porta, podemos negociar (ex.: falando baixinho); não tem haver com o respeito de culturas, mas respeitar a individualidade de cada pessoa.

Comportamento gera Comportamento –

Não precisamos de alcançar tudo num único momento; podemos ir conquistando.

Às vezes não somos capazes de compreender que determinado comportamento está relacionado com a patologia e não com a personalidade, lesões frontais, fronto parietais. Importante perceber a patologia para perceber as alterações comportamentais, cognitivas que a pessoa apresenta.

Quando chegamos Às instituições somos deparados com a expressão “tem dias” esta pessoa precisa de uma entrada na relação para que alargue os horizontes da relação. Preparar a pessoa para o cuidado; evitar que entre em comportamento de agitação patológica. Numa primeira abordagem podem não aceitar o nosso cuidado.

A neuroplasticidade aquilo que o nosso cérebro ainda pode fazer ainda nos é desconhecido.

Devermos ser capazes de ler quando não há comunicação verbal, ler as expressões faciais. Importante saber que comunicamos tanto, mas tanto com o olhar. Exemplo do olhar lançado à criança. Nós entendemos bem o olhar quando o olhar é frio, quando o olhar é duro, quando o olhar só leva a preocupação na tarefa sem dizermos nada já estamos a dizer tudo, pela forma como tocamos e olhamos. Falamos muito que olhamos para os nossos utentes, mas este olhar tem de ir mais além, tem de ser um olhar de carinho, um olhar de afeto, um olhar de quem está ali para cuidar do outro. E agora com as máscaras tanto que comunicamos com a pessoa doente através do olhar, mesmo que tenhamos a viseira este é o maior modo de comunicação com a pessoa ainda que estas tenham a acuidade visual reduzida. Porque se o olhar for olhos nos olhos, axial de frente mm com a acuidade visual reduzida a pessoa percebe o olhar sobre si positivo... sente-se! Sabemos quando alguém está a olhar para nós mesmo sem que o vejamos, sentimos. Um olhar é um dos mais poderosos meios de comunicação quando a comunicação verbal esta comprometida.

Atenção à interrupção de cuidados – entrar pela porta sem nada dizer, sem bater à porta sem pedir licença. É um momento íntimo, devemos fazer-nos anunciar, evitar a interrupção, os barulhos em redor. Cuidado com os barulhos em redor,

influencia fortemente o estado cognitivo de uma pessoa, estes barulhos externos vai influenciar o processo da atenção. Qualquer intervenção que estamos a fazer com a pessoa, o processo de atenção é fundamental e precisa de estar em estado ótimo. Nos as vezes estamos tao envolvidos nos cuidados que não percebemos os barulhos em redor, mas a pessoa que esta numa situação de fragilidade cognitiva vai ser influenciada por estes estímulos distratores. Estas pessoas estão numa situação de fragilidade, qualquer estímulo do exterior pode influenciar o cuidado. Os ambientes externos são fáceis de trabalhar (som), trabalhar os ruídos nos corredores -também uma questão educacional.

Na transferência ele não vai usar a PLS vai utilizar um movimento imediato, simultâneo – a pessoa faz força abdominal e do braço – esta técnica faz com que seja a pessoa a fazer força, permite que a pessoa inicie e complete o movimento- faz com que a pessoa não se esqueça do movimento, da sua memoria procedural, é a pessoa que faz força e movimento.

Os cuidadores poem muitas vezes o coração a trabalhar, mas não a pensar porque tem medo de que a pessoa caia, tem tendência a substituir a pessoa. A cuidadora segura nas costas com medo de que senhor caia, mas a presença da sua mão substitui a pessoa. Muitas vezes nos cuidados sentem dificuldade em que a pessoa faça o pedido “quanto mais se pede à pessoa para se chegar para a frente mais ela vai para trás” O que é que as cuidadoras fazem habitualmente? Colocam as mãos nas costas para a pessoa se encostar – se não tivermos encosto não nos encostamos.

Se eu sentir um encosto, eu vou encostar me -estes são estímulos sensórias tácteis que já se tornaram inconscientes, eu não faço a pensar eu faço porque aprendi a encostar-me. Muitas vezes temos a tentação de segurar as costas das pessoas, ora então eu não posso dar uma informação contraria dizendo “venha para a frente” se eu tenho as mãos nas costas eu tenho de garantir que não dou pela boca uma informação contraria – estou a dar uma informação com a mão e outra contrária com a boca, e o que é que é mais rápido na perceção o tato ou a audição? É o tato. Eu tenho de estar atento às informações contraditórias. É muito comum cair nesta tentação fazer algo com as mãos que não esta a ser dito pelo olhar nem pelas mãos.

Transferência de alguém que ainda tem força mantida nas suas pernas e pode fazer carga – colocar a mão por baixo do ombro – elevação do ombro não pode

acontecer nem segurar debaixo da perna – pegar no cotovelo e na mão – **pegar na mão em borboleta** consistência ao toque e segurança – muitas vezes erguemos a pessoa, mas devemos fazer o movimento ergonômico do corpo – tronco para a frente depois é que ergue e depois assume a posição de verticalidade. Cada vez que o cuidado proporciona prazer a nível dos neurotransmissores (dopamina, serotonina) e esses neurotransmissores são importantes para não valorização da dor, qualquer analgésico trabalha com estes neurotransmissores para diminuir a percepção da dor: um contato positivo físico toque agradável, a validação dos processos cuidadosos faz com que o cérebro valorize mais o cuidado que a dor. O toque prazeroso e agradável torna o nosso sistema imunitário mais forte minimiza a percepção da dor e do esforço, pessoa sente se mais valorizada – “O Toque é uma função vital (vídeo).”

Vídeo de 2 cuidadores – cuidador relacional é aquele que está atento à relação, o atuante ou discreto está atento à tarefa.

Seja qual for o tipo de cuidado, se é necessário estarem 2 cuidadores então ambas têm de assumir papéis distintos: um é o **cuidador relacional e o outro o cuidador atuante ou discreto**. O **cuidador relacional** é aquele que está atento à relação, o **cuidador discreto ou atuante** é o que está atento à tarefa, àquilo que é necessário fazer (obviamente tem de haver colaboração entre ambos). Quem bate à porta; quem diz bom dia; quem apresenta e diz aquilo que vai acontecer e porque é que lá estamos, é o cuidador relacional e enquanto ele está a trabalhar na relação com a pessoa, o cuidador atuante está a preparar o material necessário, o espaço etc.

