



Liliana Henriques

Implementação da Metodologia de Cuidado Humanidade
numa Unidade de Cuidados Continuados:
Contributo para os profissionais e pessoas cuidadas

Dissertação de mestrado em Cuidados Continuados e Paliativos
julho/2017



UNIVERSIDADE DE COIMBRA



FMUC FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Liliana Vanessa Lúcio Henriques

Implementação da Metodologia de Cuidado Humanidade
numa Unidade de Cuidados Continuados:
Contributo para os profissionais e pessoas cuidadas

Dissertação de Mestrado em Cuidados Continuados e Paliativos apresentado à
Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra para obtenção do grau de Mestre

Orientadora:

Professora Doutora Marília Dourado

Coorientadora:

Professora Doutora Rosa Candida Melo

Coimbra, 2017



UNIVERSIDADE DE COIMBRA

**“Porque somos seres de relação, somos seres de afeto.
Porque somos seres de relação, somos seres de comunicação.”
(Gineste & Pellissier, 2008, p.31)**

Dedicatória

À Tia Luisa por me ter ensinado a Cuidar,
fazes-me falta cada dia.

À mãe Maria José e à mana Rita por me ensinarem o amor,
fazem parte de cada dia.

A elas dedico este trabalho.

Agradecimentos

Este trabalho não teria sido possível sem a disponibilidade, contributo e apoio de diversas pessoas e entidades.

À Professora Doutora Marília Dourado e Professora Doutora Rosa Melo, minhas orientadoras, agradeço o incentivo e supervisão durante todo o processo de investigação e concretização desta dissertação de mestrado.

Ao Professor Francisco Caramelo pela orientação na análise estatística dos dados e pela paciência com que respondeu a todas as minhas dúvidas.

Ao Enfermeiro Doutor Mário Simões por tão gentilmente ceder a Sequência Estruturada de Procedimentos Cuidativos Humanidade, essencial para a colheita de dados ao longo da investigação.

À Doutora Mónica Serra e Doutora Rita Henriques pelo incentivo, amizade e apoio ao longo da realização deste estudo.

Aos membros do Instituto Gineste-Marescotti Portugal pelo apoio e inspiração. Ao Enfermeiro João Araújo e Enfermeira Professora Nídia Salgueiro por me terem apresentado a Metodologia de Cuidado Humanidade. Ao Afonso Pimentel, Amélia Martins, Rafael Alves, Vera Bizarro e Maria Helena Pires um profundo agradecimento pelo papel de cada um na minha formação em Humanidade.

À Mesa Administrativa da Santa Casa da Misericórdia de Pedrogão Grande, e à pessoa do Senhor Provedor Doutor João Marques, por permitir a realização do estudo na instituição e pela permanente disponibilidade e procura de melhores cuidados. À Direção da Unidade de Cuidados Continuados de Longa Duração e Manutenção de Pedrogão Grande pela forma generosa com que me acolheu. Especial agradecimento aos cuidadores pela sua generosidade, empenho, dedicação e pela forma como desde início se envolveram neste estudo.

À minha família pela compreensão e incentivo. Aos meus pais e irmã pelo amor, paciência, apoio, incentivo e compreensão. À Maggie por um amor maior e incondicional.

Aos meus amigos pela compreensão da ausência, pela tolerância e paciência.

A todos, sem exceção, muito obrigada.

Índice

Agradecimentos	V
Índice de tabelas	VIII
Índice de gráficos.....	IX
Índice de figuras	IX
Lista de abreviaturas, siglas, símbolos	X
Resumo	12
Abstract.....	15
Introdução.....	18
Primeira parte – Fundamentação teórica	20
Capítulo I – Os desafios do Envelhecimento	20
1.1. Pessoas com Sintomas Comportamentais e Psicológicos da Demência (SCPD)	20
1.2. Dificuldades no cuidar de pessoas com Sintomas Comportamentais e Psicológicos da Demência (SCPD)	21
Capítulo II – Cuidado Humanidade	21
2.1. Filosofia de Cuidado Humanidade.....	21
2.2. Metodologia de Cuidado Humanidade.....	22
2.2.1. Regras de arte e princípios Humanidade.....	23
2.2.2. Sequência Estruturada de Procedimentos Cuidativos Humanidade	24
2.3. Processo de Implementação da Metodologia de Cuidado Humanidade	36
Segunda Parte – Estudo Empírico	37
Capítulo III – Método de investigação-ação.....	37
3.1. Objetivos.....	37
3.2. Metodologia.....	38
3.2.1. Etapa prévia	39
3.2.2. Etapa 1, Reflexão inicial.....	40
3.2.2.1. Objetivos.....	40
3.2.2.2. Tarefas de investigação/grupo	40
3.2.2.3. Produto	42

3.2.3. Etapa 2, Precisão do problema e do seu contexto.....	44
3.2.3.1. Objetivos.....	44
3.2.3.2. Tarefas de investigação/grupo	45
3.2.3.3. Produto	46
3.2.4. Etapa 3, Planificação da formação na ação	50
3.2.4.1. Objetivos.....	51
3.2.4.2. Tarefas de investigação/grupo	52
3.2.5. Etapa 4, Realização das ações formativas, investigadores e atores..	53
3.2.5.1. Objetivos.....	53
3.2.5.2. Tarefas de investigação/grupo e produto.....	53
3.2.5.3 Intervenção dos formadores.....	64
3.2.6. Etapa 5, Observação avaliativa, reflexão e tomada de decisão	65
3.2.6.1. Objetivos.....	65
3.2.6.2. Tarefas de investigação/grupo	65
3.2.6.3. Produto	65
Capitulo IV – Resultados.....	68
4.1. Resultados dos profissionais.....	68
4.2. Resultados das pessoas cuidadas	79
Capitulo V - Discussão dos resultados e conclusões.....	86
5.1. Discussão dos resultados	86
5.2. Conclusões.....	93
Reflexões finais	95
Limitações do estudo e sugestões para estudos futuros.....	98
Referências Bibliograficas.....	99
Anexos.....	103

Índice de tabelas

Tabela 1 – Áreas profissionais da amostra. Dados relativos à distribuição por profissão dos 34 participantes.....	68
Tabela 2 – Forma como a Metodologia de Cuidado Humanidade facilita a prestação de cuidados.....	69
Tabela 3 – Reflexo da Metodologia de Cuidado Humanidade na pessoa cuidada na perspectiva dos profissionais.....	71
Tabela 4 – Sentimentos dos profissionais após realizarem a formação Humanidade e a sua aplicação prática.....	72
Tabela 5 – Comparação do nível de importância atribuído pelos profissionais aos itens da SEPCH, com a percepção de realização e 1ª observação da prática.....	76
Tabela 6 – Comparação de itens da SEPCH nos quatro momentos de observação em percentagens.....	77
Tabela 7 - Dados relativos ao diagnóstico principal dos participantes na admissão na UCCI.....	80
Tabela 8 – Dados relativos ao motivo de agudização dos participantes.....	80
Tabela 9 – Percentagem de pessoas cuidadas segundo o risco de desenvolvimento de úlcera por pressão (UP) pela aplicação da Escala de Braden.....	81
Tabela 10 – Percentagem de pessoas cuidadas com úlceras por pressão.....	81
Tabela 11 – Percentagem de pessoas cuidadas segundo o risco de queda pela aplicação da Escala de Morse.....	82
Tabela 12 – Percentagem de pessoas cuidadas segundo o grau de dependência pela aplicação do Índice de Barthel.....	83
Tabela 13 – Percentagem de pessoas cuidadas segundo a presença de défice cognitivo pela aplicação do MMSE.....	85
Tabela 14 – Percentagem de pessoas cuidadas segundo a prescrição de fármacos.....	85

Índice de gráficos

Gráfico 1 – Comparação entre os dados obtidos pela aplicação da SEPCH nos quatro momentos de observação.....	67
--	----

Índice de figuras

Figura 1 – Dístico da técnica “TOC-TOC” para bater à porta.....	54
Figura 2 – Frase colocada na porta dos quartos.....	55
Figura 3 – Dísticos colocados nos espelhos do refeitório.....	55
Figura 4 – Quadro dos profissionais de saúde.....	56
Figura 5 – Dístico para as portas de acesso à unidade relativas ao tom de voz..	59
Figura 6 – Dístico no refeitório e sala de convívio relativos ao tom de voz.....	60
Figura 7 – Exemplo de dístico colocado nos quartos para lembrar a valorização dos cuidados.....	62

Lista de abreviaturas, siglas, símbolos

% - Percentagem

1^a – Primeira

2^a – Segunda

3^a - Terceira

4^a – Quarta

ACSS - Administração Central do Sistema de Saúde

ARS – Administração Regional de Saúde

AVC – Acidente Vascular Cerebral

AVD – Atividades de Vida Diária

C.E. – Consolidação Emocional

CIF - Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde

CM – Centímetros

ERPI- Estrutura Residencial Para Idosos

EX – Exemplo

IGM – Instituto Gineste e Marescotti

INE – Instituto Nacional de Estatística

IPA - International Psychogeriatric Association

LDM – Longa Duração e Manutenção

MCH – Metodologia de Cuidado Humanidade

MGM[®] – Metodologia Gineste-Marescotti[®]

MIF - Medida de Independência Funcional

MMSE - Mini Mental State Examination

P. - Preliminares

P.P. – Pré-preliminares

R. – Reencontro

R.S. - *Rebouclage* sensorial

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SCPD - Sintomas Comportamentais e Psicológicos da Demência

SEPCH - Sequência Estruturada de Procedimentos Cuidativos Humanidade

SPSS - Statistical Package for Social Science

UCCI – Unidade de Cuidados Continuados Integrados

UP – Úlcera por pressão

WC - Water Close

Resumo

Introdução: O aumento do número de pessoas idosas com alterações do comportamento tornou-se um dos maiores desafios do sistema de saúde para o qual as instituições e os cuidadores não estão preparados. Esta realidade impõe novos desafios aos cuidadores que necessitam de explorar metodologias para melhor cuidarem destas pessoas. Com este intuito, Yves Gineste e Rosette Marescotti, desenvolveram, desde 1979, uma metodologia de cuidar designada de Metodologia de Cuidado Gineste-Marescotti® (MGM®) ou Metodologia de Cuidado Humanitude (MCH).

Este estudo teve como objetivo: avaliar o contributo da implementação da Metodologia de Cuidado Humanitude (MCH) nos profissionais e na pessoa cuidada, numa Unidade de Cuidados Continuados Integrados (UCCI) de Longa Duração e Manutenção (LDM). Definiram-se os seguintes objetivos específicos: realizar o diagnóstico da situação verificando se haveria desvio entre a importância atribuída à Sequência Estruturada de Procedimentos Cuidativos Humanitude (SEPCH), a perceção de realização e a observação da prática efetiva dos profissionais de saúde; identificar as principais dificuldades dos profissionais na prestação dos cuidados; monitorizar o processo de implementação da MCH e avaliar o impacto nos profissionais e na pessoa cuidada.

Material e métodos: Estudo de investigação ação, adotando-se o modelo de Lavoie, Marquis e Laurin (1996) com etapas sequenciais, interdependentes e interrelacionadas. O instrumento de colheita de dados, de auto preenchimento, utilizado foi constituído por um questionário com questões fechadas, de ordem sociodemográfica, dificuldades sentidas pelos profissionais na prestação dos cuidados e uma escala (SEPCH), com 31 itens, tipo likert de 1 a 4, que avalia a importância atribuída a cada procedimento cuidados humanitude e a perceção de aplicação na prática desses procedimentos quando cuida; foi também constituído por questões abertas nomeadamente: “De que forma a Metodologia de Cuidado Humanitude facilita a prestação de cuidados?” e “Qual a perceção dos profissionais sobre o contributo da implementação da MCH nas pessoas cuidadas?”. Para a colheita dos dados foi ainda utilizada a observação estruturada, por dois observadores, utilizando a SEPCH, em dois dias consecutivos a cada quatro semanas. Para avaliar a evolução nas pessoas cuidadas

foram utilizadas as seguintes escalas: Braden, Morse, Mini Mental State Examination, Índice de Barthel. O tratamento dos dados quantitativos foi realizado através da utilização Statistical Package for Social Science, versão 17.0 e os dados qualitativos foram analisados seguindo os princípios da análise de conteúdo de Bardin (2009). O estudo decorreu no período compreendido entre setembro e dezembro de 2016, tendo sido incluídos todos os 34 profissionais de saúde que prestavam cuidados e os 33 doentes que estiveram internados nesta UCC pelo menos durante 90 dias.

Resultados: Obteve-se um elevado nível de importância atribuída à SEPCH e à perceção de realização dos procedimentos cuidadosos Humanidade. No diagnóstico da situação verificou-se um desvio elevado entre a perceção de realização e a prática efetiva e identificaram-se como principais dificuldades dos profissionais: prestar cuidados a pessoas agitadas, confusas, desorientadas, agressivas e que recusavam os cuidados, (52.9%) e comunicar com doentes que não comunicavam verbalmente (44.1%). Foram sendo desenvolvidas intervenções e reavaliando o contributo das mesmas na prática dos profissionais aplicando a grelha de observação a cada quatro semanas. Ao longo do estudo verificou-se um aumento dos valores dos itens da SEPCH na prática dos profissionais de saúde, assim como uma evolução positiva gradual na condição das pessoas cuidadas. Através da aplicação do Mini Mental State Examination, verificou-se uma diminuição percentual de pessoas com défice cognitivo de 93.94% para 81,82%; através do Índice de Barthel, redução da percentagem de 60,61% para 30,30% de pessoas classificadas como totalmente dependentes, registando-se uma diminuição percentual da dependência nas diferentes AVD's. Registou-se uma diminuição do risco de desenvolvimento de úlceras por pressão (UP) de 84.85% para 51.52% nas pessoas cuidadas. Assim como, uma diminuição de 24.24% para 15,15% das pessoas que tinham UP, deixando de haver pessoas multiescareadas. Também verificámos uma diminuição da percentagem de indivíduos com risco elevado de queda, de 45,45% para 39,39%, diminuição do uso de cadeira de rodas, diminuição do número de acamados e diminuição de utilização de contenções físicas. A percentagem de pessoas com prescrição de dois antipsicóticos diminuiu ao longo das quatro avaliações passando de 27,27% para 9,09%.

Conclusão: As principais dificuldades demonstradas pelos profissionais da UCC foram: cuidar de pessoas com agitação e oposição aos cuidados, e comunicar com pessoas que não comunicam verbalmente. A formação em MCH facilitou a prestação de cuidados

e a pessoa cuidada percebe sentimentos positivos nos profissionais, ao aplicarem os conhecimentos na prática.

Os profissionais atribuem grande importância aos itens da SEPCH e revêm-se nos procedimentos cuidadosos Humanidade. Todavia, a percepção de realização dos procedimentos cuidadosos é superior ao observado na prática. Os profissionais que cuidam segundo a MGM referem uma maior consciencialização da prática individual, maior intencionalidade na relação, maior facilidade na prestação dos cuidados e na comunicação, assim como maior satisfação profissional. No que concerne às pessoas cuidadas, verificou-se redução dos comportamentos de agitação/oposição/recusa de cuidados, um aumento da comunicação e redução da degradação física e mental.

Os resultados permitiram perceber o contributo positivo do processo de implementação da MCH nos profissionais e na pessoa cuidada, sendo, no entanto, fundamental haver um acompanhamento e monitorização durante o processo de implementação para a sustentabilidade e consolidação das boas práticas por todos os profissionais, contribuindo assim, para a transformação dos cuidados em saúde.

Palavras chave: Metodologia de Cuidado Humanidade; Prestação dos cuidados; Formação; Profissional de saúde; Qualidade dos cuidados.

Abstract

Introduction: The increased number of elderly people with behavioral changes has become one of the health system major challenges for which institutions and caregivers are unprepared. This reality also poses new challenges to caregivers who in turn need to explore methodologies to provide better care to this population. For this purpose, Yves Gineste and Rosette Marescotti have since 1979 developed a methodology called Method of Care Gineste-Marescotti® (MGM®) or Methodology of Care Humanitude (MCH).

The purpose of this study was to evaluate the contribution of the Methodology of Care Humanitude (MCH) to the field work of professionals and caregivers at Integrated Long Term Care and Maintenance Units (UCCI). Specific objectives as follows were defined: (i) to diagnose the situation by checking whether there was a deviation between the importance attributed to the Structured Sequence of Humanitude Procedures (SEPCH); (ii) the implementation' perception and observation of health professionals' actual practice; (iii) to identify the key challenges faced by professionals in providing care; (iv) to monitor the MCH implementation process and to evaluate the impact both on the caregiver and on the person cared for.

Material and methodologys: Action research study, adopting Lavoie, Marquis and Laurin (1996) method with sequential, interdependent and interrelated stages. A data collection instrument, with auto completing functionality, was used through a questionnaire with closed, sociodemographic questions, and asking to detail the challenges experienced by caregivers as well as a scale (SEPCH), with 31 items, Likert type from 1 to 4, to evaluate the relevance attributed to each humanitude care procedure and the implementation perceived in practice. A set of open questions was also drafted, such as, "In what way does the Humanitude Care Methodology facilitates providing care services?" and "What is the professionals' perception regarding the contribution of implementating MCH to the people cared for?". Data collection and structured observation activities had the participation of two observers using SEPCH, on two consecutive days every four weeks. The following scales were used to evaluate progress in the people cared for: Braden, Morse, Mini Mental State Examination, Barthel Index. Quantitative data processing was performed using the Statistical Package for Social Science, version 17.0 and qualitative data was analyzed according to Bardin (2009)

principles of content analysis.. The study was carried out from September to December 2016 and included all 34 health care providers and the 33 patients who had been hospitalized at this UCC for at least 90 days.

Results: The SEPCH and implementation of Humankind care procedures received quite some relevance. High deviation curves between implementation perception and effective practice was observed and key challenges were identified by professionals: providing care for people with restless, confused, disoriented, aggressive, and refusing care behaviour (52.9%), and communicating with patients who did not communicate verbally (44.1%). Every four weeks, applying an observation grid, interventions were developed and their contribution reassessed in the professionals' practice. Throughout the study, there was an increase of the SEPCH items in health professionals' actual practice, as well as a progressive positive improvement in the overall condition of the people cared for. Using Mini Mental State Examination, people with cognitive deficit decreased from 93.94% to 81.82%; by Barthel Index, the percentage decreased from 60.61% to 30,30% for people classified as totally dependent, recording a decrease for dependency on different DLAs. There was also a decrease, from 84.85% to 51.52% for risk of developing pressure ulcers (PU) in people cared for; a decrease from 24.24% to 15.15% of people who had PU, no longer having people with multiple scars. We also observed a decrease in the percentage of individuals with high risk of falling, from 45.45% to 39.39%, a decrease in wheelchair use, a decrease in people confined to bed rest and a decrease in the use of physical restraints. Over the period of four evaluations, the percentage of people on prescriptions for two antipsychotic drugs also decreased from 27.27% to 9.09%.

Conclusion: The key challenges identified by UCC professionals were: (i) caring for people with agitation and opposition to care, and communicating with people who do not communicate verbally. The MCH training facilitated the provision of care, and when applying in practice the acquired knowledge, the person cared for perceived the caregiver positive feelings.

Professionals accord quite some relevance to SEPCH items and take a strong ownership with Humankind care procedures. However, care procedures' implementation perception is higher than observed in practice. Caregivers following MGM report individual practice greater awareness, more relationship intent, more easiness in care and communication, as well as greater professional satisfaction. As for the people cared for,

there was a decrease in restless/resistance/refusal behavior, an increase in communication and less physical and mental degradation.

These results allowed us to understand the positive contribution of implementing MCH process both for professionals and the person being cared for. However, for sustainability and good practices consolidation by all professionals and thus, to allow a health care transformation, it is key to have monitoring and follow-up activities during the implementation process.

Translator's note: DLA, refers to daily life activities

Key words: Methodology of Care Humanity; Providing Care; Training; Health Care provider; Quality of Care.

Introdução

O envelhecimento populacional é uma realidade dos países desenvolvidos, relacionado com a diminuição da taxa de natalidade e aumento da esperança média de vida devido aos progressos da medicina que lhe permitem viver durante mais anos, mesmo com doenças crónicas (Pina, 2013). Associado ao envelhecimento e ao aumento da prevalência de doenças crónicas, tem-se verificado o aumento do número de idosos com processos demenciais, com Sintomas Comportamentais e Psicológicos da Demência (SCPD) e oposição aos cuidados. Segundo a International Psychogeriatric Association (IPA) (2002), os sintomas comportamentais incluem: agressão física, gritos, inquietação, agitação, deambulação errante, comportamentos socialmente inapropriados, desinibição sexual, acumular objetos, praguejar e caminhar atrás de alguém. Como sintomas psicológicos, inclui-se a ansiedade, depressão, alucinações e ilusões. Esta realidade acarreta desafios específicos, e a necessidade de os cuidadores adquirirem novas aprendizagens.

O número de idosos ultrapassou o número de jovens pela primeira vez, em 2000 em Portugal, tendo o índice de envelhecimento, que traduz a relação entre o número de idosos e o número de jovens, atingido os 141 idosos por cada 100 jovens em 2014 (Instituto Nacional de Estatística (INE), 2015). No ano de 2013, Portugal apresentava uma das estruturas etárias mais envelhecidas entre os 28 Estados Membros da União Europeia (INE, 2015). Associado ao elevado índice de envelhecimento populacional, o país apresenta ainda uma das maiores taxas de dependência da União Europeia (Preto, Cordeiro, Martins & Preto, 2017).

O aumento da população idosa no nosso país parece fazer acompanhar-se de um aumento do número de casos de demência, sendo que nos grupos etários acima dos 80 anos se encontram mais de 64% das pessoas com demência (Preto et al. 2017).

Uma das respostas de Portugal para os indivíduos com estas condições surgiu com o Decreto-Lei nº 101/2006 de 6 de junho, estabelecendo a criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) de forma a corresponder às exigências de saúde e sociais dos indivíduos. Segundo o relatório de monitorização da RNCCI da Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) (2016) relativo ao ano de 2015 existiam 14.344 lugares na RNCCI tendo assistido em 2015, 50.243 utentes, dos quais

31.307 em unidade de internamento. A RNCCI é constituída por unidades e equipas de cuidados de saúde e/ou apoio social, assim como de cuidados e ações paliativas, com origem nos serviços comunitários de proximidade, abrangendo hospitais, centros de saúde, serviços da Segurança Social, a Rede Solidária e as autarquias. O objetivo principal assenta na prestação de cuidados a pessoas que se encontram em situação de dependência, independentemente da idade, que precisem de cuidados continuados de saúde e apoio social, de natureza preventiva, reabilitativa ou paliativa. A RNCCI assegura diversos regimes de prestação de cuidados como unidades de internamento, unidades de ambulatório, equipas hospitalares e equipas domiciliárias. As unidades de internamento podem ser de quatro tipologias diferentes, Unidades de Convalescença, Unidades de Média Duração e Reabilitação, Unidades de Longa Duração e Manutenção e Unidades de Cuidados Paliativos. Cerca de 57% das camas da RNCCI são de Longa Duração e Manutenção, sendo que só na região centro existiam no fim de 2015, 1247 camas em funcionamento (ACSS, 2016). As Unidades de Longa Duração e Manutenção têm por objetivo a prestação de cuidados que previnam ou retardem o agravamento da situação de dependência, otimizando tanto quanto possível o estado de saúde, num período de internamento geralmente superior a 90 dias. Os utentes das UCCI de LDM podem ser referenciados em tipologia de longa duração e manutenção por um período de 180 dias consecutivos ou em tipologia de descanso do cuidador por um período máximo de 90 dias de internamento, que podem ser consecutivos ou repartidos pelo ano civil. A população que usufrui da RNCCI mantém características semelhantes, são utentes envelhecidos com 83.9% dos indivíduos com idade superior a 65 anos sendo que, 47.1% tem idade superior a 80 anos. É uma população maioritariamente feminina, com baixo nível de escolaridade, carenciada e com elevada dependência e incapacidade (ACSS, 2016).

Esta situação impõe novos desafios aos cuidadores que na procura de uma melhoria contínua dos cuidados, necessitam de encontrar estratégias para prestarem melhores cuidados. Com o intuito de adequar a resposta às necessidades destas pessoas, Yves Gineste e Rosette Marescotti, desenvolveram, desde 1979, uma Metodologia de Cuidar designada de Metodologia Gineste-Marescotti® (MGM®) ou Metodologia de Cuidado Humanidade (MCH). Os autores desta metodologia começaram por ser chamados, a um hospital em França para perceberem as causas subjacentes às lesões dos cuidadores. Puderam assim observar o trabalho dos cuidadores do ponto de vista

ergonómico, mas também a prestação de cuidados e as técnicas utilizadas (Salgueiro, 2014). Destas observações e acompanhamento foram surgindo inquietações sobre a forma como estavam a ser prestados os cuidados diários a pessoas dependentes e vulneráveis no respeito pela sua dignidade, liberdade e autonomia. Através desta investigação desenvolveram cerca de 150 técnicas relacionais, orientadas pela filosofia da Humanidade, tendo como base a utilização dos pilares da Humanidade: o olhar, a palavra, o toque e a verticalidade. A MCH foca a sua intervenção na relação entre a pessoa cuidada e o cuidador, indo ao encontro com o definido por Kim (2010), permite a operacionalização da relação mantendo a pessoa cuidada em Humanidade em todos os atos de vida e ao longo de todo o ciclo vital.

O presente estudo foi realizado com o intuito de conhecer qual o contributo da implementação da MCH nos profissionais e na pessoa cuidada, numa UCCI de LDM.

Primeira parte – Fundamentação teórica

Capítulo I – Os desafios do Envelhecimento

1.1. Pessoas com Sintomas Comportamentais e Psicológicos da Demência (SCPD)

A proporção de pessoas com 65 anos ou mais duplicou nas últimas décadas, passando de 8% do total da população portuguesa em 1960 para 17% em 2005 e para 19% nos censos de 2011 (Santana, Farinha, Freitas, Rodrigues & Carvalho, 2015).

O envelhecimento das populações, resultante do aumento da esperança média de vida, da evolução da medicina e do desenvolvimento tecnológico, tornou-se uma questão prioritária em saúde. Esta alteração demográfica registada nas últimas décadas tem tido um enorme impacto económico, social e na saúde (Pina, 2013). A dependência e a doença não são exclusivas desta fase do ciclo de vida, todavia, devido às vulnerabilidades inerentes ao envelhecimento, muitas vezes associadas a uma inadequada resposta social, tornam os idosos alvos privilegiados de cuidados de saúde diferenciados (Simões, 2013). Com o aumento da população idosa parece ter aumentado o número de pessoas com SCPD. Segundo Santana et al. (2015) a demência contribui para aumentar em 11,9%

os anos vividos com incapacidade, nas pessoas acima dos 60 anos, valor superior ao calculado para os acidentes vasculares cerebrais (9,5%), para as doenças cardiovasculares (5,0%) ou para todas as formas de cancro (2,4%).

1.2. Dificuldades no cuidar de pessoas com Sintomas Comportamentais e Psicológicos da Demência (SCPD)

Com o aumento gradual e progressivo da população idosa surgem novos desafios para os cuidadores. Como já foi referido anteriormente, com o aumento do número de idosos aumenta o número de pessoas com processos demenciais e alterações do comportamento. Pelo que cuidar destas pessoas, dependentes e com processos demenciais, tornou-se um dos maiores desafios do sistema de saúde, para o qual as instituições e os cuidadores não estão preparados, prevendo-se ainda que os cuidados de saúde sejam de longa duração e continuados. Importa por isso que se procure um caminho onde os cuidados possam ser integrados e negociados com as pessoas idosas e os cuidadores informais.

Como resposta aos novos desafios impostos, foi criada em 2006 a RNCCI (Simões, Salgueiro, & Rodrigues, 2012). Com a crescente procura da RNCCI e pela diversidade de utentes que dela usufruem, os profissionais que ali trabalham deparam-se diariamente com novos desafios na abordagem a uma população cada vez mais dependente. Estes cuidadores, ainda que devidamente qualificados, manifestam com frequência dificuldades no cuidar e na abordagem a estas pessoas, que é importante ter em consideração para alcançar uma melhoria da qualidade dos cuidados prestados aos utentes institucionalizados (Pereira, Corte, & Marques, 2014).

Capítulo II – Cuidado Humanidade

2.1. Filosofia de Cuidado Humanidade

Humanidade é um termo recente, sendo utilizado pela primeira vez em 1980, pelo jornalista Freddy Klopfenstein, tendo sido transformado por Albert Jacquard num conceito antropológico. Este autor define Humanidade como “a contribuição de todos os homens, de outrora ou de hoje, para cada homem” (Jacquard, 1986, p. 177).

Segundo Gineste e Pellissier (2008), uma pessoa é um animal, que requer um nascimento biológico para vir ao mundo - 1º nascimento; e é um ser humano que requer um nascimento sociológico para ser colocado na espécie humana - 2º nascimento. Enquanto seres humanos, quando nascemos passamos por um processo de nascimento biológico. Mas, logo após este nascimento existe a preocupação dos membros da nossa espécie em colocar-nos em Humanidade, isto é, em inundar-nos de estímulos envolvendo-nos com os membros da nossa espécie para que nos sintamos pertencentes à espécie humana e que gradualmente fiquemos com a percepção do outro, como sendo da mesma espécie (Salgueiro, 2014).

O conceito de Humanidade não é mais do que o conjunto de particularidades que fazem com que sintamos que pertencemos à espécie humana e reconheçamos um outro ser humano como pertencente à nossa espécie (Gineste & Pellissier, 2008).

Uma pessoa é um animal vivente, um animal humano que para se sentir humano tem de ser reconhecido na sua Humanidade. É um ser humano com particularidades próprias da espécie humana, que o tornam único, com características, capacidades, com a sua identidade, necessidades, hábitos, gostos e desejos, bem como modos próprios de os satisfazer (Salgueiro, 2014).

Por sua vez, para Gineste e Pellissier (2008), um cuidador é um profissional que cuida de uma pessoa com problemas ou preocupações de saúde, com o objetivo de ajudar a melhorar ou manter a saúde da pessoa, ou para a acompanhar até à morte (Salgueiro, 2014). Um profissional não pode, em qualquer circunstância, destruir a saúde dessa pessoa, sendo os milhares de olhares, palavras e toques que trocamos com os nossos semelhantes, que mantêm e enriquecem a nossa Humanidade e permitem-nos viver em Humanidade (Salgueiro, 2014).

2.2. Metodologia de Cuidado Humanidade

Em 1979 Yves Gineste e Rosette Marescotti iniciaram as suas observações dos cuidadores e dos procedimentos cuidativos por estes utilizados. Seguiram-se anos de observações, reflexões sobre as práticas e investigação aplicada, tendo desenvolvido uma Metodologia de Cuidado possível de ser replicada pelos cuidadores, e transversal a qualquer cuidado, tendo demonstrado efetividade na abordagem à pessoa vulnerável, dependente e em situação de fragilidade (Simões et al., 2012).

A MCH fomenta a prestação de cuidados com base em regras de arte, cumprindo uma Sequência Estruturada de Procedimentos Cuidativos Humanidade (SEPCH), permitindo aos cuidadores profissionalizarem os três pilares relacionais: olhar, palavra e toque e o pilar identitário, a verticalidade. A aplicação desta metodologia de cuidado demonstra particular efetividade em doentes dependentes e/ou atingidos de demência, evitando SCPD, oposição/recusa aos cuidados, a acamação e respetivas consequências (Araújo, Oliveira, Alves, 2012; Araújo, Melo & Alves, 2014; Phaneuf, 2010).

Esta metodologia assenta na relação, não sendo do domínio exclusivo de um grupo profissional, pelo contrário, a profissionalização dos pilares da Humanidade permite a qualquer pessoa, estabelecer uma relação positiva com o outro. Também as regras de arte defendidas por esta metodologia são transversais, não se cingindo apenas a um contexto ou grupo profissional.

2.2.1. Regras de arte e princípios Humanidade

As regras de arte de uma profissão são “maneiras concretas de pôr em prática um certo número de princípios fundamentais” (Gineste & Pellissier, 2008, p. 275). Estes princípios são referências éticas resultantes dos direitos do homem, como a proteção da vida, o respeito pela autonomia e pela liberdade. Estes autores defendem cinco princípios fundamentais: Zero cuidados de força; Respeito pela singularidade e intimidade; Viver e morrer em pé; Abertura da estrutura para o exterior; Lugar de vida, lugar de vontades e onde se deseja viver (Gineste & Pellissier, 2008).

As regras de arte devem ser adotadas e servir de referência à prática dos cuidados, orientando a atuação dos profissionais através de uma visão ética, humanista e baseada na evidência (Salgueiro, 2014). As regras de arte são, de acordo com Gineste e Pellissier (2008), ferramentas importantes e formas concretas de colocar em prática princípios fundamentais, de que destacamos a título de exemplo:

1. **O respeito pelo seu domicílio**, ou seja, é obrigatório bater à porta do quarto da pessoa, para lhe pedir autorização para entrar;
2. **Anunciar-se**, ou seja a pessoa nunca deve ser surpreendida pela chegada do outro, evitando assim abordagens surpresa;

3. **Negociação dos cuidados**, isto é, pedir à pessoa autorização para realizar qualquer cuidado, informando-a de modo a que possa dar o seu consentimento e evitar os cuidados em força;
4. **Respeito pelo sono**, ou seja, não se deve acordar a pessoa, devendo a organização dos cuidados adaptar-se às necessidades da pessoa;
5. **Não levantar as pessoas por baixo dos ombros**, mas utilizar técnicas adequadas para evitar lesões musculoesqueléticas da pessoa cuidada e do cuidador;
6. **Contenções só quando justificadas**, dado que estas constituem um atentado à dignidade humana, à integridade física e psíquica e à liberdade da pessoa, provocando, muitas vezes, mais agitação e danos à pessoa, não dignificando a pessoa cuidada.

2.2.2. Sequência Estruturada de Procedimentos Cuidativos Humanidade

A MCH, também designada de captura sensorial, promove a dignidade da pessoa resgatando o valor humano, a sua Humanidade (Salgueiro, 2014). Repercute-se também nos cuidadores, melhorando a satisfação pessoal e profissional por estarem a prestar um cuidado de excelência (Gineste & Pellissier, 2008; Figueiredo, Melo & Ribeiro, 2016).

A captura sensorial integra procedimentos cuidados encadeados de forma sequencial, interdependentes que permitem evitar abordagens surpresa, desencadear comportamentos de agitação e resolver a maioria dos casos de oposição aos cuidados (Simões et al. 2012). A captura sensorial permite abrir sucessivos canais de comunicação, pela via sensorial e mantê-los abertos, com o objetivo de chegar à memória afetiva através da estimulação sensorial positiva (Salgueiro, 2014).

Para explicar em que consiste a SEPCH baseamo-nos no trabalho desenvolvido por Mário Simões, na sua tese de doutoramento em Enfermagem, na qual estruturou os diferentes momentos que constituem a captura sensorial numa Sequência Estruturada de Procedimentos Cuidativos Humanidade (SEPCH). A SEPCH representa uma sequência estruturada de execução técnica e ética de procedimentos cuidados Humanidade. Neste processo de execução sequencial, os procedimentos aparentemente de fácil compreensão

ganham uma nova complexidade técnica, científica e relacional (Simões, 2013) e estão em constante atualização.

A SEPCH permite a operacionalização da relação através de 5 etapas consecutivas e dinâmicas:

- Os **Pré-preliminares** têm como objetivos anunciar a presença dos cuidadores, abrir os canais relacionais, evitar abordagens surpresa, respeitar a privacidade e a autonomia.
- Os **Preliminares** antecipam a prestação do cuidado, com o estabelecimento de uma relação de confiança através da utilização dos pilares relacionais da Humanidade (olhar, palavra e toque) e a obtenção de um consentimento relacional por parte da pessoa cuidada.
- A **Rebouclage sensorial** inclui a prestação de cuidados pressupondo a manutenção coerente de uma ambiência emocional positiva entre o cuidador e a pessoa cuidada, através dos pilares Humanidade (olhar, palavra, toque e verticalidade).
- A **Consolidação emocional** é uma etapa de estímulo cognitivo e mnésico, permite deixar na memória emocional da pessoa cuidada uma impressão positiva da relação estabelecida e do cuidado, facilitando o consentimento relacional e aceitação dos próximos cuidados (Simões, et al, 2012).
- O **Reencontro** é o momento final da relação em que é obtido um compromisso para os cuidados futuros, quer na forma quer no momento, ajustando assim o cuidado à vontade da pessoa. Nesta etapa faz-se a despedida e marca-se o novo encontro, verbal ou por escrito, com referências temporais, preservando a relação e prevenindo o sentimento de abandono.

A SEPCH é constituída por 31 itens divididos pelas cinco etapas. Segundo esta sequência de procedimentos cuidativos o início da relação de cuidados começa com os Pré-preliminares.

Pré-preliminares, constituídos pelos seguintes procedimentos:

1. Bater à porta aberta ou fechada, em quarto individual ou partilhado.
2. Esperar pela resposta.

3. Se não há resposta (expressa ou subentendida), entrar no quarto calmamente e bater na barra da cama ou cadeira.
4. Abordar a pessoa de frente.

Nesta fase inicial da abordagem o cuidador deve bater à porta, estando esta aberta ou fechada, e/ou barra da cama. A intenção é anunciar-se e pedir permissão para entrar, não invadindo o espaço privado da pessoa, respeitando o seu domicílio e a privacidade, evitando as abordagens surpresas que provocam agitação pela percepção do cuidador como um agressor (Salgueiro, 2014). A realização dos Pré-preliminares possibilita a estimulação por via auditiva, permitindo que a pessoa se aperceba da aproximação do cuidador. O bater à porta deve cumprir alguns requisitos determinantes na sua execução. É importante que seja cumprida a técnica de “Toc-Toc”. Assim, o cuidador deve bater à porta com três toques claros e audíveis respeitando a cadência necessária para que sejam perceptíveis. Espera três segundos, e caso não obtenha resposta volta a bater mais três vezes com a mesma cadência. Espera novamente três segundos e não tendo obtido resposta bate mais uma vez e entra no quarto calmamente. O tempo de espera e a repetição do estímulo permitem à pessoa criar uma memória sensorial auditiva, permitem que a pessoa possa identificar essa memória auditiva criada e possa ativar a memória de trabalho.

A memória sensorial é aquela que nos permite reter as informações captadas pelos nossos órgãos dos sentidos, podendo ser estímulos visuais, auditivos, táteis, gustativos, olfativos ou proprioceptivos. Caracteriza-se por ter uma curta duração, caso o estímulo não seja recuperado (Júnior & Faria, 2015). No entanto, se lhe prestarmos a atenção necessária ela pode passar para a nossa memória de trabalho. Aí é analisada, compreendida e avaliada a necessidade de ser retida ou esquecida. No caso de ser para conservar durante mais tempo procedemos à consolidação para que esta seja inscrita na nossa memória a longo prazo. Uma vez armazenada a informação, na memória a longo prazo, pode ser recuperada e regressar à memória de trabalho para ser utilizada (Gineste & Pellissier, 2008). A memória de trabalho permite, sobretudo, contextualizar o indivíduo e gerenciar as informações que são transmitidas ao cérebro, a sua duração é ultrarrápida permitindo-nos armazenar informação apenas enquanto estamos a fazer uso dela, isto é, enquanto certo trabalho está a ser efetuado ou enquanto precisamos elaborar determinado comportamento, sendo a sua capacidade limitada (Júnior & Faria, 2015). Outra função da

memória de trabalho é a comparação das novas informações que chegam por via sensorial, com informações que já estavam consolidadas e arquivadas na nossa memória de longo prazo. Esta armazena informação por tempo indeterminado desde que continue a ser reforçada ao longo do tempo. Quando não há resposta expressa ou subentendida da pessoa cuidada ao bater à porta, associa-se ao estímulo auditivo o estímulo vibratório, provocado pelos toques na barra da cama ou cadeira, que se propagam nas estruturas corporais o que também permite prevenir a pessoa para a aproximação de terceiros. Após o primeiro sinal de resposta da pessoa, verbal ou não verbal, o cuidador entra no campo visual da pessoa. Caso a pessoa esteja deitada, deve ser abordada pelo lado para o qual está posicionada, o mesmo deve ser tido em consideração se estiver sentada numa cadeira, devendo ser sempre feita uma aproximação de frente pelo campo visual da pessoa e não pela lateral.