É sempre o cuidador relacional que fala, evitando que falem ao mesmo tempo e atrapalhem quem tem dificuldade na audição. Nas pessoas idosas a capacidade de ouvir está alterada, se a vibração vem de diferentes cuidadores, a pessoa tem dificuldade em integrar a informação, percebê-la e depois dar uma resposta, devemos concentrar a relação numa pessoa, para diminuir a distração, para evitar a confusão. Há circunstâncias no meio do cuidado em que podemos inverter os papéis, desde que não façamos tudo ao mesmo tempo.

Para pessoas muito comprometidas, com comprometimento do seu processo de atenção, (informação objetiva a vir só de uma pessoa, para que a pessoa com alteração da atenção possa integrar o cuidado) é importante saber que há alguém ocupado a preocupar-se comigo, alguém que está centrado na relação e não na tarefa.

Definir papéis – quem faz o quê? A partir do momento em que nós anunciamos o que vamos fazer ganhamos a participação/adesão da pessoa.

O Olhar é “olhos nos olhos”, apresentarmo-nos, dizer que estamos para cuidar delas centrarmo-nos na relação e não na tarefa. Não importa o estado cognitivo, importa saber ler o rosto, saber ler o corpo, ler expressões faciais que nos dizem tanto mais que do que aquilo que é verbalizado. A comunicação verbal muitas vezes não é o espelho daquilo que a pessoa está a sentir. A leitura do corpo, da expressão facial, entender que estamos a construir uma relação é o ponto chave da Humanidade.

Vídeo cuidados de higiene em Humanidade – quanto mais informação eu receber visualmente mais informação eu tenho para trabalhar. Japão – a Humanidade entrou pela medicina geriátrica e por isso esta mais forte – primeiro obstáculo – o olhar: por uma questão educacional não olha a pessoa mais idosa, olhos nos olhos, não é aceite. Como ultrapassar essa questão? Inventaram uns óculos que os profissionais colocam enquanto prestam cuidados; tem camara que guarda toda a informação enquanto cuidam – para justificar que uma questão educacional e cultural apenas porque é desta forma não significa que esta seja a correta. “Não é por ser cultural que esta certo, não é por educacional que está certo e a mudança de mentalidade é a coisa mais difícil de acontecer numa sociedade, mas é assim que as sociedades evoluem.”

Quando cuidamos de pessoas mais velhas com síndromes demenciais instalados a essência do ser pessoa vem ao de cima, a essência da pessoa vai para além das aquisições, aprendizagens ao longo da vida. A essência do ser Pessoa é ser olhado, tocado, isso são formas vitais de entrar em relação com o outro, precisamos de ser olhados e tocados para poder viver. O século XX é o século da pediatria, o século XXI é da geriatria. Enquanto espécies ainda não aprendemos a cuidar da pessoa idosa.

Pessoa com AVC, hemisfério dto comprometido, alteração da comunicação (comunicava através do gemido) - Na geriatria é complexo compreender o estado comunicacional em que a pessoa se encontra – Na história de vida percebesse que é alguém com hábitos alcoólicos – estava em abstinência – quando bebeu o vinho os olhos brilharam, no segundo gole de vinho a doente desviou o copo. Áreas distintas cerebrais uma para entender outra para falar, as vezes a pessoa compreende, mas não consegue verbalizar, ou não consegue expressar por palavras que esta a

entender. Perceber a sua história de vida – quando cuido desta pessoa, quando a olho “olhos nos olhos” só tenho de trazer ao de cima a “Compaixão”, tem haver com o saber entender o outro e transmitir-lhe na forma como cuido que estou aqui a compreender a sua situação – “dicas relacionais” – a história de vida deve ser preservada do ponto de vista ético e deontológico – criar relação positiva; ganhar confiança com os cuidadores para prestar um cuidado mais apaziguador e reconfortante; utilizar palavras positivas.

No cuidado Higiene e Conforto podemos testar a água nas mãos e evitar testar água na barriga, pois a área com menor sensibilidade, no homúnculo. Testamos a água na mão – estímulo real. Igualmente importante o estímulo cognitivo – bater a porta, dizer quem sou, porque estou la, o que estou a fazer - área da compreensão, linguagem, atenção. Eu preciso receber a estimulação sensorial real.

Memoria emocional e memoria procedural – tudo o que eu aprendo a fazer ao longo da vida, quanto menos incentivo eu tiver menos vou fazer, desaprendo. Conquistamos o cuidado nos pre preliminares e nos preliminares- se formos capazes de conquistar a pessoa é meio caminho andado para a aceitação e participação nos cuidados. Na *reboclage sensorial* deve-se estimular a pessoa a fazer o seu autocuidado, contudo em pessoas com processos de anquilose fortemente instalados, é difícil voltar a que a pessoa possa fazer algum trabalho, contudo a nível proprioceptivo, (a perceção que eu tenho do meu corpo, ou seja, todo o movimento que eu faço, quanto mais relaxada estiver, mais fácil será realizar o movimento.

Importância do verticalizador com plataforma - não há esforço físico por parte dos cuidadores permite que a pessoa fique de pé sem esforço leva à casa de banho ao baixar faz o movimento ergonómico do sentar, a pessoa está sempre segura pelo equipamento e não pelos cuidadores e eu posso fazer o cuidado totalmente sozinha sem esforço nenhum.

Em termos de etapas de cuidados, o terceiro momento é a “*rebouclage sensorial*” - que é o momento em que o cuidado acontece e o cuidado que proporcionamos deixa a pessoa cuidada num estado de bem-estar. Todas as entradas sensoriais são importantes, é importante falar num tom de voz cálido e tocar suavemente. Segue-se a “*consolidação emocional*” - o momento em que nós cuidadores valorizamos todo o esforço da pessoa e lhe damos atos gratuitos - são as tais palavras positivas que nos validam enquanto pessoas e que nos fazem sentir

bem! Por último o momento do “*reencontro*” o momento em que marcamos um encontro com a pessoa, ou seja, a próxima vez que vamos estar com ela.

Ao longo desta captura sensorial pomos em evidência cada um destes pilares e é a forma como cada um destes pilares são trabalhados que determina a qualidade da relação estabelecida e do cuidado prestado.

O que nós retemos vem através dos sentidos. Nós cuidamos de alguém Jenny conforto alimentação Eu Não cuido do corpo ou cuido do cérebro. é no cérebro que nós trabalhamos. a forma como o toco o corpo eu comunico com o cérebro. O cérebro precisa desta informação vital e cuidar de um corpo é cuidar de um cérebro. O toque para ser um toque prazeroso e ser entendido como tal precisa de um determinado tempo e de uma determinada pressão. A forma como tocamos, a forma como olhamos estamos a dar informação que o cérebro precisa, que é vital para ele.