Em suma, o bater à porta seguindo esta sequência de procedimentos, identificada muitas vezes para facilitar a compreensão como técnica do “Toc-Toc”, promove a recordação da memória emocional e procedimental com a respetiva reação associada a quando alguém nos bate à porta.

Os Preliminares, ditam o início da aproximação física entre o cuidador e a pessoa e são constituídos pelos seguintes procedimentos:

5. Olhar de frente nos olhos da pessoa, ao mesmo nível, de forma progressiva (olhar axial, horizontal, longo, progressivo)
6. Chamar a pessoa pelo nome pelo qual se reconhece (ex: que gosta de ser tratada)
7. Apresentar-se à pessoa a cuidar (ex: eu sou ...)
8. Dizer à pessoa o motivo do encontro (ex: está ali para estar com ela, conversar, ajudar)
9. Usar um tom de voz calmo, melodioso e suave
10. Oferecer a mão ou iniciar o toque numa zona neutra do corpo (ombro, braço).
11. Entrar no espaço íntimo da pessoa (20 a 30 cm)
12. Esperar pelo consentimento relacional, aceitação verbal ou não verbal (ex: olhar, sorriso, relaxamento muscular)
13. Falar sobre o cuidado, depois de obtido o consentimento relacional

Esta fase de estabelecimento da relação com a pessoa que vai ser cuidada é fundamental para sustentar o restante cuidado. O objetivo é estabelecer uma ligação com a pessoa através dos órgãos dos sentidos como a visão, audição e tato, atendendo sempre ao profundo respeito pela autodeterminação da mesma (Simões, 2013). Os Preliminares começam com a aproximação do cuidador de forma progressiva e ligeiramente inclinado para a pessoa, para que esta consiga ver bem o rosto, as expressões e o olhar, fornecendo assim informação sensitiva visual, estimulando o órgão do sentido da visão. O olhar do cuidador deve ser olhar axial, horizontal, longo, progressivo, acompanhado de um fâcies afável e sorridente. O olhar axial, no mesmo eixo do olhar, garante a estimulação visual; horizontal para otimizar a estimulação visual e transmitir igualdade; longo para ser sustentado; e próximo, sem ser invasivo, para transmitir confiança. As pessoas idosas com declínio mnésico no processamento das informações sensoriais visuais, nomeadamente as pessoas com processos demenciais, tem um campo visual diminuído, visão em túnel, esta adequação da comunicação permite fornecer estimulação visual facilitando a comunicação e intensificando a atenção da pessoa (Salgueiro, 2014). Segundo Gineste e Pellissier (2008) o envelhecimento diminui a nossa capacidade de atenção dividida, tornando-nos por isso mais sensíveis a tudo o que pode desviar a nossa atenção e impedir-nos de nos concentrar, pelo que o cuidador deve zelar para que o meio envolvente não perturbe os processos de memorização. Relembrando que a nossa memória funciona melhor quando nos sentimos motivados.

A palavra deve ser introduzida quando o cuidador entra no campo visual da pessoa. O cuidador pode começar por cumprimentar e chamar a pessoa pelo nome, com o qual se identifica. O início da conversação deve ser feito num tom de voz calmo, melodioso e suave, o que permitirá criar condições facilitadoras da relação. Os autores Gineste e Marecotti realizaram um estudo em serviços de internamento de longa duração entre 1982-1984, que replicaram em 2004, tendo avaliado a duração total da comunicação verbal direta dirigida aos doentes imobilizados e dependentes (Gineste & Pellissier, 2008). Chegaram à conclusão que a média da duração da comunicação verbal tinha sido de 120 segundos em 24 horas (o que corresponde a cerca de 10 palavras), como tal a maioria destas pessoas via-se privada de comunicações verbais diretas durante grande parte do dia. Os autores do estudo perceberam que era difícil para os cuidadores manterem a comunicação humana quando não havia feedback, acabando por se instalar o silêncio.

Criaram então a técnica de auto feedback, segundo a qual os próprios cuidadores realimentam o sistema de comunicação com mensagens preditivas e descritivas, dos gestos realizados e seus efeitos na pessoa cuidada (Salgueiro, 2014). Quando a pessoa não tem capacidade de resposta verbal o cuidador deve assumir esta estratégia de auto feedback. Deve anunciar todos os gestos cuidativos, evitando as abordagens surpresa, e descrevê-los, o que implica treino dos cuidadores, pois apesar de parecer simples é um processo bastante complexo. Devem utilizar-se palavras positivas e abolir as palavras que relembrem situações desagradáveis, e é neste ponto que a utilização do nome da pessoa é tão importante. Durante a evolução de um processo demencial surge frequentemente, relativamente à memória autobiográfica, aquilo que Daniel Taillefer e Daniel Geneau denominaram de mergulho retrógrado, isto é, as pessoas mergulham em diferentes períodos do seu passado (Gineste & Pellissier, 2008). Perante esta situação o cuidador deve respeitar o que a pessoa diz que está a viver, pois na verdade ela está a viver num contexto temporal real para ela. O uso do nome da pessoa permite o acesso à memória do seu primeiro nome, ou do seu nome de solteira(o) o que, nestes casos de mergulho retrógrado, é um estímulo positivo, podendo mesmo ajudar a baixar o limiar de ansiedade e angústia.

O cuidador deve manter e consolidar a estimulação progressiva da pessoa através do olhar e da palavra e apresentar-se, pois, muitas vezes as pessoas não se recordam dos nomes dos cuidadores. Nos casos de pessoas com demência é frequentemente necessário que os cuidadores renovem a sua apresentação durante a relação, pois a capacidade de memorização está afetada, estando comprometida a aquisição de novas informações impedindo a pessoa de se lembrar do nome do cuidador. No entanto, a persistência da memória afetiva permite-lhes registar a qualidade emocional do momento vivenciado (Gineste & Pellissier, 2008).

O cuidador deve dizer à pessoa doente que está ali para lhe dar atenção, para a ajudar e cuidar, reforçando com palavras positivas, de forma a não causar respostas de fuga ou agressão, reação natural provocada pela amígdala cerebral em resposta a um estímulo considerado nocivo.

Nesta fase, deve ser introduzido outro pilar da Humanidade, **o toque**. Este deve ser amplo, suave, lento, acariciador, o toque-ternura (Gineste & Pellissier, 2008), dado que a nossa pele tem recetores sensoriais exteroceptivos que quando excitados dão origem

a um influxo nervoso, que através das sinapses leva esse influxo até ao tálamo. No tálamo a informação é duplicada e enviada para a amígdala e para o córtex (Gineste & Pellissier, 2008). O hipocampo, importante na conservação das recordações autobiográficas, procede à comparação com informações similares da nossa vida. Mas, a informação chega primeiro à amígdala cerebral que a analisa de forma grosseira em função das nossas memórias afetivas e emocionais e quando percebe a informação como agressiva pode responder com uma reação de defesa, que leva a pessoa a lutar ou fugir. Todavia, quando a abordagem à pessoa é feita segundo esta sequência estruturada, facilita a redução deste tipo de respostas. A utilização de um toque profissional, progressivo, permanente e pacificador permite estimular as fibras do prazer, promovendo o relaxamento e sensações agradáveis pela libertação de endorfinas (Gineste & Pellissier, 2008). Assim, é importante que seja um toque positivo, para isso deve ser lento, suave e amplo garantindo a ativação das fibras cerebrais do prazer. Os recetores sensoriais não estão distribuídos igualmente por todo o corpo, pelo que temos regiões corporais mais sensíveis, com maior número de recetores, como as mãos, face, pés e genitais (Gineste & Pellissier, 2008; Suvilehto, Glerean, Dunbar, Hari & Nummenmaa, 2015). Segundo o estudo desenvolvido por Suvilehto, et al., (2015) a zona corporal onde o toque foi permitido depende do vínculo emocional estabelecido com a pessoa. Assim, nos cuidados íntimos devemos ter atenção em iniciar o toque por zonas do corpo mais aceites socialmente e ir progredindo para as zonas mais íntimas.

É importante que o cuidador espere sempre pelo consentimento relacional da pessoa, manifestado pela aceitação verbal ou não verbal do cuidado. Esta aceitação deve ser obtida antes de mencionar o cuidado e ocorre geralmente entre os 3 segundos e os 3 minutos, caso a pessoa se oponha ao cuidado, ou não dê consentimento, o cuidador deve ao fim dos 3 minutos renunciar ao cuidado ou solicitar ajuda de outro cuidador. Caso obtenha consentimento deve iniciar o toque começando por zonas corporais com menos recetores sensitivos e mais socialmente aceites como os ombros, braços e antebraços. O toque deve ser progressivo, possibilitando o pedido de consentimento para tocar no corpo da pessoa. O cuidador deve avançar gradualmente começando com a polpa dos dedos, deslizando para a região palmar, com um toque amplo, progredindo então para zonas corporais de maior sensibilidade. Esta estimulação táctil progressiva possibilita o pedido de consentimento para tocar no corpo da pessoa. O toque deve ser permanentemente

mantido durante todo o cuidado, caso tenha de ser interrompido deve fazer-se o movimento do toque em sentido inverso, isto é, primeiro é retirada a palma da mão, depois desliza suavemente pelos dedos retirando a polpa dos dedos no fim.

A estimulação positiva e progressiva feita até aquele momento de cuidados permite facilitar o processamento da informação sensorial nas pessoas em declínio mnésico, mas também prevenir efeitos indesejáveis devido à hipersensibilidade nas pessoas com perdas cognitivas provocadas pelos processos demenciais. Este processo permite aumentar o limiar de tolerância da pessoa ao cuidado (Gineste & Pellisier, 2008).

Caso o cuidado seja adiado a relação deve ser fechada com a marcação de um novo reencontro, sendo necessário voltar a iniciar a sequência de procedimentos cuidativos. A negociação dos cuidados é uma das regras de arte, pelo que se a pessoa não der consentimento para a realização do cuidado, este tem de ser negociado, pois o início do cuidado sem consentimento gera comportamentos de agitação e oposição aos cuidados o que não é compatível com o bem-estar e qualidade de vida da pessoa (Salgueiro, 2014).

Depois de se obter o consentimento relacional inicia-se a fase da *Rebouclage* sensorial.

A *Rebouclage* sensorial, ou seja a realização do cuidado mantendo em harmonia os pilares humanidade, é constituída pelos seguintes procedimentos:

14. Manter o toque pacificante (amplo e suave, sem os dedos em garra, nem em pinça)
15. Anunciar cada gesto cuidativo (discurso preditivo)
16. Estimular de forma motora ou verbalmente a pessoa a iniciar os gestos cuidativos
17. Descrever todos os gestos cuidativos (discurso descritivo)
18. Reforçar positivamente todos os esforços de autocuidado (ex: muito bem!)
19. Estimular sensações positivas (ex: cheiro agradável, pele macia, cor da camisa...)
20. Estar atento às respostas emocionais (ex: tensão muscular, olhar, fáceis)
21. Utilizar um tom de voz calmo e suave durante a prestação do cuidado
22. Retomar com frequência o nome da pessoa
23. Olhar com frequência de frente nos olhos da pessoa (axial, horizontal, próximo e longo)

24. Promover a verticalidade, se possível. (ex: erguer o tronco, sentar na cama, por de pé, dar uns passos)

25. Ajudar a cuidar da aparência pessoal tendo em conta o seu gosto (ex: vestuário, adornos)

Ao longo desta fase deve ser sempre mantida a estimulação sensorial pela palavra, toque e olhar, imprimindo na memória emocional a sensação corporal positiva e recuperando a informação sensorial armazenada na memória emocional. Através destes procedimentos de estimulação, conseguimos aceder à memória de trabalho promovendo a aprendizagem de habilidades motoras, percetivo verbais e recuperar dessa forma as maneiras de proceder associadas aos gestos de cuidar. É importante manter sempre presentes pelo menos dois pilares toque e palavra, toque e olhar ou se possível os três pilares, toque, olhar e palavra (Honda, Ishikawa, Takebayashi, & Tierney, 2016). É determinante que a mensagem enviada pelos três canais seja congruente, e respeite sempre a identidade, intimidade, autodeterminação e autonomia da pessoa cuidada (Simões, 2013).

O cuidador deve manter o toque-ternura para potenciar a estimulação positiva. Não deve utilizar a mão em garra ou os dedos em pinça, que serão percecionados pela pessoa como punitivos (como quando éramos arrastados por um braço, em crianças), logo é essa a forma como está inscrito na nossa memória afetiva. O toque em pinça consiste em rodear com a mão por exemplo o pulso, antebraço ou a região maleolar, exercendo pressão com a ponta dos dedos, o que é altamente incomodativo, magoando e ferindo os tegumentos, que por si só já têm maior fragilidade nos idosos (Melo, Pereira, Fernandes, Freitas, & Melo, 2017). Quando o toque é profissionalizado, lento, suave e amplo permite que se consiga abranger um maior número de recetores da pele intensificando as características validantes do toque, mesmo em procedimentos dolorosos. Este tipo de toque ganha ainda maior importância em pessoas com processos demenciais, pois ao não processarem cognitivamente o toque como útil, percecionam-no como agressivo reagindo com agitação, oposição ou fuga para o imobilismo e apatia (Simões, 2013). Quando o cuidado é prestado apenas por um cuidador este deve manter uma mão relacional e uma mão executante. A mão relacional deve manter o toque-ternura durante o cuidado. Quando o cuidado é prestado por dois cuidadores um deles assume a função de cuidador relacional garantindo a manutenção dos pilares relacionais (olhar, palavra e o toque), e o

outro o papel de executante. O papel relacional mantém-se durante todo o cuidado, mas não é obrigatório que seja sempre assumido pelo mesmo cuidador, pode haver troca com o cuidador atuante. O cuidador deve executar os gestos com movimentos amplos, suaves e acariciantes, abrangendo o maior número de recetores sensitivos da pele, transformando o toque útil em toque validante.

O cuidador deve evitar começar um procedimento (por exemplo os cuidados de higiene) pelo rosto. Apesar de durante a nossa formação ser ensinada/aprendida nas escolas uma sequência cefalo-caudal para os cuidados de higiene e conforto, segundo Gineste e Pellissier (2008) existem várias sequências possíveis, sendo que a ideal é a que a pessoa preferir. Importa também reforçar que, por norma, as zonas mais contaminadas do corpo são as mãos, a face e os genitais (Wilson, 2005), pelo que não faz sentido iniciar um cuidado pela face, alegando que o cuidado deve ser prestado do menos contaminado para o mais contaminado. Por outro lado, os cuidados devem ser prestados, sempre que possível, na vertical, dado que segundo Gineste e Pellissier (2008) estar de pé durante 20 minutos por dia é o tempo a partir do qual o organismo pode manter a capacidade de continuar a levantar-se e manter-se em pé. Para estes autores, a higiene realizada em pé permite à maioria dos idosos manter ou melhorar as suas capacidades, e a saúde.

A descrição pormenorizada dos procedimentos, mantendo a estimulação tátil e auditiva, contribuiu para a manutenção da imagem/esquema corporal no córtex cerebral. O cuidador deve pedir à pessoa que inicie os movimentos, desta forma promove a autoestimulação sensorial propriocetiva pelo movimento ativo, promove a impressão na memória procedimental dos gestos do cuidado e cria condições para recuperar a memória procedimental de gestos armazenados relativamente a esse mesmo cuidado. Esta construção sensitivo-motora é indispensável também para a manutenção do equilíbrio e marcha.

O cuidador deve observar as reações da pessoa ao cuidado e recolher informação para reorientar a estimulação sensorial positiva, servindo-se da via afetiva, para que a sensação corporal positiva criada, permita a recuperação de memórias sensoriais positivas, armazenadas na memória emocional.

Segundo Gineste e Pellissier (2008) o envelhecimento é acompanhado de uma diminuição da força muscular, no entanto o grau dessa diminuição depende, em grande medida, da nossa atividade. Se uma das capacidades dos homens é manterem-se em pé e

movimentarem-se, pela utilização é possível manter essa capacidade até ao final de vida. Os cuidadores devem promover a verticalidade, sendo importante colocar a pessoa em pé, em carga e promover a marcha para que ocorra estimulação dos recetores sensitivos barométricos proporcionando uma resposta dos nervos sensitivos motores (Simões, 2013). Os nervos motores transmitem a informação para os músculos desencadeando o movimento. Em sentido inverso os nervos sensitivos transmitem a informação exteroceptiva ou proprioceptiva para o cérebro. A verticalização acarreta uma melhoria do sistema ósseo, cartilagens, tendões, músculos, sistema circulatório, respiratório e nervoso e ainda promove as relações interpessoais (Phaneuf, 2007). A compressão e relaxamento sobre as cartilagens permitem a absorção de substâncias nutritivas mantendo as cápsulas articulares funcionais. Assim, os ganhos da verticalização para a pessoa são indiscutíveis, sabemos hoje que a imobilização acarreta extensos danos na pessoa, as cápsulas articulares começam a perder eficácia após 48 horas de imobilidade e por cada semana de imobilização há uma perda de 10 a 15 por cento da força muscular, aumentando o risco de acamamento (Gineste & Pellissier, 2008).

O cuidador deve ajudar a pessoa a cuidar da sua aparência pessoal tendo em conta as suas preferências, ajudando assim a pessoa a manter a sua dignidade e identidade. A estimulação positiva, durante o cuidado, permite à pessoa aceder às memórias sensoriais positivas e utilizar a memória de trabalho para as imprimir na memória de longo prazo emocional e recuperar daí memórias sensoriais positivas.

No final do cuidado propriamente dito, fecha-se o ciclo da relação com as duas etapas restantes da captura sensorial, a consolidação emocional e a marcação do reencontro.

A consolidação emocional, consiste em:

26. Falar à pessoa da experiência agradável que foi estar com ela (ex: gostei de a conhecer, estar consigo);

27. Valorizar os esforços da pessoa, por mínimos que tenham sido;

28. Reforçar positivamente os benefícios do cuidado.

Após terminar o cuidado, o profissional deve valorizar a experiência que foi estar com a pessoa e reforçar junto desta os seus progressos, assegurando o compromisso na continuidade de cuidados. Gradualmente e, para que não haja um corte abrupto, o cuidador deve diminuir o limiar da estimulação sensorial. Através da estimulação

auditiva, visual e tátil o cuidador vai oferecer um reforço positivo valorizando todos os esforços da pessoa mesmo que mínimos, criando um *priming* emocional positivo na memória afetiva, facilitando os cuidados posteriores (Salgueiro, 2014). Esta etapa permite aumentar os níveis de tolerância da pessoa.

Por fim marca-se o **reencontro**, da seguinte forma:

29. Combina um novo encontro (ex: venho ter consigo daqui a 20 min, à hora do almoço,...);

30. Agradece à pessoa aquele momento de relação no cuidado;

31. Despede-se.

Após a consolidação emocional o cuidador deve assegurar a manutenção da via afetiva na continuidade de cuidados, assegurando a recuperação da memória emocional da pessoa cuidada associadas à presença do cuidador. A intenção é que no futuro a simples presença do cuidador promova uma recuperação de memórias sensoriais positivas. Para que tal aconteça o cuidador antes de se ausentar deve combinar sempre um novo encontro com a pessoa para que esta não perceba este momento como um abandono do cuidador. O cuidador deve agradecer à pessoa o momento do cuidado, fazendo uso da palavra, olhar e toque, criando um último momento de estimulação sensorial positiva. Ao estender a mão para a despedida o cuidador oferece à pessoa em declínio mnésico a oportunidade de um último momento afetivo naquela relação, e um estímulo para que a pessoa recupere da memória procedimental, respostas associadas à ação de estender a mão na despedida. Nas pessoas com processos demenciais verificamos perdas das memórias declarativas, sendo possível recuperar as memórias não declarativas. Nas memórias não declarativas incluímos os condicionamentos, as memórias motoras e o *priming*. Os condicionamentos são associações entre estímulos ou consequências que, quando perante um determinado comportamento somos recompensados e valorizados temos a tendência para o repetir. As memórias motoras necessitam de repetição para serem consolidadas, mas, uma vez que isso aconteça tornam-se automáticas e inconscientes. É o que acontece quando nos estendem a mão em despedida e nós respondemos com as ações correspondentes à despedida. O *priming* é importante pois é uma memória induzida por pistas, permitindo-nos evocar informações sobre momentos da nossa vida (Júnior & Faria, 2015).