Quando eu não sou estimulada, quando não recebo informação, o cérebro reage de 2 maneiras diferentes: ou se fecha e não comunica, não verbaliza ou entra num comportamento desorganizado e disruptivo. A Humanidade obriga-nos a refletir sobre os aspetos relacionais que têm implicação direta no cérebro. Se Eu sou olhada com carinho, com ternura, eu sinto prazer e ao sentir prazer, há a libertação de endorfinas como a dopamina e a serotonina associadas à minimização do processo de dor que são essenciais à minha vida. Quanto mais prazer a pessoa tem, mais serotonina e dopamina as pessoas têm, melhor lidam com a dor. Todo e qualquer toque, olhar prazeroso traz consigo endorfinas neurotransmissoras associadas à minimização da percepção da dor. Através do olhar, e tanto que comunicamos com o olhar! Através do olhar em Humanidade trazemos ao de cima características emocionais e técnicas não basta a pena ativar o cérebro na forma como olhamos. não basta aprender que eu devo olhar de frente tenho que ter um olhar longo próximo e vertical e posteriormente horizontal. Se Eu estou a cuidar de alguém que está numa maca ou marquesa o primeiro contato com o olhar é vertical, quando a pessoa é dizermos que é um olhar em “Humanidade” ele é um olhar horizontal - que transmite ao outro igualdade; um olhar axial- no eixo transmite honestidade; olhar próximo que transmite carinho e conquista do espaço íntimo e um olhar longo que transmite ternura e amizade. Olhar de frente enquanto alimentamos a pessoa cuidada. Em muitos locais, os cuidadores almoçam junto das pessoas cuidadas, o que permite a ativação dos “neurónios espelho” aqueles associados à imitação de gestos. o comer à frente de alguém que está a receber uma informação barra estímulo visual a pessoa faz

recuperação de Memória procedural porque vê o gesto do outro, aprender ou reaprender a fazer o gesto. Se o pilar olhar estiver comprometido terá de ser ultrapassado por outro pilar a forma Como Eu toco a forma Como Eu falo.

Armadilhas relacionais - Situações de **cegueira relacional** (que não quer ver nem falar com ninguém). Numa situação de uma pessoa com um AVC em que há comprometimento da Visão, há hemiplegia, às vezes nós cuidadores não estamos muito atentos e esquecemo-nos destas alterações. se tenha possibilidade de escolher um lado para um cuidado, e se a pessoa está comprometida de um dos lados eu vou escolher para abordar a pessoa na primeira vez o lado que não está comprometido para a pessoa me perceber e receber melhor a informação. O **Nistagmo** quando os olhos das pessoas tremem muito é muito difícil olhar nos olhos; **Postura mais curva – escoliose**, nas situações de armadilha é importante estarmos atentos e definir estratégias para manter o olhar em Humanidade reconhecendo a Pessoa na sua essência. O olhar, a palavra, o toque são vitais, só nos reconhecemos uns aos outros por estes pilares e isto ficou em evidência nesta pandemia. Não podemos deixar que o medo seja superior à Humanidade! O olhar toma maior importância, permite que a pessoa nos reconheça.

20/03/2021

Quanto mais instrumentalizados são os cuidados pior a comunicação.

Precisamos do mecanismo de feedback. Quando nos dizemos algo e do outro lado não temos feedback acabamos por nos silenciar.

A duração média de comunicação verbal são 120segundos/24h.

É difícil mantermos a comunicação com quem não nos responde.

Em 2004 foi feito (Oceane) replica o estudo duração média de comunicação verbal.

Integrar a metodologia e os pilares deverão ser congruentes. O olhar deve ser congruente com a palavra e com o toque. A comunicação verbal deverá ser congruente com o não verbal. A transmissão da informação é igualmente importante.

Há 2 maneiras de falar: aquela que usamos diariamente e a aprendida – para transmitir determinados cuidados.

Como é que a pessoa pode viver sem ser respeitada a sua Humanidade?

Vive-se, mas não se vive bem. Caímos em síndromes demenciais.

A Palavra tem características emocionais (amor, ternura, orgulho) e características técnicas (calma, melódica, grave) – é importante que o tom de voz seja grave, que adequemos o tom, temos tendência a aumentar o tom de voz ao trabalhar com idosos. Importante trabalhar o tom de voz, nos ouvimos o nosso tom de voz a ressoar. É importante ter esta noção para que possamos trabalhar a Voz – torná-la mais pausada (dar oportunidade à pessoa para me responder); articular bem as palavras (mais evidente com o uso da máscara); falar de frente. Antes de aumentarmos o tom, corrigir a articulação das palavras.

Primeiro solicitamos o gesto de cuidado – Solicitar à pessoa o gesto de cuidado;

Esperar 3 segundos; Repetir o pedido; Esperar 3 segundos; solicitar o gesto com outras palavras. Depois de iniciar o auto-feedback (discurso preditivo e descritivo)

Procedimento: anunciar e descrever todos o gesto de cuidados;

Anunciar: “Sra eu vou levantar o braço”; “Vou lavar a mão direita”;

Descrever: “Estou a levantar o seu braço direito”; “Estou a lavar a sua mão direita”

Palavras Positivas: “A água está boa”

Integração da estimulação, estimulação neuronal; Integração do esquema corporal, estimulação propriocetiva.

Durante a higiene esta estimulação é fundamental – a pessoa não dá resposta, mas o cuidador faz a descrição, alimenta o modelo de comunicação – resposta de bem-estar (sorriso; relaxamento muscular) Importante ler o outro – ler o corpo do outro.

No vídeo da Higiene na banheira nenhum dos cuidadores se está a agredir ambos se estão a defender – cada um está a trabalhar com as ferramentas que tem.

Mecanismo de autofeedback- permite a alimentação da comunicação- alimentar o meu discurso.

Depois da formação – 8xs mais palavras – armadilhas – palavras infantilizantes – tratar por avós, avozinhos; o príncipe, a princesa; o uso dos “inhos” – imagem de fragilidade do outro.

O toque

Características emocionais: ternura, prazer, carinhoso e seguro; Características Técnicas: suave; vasto; lento; acariciante; apoiante

Toque com características positivas – é memorizada em estímulo positivo.

No recém-nascido – está programado para ser um toque carinhoso; toque calmo, acariciante e amplo – Toque positivo: suave, vasto, lento, acariciante; O toque pode ser o oposto nos conflitos, nas relações negativas: forte, superfície curta, rápido em garra (força na ponta dos dedos). O Toque em Pinça esta gravado na nossa memoria emocional como algo que não é positivo – pessoas com fragilidade muscular e tendinosa – levante em suspensão. Agarrar na perna ou no braço a probabilidade de eu provocar desconforto. Toque – tálamo e depois amígdala depois córtex insular – Homem Homúnculo – determina as maiores áreas de estimulação e terminações nervosas.

Na lateralização, toque em toda a superfície da região escapular e isquiática.

Toque validante (é útil e agradável, é consentido) /**agressivo** (não é consentido, é desagradável) /**necessário** (não é agradável, mas útil) é preciso ter capacidade cognitiva para perceber isso) – tem diferentes impressões e interpretações. Num cérebro que não esta saudável (alzheimer), devo fazer vários toques validantes para aumentar o grau de tolerância.

Armadilhas do toque

Nós tocamos, mas nem sempre temos a noção de como tocamos – demora se 1 ano a profissionalizar o toque e na sua maioria são toques validantes. Toque Rude (pinça); Rápido /1,2,3) – resulta na pessoa a agarrar se as coisas, aos cuidadores; resultam em lesões dorso lombares para os cuidadores; sensação que nos foge o chão dos pés; Ponta dos dedos não é um toque suave – Toque na região cervical (ao ajeitar a almofada) colocar a mão por trás – toque que doi- colocar mão na área escapular e elevar. Agressivo (garra)

Os 4 P's do Toque Humanidade:

Profissional: Toque aprendido;

Progressivo: Das áreas menos sensíveis para as mais sensíveis do corpo (Homem Homúnculo);

Permanente: Mão relacional e mão de trabalho discreta – massagem de conforto – na massagem com 2 mãos fica sempre uma mão (princípio da escalada) – continuamos aqui, continuamos em relação. Pacificante: suave, vasto e lento; Técnicas para não forçar- não mais do que uma criança de 10 anos para transferir uma pessoa; não mais do eu uma criança de 5 anos para posicionar uma pessoa – toque deve simular o aterrar e descolar de um avião – primeiro a ponta dos dedos e depois a palma da mão e depois o inverso – o nosso braço a relaxar faz a pressão necessária e aceitável.

Processo de consciencialização do toque para o mudar; transformar; profissionalizar – **Toque Ternura!**

Verticalidade

O pilar identitário, a Verticalidade – a conquista da verticalidade, eu passo a ver o mundo de uma forma diferente com impacto no desenvolvimento – ajuda a construir a identidade. Quando perdemos a verticalidade, fazemos um luto. Com o avançar da idade parece ser normal perder a verticalidade, deixar de caminhar é perda;

Verticalidade: saúde; orgulho; Liberdade; **Sentado:** Doença; perda; dependência.

Em doentes de Parkinson considerar os picos de toma da medicação, para estimular a sua participação.

Criar estratégias para estimular a marcha – sinalizar o corredor determinadas distâncias.

Essencial para os ossos – o metabolismo do cálcio nos ossos requer a pressão pela verticalidade e mobilidade – imobilidade agrava osteoporose;

Cartilagens – alimentam-se através da troca de água com as epífises ósseas durante a pressurização das articulações;

Essencial para os músculos – uma caminhada diária é a principal maneira de preservar a massa muscular – uma pessoa mais velha com mais 80 anos perde até 45% da massa muscular com 3 semanas de imobilidade; A perda de 40% da massa muscular aumenta o risco de mortalidade.

Essencial para a estrutura pulmonar – em posição de sentada, dificuldade em expelir as secreções, estase de secreções, fluidificação; a mecânica respiratória é prejudicada pela posição de deitada – aumento do risco de infeção respiratória; Risco de aspiração;

Essencial para a circulação e consequente prevenção das úlceras de pressão – colocar as pessoas de pé.

Essencial para o sistema nervoso periférico – recrutamento das unidades motoras – para manter os potenciais de ação;

Essencial para o SNC – começar a ver o mundo e a receber os diferentes estímulos – construção da inteligência sensoriomotora e do esquema corporal – a perda de verticalidade é iatrogénica- resulta da ação dos cuidadores. De 3 dias a 3 semanas são suficientes para fazer uma pessoa mais velha acamada. – 20 minutos por dia de pé. Se contenção (devidamente justificada e prescrita) – programa de compensação 20min/dia.

Prescrição dos cuidados – Promoção da Verticalidade;

O envelhecimento foi uma conquista demasiadamente importante para ser passada na cama, em situação de acamada.

26/03/2021

É importante perceber quantos sentidos temos?

Olfato audição gosto tato Visão - não há outra forma da nossa memória se organizar senão através dos sentidos.

Aristóteles dizia que “todo o ser humano entra em relação e comunicação através daquilo que vê, cheira, come e sente”. Destas 5 entradas de estímulos há 2 entradas que eram privilegiadas a visão e audição porque para nos defendermos do perigo, ao vermos fugimos, mas se ouvíssemos o perigo também fugimos. Precisamos destes sentidos para sobreviver. À admissão questionamos se vemos bem, ouve bem, mas não questionamos se cheiramos bem.

Uma das características da Pessoa com Alzheimer não é só a degradação da memória, mas sim a perda gradual dos sentidos, nomeadamente a perda do olfato. Os nossos sentidos informam-nos, protegem-nos do perigo! A neurociência não sabe precisar quantos sentidos temos (há artigos que apontam para 12, 19, outros 21 etc.). Nós não temos só 5 sentidos.

Ex: posição de pé com braços paralelos ao corpo e de olhos fechados – alteração do equilíbrio.

Alterações do Sistema Vestibular – sensação de desequilíbrio, uma pessoa com síndrome Menier ou Síndrome Vertiginoso precisa da audição e da visão.

Sistema Vestibular (reconhecido como um dos sentidos) assim como o Sistema Proprioceptivo – percepção do nosso corpo, do nosso esquema corporal, capacidade de perceber o nosso corpo de reajustá-lo perante uma intercorrência.

A base sensorial é fundamental para que a nossa Memória se possa organizar.

Há dois grandes tipos de memória: Memória a curto prazo Memória de trabalho e Memória de longo prazo. Dentro da nossa Memória de longo prazo temos 4 gavetas a semântica autobiográfica a procedural e a Memória emocional.