2.3. Processo de Implementação da Metodologia de Cuidado Humanidade

A Formação em Metodologia de Cuidado Humanidade

A MCH encerra em si várias vantagens no que concerne à profissionalização do cuidado e da relação, contribuindo para que sejam evitadas armadilhas relacionais e o sofrimento desnecessário dos prestadores de cuidados e das pessoas cuidadas. A aplicação desta metodologia aos cuidados possibilita estabelecer uma relação verdadeiramente Humana, com reflexos positivos em todo o processo de cuidado e também ganhos em saúde. Por estas razões, a formação em MCH é um esforço que deve ser apoiado, e tem sido já feito em algumas unidades de saúde nomeadamente na UCCI de Pedrógão Grande, onde decorreu o nosso estudo. Inicialmente 26 profissionais já tiveram oportunidade de realizar essa formação, em MCH.

A formação em Humanidade foi ministrada e supervisionada por formadores certificados do Instituto Gineste-Marescotti (IGM) Portugal, estrutura de formação acreditada e responsável pela implementação da Humanidade em Portugal. Esta formação foi organizada com um total de 51 horas de formação, tendo uma componente teórica em sala de aula e uma componente prática no contexto da prestação de cuidados. A formação decorreu em 3 fases:

1. **Fase da sensibilização**, totalizando 16 horas, abrangeu toda a equipa multidisciplinar, com o envolvimento dos líderes formais e informais da UCCI;
2. **Fase de disseminação**, perfazendo 35 horas, com o mesmo grupo de profissionais que fez a primeira fase da formação;
3. **Fase de consolidação** com formação de grupo de apoio, 7 horas, formado por doze profissionais que tinham completado as duas fases de formação anteriores, com o envolvimento dos líderes formais e informais da UCCI.

A fase de sensibilização tinha como principal objetivo a consciencialização. O que se pretendia efetivamente era que os formandos se consciencializassem do efeito que tinham os seus atos e procedimentos, realizados diariamente nos cuidados. Durante esta fase de formação os formadores encaminhavam os formandos para uma reflexão orientada e demonstração prática sobre a importância e efeitos da profissionalização da relação através da MCH.

A fase seguinte da formação, a disseminação, distribuída em cinco dias, decorreu num período de um mês. Nesta fase procurava-se profissionalizar os pilares da Humanidade, Olhar, Palavra, Toque e Verticalidade. Foram treinadas algumas técnicas da captura sensorial, de manutenção relacional, entre outras, assim como a elaboração e gestão de planos individuais de cuidados, com cuidados uniformizados, mas personalizados para cada pessoa cuidada. Pelas características práticas da formação, para a realização da sensibilização e disseminação foi necessário dividir os profissionais em dois grupos.

Na fase de consolidação a constituição do grupo de apoio possibilitou formar uma equipa com ferramentas de gestão estratégica, operacional e de liderança para uma implementação eficiente da Humanidade, assim como para a monitorização dos resultados. Este grupo de apoio realizou reuniões mensais, nas quais identificava pontos que necessitavam de ser melhorados, trazendo para a discussão as dificuldades da restante equipa, desenvolvia estratégias para assegurar a adoção dos princípios Humanidade, planeava atividades Humanidade de continuidade assim como estratégias para assegurar a adesão dos cuidadores e equipa, devolvendo depois à equipa as soluções encontradas. Os novos profissionais, quando integravam a equipa, eram incentivados a participar ativamente nas atividades desenvolvidas para a implementação da Humanidade, e a prestação de cuidados era acompanhada e supervisionada pelos colegas do grupo de apoio, até que estes considerassem que o profissional já detinha as bases necessárias para a prestação de cuidados segundo esta metodologia de cuidar.

Segunda Parte – Estudo Empirico

Capitulo III – Método de investigação-ação

3.1. Objetivos

Após alguma reflexão relativamente à prestação de cuidados por parte dos profissionais de saúde, verificou-se um desvio entre a perceção de realização e a prática efetiva dos profissionais de saúde, relativamente aos procedimentos cuidativos Humanidade. Uma vez identificado e avaliado esse desvio, poderiam ser desenvolvidas

estratégias de formação ação, no contexto real de cuidados, num processo de investigação-ação, para colmatar esse mesmo desvio. Assim o presente estudo baseou-se no pressuposto de que resultante da aplicação dessas estratégias se iriam registar mudanças nas práticas que teriam efeitos positivos nas pessoas cuidadas e na atuação e comportamento dos profissionais.

Esta investigação ação teve como principais objetivos:

1. Determinar a importância atribuída pelos profissionais de saúde aos diferentes itens da SEPCH;
2. Saber qual a percepção que os profissionais têm de realizarem os diferentes procedimentos cuidados;
3. Confrontar os dados obtidos na percepção de realização com os dados resultantes de observações realizadas em contexto real de cuidados utilizando a grelha de observação da SEPCH;
4. Determinar quais os procedimentos cuidados Humanidade que necessitam de ser melhorados;
5. Intervir através da formação e utilização de estratégias no sentido da implementação adequada da MCH;
6. Avaliar os resultados da formação e das estratégias utilizadas, na apropriação e capacitação dos profissionais;
7. Avaliar a efetividade dos procedimentos cuidados Humanidade nas pessoas cuidadas e nos cuidadores.

Esta abordagem tem uma função de mudança e transformação institucional e social, utilizando uma estratégia de intervenção de que resultam aprendizagens e mudanças (Simão, 2013). Assim sendo, as condições de realização da investigação ação não foram constantes, pois ao longo do estudo os intervenientes vão reunindo conhecimentos que lhe permitem modificar as suas práticas. Importa por isso, considerar que os resultados de um estudo investigação ação são condicionados também pela subjetividade da percepção dos intervenientes.

3.2. Metodologia

Para o presente trabalho adotou-se o modelo de Lavoie, Marquis e Laurin (1996) com etapas sequenciais, interdependentes e interrelacionadas. Este modelo tem seis

etapas: a **etapa prévia**; **etapa 1** - reflexão inicial; **etapa 2** - precisão do problema e do seu contexto; **etapa 3** - planificação da formação na ação; **etapa 4** - realização de ações formativas, investigadores e atores; **etapa 5** - observação avaliativa, reflexão e tomada de decisão.

3.2.1. Etapa prévia

Como o próprio nome indica esta etapa corresponde ao trabalho prévio realizado individualmente pelo investigador. Foi um longo percurso desde as primeiras ideias e primeiros contactos até à decisão consistente de avançar com o projeto de mestrado na área da MCH. Começámos, em primeiro lugar, por adquirir conhecimentos e reunir informações sobre esta metodologia de cuidado. Também as reuniões com alguns dos elementos do IGM Portugal permitiram definir com maior precisão o tipo de estudo. Como ponto de partida seria importante saber qual a perceção que os profissionais tinham de realizarem os procedimentos cuidativos, para depois podermos confrontar esses dados com as observações da prática efetiva. Só depois de fazermos esse diagnóstico poderíamos reunir com os profissionais da UCCI de Pedrógão Grande para se definir o problema, a partir do qual se poderia planear a forma de mudar comportamentos cuidativos, podendo dessa maneira ter o efeito pretendido nas pessoas cuidadas. Tendo em conta o estudo que pretendíamos realizar ganhou consistência a abordagem de investigação ação. A formação aos profissionais de saúde e intervenções realizadas relativas à MCH iriam decorrer em contexto real de cuidados, na prestação de cuidados a pessoas maioritariamente idosas em situação de dependência e vulnerabilidade internadas numa UCCI com tipologia de LDM.

Para a realização deste estudo, aos profissionais, foram aplicados um questionário sociodemográfico e uma grelha de observação de cuidados segundo uma Sequência Estruturada de Procedimentos Cuidativos Humanidade a SEPCH. Aos utentes foram aplicados os instrumentos que permitem obter indicadores de qualidade sobre aspetos que considerávamos importante monitorizar como: UP, risco de queda, dependência, deterioração cognitiva entre setembro e dezembro. Para estes fins, os instrumentos utilizados foram a escala de Morse, escala de Braden, índice de Barthel e Mini Mental State Examination (MMSE), assim como outros dados que considerámos pertinentes avaliar como utilização de cadeira de rodas, lesões traumáticas nos membros superiores

e inferiores, pessoas cuidadas com úlcera por pressão (UP) e categorias das mesmas, utilização de contenções físicas, número de quedas, sequelas das quedas e a toma de ansiolíticos, sedativos, hipnóticos, antidepressivos, antipsicóticos e neurolépticos.

3.2.2. Etapa 1, Reflexão inicial

O investigador teve o primeiro contacto com a MCH em 2014 numa formação na ° Centro. Este primeiro contacto permitiu tomar conhecimento relativamente aos princípios, regras de arte e pilares da MCH, mas também permitiu tomar consciência do caminho necessário a percorrer até à aplicação dos mesmos. Tendo em conta este facto, houve a necessidade de realizar a formação teórica e prática com o IGM Portugal (anteriormente descrita) antes de avançar com o projeto. Esta experiência foi fundamental para uma maior compreensão da metodologia, e serviu para consolidar a intensão de avançar com um estudo de investigação ação.

Assim, surgiram as primeiras questões: porquê a escolha de uma UCCI de LDM para acompanhar a implementação da MCH? Porquê a escolha de uma UCCI onde os profissionais de saúde já tinham realizado formação em MCH? Que condições de organização, funcionamento, cultura organizacional e recursos humanos oferecia a UCCI onde seria realizado o estudo? Será que os profissionais de saúde se reviam nos procedimentos cuidativos contidos na SEPCH?

3.2.2.1. Objetivos

Nesta fase definimos os seguintes objetivos:

- Determinar as condições de implementação da MCH na UCCI de LDM.
- Identificar a importância atribuída pelos profissionais de saúde aos itens da SEPCH.
- Identificar a perceção de realização da SEPCH pelos profissionais de saúde.

3.2.2.2. Tarefas de investigação/grupo

O facto de o investigador já conhecer a UCCI de LDM facilitou a escolha da unidade onde realizar o estudo. Também optámos por realizar o estudo numa UCCI de LDM para poder acompanhar os utentes num período de tempo mais longo. Como se

pretendia acompanhar o contributo da implementação da MCH numa UCCI, seleccionámos uma unidade que estivesse a tentar implementar a MCH. O facto de o investigador já conhecer o funcionamento da UCCI permitiu perceber que embora alguns dos profissionais já tivessem tido formação com o grupo do IGM Portugal, estavam longe de cumprir com todos os princípios da MCH. Por outro lado, os profissionais estavam motivados e disponíveis para a mudança e aceitaram prontamente participar no estudo. Assim, foram feitos os primeiros contactos com as autoridades dirigentes da UCCI, a fim de obter a devida autorização para a realização do estudo (ANEXO I). Foram ainda cumpridas todas as formalidades legais e solicitadas as necessárias aprovações das comissões de ética, após o que foi possível começar o trabalho de investigação.

A UCCI seleccionada tinha uma equipa multidisciplinar, constituída por 34 profissionais de diversas áreas de formação, dos quais 26 já tinham frequentado a formação em MCH (fases de sensibilização e disseminação). À data da realização do estudo trabalhavam na UCCI 18 profissionais que tinham realizado essa formação.

A UCCI de LDM dispõe de quartos duplos e individuais amplos, todos com camas articuladas e com casa de banho privativa com poliban. Os utentes dispõem de um ginásio para fisioterapia, áreas comuns amplas, bem iluminadas e livres de barreiras arquitetónicas. A UCCI parecia reunir as condições de estrutura adequadas, que possibilitavam a realização do estudo de investigação ação.

Todos os profissionais e utentes envolvidos no estudo depois de explicados os objetivos do estudo assinaram o consentimento informado. No momento da assinatura do consentimento informado, para todos os utentes que se encontravam transitoriamente ou permanentemente incompetentes para tomar a decisão de participar no estudo, foram fornecidas as informações ao cuidador informal do utente, para que pudesse ser este a tomar a decisão de participação no estudo. Foi salvaguardada a autorização para recolha de imagens durante a prestação de cuidados, com o intuito de serem utilizadas nos momentos formativos com os profissionais.

O questionário e respetivas instruções de preenchimento foram entregues a todos os profissionais que aceitaram participar no estudo. Para respeitar o anonimato, o questionário foi fornecido a todos os participantes num envelope para, após o preenchimento dos questionários, estes serem fechados e entregues pelos participantes à Diretora Técnica da unidade de saúde, que posteriormente os entregou à investigadora.

As observações em contexto real de cuidados foram previamente acordadas com a Diretora Técnica da Instituição. A aplicação dos instrumentos de colheita de dados aos utentes foi realizada pelo investigador em contexto de gabinete, cedido pela instituição onde decorreu o estudo.

Foi assegurado que a identidade dos participantes no estudo se mantinha confidencial. Em momento algum foram mencionados nomes ou descrições que permitissem a identificação dos participantes, e os resultados foram apresentados de maneira a que nenhum dos participantes no estudo pudesse ser reconhecido.

Para o tratamento dos dados recorreu-se ao programa Statistical Package for Social Science versão 17.0 e à técnica de análise de conteúdo segundo Bardin (2009).

Ao longo do estudo, na descrição das etapas, serão apresentados alguns resultados que permitiram fazer o diagnóstico da situação e planear as estratégias ou formação a realizar na ação e a forma como fomos progredindo nas várias etapas do estudo investigação ação.

3.2.2.3. Produto

Instrumento de colheita de dados

O instrumento de colheita de dados foi um questionário (ANEXO II) constituído por questões de resposta aberta e fechada. Este questionário, composto por catorze itens, foi constituído por questões de ordem sociodemográfica, questões sobre quais as principais dificuldades dos cuidadores na prestação de cuidados, e qual o contributo na perspectiva dos profissionais que realizaram a formação em MCH, na redução das dificuldades sentidas na prestação dos cuidados. O instrumento de colheita de dados engloba ainda a SEPCH (Simões, 2013), em que cada item é uma representação de um procedimento cuidativo Humanidade que pode ser realizado e observado, numa sequência estruturada de execução técnica bem definida na abordagem ao utente. Perante cada um dos itens da SEPCH os participantes foram instruídos a responder qual a importância que lhe atribuíam de 1 a 4 sendo que, 1 correspondia a “Sem importância”, o 2 a “Alguma importância”, o 3 a “Muita importância” e o 4 a “Muitíssima importância”. Da mesma forma foi solicitado que os participantes respondessem em que medida realizavam cada procedimento na prestação de cuidados, atribuindo também um número de 1 a 4. Sendo

que, 1 correspondia ao “Nunca realizo”, 2 ao “Realizo algumas vezes”, 3 ao “Realizo com muita frequência” e o 4 a “Realizo sempre”.

Caracterização sumária da amostra de profissionais de saúde

Foram selecionados os profissionais de uma UCCI de LDM que prestavam cuidados diretos aos utentes aí internados e na qual se estava a tentar implementar a MCH. Foi utilizado um processo de amostragem não probabilística por conveniência. A amostra foi constituída por 34 participantes, maioritariamente do género feminino, com uma média de idades de 35.94 anos. Os participantes eram de 9 áreas profissionais distintas sendo as mais contempladas os auxiliares de ação médica e os enfermeiros contando cada um dos grupos com 11 elementos na amostra. Também incluía 1 animador sociocultural, 1 assistente social, 1 médico, 1 psicólogo, 1 terapeuta da fala e 1 coordenador geral. A média de anos de serviço dos profissionais era de 5.38, e 55.9% trabalhava na área e funções atuais entre ½ e 1,5 anos. Dos 34 profissionais participantes no estudo 100% já tinha prestado, ou prestava à altura da colheita de dados, cuidados a pessoas idosas. Dos 34 indivíduos participantes, 32 (94.1%) já tinha prestado ou prestava cuidados a pessoas com sequelas de Acidente Vascular Cerebral (AVC), 33 (97.1%) já tinha prestado ou prestava cuidados a pessoas com processos demenciais e 31 (91.3%) já tinha prestado ou prestava cuidados a pessoas com estados emocionais agressivos/comportamentos de agitação.

Quando questionados sobre as principais dificuldades sentidas na prestação de cuidados, a maior parte dos inquiridos (52.9%) manifestou dificuldade em prestar cuidados a pessoas agitadas/confusas/desorientadas/agressivas e que recusavam cuidados, 15 (44.1%) referiram também ter tido dificuldade na comunicação com doentes que não comunicavam verbalmente, 12 (35.3%) manifestaram dificuldade em prestar cuidados a doentes em fase terminal. Por último, 4 (11.8%) afirmaram ter dificuldade em prestar cuidados de higiene.

Dos 34 profissionais participantes no estudo, 18 (52,9%) tinham realizado formação sobre a MCH, 100% dos quais consideraram que a MCH facilitava a prestação de cuidados.

Importância e perceção

Considerando os scores obtidos na importância atribuída aos itens da SEPCH (ANEXO III) verificámos que os profissionais atribuíram grande importância aos itens da SEPCH, atingindo um score global de 83.80%. Com um score total de 80.70% nos “Pré-preliminares”, 82.19% nos “Preliminares”, 86.21% na dimensão “*Rebouclage sensorial*”, 86.27% na dimensão “Consolidação emocional” e 80.64% na dimensão “Reencontro”.

Considerando os scores obtidos relativamente à perceção que os profissionais tinham de realizar cada um dos itens da SEPCH (ANEXO IV), verificámos que os profissionais consideravam aplicar de forma consistente na sua prática os itens da SEPCH que atingiu um score global de 74.48%. Com um score total de 72.43% nos “Pré-preliminares”, 72.43% na dimensão “Preliminares”, 75.92% na dimensão “*Rebouclage sensorial*”, 76.23% na dimensão “Consolidação emocional” e 75.25% na dimensão “Reencontro”. Os dados obtidos mostram que os profissionais atribuem scores mais elevados na importância atribuída aos itens da SEPCH do que na perceção de os realizarem.

3.2.3. Etapa 2, Precisão do problema e do seu contexto

Nesta fase reunimos com os líderes da UCCI para apresentação dos dados obtidos. Tínhamos já um ponto de partida, os profissionais eram capazes de identificar as suas principais dificuldades e, consideravam que a MCH facilitava a prestação de cuidados. Perante os dados obtidos surgia a dúvida, se o desvio verificado entre a importância atribuída e a perceção de realização também se verificaria entre a perceção de realização e a prática efetiva. Seria também importante para a precisão do problema fazer a avaliação dos utentes internados na UCCI no período coincidente com as observações dos cuidados.

Avançámos então para a observação em contexto real de cuidados, utilizando a grelha de observação da SEPCH (ANEXO V), no sentido de responder à seguinte questão: Será que há desvio entre a perceção de realização dos procedimentos cuidadosos e a sua implementação efetiva na prática dos cuidados?

3.2.3.1. Objetivos

Nesta fase de investigação definimos os seguintes objetivos:

- Fazer o diagnóstico da situação verificando se há desvio entre a percepção de realização e a observação da prática efetiva dos profissionais de saúde.
- Caracterizar o contexto, identificando características favoráveis e desfavoráveis.
- Dar início à avaliação dos utentes internados na UCCI.

3.2.3.2. Tarefas de investigação/grupo

As primeiras observações foram efetuadas em setembro de 2016, aplicando a SEPCH. Não foram sentidas dificuldades na observação nem na utilização da grelha de observação, que se revelou funcional permitindo a recolha de dados quantitativos e qualitativos. As observações foram realizadas por dois observadores, ambos com conhecimento e experiência na aplicação da grelha de observação. As observações foram abertas e não dissimuladas. Foram efetuadas 22 observações tendo as mesmas terminado ao segundo dia por saturação de dados. Cada dia de observação terminou com os dois observadores a reunirem para fazerem a síntese das observações, a confrontação dos dados obtidos nas suas observações e identificação dos pontos que deveriam merecer mais atenção nas observações seguintes. No início das observações os dois observadores chegaram a observar simultaneamente o mesmo cuidado para poderem confrontar os dados das observações, e perceber se estas eram coincidentes. Foram observados diferentes cuidados, desde a prestação de cuidados de higiene, alimentação, mobilizações, transferências, acompanhamento em atividades/intervenções terapêuticas.