A Memória Semântica é onde nós guardamos tudo o que aprendemos as palavras os rostos identificar o rosto com o nome da pessoa aprendemos tudo o que é conhecimento mesmo aquele que não é feito na escola. E todo o conhecimento que adquirimos ao longo da vida.

A Memória Autobiográfica são todos os episódios da nossa vida.

A Memória Procedural é tudo o que aprendemos a fazer desde que nascemos: a criança tem de aprender a mamar; a pouco e pouco, a gerir o seu corpo- como se senta como é que leva a colher à boca; andar de bicicleta; correr; aprender a descascar batatas, etc. Tudo o que aprendemos a fazer com o nosso corpo fica na Memória procedural. As memórias procedurais levam-nos muito tempo a adquirir, mas quanto mais velhos somos, mais dificuldade temos em recuperar a Memória procedural - “Se Eu deixo de fazer eu deixo de me lembrar como se faz.”

A Memória Emocional é a chave dos cuidados, é a chave das relações. A Memória emocional nunca se perde, vai-se sempre acrescentando... não há Alzheimer, Parkinson, demência frontal, doença dos corpos de Levi - não há nenhuma doença conhecida que diga que a Memória emocional se perde, essa está connosco desde o ventre materno até momentos antes de morrermos.

A Memória Emocional precisa de ser entendida! A Memória emocional só precisa de um simples gesto, palavra para ser ativada. Em Humanidade, este é um dos grandes desafios... perceber que a Memória emocional na pessoa está intacta e que todos os dias podemos estimulá-la. Às vezes há episódios da nossa vida que vivemos com outras pessoas e que as outras pessoas não se lembram porque é que umas se lembram e outras não depende da carga emocional que cada uma das pessoas atribui

às situações. A forma como a nossa Memória emocional funciona, tem muito a ver com os sentidos e a forma como percebemos aqueles episódios.

A chave de um cuidado Humanidade é trazer sempre ao de cima memórias agradáveis e fazer de qualquer momento cuidativo mais difícil transformá-lo num momento de validante - As pessoas podem não lembrar-se do nosso nome, mas vão aceitar o cuidado que prestamos. Sempre que conseguirmos ativar a Memória emocional todas as outras memórias são ativadas - Por exemplo uma pessoa que está entubada há muito tempo e vamos iniciar a reabilitação da deglutição podemos iniciar por um alimento seguro, mas que pertence à Memória emocional daquela pessoa. Quanto mais soubermos da história de vida da pessoa mais facilmente podemos ativar a sua Memória emocional e facilitar os cuidados prestados. Ex: A manutenção dos pilares relacionais está presente na abordagem à pessoa, mas ela desvia a atenção - há um processo muito importante na nossa vida que é o processo da atenção, muitas vezes é o que está mais comprometido e quando este está comprometido, é mais difícil fazer uso da informação que está nas outras gavetas da Memória.

As pessoas não são agressivas em Humanidade são defensivas - Estão a defender-se de determinada situação.

Toda a medicação sudorípara de alguma forma coloca a pessoa num estado dormente o que compromete que seja um sono reparador, é um sono induzido não é tão reparador como se fosse um sono natural e o facto de não passarmos por um sono reparador interfere na nossa capacidade de consolidar bem a nossa Memória. É fundamental orientar um ritmo circadiano eficaz. **Quando não há estímulo. O cérebro só precisa de 2 coisas – alimento (glicose) e estímulo. Pessoas recusam por vezes alimentarem se por diminuição do estímulo.**

27/03/2021

Mostra encefalograma – discurso poético, mas tem de ser provado cientificamente.

Neurosky – permite ver em tempo real o que está a acontecer no cérebro – massagem mais leve; quando interagíamos com a pessoa os níveis de atenção aumentavam – um processo fundamental para a nossa memória é a atenção. Não é apenas a beleza da palavra nem o discurso poético.

Neurosky – pegar em equipamento e permite nos perceber como é que nós com instrumentos simples conseguimos.

Ex: caso de uma paciente que não vê nem ouve...colocaram neurosky na doente e leram resultados ... higiene e massagem- níveis de atenção e relaxamento aumentaram assim como o estímulo positivo “que excelente trabalho!” é possível em tempo real perceber o impacto das nossas ações. Na sua condição há lentificação dos processos cognitivos. Ex: neurosky no cuidador e na pessoa cuidada perceber o impacto das nossas intervenções.

Sequencia de assuntos: comportamentos de agitação patológica, regras de arte de geriatria que a Humanidade defende; as sequencias de higiene -

COMPORTAMENTOS DE AGITAÇÃO:

Cuspir, morder, arranhar, morder – a grande dificuldade muitas vezes é perceber o que é, quando os síndromes cognitivo-mnésicos estão mais evidentes – sintomas comportamentais pelo processo de demência podem estar a agravar-se. O próprio comportamento do cuidador pode ser motivador do comportamento de agitação (cuidado não estar a ser bem feito, o lavar o cabelo, transferências feitas em força o vestir e despir – a forma como a pessoa percebe o cuidado pode ser de forma invasiva)

Se temos uma pessoa com alterações cognitivas atenção memória processo da linguagem e compreensão não compreende o cuidado não nos reconhece. Se há compromisso cognitivo pode não haver reconhecimento do cuidador- não há aceitação do cuidado, não há compreensão do cuidado, não há reconhecimento da sua necessidade, não há reconhecimento do cuidado o que traz uma experiência de cuidado negativa.

Surge a questão: O que fazer para prevenir os comportamentos de agitação patológica? Ou qual a orientação que a Metodologia de Cuidados Humanidade nos dá?

- 1) Relações personalizadas – saber exatamente os gostos as necessidades as características daquela pessoa, o respeito pelo seu ritmo;
- 2) Zero cuidados em força;
- 3) O respeito pelo descanso e sono da pessoa;

- 4) Atividades adaptadas e sempre, mas sempre um cuidado e uma classificação da pessoa mais ajustada possível. Os cuidados muitas vezes não são adaptados às características da pessoa. Nem sempre os cuidadores têm acesso a essas características e acabam por ter atitudes que não estão de acordo com as necessidades reais da pessoa.

O Cuidado deve ser ajustado ao perfil da pessoa – o cuidado de higiene deve valorizar o mínimo que a pessoa faz e adequar o momento às capacidades da pessoa. Os planos de cuidados devem introduzir as características das pessoas.

Se Eu tenho uma pessoa totalmente independente Se Eu tenho uma pessoa com um perfil totalmente de pé e se transfere sozinha Eu Não posso fazer um banho no leito. O cuidado deve ser ajustado ao perfil da pessoa para não originar um quadro de agitação patológica. Definir bem o perfil facilita muito os cuidados.

Cuidado avaliativo – o plano individual da pessoa deve transparecer as necessidades da pessoa; não pode haver 2 planos de cuidados iguais – tem de ser construído de acordo com as reais necessidades das pessoas. Se falamos tanto na personalização dos cuidados, na atenção centrada, nos cuidados são centrados na pessoa, como é que um plano de cuidados de 2 utentes pode ser igual?

Quando o plano de cuidados só tem elencadas as tarefas e não tem as características das pessoas cuidadas nem os objetivos que estamos a trabalhar, e numa linguagem acessível a todos os cuidadores, enquanto isto acontecer, do ponto de vista da Humanidade, não temos cuidados que correspondam às capacidades reais das pessoas.

Às vezes centramo-nos naquilo que a pessoa não é capaz de fazer, ex: o senhor João não mexe o braço; fala pouco; não consegue comunicar tem agnosia; tem apraxia; então temos de nos questionar: O que é que a pessoa consegue fazer? O que é que a pessoa pode fazer? Há com certeza uma capacidade que podemos aproveitar e potenciar. Devemo-nos questionar se a pessoa foi participativa, se aceitou, se houve negociação. É importante a partilha para definir a melhor estratégia para aquela pessoa. É igualmente importante ter registos que nos mostrem como é que a pessoa está. Não basta registar as intervenções é preciso a dizer como, para quê, de que maneira! É importante partilhar com a equipa para definir a melhor estratégia cuidativa assente nas etapas da captura sensorial.

Questões: Quando nós registamos no plano individual de cuidados (se lavamos a cabeça a pessoa, se fizemos o penso, se houve dejeção ou não quais as características) estas informações elas são ou não suficientes? Registrar as tarefas, será que é isso que deve estar num plano individual de cuidados? Outra dinâmica/ferramenta que a Humanidade nos oferece é reflexão sobre aquilo que é para nós são as regras de arte

AS REGRAS DE ARTE – o que são?

Orientações que orientam a equipa – não é fazermos todos igual, mas fazermos todos com a mesma orientação, falamos a mesma linguagem dos sentidos – evitando que cada um intérprete à sua maneira- regras orientadoras do caminho e não limitação para o caminho – são facilitadoras do trabalho em equipa.

As regras de arte têm intenção de nos orientar nos nossos deveres profissionais; estabelecer orientação; devem ser e podem ser uma ferramenta de avaliação de desempenho de uma equipa para uma avaliação de desempenho focada na competência e não na personalidade do trabalhador; garantem qualidade e são comuns a todos os profissionais ajudando a reduzir os conflitos.

As regras de arte em Humanidade são orientações que todos entendem da mesma maneira para se fazer da mesma maneira. Não são limitadoras, são condutoras/orientadoras para todos os caminhamos na mesma direção, na excelência dos cuidados.

Quais são as Regras de Arte:

Respeito pela propriedade e privacidade: consagrada nos direitos humanos - um exercício simples para demonstrar que eu cumpro esta regra de arte é, por exemplo, bater à porta ou pedir licença antes de entrar no espaço da pessoa. Este ato pressupõe a aceitação por parte da pessoa.

Zero cuidados forçados/zero abandono de cuidados: Negociação/adiar o cuidado - A pessoa recusou cuidado não devemos forçá-lo a tal, devemos negociar perceber onde NOS encontramos com a pessoa. A questão do abandono de cuidados é nunca sair de perto da pessoa sem dizer o motivo pelo qual vamos sair e informá-la quando voltamos para junto dela.

Permitir o autocuidado: Não realizar um gesto de cuidado que a pessoa é capaz de fazer, que cada um seja capaz de fazer aquilo que conseguir - Falamos de um novo pilar- o pilar da Utilidade.

Substituir os apoios: Não levantar uma pessoa pelos ombros (manutenção relacional) - evitar a transferência utilizando as calças evitando a fricção da fralda na região genital; ao levantarmos a pessoa estamos a interferir na memória procedural da pessoa, intervimos na sua proprioceptividade, compromete a musculatura da pessoa, a anatomia do corpo deve ser respeitada. Avaliamos o potencial da pessoa para a verticalidade; avaliar o potencial da pessoa para fazer carga nos membros inferiores. Exemplos de técnicas de transferência em Humanidade por 2 cuidadores e 1 cuidador.

Sem contenções: ou se necessário que seja justificada e prescrita sempre com a avaliação do benefício e risco e programa de compensação. descrição deve ser feita pela equipa de saúde se é feita a contenção deve ser feita a compensação. A contenção ao estar prescrita deve ser justificada e avaliada.

Sono/ não perturbar o sono – importante preservar o ciclo do sono da pessoa, posicionamento em canoa permite posicionar a pessoa durante a noite para que tenha um sono com maior qualidade preservando as proeminências ósseas. O melhor planeamento para os posicionamentos noturnos é ajustá-lo às necessidades de cada um, preservando o sono. É importante refletir sobre os horários das instituições! Alguns eram válidos há 15-20 anos, mas não podemos atualmente orientar as nossas instituições com horários que não vão de acordo às necessidades das pessoas; às suas vivências que atualmente são outras, são outras as experiências, são outras as vontades, é importante pensar nos ritmos circadianos das pessoas!

As instituições têm as suas próprias regras de arte. A humanização dos cuidados vai contribuir para a sustentabilidade das instituições.

A Sequência dos Cuidados de Higiene - A Humanidade propõe um olhar atento à sequência dos cuidados de higiene e à validade desta sequência.

Homúnculo sensorial- a representação que o cérebro tem do corpo - Há zonas do nosso corpo que são muito mais sensíveis que outras. Tocar na cara e imediatamente nas mãos, nos pés e na área genital pode ser complicado para pessoas com alterações cognitivas. Se Eu sei que a pessoa pode estar comprometida a nível cognitivo não vou tocar logo na cara nem nas mãos, contudo há pessoas que

permitem o toque na mão pois apesar de ser uma área sensível também é uma área social, tolera o toque de outra forma.

A Humanidade tem várias sequências de cuidados:

Sequencia 1: para pessoas não comunicativas; que agitam facilmente e que recusam os cuidados ir das áreas menos sensíveis para as mais sensíveis: costas, barriga, pernas até chegar às zonas mais sensíveis e tentar que durante o cuidado uma mão vá apaziguando e a outra vá fazendo o gesto instrumental simulando o cuidador atuante e cuidador sensorial.