No período coincidente com as observações, foram também avaliados os utentes internados na UCCI. Para a avaliação do risco de queda foi usada a Escala de Morse, para o risco de desenvolvimento de UP a Escala de Braden, para a avaliação do nível de dependência o Índice de Barthel. Associado a estas avaliações ainda foi realizado uma avaliação das funções cognitivas, aplicando o MMSE. Todos estes instrumentos foram aplicados a cada quarto semanas, coincidindo com o período de observações. Foram ainda recolhidas informações relativamente a dados sociodemográficos dos utentes, assim como questões relacionadas com a situação de saúde/doença que pudesse ajudar a compreender as características dos utentes internados na UCCI. Os dados sociodemográficos relativamente aos utentes foram colhidos do processo individual dos mesmos.

O índice de Barthel (ANEXO VI) é um instrumento que avalia o nível de dependência das pessoas para a realização de dez atividades básicas de vida: comer, higiene pessoal, uso dos sanitários, tomar banho, vestir e despir, controlo de esfíncteres, deambular, transferência da cadeira para a cama, subir e descer escadas (Mahoney e Barthel, 1965). As pontuações totais variam entre 0 e 100 pontos e, quanto menor a pontuação da escala, maior o grau de dependência do utente. A Escala de Morse (ANEXO VII) é um instrumento que avalia seis itens, historial de quedas, diagnóstico (s) secundário (s), ajuda para caminhar, terapia intravenosa, cateter periférico e/ou heparina, postura no andar e na transferência e estado mental (Morse, Morse & Tylko, 1989). As pontuações totais variam entre 0 e 125 e, quanto maior a pontuação maior o risco de queda. A Escala de Braden (ANEXO VIII) é um instrumento que avalia seis dimensões, a perceção sensorial, humidade, atividade, mobilidade, nutrição e fricção/forças de deslizamento (Braden & Nancy, 1987). As pontuações totais variam entre 6 e 24 e, quanto menor a pontuação maior o risco de desenvolvimento de UP. O MMSE (ANEXO IX) inclui seis dimensões, a orientação, retenção, atenção e cálculo, evocação, linguagem e habilidade construtiva (Folstein, Folstein & McHugh, 1975). As pontuações totais variam entre 0 e 30 e, considera-se com defeito cognitivo analfabetos que obtenham pontuação ≤ 15 , indivíduos com 1 a 11 anos de escolaridade ≤ 22 , com escolaridade superior a 11 anos ≤ 27 .

Foram também colhidos dados relativamente a quebras cutâneas dos antebraços e braços, assim como das pernas. Foram identificadas as necessidades de contenção física e o tipo de contenção utilizada, o número de quedas durante o período de observação e as sequelas resultantes das mesmas. O número de utentes em cadeira de rodas e acamados, nos quatro momentos de recolha de dados. Assim como, a toma de ansiolíticos, sedativos, hipnóticos, antidepressivos, antipsicóticos e neurolépticos.

3.2.3.3. Produto

Caracterização dos utentes internados na UCCI

No que diz respeito aos utentes, a amostragem foi por conveniência, tendo sido selecionados os utentes que estiveram internados na UCCI de LDM no período entre setembro e dezembro de 2016, por um período de tempo igual ou superior a 90 dias consecutivos. A amostra foi constituída por 33 participantes, maioritariamente do género

feminino com uma média de idades de 78.42 anos. Os dias de internamento na UCCI variavam entre os 90 e os 779. Antes do internamento na UCCI, a maioria dos participantes estava no seu domicílio ou no domicílio do cuidador informal e o objetivo/expectativa após a alta era ingressar em estrutura residencial para idosos (ERPI).

Dos 33 utentes participantes no estudo, 29 (87.88%) tinham sido referenciados para internamento em tipologia de longa duração e manutenção e 4 (12.12%) para tipologia de descanso do cuidador. A dependência em atividades de vida diária (AVD) foi o motivo de internamento em 28 (84.85%) dos participantes, a deterioração cognitiva foi o motivo de internamento de 5 (15.15%) dos participantes.

Os principais diagnósticos na admissão na UCCI dos utentes participantes no estudo são as degenerações cerebrais (51.52%) e a doença vascular cerebral (15.15%).

Observação direta em contexto real de cuidados

Na série de observações realizadas (ANEXO X) obtivemos um score global de 52.16%. Com um score total de 43.75% nos “Pré-preliminares”, 65.40% nos “Preliminares”, 52.27% na dimensão “*Rebouclage* sensorial”, 30.30% na dimensão “Consolidação emocional” e 42.42% na dimensão “Reencontro”.

Verificou-se uma diminuição entre o percecionado e o observado em quase todos os itens da SEPCH, mas é na “Consolidação emocional” que se encontra a maior discrepância (45.93%) entre o que é percecionado pelos profissionais como realizado (76.23%) para o que foi observado (30.3%). Segue-se a dimensão “Reencontro” com os profissionais a terem a perceção de execução em 75.25%, e a observação 42.42% com uma discrepância de 32.83%. Na dimensão dos “Pré-preliminares” os profissionais tinham a perceção de realização do procedimento em 72.43% e na observação 43.75%, o que significa uma discrepância de 28.68%. Na “*Rebouclage* sensorial” os profissionais tinham a perceção de realização em 75.92%, todavia na observação só se verificou a sua execução em 52.27%, com uma discrepância de 23.65%. Por fim nos “Preliminares”, os profissionais tinham a perceção de realização em 72.63% e na observação verificou-se a sua execução em 65.4%, o que significa uma discrepância de 7.23%.

Contexto dos cuidados e tempo médio

As anotações realizadas na grelha de observação permitiram-nos constatar que o tempo médio de prestação de cuidados de higiene foi 25.37 minutos tendo demorado, em média, entre 16 e 35.06 minutos. Nas primeiras observações, percebemos que quando era o dia do cuidado de higiene total do utente havia atenção, por parte dos cuidadores, em levar o utente ao wc em cadeira de banho ou mesmo a pé. No entanto, nos dias em que a higiene era parcial esta era realizada, maioritariamente, no leito com o utente deitado. Nos cuidados prestados no leito não havia uma uniformização do cuidado em abordar a pessoa de frente, tentando manter o olhar Humanidade, muitas vezes o olhar estava centrado no cuidado a ser prestado e não na pessoa. Um dos primeiros procedimentos realizados pelos cuidadores, quando prestavam um cuidado no leito, era colocar a pessoa em posição horizontal baixando a cabeceira da cama, o que dificultava o envolvimento da pessoa no cuidado, dificultando também a relação entre o cuidador e a pessoa, promovendo inclusivamente um maior número de olhares verticais. A prestação de cuidados de higiene era realizada essencialmente no turno da manhã, e enquanto os enfermeiros estavam na passagem de turno as auxiliares de ação médica prestavam os cuidados, sem orientações precisas sobre as capacidades restantes a estimular na pessoa, ou pormenores que permitissem a personalização do cuidado.

Nos cuidados observados, havia dificuldade dos cuidadores na manutenção dos pilares da Humanidade durante a prestação de cuidados. O toque necessitava de ser profissionalizado, dado que se registaram muitos toques com a mão em garra e/ou dedos em pinça, principalmente nas mobilizações no leito e nas transferências dos doentes. Verificámos também a mobilização da pessoa com apoio pela região cervical e mobilizações utilizando a região axilar. A palavra também necessitava de ser trabalhada, pois muitas vezes os cuidadores ao longo do cuidado utilizavam apenas linguagem instrumental, cingindo-se às indicações que devia dar à pessoa sobre o que estava a fazer, ou então utilizavam muitos diminutivos como “levante o seu bracinho”, “vamos calçar o sapatinho”, “levante a sua perninha”, “vamos tomar banhinho?”. Expressões como estas promoviam a infantilização do doente, o que contrariava os princípios preconizados pela MCH. Também se verificou que os cuidados não eram anunciados de forma intencional, o que se refletia na pessoa, que por vezes se retraía perante o toque do cuidador. Os cuidadores mantinham-se atentos à pessoa perguntando se “a água está boa?”, “a sopa está quente?” mas nem sempre esperavam o tempo necessário para a pessoa responder,

iniciando imediatamente o cuidado. Verificámos não haver uma regra de não interrupção do cuidado, pelo que se verificavam várias interrupções para ir buscar material que faltava, por não ter sido adequadamente preparado no início do cuidado. Verificámos a preocupação dos cuidadores em tratar a pessoa pelo nome próprio antecedido de “Senhor” ou “Senhora” ou como era habitualmente tratada no seu meio social. Observámos sorrisos durante os cuidados, trato meigo e cortês.

Diagnóstico da situação

Como condições favoráveis para a prossecução do estudo e implementação da MCH tínhamos a receptividade e empenho dos líderes formais e dos profissionais de saúde da UCCI. Em termos estruturais a UCCI estava bem equipada e reunia as condições essenciais para a concretização deste estudo.

Os resultados obtidos permitiram-nos identificar onde os cuidadores tinham mais dificuldade em cumprir os procedimentos preconizados pela MCH. Verificámos que existiam comportamentos e procedimentos praticados pelos profissionais que assentavam em falsos princípios e que estavam de tal forma enraizados na prática dos profissionais que poderiam ser mais difíceis de mudar. Os profissionais que não tinham realizado a formação, com o IGM Portugal, tinham tendência para considerar que os pilares da Humanidade não necessitavam de aprendizagem, sendo inatos e naturais na relação entre cuidador e pessoa cuidada.

Identificou-se que todos os profissionais de saúde necessitavam de profissionalizar o olhar, o toque e a palavra. Também o estímulo à verticalidade necessitava de ser trabalhado para se tornar mais consistente na prestação de cuidados. Apesar dos cuidados de higiene totais serem prestados na casa de banho, os cuidados parciais eram predominantemente prestados no leito com o utente posicionado na posição horizontal com a cabeceira da cama baixa. Os profissionais, nomeadamente as auxiliares de ação médica, iniciavam a prestação de cuidados sem prescrição de cuidados. Verificámos, de forma transversal a todos os profissionais e em todos os tipos de cuidados, interrupção de cuidados.

Depois de identificados os aspetos que necessitavam de ser melhorados, percebemos que teríamos que abordar gradualmente os itens a ser trabalhados.

Quando os resultados obtidos foram apresentados aos órgãos de Direção da UCCI ganhou consistência a convicção de avançar com a terceira fase da formação em MCH, a formação do grupo de apoio, com as características já descritas anteriormente.

A formação na ação foi realizada pelo investigador, sendo os conteúdos da mesma revistos por um elemento do IGM Portugal. As diferentes intervenções implementadas foram discutidas e desenvolvidas com o grupo de apoio. Também houve a intervenção de um elemento do IGM Portugal, na terceira fase de formação certificada, a consolidação, para a formação do grupo de apoio.

Apesar das dificuldades identificadas, considerámos estarem reunidas as condições para intervir, formando os cuidadores na prestação de cuidados segundo a MCH. Na mesma medida, pretendíamos que as mudanças nas práticas dos profissionais de saúde proporcionassem uma melhoria no estado de saúde dos utentes internados na UCCI.

3.2.4. Etapa 3, Planificação da formação na ação

A planificação da formação na ação foi concebida por nós e sempre discutida nas reuniões mensais do grupo de apoio antes de ser dado início às intervenções. O envolvimento dos restantes profissionais, que não integravam o grupo de apoio, foi sempre tido em conta, pois para além da identificação das dificuldades dos profissionais, através das observações em contexto real de cuidados, também os elementos do grupo de apoio tinham a responsabilidade de auscultar os restantes profissionais, relativamente às necessidades e dificuldades com que estes se deparavam na prestação de cuidados para depois serem analisadas e discutidas em grupo. O envolvimento dos profissionais de saúde da UCCI na discussão das decisões e no planeamento das formações e intervenções foi crucial, tendo em conta que não havia consciencialização dos profissionais, dado que a perceção de realização dos procedimentos cuidadosos Humanidade era substancialmente superior ao observado em contexto real de cuidados.

Como já foi descrito anteriormente, dos 34 profissionais, apenas 18 tinha realizado a formação sobre MCH. As duas fases iniciais da formação (sensibilização e disseminação) tinham sido realizadas entre fevereiro e abril de 2016. Pela experiência do IGM Portugal, a previsão seria que passados três meses os profissionais que não tinham realizado a formação já deveriam estar contaminados, isto é, deveriam ter interiorizado

os princípios da metodologia, profissionalizando os pilares da Humanidade e isso deveria ser observado na prática cuidativa. Todavia, tendo em conta os resultados obtidos, na primeira fase do estudo, através da primeira observação, tínhamos já verificado que havia uma discrepância entre a perceção de realização e a sua aplicação na prática.

Para além de termos percebido através dos primeiros dados das observações que o processo de contaminação positiva não tinha alcançado os resultados previstos, percebemos que os profissionais que tinham realizado a formação inicial não estavam a aplicar alguns princípios fundamentais, como a forma correta de bater à porta, apresentação do profissional, toque em garra e em pinça, registo de abordagens surpresa, entre outros.

Após apresentação dos dados recolhidos, na primeira fase do estudo, aos órgãos de Direção da UCCI, percebeu-se a importância de completar a formação dos profissionais com a terceira fase de formação, a consolidação, formando o grupo de apoio a 1 de outubro de 2016. O grupo foi constituído por cinco Auxiliares, quatro Enfermeiros, Fisioterapeuta, Diretora Técnica e Coordenadora Geral.

Tendo como ponto de partida os primeiros dados recolhidos em setembro de 2016, foi acordado o início de novas observações dos cuidados em outubro de 2016, após os elementos que integravam o grupo de apoio terminarem a terceira fase de formação em MCH. No mesmo período de tempo em que decorreram as observações, foram também recolhidos dados junto dos utentes internados na UCCI. Para além de pretendermos medir o aumento da realização dos procedimentos cuidativos Humanidade pelos profissionais de saúde, era também expectável ir acompanhando as mudanças que iam ocorrendo com os utentes. Isto é, pretendia-se acompanhar o processo de implementação da MCH e o contributo que este processo tinha na ação dos profissionais e na evolução dos utentes de uma UCCI de LDM.

3.2.4.1. Objetivos

Nesta fase de investigação foram definidos os seguintes objetivos:

- Analisar as condições de implementação da MCH.
- Planificar o plano de ação, segundo uma estratégia de formação na ação, para implementação da MCH.
- Observar sistematicamente a prestação de cuidados utilizando a SEPCH.

- Aplicar os instrumentos de avaliação aos utentes internados na UCCI durante o período de tempo em estudo.

3.2.4.2. Tarefas de investigação/grupo

A estratégia de formação na ação permitiu o acompanhamento em contexto real dos cuidados, facilitando a implementação da MCH e o treino dos procedimentos técnico-relacionais. Também permitiu desenvolver diversas intervenções para serem colocadas em prática e trabalhar a reflexão crítica, através da apresentação de conteúdos programáticos e visualização de vídeos da prestação dos cuidados, para consciencialização dos cuidados praticados.

Tendo como ponto de partida a discrepância entre a perceção de realização e a prática efetiva, fomos acompanhar e monitorizar o processo de implementação da MCH de setembro a dezembro de 2016 realizando observações a cada quatro semanas. Durante este período de tempo foram desenvolvidas intervenções formativas e de acompanhamento em contexto real de cuidados, abrangendo os diferentes intervenientes. À semelhança da primeira fase do estudo, também nas seguintes fases de observação foi utilizada a grelha de observação da SEPCH. Em simultâneo foi também avaliada a evolução dos utentes da unidade, através da utilização das escalas já referidas.

As intervenções desenvolvidas abrangeram todos os profissionais de saúde, com especial enfoque nos elementos do grupo de apoio. De acordo com os resultados das observações foram sendo definidas estratégias a desenvolver para melhorar a implementação da MCH.

As observações e intervenções propostas foram agendadas. Foi planeado iniciar a segunda fase de observações dos cuidados no mês de outubro de 2016.

Em primeiro lugar foi necessário selecionar os doze profissionais que iriam constituir o grupo de apoio e realizar a terceira fase de formação, consolidação, com o IGM Portugal. A seleção foi realizada pelos líderes formais da UCCI tendo em conta os critérios definidos pelo IGM Portugal para a criação deste grupo. Esta formação foi realizada no dia 1 de outubro de 2016.

Os profissionais comprometeram-se em, sob observação e formação, prestarem cuidados segundo a MCH, cumprindo os passos definidos na SEPCH.

3.2.5. Etapa 4, Realização das ações formativas, investigadores e atores

Esta etapa decorreu de setembro a dezembro de 2016, período durante o qual foram realizadas mais três séries de observações e respetiva avaliação dos utentes.

O investigador assumiu o papel de formador intervindo diretamente no processo de mudança.

Avançámos então para as observações em contexto real de cuidados e avaliação dos utentes, levantando as seguintes questões: Que procedimentos cuidadosos Humanidade exigiram maior intervenção formativa ao longo das séries de observações? Qual a apropriação da MCH nos profissionais da UCCI? Qual a evolução do estado de saúde dos utentes ao longo do tempo em que decorreu a implementação da MCH?

3.2.5.1. Objetivos

Nesta fase foram definidos os seguintes objetivos:

- Avaliar a evolução dos utentes, durante o processo de formação para a implementação da MCH;
- Observar, registar e analisar a prestação de cuidados, por parte dos profissionais de saúde da UCCI, segundo a SEPCH;
- Avaliar que procedimentos cuidadosos exigiam maior intervenção formativa;
- Intervir para formar na ação, em contexto real de cuidados e em sala de aula.

3.2.5.2. Tarefas de investigação/grupo e produto

No período compreendido entre a 1ª e a 2ª observação foi formado o grupo de apoio que recebeu formação diferenciada. Na primeira reunião com o grupo de apoio o investigador apresentou os dados resultantes do primeiro conjunto de observações. Os profissionais mostraram algum desconforto relativamente à discrepância entre a perceção de realização e a prática efetiva. Percebemos que teríamos de desenvolver estratégias para serem aplicadas de forma gradual, estabelecendo objetivos e metas exequíveis e realistas, para que os profissionais não se sentissem defraudados e desmotivassem durante o processo de implementação da MCH. Assim, foram definidas estratégias para melhorar

os “Pré-preliminares” e os “Preliminares”. Relativamente aos “Pré-preliminares” foi identificado que o “bater à porta” necessitava de ser profissionalizado e executado de forma mais constante e com técnica correta. Tendo em conta que os profissionais tinham aprendido a técnica correta de bater à porta durante a formação, foi definido uma estratégia para os relembrar dessa intervenção, esperando que os restantes que não tinham realizado a formação, seguissem o seu exemplo passando a executar o procedimento de forma correta e mais consciente. Foram então construídos dísticos com cores atrativas, com a inscrição “TOC-TOC” (Figura 1) que foram colocados nas portas de todos os quartos.



Figura 1- Dístico da técnica “TOC-TOC” para bater à porta

No que diz respeito aos “Preliminares”, tendo em consideração que o item com score mais baixo (menos vezes observado) foi o “Item 7- Apresenta-se à pessoa cuidada”, foram também colocadas as frases “Quem sou?” em todas as portas dos quartos (Figura 2) e dísticos nos espelhos do refeitório, com a mesma mensagem (Figura 3).



Figura 2 - Frase colocada na porta dos quartos



Figura 3 - Dísticos colocados nos espelhos do refeitório

Foi ainda colocado na sala de convívio um quadro (Figura 4) no qual era possível colocar a foto e o nome de todos os profissionais que estavam ao serviço em cada turno. O objetivo foi que todos os profissionais se apresentassem quando chegavam à unidade e se despedissem no final de cada dia de trabalho, retirando nesta altura a sua foto e o nome. Relembrando a necessidade de se apresentarem aos utentes e de se despedirem no final dos cuidados.



Figura 4- Quadro dos profissionais de saúde

Tendo em conta que nem todos os profissionais realizaram formação em Humanidade, foi agendada uma ação de formação com supervisão de um elemento do IGM Portugal. Nesta ação de formação foram apresentados e explicados os conceitos base da MCH, identificados os pilares da Humanidade e apresentada a SEPCH enquanto sequência de procedimentos cuidados de referência para a prestação de cuidados. A ação de formação foi divulgada junto dos profissionais, com duas semanas de antecedência, através de um flyer (ANEXO XI), tendo sido também pedida a colaboração da Diretora Técnica da Unidade para a divulgação da mesma. À formação aderiram 11 profissionais, aos quais foi aplicado um questionário de avaliação de conhecimentos após a ação de formação com sete questões (ANEXO XII). Na primeira, terceira e quinta perguntas verificou-se 92.31% de respostas corretas. Na segunda, quarta, sexta e sétima perguntas verificou-se 100% de respostas corretas. Tendo em conta os resultados obtidos podemos considerar que os participantes na formação fizeram uma boa interiorização dos conhecimentos partilhados.

Após a fase de consolidação, com a formação do grupo de apoio e respetiva identificação de estratégias, assim como a realização da ação de formação pelo investigador, foram realizadas em outubro de 2016 as segundas observações.

A grelha de observação SEPCH obteve-se um score global de 63.49% (ANEXO XIII). Com um score total de 71.59% nos “Pré-preliminares”, 77.02% nos “Preliminares”, 62.12% na dimensão “*Rebouclage* sensorial”, 29.55% na dimensão “Consolidação emocional” e 51.52% na dimensão “Reencontro”.

Comparando os resultados das primeiras observações relativamente aos “Pré-preliminares” verificou-se um aumento percentual de 43.75% na primeira observação para 71.59% na segunda observação. No que diz respeito aos “Preliminares” na primeira observação o resultado obtido foi 65.40%, na segunda observação foi 77.02%. Relativamente à “*Rebouclage* sensorial” na primeira observação o resultado obtido foi 52.27%, na segunda observação 62.12%. No item “Consolidação emocional” nas primeiras observações obtivemos 30.30%, na segunda observação 29.55%. No item “Reencontro”, nas primeiras observações obtivemos 42.42% nas segundas observações 51.52%. Analisando os resultados obtidos verificámos uma evolução positiva com um aumento de itens observados, exceto na “Consolidação emocional”, tendo-se observado um ligeiro decréscimo, de 30.30% para 29.55%.

O item em que se verificou uma maior discrepância foi nos “Pré-preliminares”, com uma discrepância positiva de 27.84%, podendo estar relacionado com as atividades que foram desenvolvidas durante o período de tempo compreendido entre as observações. Seguiu-se os “Preliminares” com discrepância de 11.62%, “*Rebouclage* sensorial” com 9.85% e o “Reencontro” com uma discrepância de 9.1% entre a primeira e segunda serie de observações.

Os registos realizados no momentos da observação dos cuidados permitiram-nos constatar que o tempo médio de prestação de cuidados de higiene foi 19.03 minutos, tendo demorado entre 14.58 e 21.55 minutos. Nas segundas observações percebemos uma tentativa por parte dos profissionais em reduzir o número de cuidados prestados no leito, privilegiando a verticalidade. Também verificámos uma maior intencionalidade em realizar corretamente e de forma mais consistente a técnica de “Toc-Toc”, assim como em abordar a pessoa de frente, tentando profissionalizar o olhar Humanidade. No entanto, mantinha-se a tendência de baixar a cabeceira do utente quando os cuidados eram prestados no leito. À semelhança das observações anteriores o toque continuava a necessitar de ser profissionalizado, registando-se ainda muitos toques com a mão em garra e/ou dedos em pinça, principalmente nas mobilizações dos utentes no leito e transferências dos doentes entre cama e cadeira e vice-versa. Continuámos a verificar, mas mais esporadicamente, a mobilização da pessoa com apoio pela região cervical e mobilizações por baixo dos ombros. Registámos uma diminuição da infantilização pela utilização de diminutivos na comunicação com os utentes. Verificámos também a

tentativa dos profissionais em planejar o material necessário para reduzir as interrupções nos cuidados, no entanto era algo que ainda se verificava com alguma frequência na prestação de cuidados, com maior visibilidade nos cuidados de higiene e na alimentação.

No período compreendido entre a 2ª e 3ª observação foram desenvolvidas novas atividades pelo grupo de apoio. Em primeiro lugar, e à semelhança do que tinha sido realizado com os dados das primeiras observações, o investigador reuniu os dados recolhidos na segunda observação e apresentou-os aos profissionais do grupo de apoio, que reconheceram os resultados positivos das intervenções desenvolvidas entre a 1ª e 2ª observação tinham tido nos “Pré-Preliminares” e “Preliminares”. Ficou então estabelecido com os elementos do grupo de apoio iriam desenvolver estratégias para aplicar no mês seguinte, desta vez para melhorar a fase da “*Rebouclage* sensorial”, nomeadamente na profissionalização do toque e da palavra. Através das observações desenvolvidas até aquele momento tínhamos percebido que o toque com a mão em garra e/ou os dedos em pinça era muito elevado, e por isso mesmo um ponto de fragilidade na prestação de cuidados. Tínhamos também a convicção de que os profissionais não tinham a perceção da frequência com que os realizavam, principalmente durante as mobilizações no leito e nas transferências.

Também a palavra necessitava de ser profissionalizada, nomeadamente a utilização de um tom de voz calmo e suave durante a prestação de cuidados. Tínhamos constatado a tendência dos cuidadores para aumentar o tom de voz sempre que abordavam uma pessoa idosa, assumindo que esta teria hipoacusia, a elevação do tom acarretava geralmente uma agudização do timbre da voz. Sabemos que a agudização do timbre da voz dificulta a audição pois com o envelhecimento o tímpano vibra mais com sons graves, logo um tom de voz mais grave é mais facilmente perceptível. Foi também constatado que os profissionais tinham tendência em elevar o tom de voz quando estavam a transmitir informações entre eles em locais com maior atividade (refeitório, salas de convívio).

Após discussão e reflexão destes aspetos, com os elementos do grupo de apoio, ficou estabelecido que, em primeiro lugar, o investigador iria filmar a prestação dos cuidados realizados por diferentes cuidadores para analisar o toque. Assim sendo, após as filmagens o investigador selecionou alguns vídeos onde se verificava a presença de toque com as mãos em garra e os dedos em pinça. Fazendo uso do material audiovisual que tinha obtido, o investigador aproveitou a reunião mensal do grupo de apoio para uma

sessão de esclarecimentos sobre o toque em Humanidade. O objetivo foi consciencializar os profissionais do grupo de apoio para o tipo de toque que pretendíamos corrigir, quais as situações que se verificava um maior número de toques com essas características e discussão de estratégias para os evitar. Os elementos do grupo de apoio deveriam depois, na prática, estar mais despertos para evitar o toque com a mão em garra e os dedos em pinça e ajudar os colegas a corrigir o toque durante a prestação dos cuidados. Nesta ação de formação foram visionados os vídeos com o intuito de os próprios cuidadores identificarem os pontos de fragilidade no toque e situações da utilização do toque em garra e em pinça. Foram ainda discutidas técnicas para promover o toque suave, pacificante, amplo, lento e com a pressão adequada para ser percecionado pela pessoa como um estímulo sensorial tátil positivo.

No que diz respeito ao tom de voz foram definidas diferentes intervenções. Em primeiro lugar foi pedida a colaboração da Terapeuta da Fala da unidade, para a realização de uma ação de formação para o grupo de apoio (no qual estiveram presentes todos os elementos), sobre estratégias de adequação vocal. Nessa formação foi feita a avaliação do tipo de voz de cada elemento presente, identificadas estratégias de adequação vocal e exemplificados exercícios de adequação vocal. A formação foi filmada e foi depois colocado à disposição de todos os profissionais da unidade. No período em que foram efetuadas as filmagens dos cuidados o investigador realizou também filmagens da sala de convívio e refeitório. Essas filmagens foram depois apresentadas aos profissionais da unidade que se mostraram surpreendidos com o tom de voz que utilizavam em ambientes, por si só mais ruidosos. Foram ainda colocados estrategicamente dísticos nas portas de acesso à unidade (Figura 5) e dísticos para o refeitório e sala de convívio (Figura 6), por forma a relembrar os profissionais para a importância da adequação do tom de voz.



Figura 5 - Dístico para as portas de acesso à unidade, relativos ao tom de voz



Figura 6- Dístico no refeitório e sala de convívio relativos ao tom de voz

Passadas quatro semanas foram realizadas as terceiras observações. Os resultados obtidos através da aplicação da grelha de observação SEPCH, na terceira série de observações, teve um score global de 72.95% (ANEXO XIV). Com um score total de 71.59% nos “Pré-preliminares”, 83.59% na dimensão “Preliminares”, 76.52% na dimensão “*Rebouclage* sensorial”, 37.12% na dimensão “Consolidação emocional” e 64.39% na dimensão “Reencontro”.

Comparando os resultados das três observações relativamente aos “Pré-preliminares” verificou-se um aumento percentual de 43.75% na primeira observação para 71.59% na segunda observação, valor percentual que se manteve na terceira observação. No que diz respeito aos “Preliminares”, na primeira observação, o resultado obtido foi 65.40%, na segunda observação 77.02%, na terceira observação aumentou para 83.59%. Relativamente à “*Rebouclage* sensorial”, na primeira observação, o resultado obtido foi 52.27%, na segunda observação 62.12% e na terceira observação 76.52%. No item “Consolidação emocional” na primeira observação obtivemos 30.30%, na segunda observação 29.55% e na terceira 37.12%. No “Reencontro” na primeira observações obtivemos 42.42%, na segunda observação 51.52% e na terceira observação 64.39%. Analisando os resultados obtidos verificamos que houve uma evolução positiva com um aumento percentual por dimensão observada.

Na “*Rebouclage* sensorial” verificamos uma maior discrepância relativamente à segunda observação (14.4%). Seguiu-se a dimensão “Reencontro” onde registámos uma

discrepância positiva de 12.87% em relação à segunda observação. Na “Consolidação emocional” registámos uma discrepância positiva de 7.57%. A dimensão dos “Preliminares” registou uma discrepância positiva de 6.57%. A dimensão dos “Pré-preliminares” manteve-se sem alteração entre a primeira e segunda observação.

Os registos realizados durante a observação da prestação dos cuidados permitiram-nos também constatar que o tempo médio de prestação de cuidados de higiene foi 18 minutos tendo demorado entre 14.14 e 23.48 minutos. Nas terceiras observações manteve-se a tendência verificada nas observações anteriores, com uma redução de cuidados prestados no leito, os profissionais promovem mais a verticalidade, levando a pessoa à casa de banho para a realização dos cuidados e incentivando as refeições no refeitório. Havia por parte dos profissionais maior atenção na abordagem ao doente, a aproximação ao leito era feita de frente pelo lado para onde a pessoa estava deitada, na abordagem ao doente em cadeira era realizada de frente e ao nível dos olhos, reduzindo as aproximações surpresa. Continuámos a verificar, a mobilização da pessoa com apoio pela região cervical e mobilizações apoiando pela região axilar, elevando o ombro. Nesta fase começámos a verificar um melhor planeamento do material necessário para o cuidado, nomeadamente na organização na hora das refeições, reduzindo as interrupções nos cuidados.

No período compreendido entre a 3^a e 4^a observação foram desenvolvidas novas atividades através do grupo de apoio. Após apresentação dos dados da terceira observação aos profissionais do grupo de apoio, ficou estabelecido que seriam desenvolvidas atividades para melhorar a “Consolidação Emocional” e o “Reencontro”.

Em primeiro lugar optámos por estabelecer uma atividade para incentivar a valorização dos esforços da pessoa. Percebemos que o primeiro passo para que nos recordássemos de valorizar os esforços das pessoas cuidadas, seria os profissionais recordarem-se de valorizar o que os próprios colegas faziam no seu dia-a-dia. Assim, ficou estabelecido que os profissionais iriam fazer um exercício diário em que teriam de identificar pontos positivos que o colega tenha realizado durante o dia de trabalho.

Em segundo definimos uma intervenção relacionado com a necessidade de agradecer o momento de relação no cuidado, para que os profissionais se recordassem, optámos por colocar frases nos quartos dos doentes (Figura 7).



Figura 7- Exemplo de dístico colocado nos quartos, para relembrar a valorização dos cuidados

Foi ainda introduzida a prescrição de cuidados, um cuidado avaliativo para todos os utentes, com informação disponível, para todos, relativamente ao perfil do utente, com o tipo de cuidado e condições de realização, o objetivo do cuidado, truques e dicas relacionais para conseguirem personalizar melhor os cuidados. A prescrição do cuidado foi colocada num dossier ficando disponível a todos os profissionais para consulta. O objetivo era que o preenchimento da mesma não fosse estático, mas em constante adaptação, tendo em conta a evolução do doente. Qualquer profissional poderia fazer anotações que eram depois validadas nas reuniões do grupo de apoio.

Passadas quatro semanas, foi realizada a quarta observação, tendo-se obtido um score global de 78.23% (ANEXO XV), 82.39% nos “Pré-preliminares”, 85.86%, nos “Preliminares”, 81.06% na “*Rebouclage* sensorial”, 41.67% na “Consolidação emocional” e 75% no “Reencontro”.

Nos “Pré-preliminares” registou-se uma maior discrepância relativamente à terceira observação com uma discrepância positiva da 10.8%. Seguiu-se o “Reencontro” com uma discrepância positiva de 10.61% entre a terceira e quarta observações. A dimensão da “Consolidação emocional” registou uma discrepância positiva de 4.55% em relação à terceira observação. Na dimensão “*Rebouclage* sensorial” registámos uma discrepância positiva de 4.54% e nos “Preliminares” de 2.27% em relação à terceira observação. Verificámos que nos “Preliminares” os itens “6- Chama a pessoa pelo nome que se reconhece (ex: que gosta de ser tratada)”, “8- Diz à pessoa o motivo do encontro (ex: está ali para estar com ela, conversar, ajudar)” e “9- Usa um tom de voz calmo, melodioso e suave” apresentam um score de 100% nas observações. Também na “*Rebouclage* sensorial” os itens “21- Utiliza um tom de voz calmo e suave durante a

prestação do cuidado” e “22- Retoma com frequência o nome da pessoa” foram verificados em 100% dos cuidados observados. Os itens menos vezes observados na quarta observação foram o item “7- Apresenta-se à pessoa cuidada (ex: eu sou...)” dos “Preliminares” e o item “28- Reforça positivamente os benefícios do cuidado” da “Consolidação emocional”. A dimensão “Consolidação emocional” foi onde se registaram percentagens mais baixas durante as observações.

O tempo médio de prestação de cuidados de higiene foi 17.55 minutos tendo demorado entre 14.13 e 22.24 minutos, diminuindo gradualmente ao longo das observações. Constatámos que na quarta observação todos os cuidados de higiene totais foram prestados na casa de banho, em pé ou em cadeira de banho, apenas uma pessoa usava maca banheira, a mesma pessoa que estava acamada. No entanto, continuámos a observar cuidados de higiene parciais a serem prestados na sua totalidade com a pessoa no leito. Nesses casos verificámos que havia a preocupação em manter a cabeceira da cama elevada, evitando colocar o doente em posição horizontal durante a higiene. Verificámos também que os profissionais tinham interiorizado a execução da técnica “Toc-Toc”, executando-a de forma mais consistente, chegando a contaminar os familiares que durante as visitas já tentavam replicar o bater à porta como viam e ouviam os profissionais fazerem. Os profissionais davam maior intencionalidade em evitar abordagens surpresas, fazendo uso dos pilares da Humanidade para controlar estas situações.

Com a introdução da prescrição do cuidado, cada profissional sabia exatamente as capacidades restantes a estimular em cada pessoa, assim como, pormenores para a personalização do cuidado. Antes de prestar cuidados a um utente, os profissionais consultavam a folha de prescrição de cuidados correspondentes ao doente, ficando assim com a informação essencial para os cuidados.

Continuámos a verificar situações de mobilização da pessoa com apoio pela região cervical, nomeadamente na passagem da pessoa da posição de deitada para sentada na cama. Esporadicamente ainda se verificavam mobilizações do utente apoiando pela região axilar principalmente quando se auxiliava o utente a verticalizar. Não verificámos a utilização de expressões infantilizantes na abordagem à pessoa cuidada. Verificámos ainda interrupção de cuidados, apesar de percebermos o esforço feito pelos profissionais, nomeadamente em questões de organização de rotinas internas de serviço, para evitarem

essa situação. Os sorrisos durante os cuidados, o trato meigo, carinhoso e cortês, foram uma constante em todas as observações.

Verificámos em todas as observações a dificuldade na apresentação dos cuidadores às pessoas cuidadas, o toque Humanidade evitando a mão em garra ou em pinça e os procedimentos cuidativos relacionados com a “Consolidação emocional”. Os cuidadores demonstraram preocupação em desenvolver os procedimentos cuidativos que promoviam a verticalidade, adequando estratégias para colocar a pessoa em pé, em carga nos membros inferiores, mesmo que apenas por alguns segundos diariamente.

3.2.5.3 Intervenção dos formadores

Os formadores ao longo dos três meses de acompanhamento desenvolveram intervenções para as diferentes dimensões da SEPCH. Foi na dimensão da “Consolidação emocional” que verificámos a necessidade de maior intervenção formativa tanto em contexto real de cuidados como em sala de aula, tendo sido também esta a dimensão que registou uma menor evolução durante o período de acompanhamento.

Ação formativa e intervenções

A terceira fase de formação (consolidação), com os elementos do grupo de apoio, foi positiva. Compareceram os 12 profissionais selecionados, para constituírem o grupo de apoio, tendo estado participativos durante toda a formação. Demonstraram motivação e interesse em fazer uso dos conhecimentos adquiridos e manifestaram agrado por terem sido selecionados como elementos do grupo de apoio, essenciais para a dinamização do processo de implementação da MCH. Os profissionais manifestaram entusiasmo com esta temática e com a forma como o formador abordou os conceitos.

A adesão à ação de formação em sala de aula foi positiva tendo aderido 11 dos 14 profissionais que não tinham tido formação em Humanidade. Os resultados da avaliação da formação também foram positivos, permitindo assumir que os profissionais teriam estado atentos, interiorizando os conceitos abordados. Dos recursos técnicos educativos utilizados, a autoscopia, realizada durante a prestação de cuidados para posterior análise em sala de aula, foram as estratégias mais valorizadas pelos profissionais. Os profissionais da UCCI passaram a utilizar este meio audiovisual como estratégia de reflexão para as reuniões mensais do grupo de apoio.

Como menos positivo, referido pelos profissionais, foi a necessidade de mais tempo para aprofundar de forma mais consistente algumas das técnicas da MCH.

Os resultados obtidos foram partilhados com os órgãos de Direção da UCCI, Coordenadora Geral e profissionais de saúde, ficando disponíveis em suporte escrito, para consulta.

3.2.6. Etapa 5, Observação avaliativa, reflexão e tomada de decisão

Após as intervenções de formação percebemos que tanto os profissionais como os órgãos de Direção da UCCI se mantiveram motivados para darem continuidade à implementação da MCH, assim como para dar continuidade à monitorização dos aspetos relacionados com os utentes.

As questões que surgiram nesta fase foram: quais as mudanças que se verificaram na prática dos profissionais de saúde com a implementação da MCH? Qual a evolução dos utentes internados na UCCI durante o processo de implementação da MCH na UCCI?

3.2.6.1. Objetivos

- Avaliar as práticas dos profissionais de saúde na aplicação da SEPCH, seguindo os princípios da MCH.
- Avaliar o contributo da implementação da MCH nos utentes internados na UCCI.
- Refletir sobre a participação dos profissionais de saúde.

3.2.6.2. Tarefas de investigação/grupo

O formador teve a tarefa de acompanhar os profissionais, motivando-os a estarem presentes nas ações de formação e a colocarem em prática as estratégias selecionadas e acordadas em grupo. Os formandos deveriam manter-se envolvidos e esforçarem-se para manter a aplicação dos conhecimentos adquiridos. Foi realizada a avaliação e apreciação dos resultados obtidos. Após discussão dos resultados entre os observadores foram partilhados com os profissionais de saúde e Direção da UCCI.

3.2.6.3. Produto

Durante o período que decorreu o estudo foi realizada a avaliação quantitativa e a apreciação qualitativa dos dados da grelha de observação da SEPCH. Em cada serie de observações foram observados 22 cuidados, prestados pelos diferentes profissionais da UCCI, durante dois dias. Após cada série de observações os dados foram partilhados e discutidos com os órgãos de Direção da UCCI e elementos do grupo de apoio.