Sequencia 2: para pessoas que são mais tímidas, mais reservadas, ou recentemente admitidas na instituição e por isso não conhecemos nem a pessoa, nem a forma como esta se relaciona com o próprio corpo. Nestas situações devemos começar os cuidados de higiene por áreas quer sensíveis como sociais (as mãos) pois é mais fácil a pessoa dar a mão para iniciar a higiene, ou seja, iniciar de áreas sociais até às zonas que são íntimas, em que a pessoa tem maior dificuldade em deixar-se tocar.

Sequencia 3: pessoas com dor, em cuidados paliativos iniciar das áreas menos dolorosas para as mais dolorosas – porque através do toque validante, o toque prazeroso, uma massagem vamos promover o prazer que produz endorfinas que vão a diminuir a perceção da dor, para quando eu chegar à zona dolorosa eu já preparei a pessoa para ser mais tolerante ao toque naquela área dolorosa. Através do toque validante são produzidas endorfinas que vão minimizar a dor.

Com pessoas autónomas: a sequência que devemos adotar é a sequência que a pessoa nos diz; questionar por onde quer começar, por onde está habituado a começar a sua higiene? A pessoa deve decidir por onde quer começar a sua higiene, a pessoa escolhe por onde quer começar a sua higiene, tem capacidade cognitiva para dizer que precisa de ajuda e como está habituado a começar a sua higiene.

Resultados Humanidade: há vários estudos feitos os resultados são recolhidos pelas instituições-80% redução de scpd: 7xs menos neurolépticos; mais 400% srdi; redução de burnout; melhoria do bem-estar geral, redução de gastos na nutrição (orientados para as reais necessidades das pessoas) redução de feridas e quedas. Alguns estudos franceses; EUA e Japão referem que há um antes e depois da Humanidade: diminuição de banhos no leito; diminuição do stress do cuidador; redução da recusa dos cuidados.

Apêndice 13 – Póster “A Humanidade no Processo de Reabilitação
da Pessoa com AVC

A Humanidade no Processo de Reabilitação da Pessoa Com Acidente Vascular Cerebral

Autores: Martins, C.¹; Lopes da Costa, V.²

1- RN, MsCstudESEL, Hospital S. Bernardo – Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E; 2 – Ph.D. ESEL: Departamento de Enfermagem de Reabilitação



Introdução

O AVC uma doença potencialmente incapacitante, onde o enfermeiro tem um papel preponderante em todo o processo de reabilitação, nomeadamente na qualidade da relação terapêutica que estabelece (...)¹.

A Metodologia de Cuidados *Humanidade* (MCH) assenta nos pilares relacionais: Olhar, Palavra, Toque e Verticalidade operacionalizados e sistematizados na Sequência Estruturada de Procedimentos Cuidativos de Humanidade (SEPCH), que permitem cuidar a pessoa preservando a sua dignidade e autonomia.²

É fundamental que o enfermeiro olhe para a pessoa com AVC com *Humanidade*, como pessoa singular, indo ao encontro das suas necessidades reais mais peculiares.³

Objetivo

Clarificar/Justificar a pertinência da MCH, em função do seu impacto na Pessoa com AVC, Família e Instituições e relação com a Intervenção do Enfermeiro Especialista em Reabilitação.

Metodologia

Revisão Narrativa da Literatura, 2010-2020

"Qual o contributo da Metodologia de Cuidados *Humanidade* no Processo de Reabilitação da Pessoa com AVC?"

Artigos Identificados na base de dados
MEDLINE[®]
9

Artigos Identificados na base de
dados CINAHL[®]
4

Termos de
Pesquisa:

- Humanidade;
- Enfermagem de Reabilitação/ Rehabilitation Nursing
- Acidente Vascular Cerebral/Stroke

13 artigos

12 artigos

7 artigos
admitidos

Aplicados os
critérios de
inclusão/exclusão
Espaço temporal:
10 anos

Artigos Repetidos
5

Resultados/Discussão

Pessoa Cuidada

Redução Da Agitação; Maior Aceitação Dos Cuidados; Promoção Da Autonomia E Do Autocuidado; Participação Nos Cuidados; Redução Dos Problemas Decorrentes Da Imobilidade (Apelo À Verticalidade); Reconhecimento Das Famílias Pelas Mudanças; Intervenção Do Enfermeiro Promotora De Sensação Corporal Positiva Pela Via Afetiva. ^{2,4,5,6,7,8,9}

Enfermeiro De Reabilitação

Cuidado Centrado Na Pessoa – Facilitadora Da Relação de Cuidados; Maior conscientização das Potencialidades da Pessoa Cuidada; Redução Do Stress E Burnout Profissional; Aumento Da Satisfação Profissional. ^{2,4,5,6,7,8,9}

Sistema Organizacional

Mudança da Cultura E Gestão Dos Cuidados; Redução Do Absentismo Dos Profissionais; Capacitação das Equipas; Maior Consciencialização para A Humanização dos Cuidados; Ambiente Saudável De Trabalho. ^{2,4,7,8,9}

Conclusões

A MCH traz a necessidade de mudança de cultura de cuidados e das políticas de saúde pública, sobretudo no cenário de envelhecimento da população, com características específicas e que necessitam de cuidados especializados, no sentido da transformação dos cuidados rotinizados em cuidados conscientizados.^{7,8,9}

A MCH afigura-se **pertinente para a área de atuação do EEER desafiando-o** a desenvolver **um outro olhar, mais atento, uma outra postura, mais efetiva**, perante a pessoa/família em situação de vulnerabilidade, considerando o conceito de Humanidade, os seus pilares e a metodologia associada, **promotora do Cuidado na Enfermagem de Reabilitação** permitindo "fundamentar as nossas ações sobre certas noções fundamentais daquilo que faz essencialmente o Humano, sobre o que determina profundamente as necessidades e sobre a importância de as ter em conta no cuidar."¹⁰

(Phaneuf, 2007, p.1)¹⁰

Bibliografia

1- Silva, I.F.G., Neves, C.F.S., Vilela, A.C.G., Bastos, L.M.D., & Henriques, M.I.L. (2016). Viver e Cuidar Após o Acidente Vascular Cerebral. Revista de Enfermagem Referência. 4 (8), 103-111.; 2- Simões, M.; Rodrigues, M.; Salgueiro, N. (2011). Importância e aplicabilidade aos cuidados de enfermagem do método de cuidados de humanidade Gineste: Marescotti. Revista de Enfermagem Referência. 3(4), 69-79.; 3- Hesbeen, W. (2003). A Reabilitação: Criar novos caminhos. Loures: Lusociência; 4- Biquand, S., & Zittel, B. (2012). Care giving and nursing, work conditions and humanity. IOS Press. 41, 1828-1831.; 5- Simões, M.M.M. (Edição do Autor.). (2014). Cuidar Humanidade, Enfermagemneuronrelacional. Coimbra: PMP, Lda.; 6-Honda, M., Ito, M., Ishikawa, S., Takebayashi, Y., Tierney, L. (2016). Reduction of Behavioral Psychological Symptoms of Dementia By Multimodal Comprehensive Care for Vulnerable Geriatric Patients in an Acute Care Hospital: A Case Series. Hindawi Publishing Corporation. 1-4.;7-Figueiredo, A.M.G.F., Melo, R.C.C.P., & Ribeiro, O.P. (2018). Metodologia de cuidado humanidade: dificuldades e benefícios da sua implementação na prática. Revista de Enfermagem Referência. 4 (17), 53-62.; 8- Melo, R.C.C.P., Costa, P.J., Henriques, L.V.L., Tanaka, L.H., Queirós, P.J.P., & Araújo, J.P. (2019). Humanidade na humanização da assistência a idosos: relato de experiência em um serviço de saúde. Humanidade in the humanization of elderly care: experience reports in a health service. Revista Brasileira de Enfermagem. 72(3), 825-829.; 9- Henriques, L.V.L., Dourado, M.A.R.F., Melo, R.C.C.P., & Tanaka, L.H. (2019). Implementation of the Humanidade Care Methodology: contribution to the quality.; 10- Phaneuf, M. (2007). O conceito de Humanidade: uma aplicação aos cuidados de enfermagem gerais (Tradução de Nidia Salgueiro).

Apêndice 14 – Relatório de Formação

Relatório de Avaliação de Sessão de Formação pelos Participantes

No sentido de avaliar a sessão de formação intitulada “A Humanidade no Processo de Reabilitação da Pessoa com AVC”, ministrada aos enfermeiros da Unidade de Saúde Familiar em contexto do Estágio Comunitário, foi aplicado um questionário de satisfação em relação à sessão apresentada, com sete questões fechadas (Sim ou Não) e uma aberta. Obtiveram-se três participações nesta avaliação. Os resultados das questões fechadas apresentam-se explanados na *Tabela 2*, e demonstram uma satisfação dos formandos de 100% face à qualidade da sessão realizada.

Área de satisfação	Questões colocadas	Nível de satisfação apresentado
Satisfação com a sessão apresentada	Adequação dos conteúdos da sessão às expetativas	100%
	Qualidade dos conteúdos abordados	100%
	Possibilidade de aplicar os conhecimentos adquiridos em situações concretas de trabalho	100%
Satisfação relativamente à prestação do formador	Domínio dos conteúdos abordados/ competências técnico-científicas	100%
	Metodologia da transmissão de conhecimentos	100%
	Utilização do domínio dos recursos didáticos	100%
	Documentação disponibilizada	100%

Tabela 2 - Avaliação da satisfação dos formandos sobre a sessão de formação "A Humanidade no Processo de Reabilitação da Pessoa com AVC". Fonte: Elaboração própria.

Relativamente à questão aberta, foi solicitada a opinião sucinta sobre a sessão, em que os três questionários identificam a pertinência do tema. De forma individual, é identificada a temática como “enriquecedora”, “atual” e “importante para a prática diária dos cuidados”. Foi também destacada a qualidade da apresentação como “eloquente”, “entusiástica”, “bem estruturada” e “clara”.

Deste modo, consideramos ter atingido o objetivo da sessão: “Dar a conhecer um projeto de cuidados de Enfermagem de Reabilitação com recurso à Metodologia de Cuidados Humanidade”.

ANEXOS

Anexo 1 – Sequencia Estruturada de Procedimentos
Cuidativos Humanidade

Sequência Estruturada de Procedimentos Cuidativos Humanidade (SEPCH)

Adaptada para o ensino de enfermagem por Melo, Rosa; Simões Mário; Araújo, João; Efraim, Rafael; Salgueiro, Nídia; Rodrigues, Manuel; Gineste, Yves e Rosette, Marescotti (2016)

Fases	Nº Item	Descrição dos procedimentos cuidativos Humanidade	Não observado/ não realizado (0)	Observado/ realizado pontualmente (0.5)	Observado/ realizado (1)
Pré-preliminares	1	Prepara material para evitar interrupção da relação			
	2	Bate à porta aberta ou fechada, em quarto individual ou partilhado			
	3	Usa toc toc			
	4	Espera por resposta			
	5	Entra calmamente			
Preliminares	6	Olha de frente			
	7	Ajusta o olhar (progressivo, axial, horizontal)			
	8	Introduz a palavra			
	9	Chama pelo nome			
	10	Apresenta-se			
	11	Refere o motivo do encontro			
	12	Entra no espaço íntimo da pessoa			
	13	Oferece a mão			
	14	Usa tom de voz calmo			
	15	Oferece ato gratuito			
	16	Espera por consentimento			
17	Não menciona o cuidado antes do consentimento relacional				
Rebouclage emocional	18	Usa pegadas profissionais (sem dedos em pinça, nem em garra)			
	19	Mantém o toque pacificante (amplo e suave)			
	20	Usa tom de voz calmo durante o cuidado			
	21	Pede à pessoa para iniciar os gestos cuidativos (autocuidado)			
	22	Anuncia cada gesto (discurso preditivo)			
	23	Descreve todos os gestos (discurso descritivo)			
	24	Reforça positivamente os esforços de autocuidado			
	25	Estimula sensações positivas			
	26	Esta atento às respostas emocionais (Ex: tensão muscular, sorriso, ...)			
	27	Olha com frequência de frente nos olhos da pessoa durante o cuidado			
	28	Promove a verticalidade se possível (Ex: sentar, colocar de pé, ...)			
	29	Cuida da aparência ao gosto da pessoa (Ex: vestuário, adornos, ...)			
Consolidação emocional	30	Valoriza o encontro com a pessoa			
	31	Agradece os esforços			
	32	Reforça positivamente/Enaltece os benefícios do cuidado			
Reencontro	33	Combina um novo encontro (Ex: volto daqui a meia hora, à hora do almoço, ...)			
	34	Despede-se com amabilidade			