Comparação entre a 1ª, 2ª, 3ª e 4ª observações

Comparando os resultados das quatro observações relativamente aos “Pré-preliminares” verificámos um aumento percentual de 43.75% na primeira observação para 71.59% na segunda observação, valor percentual que se manteve na terceira observação, aumentando para 82.39% na quarta observação. No que diz respeito aos “Preliminares”, na primeira observação, o resultado obtido foi de 65.40%, na segunda observação foi 77.02%, na terceira aumentou para 83.59% e na quarta aumentou para 85.86%. Relativamente à “*Rebouclage* sensorial” na primeira observação o resultado obtido foi 52.27%, na segunda observação 62.12%, na terceira 76.52% e na quarta observação aumentou para 81.06%. Na “Consolidação emocional” na primeira observação obtivemos 30.30%, na segunda observação 29.55%, na terceira 37.12% e na quarta 41.67%. No “Reencontro” nas primeiras observações obtivemos 42.42% na segunda observação 51.52%, na terceira 64.39% e na quarta 75%. Analisando os resultados obtidos, verificamos uma evolução positiva com um aumento percentual por dimensão observada.

Relativamente aos dados obtidos nos quatro momentos de observação, conforme Gráfico 1, apresenta-se a comparação entre os scores percentuais obtidos nos quatro momentos de observação.

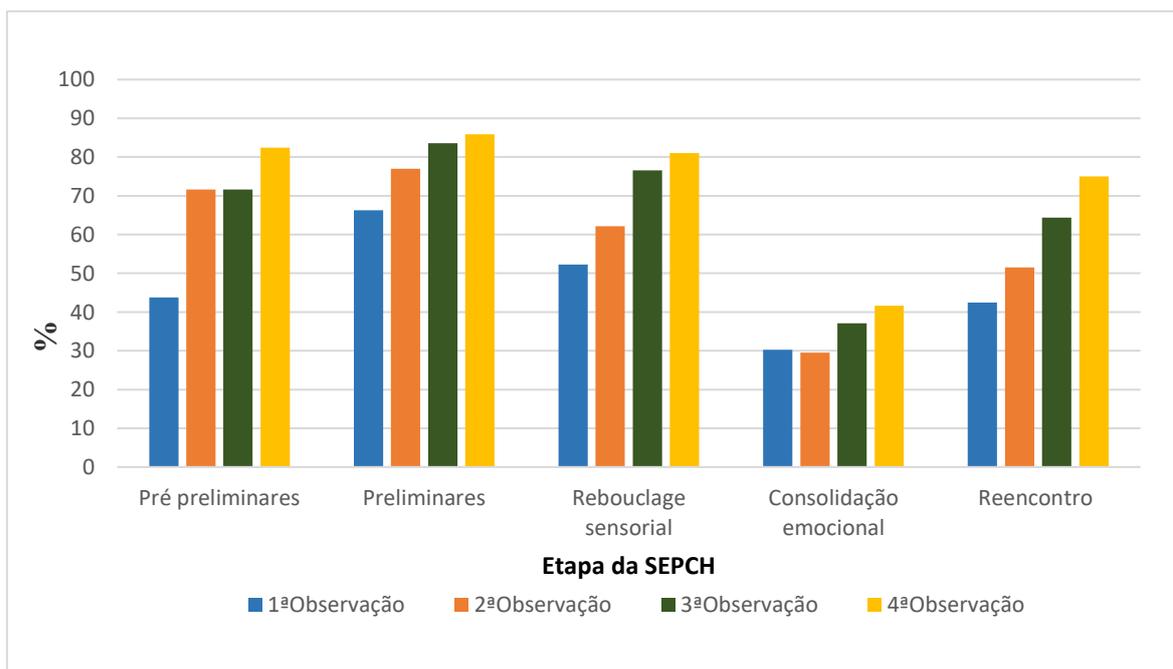


Gráfico 1- Comparação entre os dados obtidos pela aplicação da SEPCH nos quatro momentos de observação

De um modo geral, tinham-se obtido na quarta série de observações 27 itens acima dos 50%, que incluíam 11 itens acima dos 90% e 6 itens com 100%. Os melhores resultados foram observados nos “Preliminares”.

Os resultados menos bem conseguidos e esperados por nós, pois também tinham sido os que exigiram maior intervenção do investigador, foi a dimensão da “Consolidação emocional”. Apesar do aumento gradual foi a única dimensão da SEPCH com valor percentual na quarta série de observações abaixo dos 50%. Foi também nesta dimensão que verificámos o item menos vezes observado, o item “28- Reforça positivamente os benefícios do cuidado”. Também não foi surpresa para nós que o seguinte item menos observado tenha sido o item “7- Apresenta-se à pessoa cuidada (ex. Eu sou...)” da dimensão “Preliminares”, pois desde o início do estudo, apesar da formação e intervenções desenvolvidas, foi o item em que verificámos mais dificuldade na interiorização pelos profissionais, afirmando que se esquecem da sua realização. Todavia também foi esta a dimensão que teve um aumento gradual e constante durante as quatro séries de observação, tendo obtido um valor total de 85.86% na quarta observação com quatro itens com valores de 100%.

Importa reforçar que todas as intervenções iniciadas pelo grupo de apoio foram mantidas ao longo de todo o estudo, sendo gradualmente acrescentadas novas estratégias ao longo das semanas.

Capítulo IV – Resultados

4.1. Resultados dos profissionais

A amostra, relativamente aos profissionais de saúde, foi constituída por 34 participantes, 33 (97.1%) do género feminino e 1 (2.9%) do masculino, com idades compreendidas entre os 19 e os 66 anos, tendo uma média de 35.94 e um desvio padrão de 11.43. Relativamente às habilitações literárias, 1 (2.9%) tinha concluído o 4º ano, 3 (8.8%) o 7º-9º ano, 2 (5.9%) o 10º-12º ano. Dos participantes, 13 (38.2) concluíram um curso profissional na área da saúde, 14 (41.2%) tinham bacharelato/licenciatura e 1 (2.9%) tinha mestrado.

Na tabela 1, podemos verificar que os profissionais eram de 9 áreas profissionais distintas, sendo as mais representados os auxiliares de ação médica e os enfermeiros.

Tabela 1 – Áreas profissionais da amostra. Dados relativos à distribuição por profissão dos 34 participantes

Profissão	Nº	%
Animador sociocultural	1	2.94
Assistente social	1	2.94
Médico	1	2.94
Psicólogo	1	2.94
Terapeuta da fala	1	2.94
Coordenador geral	1	2.94
Auxiliar de ação médica	11	32.35
Auxiliar de serviços gerais	6	17.65
Enfermeiro	11	32.35
Total	34	100

Os anos de exercício da profissão variaram entre ½ ano e 40 anos, tendo uma média de 5.38 e um desvio padrão de 8.88. Dos participantes no estudo, 55.9% trabalhava na área e funções atuais entre ½ e 1,5 anos. O tempo de serviço na Instituição variou entre ½ ano e 36 anos, tendo uma média de 3.04 e um desvio padrão de 6.37. No que diz respeito

à situação contratual, 22 (64.7%) pertenciam ao quadro/efetivo, 4 (11.8%) tem um vínculo precário/ termo e 8 (23.5%) estão em regime de prestação de serviços.

Dos 34 profissionais, 100% já tinha prestado, ou prestava à altura da colheita de dados cuidados a pessoas idosas, 32 (94.1%) a pessoas com sequelas de Acidente Vascular Cerebral (AVC), 33 (97.1%) a pessoas com processos demenciais e 31 (91.3%) e a pessoas com estados emocionais agressivos/ comportamentos de agitação.

Quando questionados sobre as principais dificuldades sentidas na prestação de cuidados, 18 (52.9%) manifestaram dificuldade em prestar cuidados a pessoas agitadas/ confusas/ desorientadas/ agressivas e que recusavam cuidados, 15 (44.1%) na comunicação com doentes que não comunicavam verbalmente, 12 (35.3%) em prestar cuidados a doentes em fase terminal e 4 (11.8%) em prestar cuidados de higiene.

Dos 34 profissionais participantes, 18 (52,9%) tinham realizado formação em MCH, destes, 100% consideraram que a MCH facilitou a prestação de cuidados. Aos 18 profissionais que tinham realizado formação foram colocadas as seguintes questões: De que forma a MCH facilitou a prestação de cuidados? e Qual o reflexo da implementação da MCH nas pessoas cuidadas?. O que sentiu depois de realizar a formação em Humanidade e de aplicar na prática o que aprendeu?

Pela análise de conteúdo à questão aberta sobre “De que forma a MCH facilita a prestação de cuidados?” emergiram três categorias principais (Tabela 2): a operacionalização da relação; maior consciencialização das potencialidades da pessoa e melhor compreensão da pessoa cuidada. Segundo os participantes, a operacionalização da relação é realizada pela aprendizagem de técnicas relacionais que facilitam a relação e pela aprendizagem de técnicas de verticalização. Relativamente à maior consciencialização das potencialidades da pessoa os profissionais enumeraram a valorização das potencialidades da pessoa, a adequação do tempo na prestação de cuidados e a maior intencionalidade na relação com a pessoa cuidada.

Tabela 2 – Forma como a Metodologia de Cuidado Humanidade facilita a prestação de cuidados

Categorias	Subcategorias	Exemplos de passagens de discurso dos profissionais	Nº de participantes
	Valorização das potencialidades da pessoa	“Aprendi a valorizar ainda mais os potenciais de cada utente e a utilizá-las para a melhoria do seu estado clínico e também da sua autoestima.”	3

Consciencialização	Adequação do Tempo	“Também aprendi que devemos de dar mais tempo a certos utentes para eles conseguirem mais participação em certas atividades.”	1
	Intencionalidade na relação	“A formação foi útil porque tenho mais cuidado da forma como falo, como é importante o olhar e o toque.”	1
Operacionalização da relação	Aprendizagem de Técnicas relacionais que facilitam a relação	“Porque a metodologia de cuidar Humanidade permite-nos uma aproximação aos utentes de forma a que estes colaborem e interajam na prestação de cuidados.”	9
	Aprendizagem de técnicas de verticalização	“comecei a levar os mais independentes ao wc para os estimular a realizar a própria higiene com a minha ajuda e visualização.”	2
Compreensão da pessoa cuidada		“A formação ajudou a compreender melhor as necessidades de alguns utentes.”	2

Da análise de conteúdo à questão aberta sobre “Qual o reflexo da implementação da MCH nas pessoas cuidadas?” emergiram quatro categorias (Tabela 3): redução dos comportamentos da agitação/oposição/recusa dos cuidados, aumento da comunicação, redução da degradação física e mental e a melhoria da qualidade de vida dos utentes. No que concerne à redução dos comportamentos de agitação/oposição/recusa dos cuidados os profissionais enumeraram mais frequentemente a acalmia/tranquilidade e a colaboração/envolvimento nos cuidados e aumento no autocuidado como os principais ganhos. Quanto ao aumento da comunicação foi evidenciada a promoção da interação e na facilitação da comunicação entre os profissionais e os utentes. Relativamente à redução da degradação física e mental emergiram as seguintes subcategorias: tornar as pessoas mais reativas, aumentar a verticalidade e a autonomia. Na categoria melhoria da qualidade de vida dos utentes foi evidenciado o facto de tornar as pessoas mais felizes, mais valorizadas, fomentou sentimentos de utilidade, dignificação da pessoa, diminuição das dores e aumento da privacidade e conforto.

Tabela 3 – Reflexo da Metodologia de Cuidado Humanidade na pessoa cuidada na perspetiva dos profissionais

Categorias	Subcategorias	Exemplos de passagens de discurso dos profissionais	Nº de participantes
Redução de comportamentos de agitação/ oposição/ recusa de cuidados	Acalmia/ tranquilidade	“Como a metodologia de cuidado Humanidade na minha opinião acho que ficam muito calmos e conseguimos na maioria dos casos ter resultados bastante positivos”	5
	Redução da agitação	“Menos agitação, pessoas mais felizes.”	2
	Recetividade /aceitação do cuidado	“Maior recetividade aos cuidados.”	2
	Colaboração/envolvimento no cuidado/autocuidado	“O impacto foi positivo na medida em que algumas pessoas cuidadas ficaram mais reativas e cooperantes nos cuidados.”	8
Aumento da comunicação	Promoção da interação	“A formação de Humanidade faz com que haja mais dialogo com os utentes (...)”	2
	Facilita a comunicação	“Porque tornou-se mais fácil a comunicação com os idosos.”	3
Retarda a degradação física e mental	Pessoas mais reativas	“(…) mais participação em certas atividades.”	1
	Aumenta a verticalidade	“comecei a levar os mais independentes ao wc (...)”	1
	Aumento da autonomia	“Podemos observar os utentes a alcançarem autonomia.”	2
	Progressos na pessoa	“Houve alguns progressos nos utentes cuidados.”	1
Melhoria da qualidade de vida	Pessoas mais felizes	“(…) pessoas mais felizes”	1
	Sentimentos de utilidade	“(…) permite que o utente se sinta útil”	1
	Valorização da pessoa cuidada	“(…) estes procedimentos valorizam mais os utentes que cuido (...)”	1
	Diminuição das dores	“(…) diminuição das dores.”	1
	Aumento da privacidade	“(…) aumento da privacidade”	1
	Dignificação da pessoa	“(…) aumenta a dignidade da pessoa.”	2

Pela análise de conteúdo à questão aberta “O que sentiu depois de realizar a formação em Humanidade e de aplicar na prática o que aprendeu?” emergiram cinco categorias principais: maior consciencialização da prática individual; reconhecimento da utilidade da formação; maior facilidade na prestação dos cuidados; maior facilidade na comunicação e maior satisfação profissional (Tabela 4).

No que concerne à maior consciencialização da prática individual os profissionais enumeram a maior intencionalidade na relação e o sentimento de maior responsabilidade. Relativamente ao reconhecimento da utilidade da formação os profissionais reconhecem que a formação lhes trouxe grandes aprendizagens, permitiu obterem resultados positivos, gerir emoções, maior facilidade na prestação de cuidados e na comunicação. O que foi valorizado pelos profissionais foi a satisfação profissional, dado ter permitido a aprendizagens de técnicas que facilitaram o seu desempenho, aumentaram a motivação e a felicidade na relação com os utentes, aumentaram a confiança na prestação de cuidados e verificaram resultados positivos na pessoa cuidada.

Tabela 4 – Sentimentos dos profissionais após realizarem a formação em Humanidade e a sua aplicação prática.

Categoria	Subcategoria	Discurso dos profissionais	Nº de participantes
Maior Consciencialização	Intencionalidade na relação	“A formação foi útil porque tenho mais cuidado da forma como falo...o olhar e o toque”	1
	Responsabilidade	“(…) que a minha responsabilidade na prestação de cuidados tinha aumentado”	1
Utilidade da formação	Aprendizagem	“Houve um enriquecimento de aprendizagem” “Senti que aprendi muito a lidar com os idosos e na comunicação com eles” “Senti que tinha aprendido muito”	3
	Resultados obtidos	“Senti que valeu a pena e que se alcançam coisas que antes não pensava ser capaz, até pensava ser impossível obter tão bons resultados”	1
	Gestão das emoções	“Senti-me mais rica a nível emocional”	1

Satisfação profissional	Facilidade na prestação dos cuidados	<p>“Com o que aprendi é muito mais fácil ao prestar cuidados”</p> <p>“Facilidade na prestação de cuidados”</p> <p>“(…) ajudou a melhorar a prestação de cuidados aos utentes”</p>	3
	Facilidade na comunicação	<p>“Maior facilidade ao nível da comunicação”</p> <p>“Mais facilidade em conversar com a pessoa a cuidar”</p>	2
	Aprendizagem de técnicas	“Satisfação por aprender técnicas que nos ajudam no desempenho”	1
	Motivação	“Senti uma grande vontade de conhecer melhor o ser humano”	1
	Felicidade	<p>“Foi maravilhosa esta formação.”</p> <p>“Senti-me feliz e realizada ao olhar para o rosto dos utentes”</p>	2
	Confiança	<p>“Mais confiança a trabalhar com pessoas com dificuldades”</p> <p>“Maior confiança nos cuidados”</p>	1
	Resultados obtidos na pessoa cuidada	<p>“É bom ver as pessoas mais calmas e com vontade de viver mais tempo”</p> <p>“Inicialmente (enquanto teoria) fiquei com expectativas muito altas após a formação com a continuação na prestação de cuidados considero que se obtém melhorias”</p> <p>“(…) obter resultados positivos da parte dos utentes.”</p> <p>“fico muito feliz quando vejo que um utente fica tão satisfeito depois de lavar a sua cara, coisa que não fazia já há algum tempo”</p> <p>“Uma grande satisfação porque a Humanidade permite-nos cuidar das pessoas com mais dignidade (…)”</p>	5

De acordo com a tabela 5 os profissionais atribuem grande importância e tem uma grande perceção de realização dos itens da SEPCH, no entanto, a observação da prática efetiva é inferior. Entre a importância atribuída e a perceção de realização verificou-se uma diminuição maior na “*Rebouclage sensorial*” com uma diferença de 10.29%, e menor no “Reencontro” com 5.38%. Entre a perceção de realização e a prática efetiva verificou-se uma maior diminuição na “Consolidação emocional” com uma diferença de 45.93%,

e menor nos “Preliminares” com 7.23%. Os profissionais de saúde atribuíam muita importância aos itens da SEPCH atingindo um score global de 83.80%. Com um score total de 80.70% nos “Pré-preliminares”, distribuindo-se os scores dos itens de 73.53% a 86.03%. A dimensão dos “Preliminares” atinge um score total de 82.19%, distribuindo-se os scores dos itens entre 71.32% e 91.18%, apresentando 6 dos 9 itens acima dos 80.00%. A dimensão “*Rebouclage* sensorial” apresenta um score total de 86.21% com scores distribuídos entre os 80.15%, e 91.18% tendo 3 itens acima dos 90%. A dimensão “Consolidação emocional” apresenta um score total de 86.27% com scores distribuídos entre 82.35% e 90.44%. A dimensão “Reencontro” tem um score total de 80.64% com scores distribuídos entre 73.52% e 86.03%.

A percepção de realização dos itens da SEPCH atingiu um score global de 74.48%, evidenciando uma diminuição relativamente à importância atribuída. Com um score total de 72.43% nos “Pré-preliminares”, distribuindo-se os scores dos itens de 61.03% a 80.88%. A dimensão “Preliminares” atinge um score total de 72.63%, distribuindo-se os scores entre 54.41% a 91.18%, tendo 5 itens acima dos 70%, incluindo 1 com 91.18%. A dimensão “*Rebouclage* sensorial” apresenta um score total de 75.92%, distribuindo-se os itens entre 46.47% e 84.56% apresentando 10 itens acima dos 70%, dos quais 2 são acima dos 80%. A dimensão “Consolidação emocional” apresenta um score total de 76.23%, com scores distribuídos entre 69.12% e 83.09%. A dimensão “Reencontro” tem um score total de 75.25% com scores distribuídos entre 69.85% e 83.09%.

Quando analisamos os itens individualmente existem itens em que a discrepância é maior como no procedimento “14 – Mantem o toque pacificante (amplo e suave, sem os dedos em garra, nem em pinça)” com uma diferença percentual de 39.56% entre a importância atribuída e a percepção de realização, “13- Fala sobre o cuidado depois de obtido o consentimento relacional” com 24.27%, “17-Descreve todos os gestos cuidadosos (discurso descritivo)” com 22.06%, “16-Estimula de forma motora ou verbalmente a pessoa a iniciar os gestos cuidadosos” com 19.86%, “12-Espera pelo consentimento relacional aceitação verbal ou não verbal (ex: olhar, tônus muscular)” com 16.91%, “26- Fala à pessoa da experiência agradável que foi estar com ela (ex. gostei de a conhecer, estar consigo)” com 13.23%, “24-Promove a verticalidade, se possível (ex. erguer o tronco, sentar na cama, por de pé, dar uns passos)” com 11.77%. Em suma, os dados obtidos evidenciam que os procedimentos que constam da SEPCH não são efetuados ao

mesmo nível da importância que lhes é atribuída. No item “6- Chama a pessoa pelo nome que se reconhece (que gosta de ser tratada)” a importância atribuída (91.18%) é coincidente com a percepção de realização do procedimento (91.18%).

Partindo da importância atribuída aos itens da SEPCH e à percepção de realização dos mesmos por parte dos profissionais, foi realizada a primeira série de observações. Na primeira série de observações dos cuidados prestados pelos profissionais utilizando a grelha de observação SEPCH, obtivemos um score global de 52.16%. Com um score total de 43.75% nos “Pré-preliminares”, distribuindo-se os scores dos itens de 18.18% a 84.09%. Os “Preliminares” atingem um score total de 65.40%, distribuindo-se os scores dos itens entre 2.27% e 90.91%. A dimensão “*Rebouclage* sensorial” apresenta um score total de 52.27% com scores distribuídos entre os 27.27% e 77.27%. A dimensão “Consolidação emocional” apresenta um score total de 30.30% com scores distribuídos entre 13.64% e 45.45%. A dimensão “Reencontro” tem um score total de 42.42% com scores distribuídos entre 22.73% e 63.64%. O procedimento mais vezes observado foi o “9- Usa um tom de voz calmo, melodioso e suave”, com uma percentagem de 90.91%. Nos itens “4- Aborda a pessoa de frente” a observação obteve um score superior (84.09%) em relação à percepção dos profissionais (80.88%) de realização desse item. Situação idêntica se passou com os itens “9- Usa um tom de voz calmo, melodioso e suave”, “11- Entra no espaço íntimo da pessoa (20 a 30 cm)” e “13- Fala sobre o cuidado depois de obtido o consentimento relacional” todos com scores de observação superiores à percepção dos profissionais na execução.

O item “7- Apresenta-se à pessoa cuidada (ex: eu sou ...)” apresenta a maior discrepância entre a percepção de realização e as observações de todos os itens, a percepção de realização foi de 68.38% mas o score de observação é 2.27% o que traduz uma discrepância de 66.11%. No entanto, também os itens “26- Fala à pessoa da experiência agradável que foi estar com ela (ex: gostei de a conhecer, estar consigo).”, “25- Ajuda a cuidar da aparência pessoal tendo em conta o seu gosto (ex: vestuário, adornos)”, “28- Reforça positivamente os benefícios do cuidado” e “30- Agradece à pessoa aquele momento de relação no cuidado” apresentam discrepâncias superiores a 40% entre a percepção de realização por parte dos profissionais e a observação da prática efetiva.

Tabela 5 – Comparação do nível de importância atribuído pelos profissionais aos itens da SEPCH, com a percepção de realização e 1ª observação da prática

Itens	Importância	Score %	
		Percepção realização	1ª Observação
“1- Bate à porta aberta ou fechada, em quarto individual ou partilhado”	84.56	77.94	40.91
“2- Espera pela resposta”	78.68	69.85	31.82
“3- Se não há resposta (expressa ou subentendida), entra no quarto calmamente e bate na barra da cama”	73.53	61.03	18.18
“4- Aborda a pessoa de frente”	86.03	80.88	84.09
Total Pré-preliminares.	80.70	72.43	43.75
“5- Olha de frente nos olhos da pessoa, ao mesmo nível, de forma progressiva (olhar axial, horizontal, longo, progressivo)”	86.03	75.74	72.73
“6- Chama a pessoa pelo nome que se reconhece (ex: que gosta de ser tratada)”	91.18	91.18	81.82
“7- Apresenta-se à pessoa cuidada (ex: sou...)”	76.47	68.38	2.27
“8- Diz à pessoa o motivo do encontro (ex: está ali para estar com ela, conversar, ajudar)”	87.5	77.94	75
“9- Usa um tom de voz calmo, melodioso e suave”	86.03	83.09	90.91
“10- Oferece a mão ou inicia o toque numa zona neutra (ombro, braço).”	81.62	72.79	63.64
“11- Entra no espaço íntimo da pessoa (20 a 30 cm)”	71.32	66.18	70.45
“12- Espera pelo consentimento relacional aceitação verbal ou não verbal (ex: olhar, tónus muscular)”	80.88	63.97	72.73
“13- Fala sobre o cuidado depois de obtido o consentimento relacional”	78.68	54.41	59.09
Total Preliminares	82.19	72.63	66.29
“14- Mantém o toque pacificante (amplo e suave, sem os dedos em garra, nem em pinça)”	86.03	46.47	45.45
“15- Anuncia cada gesto cuidativo (discurso preditivo)”	80.88	70.59	61.36
“16- Estimula de forma motora ou verbalmente a pessoa a iniciar os gestos cuidativos”	91.18	71.32	59.09
“17- Descreve todos os gestos cuidativos (discurso descritivo)”	90.44	68.38	52.27
“18- Reforça positivamente todos os esforços de autocuidado (ex: muito bem!)”	91.18	80.88	54.55
“19- Estimula sensações positivas (ex: cheiro agradável, pele macia, cor da camisa...)”	80.15	70.59	27.27
“20- Está atento às respostas emocionais (ex: tensão muscular, olhar, fáceis)”	83.09	78.68	36.36
“21- Utiliza um tom de voz calmo e suave durante a prestação do cuidado”	88.97	79.41	77.27
“22- Retoma com frequência o nome da pessoa”	85.29	84.56	68.18
“23- Olha com frequência de frente nos olhos da pessoa (axial, horizontal, próximo e longo)”	83.82	77.94	63.64
“24- Promove a verticalidade, se possível. (ex: erguer o tronco, sentar na cama, por de pé, dar uns passos)”	88.24	76.47	52.27
“25- Ajuda a cuidar da aparência pessoal tendo em conta o seu gosto (ex: vestuário, adornos)”	85.29	75.74	29.55
Total Rebouillage sensorial	86.21	75.92	52.27

“26- Fala à pessoa da experiência agradável que foi estar com ela (ex: gostei de a conhecer, estar consigo).”	82.35	69.12	13.64
“27- Valoriza os esforços da pessoa, por mínimos que tenham sido”	90.44	83.09	45.45
“28- Reforça positivamente os benefícios do cuidado”	86.03	76.47	31.82
Total Consolidação emocional	86.27	76.23	30.30
“29- Combina um novo encontro (ex: venho ter consigo daqui a 20 min.)”	73.52	69.85	40.91
“30- Agradece à pessoa aquele momento de relação no cuidado”	82.35	72.79	22.73
“31- Despede-se”	86.03	83.09	63.64
Total Reencontro	80.64	75.25	42.42
Total global	83.80	74.48	52.16

De acordo com a tabela 6, relativamente às observações nos 4 momentos, através da aplicação da SEPCH, na prática dos cuidados, verificou-se um aumento gradual, tendo-se verificado um aumento maior nos “Pré-preliminares”, com uma diferença de 38,64, e menor na “Consolidação emocional”, 11,37 de diferença.

Verificou-se uma diferença estatisticamente significativa (< 0.05) entre as quatro observações, aplicando a regressão linear, utilizando o teste de Within – Subjects.

Tabela 6 - Comparação de itens da SEPCH nos quatro momentos de observação em percentagens

Nº	Descrição	Observações			
		1ª	2ª	3ª	4ª
1	Bate à porta aberta ou fechada, em quarto individual ou partilhado	40.91	81.81	77.27	88.64
2	Espera pela resposta	31.82	72.73	68.18	72.73
3	Se não há resposta (expressa ou subentendida), entra no quarto calmamente e bate na barra da cama	18.18	40.91	45.45	70.45
4	Aborda a pessoa de frente	84.09	90.91	95.45	97.73
Total PP		43.75	71.59	71.59	82.39
5	Olha de frente nos olhos da pessoa, ao mesmo nível, de forma progressiva (olhar axial, horizontal, longo, progressivo)	72.73	79.55	93.18	97.73
6	Chama a pessoa pelo nome que se reconhece (ex: que gosta de ser tratada)	81.82	93.18	97.73	100
7	Apresenta-se à pessoa cuidada (ex: sou...)	2.27	18.18	34.09	31.82
8	Diz à pessoa o motivo do encontro (ex: está ali para estar com ela, conversar, ajudar)	75	90.91	100	100
9	Usa um tom de voz calmo, melodioso e suave	90.91	100	97.73	100
10	Oferece a mão ou inicia o toque numa zona neutra (ombro, braço).	63.64	75	61.36	88.64
11	Entra no espaço íntimo da pessoa (20 a 30 cm)	70.45	81.82	100	100
12	Espera pelo consentimento relacional aceitação verbal ou não verbal (ex: olhar, tónus muscular)	72.73	81.82	84.09	84.09
13	Fala sobre o cuidado depois de obtido o consentimento relacional	59.09	72.73	84.09	70.45

Total P		66.29	77.02	83.59	85.86
14	Mantém o toque pacificante (amplo e suave, sem os dedos em garra, nem em pinça)	45.45	61.36	77.27	77.27
15	Anuncia cada gesto cuidativo (discurso preditivo)	61.36	59.09	86.36	95.45
16	Estimula de forma motora ou verbalmente a pessoa a iniciar os gestos cuidativos	59.09	50	72.72	84.09
17	Descreve todos os gestos cuidativos (discurso descritivo)	52.27	52.27	72.72	77.27
18	Reforça positivamente todos os esforços de autocuidado (ex: muito bem!)	54.55	56.82	84.09	90.91
19	Estimula sensações positivas (ex: cheiro agradável, pele macia, cor da camisa,...)	27.27	50	50	75
20	Está atento às respostas emocionais (ex: tensão muscular, olhar, fáceis)	36.36	63.64	70.45	52.27
21	Utiliza um tom de voz calmo e suave durante a prestação do cuidado	77.27	95.45	97.73	100
22	Retoma com frequência o nome da pessoa	68.18	84.09	100	100
23	Olha com frequência de frente nos olhos da pessoa (axial, horizontal, próximo e longo)	63.64	70.45	93.18	95.45
24	Promove a verticalidade, se possível. (ex: erguer o tronco, sentar na cama, por de pé, dar uns passos)	52.27	56.82	56.82	79.55
25	Ajuda a cuidar da aparência pessoal tendo em conta o seu gosto (ex: vestuário, adornos)	29.55	45.45	56.82	45.45
Total RS		52.27	62.12	76.52	81.06
26	Fala à pessoa da experiência agradável que foi estar com ela (ex: gostei de a conhecer, estar consigo).	13.64	18.18	27.27	34.09
27	Valoriza os esforços da pessoa, por mínimos que tenham sido,	45.45	29.55	72.73	75
28	Reforça positivamente os benefícios do cuidado	31.82	40.91	11.36	15.91
Total CE		30.30	29.55	37.12	41.67
29	Combina um novo encontro (ex: venho ter consigo daqui a 20 min.)	40.91	50	77.27	84.09
30	Agradece à pessoa aquele momento de relação no cuidado	22.73	13.64	27.27	52.27
31	Despede-se	63.64	90.91	88.64	88.64
Total R		42.42	51.52	64.39	75
Total global		52.16	63.49	72.95	78.23

O tempo médio da prestação de cuidados de higiene e conforto foi gradualmente diminuindo ao longo das observações passando de 25.37 minutos na primeira observação para 17.55 minutos na quarta observação. Os cuidados de higiene totais passaram todos a ser prestados na casa de banho. Na prestação de cuidados de higiene parciais, quando prestados no leito, os profissionais estavam mais sensibilizados para manter a cabeceira da cama elevada, evitando colocar o utente na posição horizontal, promovendo a participação e envolvimento nos cuidados. Verificámos um maior estímulo à verticalidade e uma maior atenção ao estabelecimento e manutenção dos pilares da Humanidade. Deixou de se verificar a utilização de expressões infantilizantes na abordagem ao utente. A introdução da prescrição de cuidados parece ter sido um ponto importante na prática dos cuidadores. Apesar destas mudanças nos cuidados o toque ainda necessita de ser profissionalizado, verificando-se ainda mãos em garra e dedos em pinça,

sobretudo durante as mobilizações e transferências, assim como apoio pela cervical e região axilar.

4.2. Resultados nas pessoas cuidadas

No que diz respeito às pessoas cuidadas, a amostra foi constituída por 33 participantes, 25 (75.76%) do género feminino e 8 (24.24%) do género masculino, com idades compreendidas entre os 44 e os 95 anos, com uma média de idades de 78.42 anos e um desvio padrão de 11.36. Os dias de internamento na UCCI variaram entre os 90 e os 779 dias com uma média de 290.21 dias. Dos participantes no estudo 14 (42.42%) eram viúvos, 12 (36.36%) eram casados, 4 (12.12%) divorciados e 3 (9.09%) solteiros. Dos participantes 11 (33.33%) tinham sido agricultores, 11 (33.33%) domésticas, 7 (21.21%) comerciantes, 2 (6.06%) madeireiros, 1 (3.03%) resineiro e 1 (3.03%) pintor. O número de participantes com educação básica foi 22 (66.67%) e o número de analfabetos foi de 11 (33.33%).

Antes do internamento na UCCI, 23 (69.70%) dos participantes estavam no seu domicílio ou no domicílio do cuidador informal, 10 (30.30%) deram entrada na UCCI vindos do hospital. Para 25 (75.76%) dos participantes e respetivos cuidadores informais o objetivo/expectativa após a alta era ingressar em ERPI, sendo que 8 (24.24%) pretendia regressar ao domicílio próprio ou de familiares. Dos 33 participantes no estudo 18 (54.55%) tinha o filho (a) como cuidador informal, 5 (15.15%) o conjugue, 5 (15.15%) outro familiar ou amigo, 3 (9.09%) a nora/genro e 2 (6.06%) não tinham cuidador informal referenciado, estando identificado o próprio utente como responsável pelo internamento.

Dos 33 utentes participantes no estudo, 29 (87.88%) tinham sido referenciados para tipologia de longa duração e manutenção e 4 (12.12%) tinham dado entrada na tipologia de descanso do cuidador. Podendo os utentes selecionar três unidades por ordem de preferência para internamento, 22 (66.67%) dos participantes selecionaram a unidade onde foi realizado o estudo como primeira opção, 8 (24.24%) selecionaram como segunda opção, 1 (3.03%) como terceira opção e 2 (6.06%) não selecionaram nenhuma unidade optando por qualquer prestador da região. A dependência em AVD's foi o motivo de internamento em 28 (84.85%) dos participantes e a deterioração cognitiva f de 5 (15.15%) dos participantes.

Na tabela 7 podemos verificar que os diagnósticos principais, na admissão na UCCI dos utentes participantes no estudo, são variados, sendo os mais contemplados as degenerações cerebrais e a doença vascular cerebral.

Tabela 7 - Dados relativos ao diagnóstico principal dos participantes na admissão na UCCI (N=33)

Diagnóstico principal	Nº	%
Degenerações cerebrais	17	51,52
Hemorragia subaracnóideia	1	3,03
Fraturas	3	9,09
Osteoartroses	3	9,09
Doença vascular cerebral	5	15,15
Transtorno depressivo	2	6,06
Insuficiência renal	1	3,03
Insuficiência cardíaca	1	3,03

Durante o período de tempo em que decorreu o estudo, 10 (30.30%) dos participantes tiveram agudizações do estado de saúde que implicaram recorrer aos serviços hospitalares, sendo que os restantes 23 (69.70%) não tiveram intercorrências que implicassem a necessidade de recorrer aos serviços hospitalares. Na tabela 8 podemos verificar que os principais motivos de agudização dos indivíduos participantes no estudo são variados, sendo o mais contemplado a descompensação respiratória.

Tabela 8 - Dados relativos ao motivo de agudização dos participantes

Motivo agudização	Nº	%
Hemorragia	1	10,0
Descompensação respiratória	6	60,0
AVC	2	20,0
Tratamento Hospitalar Programado	1	10,0

No que diz respeito aos dados resultantes da aplicação da escala de Braden em quatro momentos diferentes ao longo do período de avaliação (Tabela 9) verificámos que das 33 pessoas cuidadas participantes no estudo, na primeira avaliação 28 (84.85%) apresentavam risco elevado de desenvolvimento de UP, na segunda avaliação o número de pessoas com risco elevado diminuiu para 24 (72.73%), tendência que se manteve nas avaliações seguintes, pelo que na terceira avaliação o número de pessoas cuidadas com

risco elevado passou para 20 (60.61%) e 17 (51.52%) na quarta avaliação. As pessoas com baixo risco passaram de 5 (15.15%) na primeira avaliação, para 9 (27.27%) na segunda avaliação. Na terceira avaliação o número de pessoas com baixo risco de desenvolvimento de UP é 13 (39.39%) passando para 16 (48.48%) na última avaliação.

Tabela 9 - Percentagem de pessoas cuidadas segundo o risco de desenvolvimento de úlcera por pressão (UP) pela aplicação da Escala de Braden (N=33)

Risco desenvolvimento de UP	1 ^a		2 ^a		3 ^a		4 ^a	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Risco elevado	28	84.85	24	72.73	20	60.61	17	51.52
Baixo risco	5	15.15	9	27.27	13	39.39	16	48.48

Relativamente à colheita de informação sobre a presença de UP durante o período em estudo (Tabela 10) nos 33 utentes participantes, verificámos que o número de pessoas cuidadas sem UP na primeira recolha de dados é de 25 (75.76%), tendo um aumento gradual ao longo das avaliações, passando a 28 (84.85%) na quarta recolha de informação. Na primeira recolha de informação 1 (3.03%) era multiescoreado com duas UP de categoria III e uma UP categoria II, e 1 (3.03%) era multiescoreado com três UP de categoria III e duas UP de categoria II. Na terceira colheita de dados já não se registaram pessoas com duas ou mais UP.

Tabela 10- Percentagem de pessoas cuidadas com úlceras por pressão (N=33)

Presença de UP	1 ^a		2 ^a		3 ^a		4 ^a	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sem úlcera por pressão	25	75.76	25	75.76	26	78.79	28	84.85
Úlcera por pressão I	2	6.06	1	3.03	2	6.06	0	0.0
Úlcera por pressão II	1	3.03	1	3.03	2	6.06	2	6.06
Úlcera por pressão III	2	6.06	2	6.06	2	6.06	2	6.06
Úlcera por pressão IV	1	3.03	2	6.06	1	3.03	1	3.03
2 UP II + 1 UP I	0	0.0	1	3.03	0	0.0	0	0.0
2 UP III + 1 UP II	1	3.03	1	3.03	0	0.0	0	0.0
3 UP III + 2 UP II	1	3.03	0	0.0	0	0.0	0	0.0

Na primeira avaliação 1 (3.03%) pessoa apresentava quebra cutânea no antebraço/braço, situação que já não se verificou nas restantes avaliações. O número de pessoas com quebras cutâneas nas pernas foi de 1 (3.03%) na primeira avaliação e 2

(6.06%) na segunda avaliação, sendo que na terceira e quarta avaliações já não se verificaram estas lesões.

Relativamente à aplicação da Escala de Morse, durante o período de tempo em que foi realizada a recolha dos dados (Tabela 11), obtivemos dados que evidenciam uma redução do risco de queda. Na primeira colheita de dados 3 (9.09%) pessoas apresentavam baixo risco de queda, 15 (45.45%) tinha médio risco e 15 (45.45%) tinha alto risco de queda. No segundo, terceiro e quarto momento de aplicação da escala de Morse o número de pessoas cuidadas com baixo risco de queda manteve-se igual. As pessoas cuidadas com médio risco de queda eram 15 (45.45%) na primeira avaliação, percentagem que teve um aumento gradual subindo para 17 (51.52%). Registou-se o inverso com o número de pessoas cuidadas com alto risco de queda, na primeira avaliação verificámos que 15 (45.45%) pessoas apresentavam alto risco, passando para 13 (39.39%) na quarta avaliação.

Tabela 11 - Percentagem de pessoas cuidadas segundo o risco de queda pela aplicação da Escala de Morse (N=33)

Risco queda	1ª		2ª		3ª		4ª	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Baixo risco	3	9.09	3	9.09	3	9.09	3	9.09
Médio risco	15	45.45	13	39.39	15	45.45	17	51.52
Alto risco	15	45.45	17	51.52	15	45.45	13	39.39

No período da colheita de dados 6 (18.18%) dos participantes tiveram um episódio de queda e 3 (9.09%) tiveram dois episódios de queda, 24 (72.73%) pessoas não registaram quedas durante este período de tempo. Das 9 pessoas cuidadas que tiveram quedas 8 (90%) não teve sequelas da queda e 1 (10%) teve como sequelas escoriações e equimose.

Relativamente à utilização de contenções físicas, na primeira avaliação verificámos que 9 (27.27%) pessoas necessitavam de contenção física quando estavam sentados em cadeira. Na segunda avaliação o número reduziu para 6 (18.18%) pessoas, passando para 5 (15.15%) na terceira e quarta avaliações, o que significa que na última avaliação 28 (84.85%) pessoas não necessitavam de contenção física. Nos participantes em que foi necessária contenção física, esta foi colocada apenas quando a pessoa estava sentada em cadeira. No leito não se verificaram contenções físicas.

Das 33 pessoas cuidadas, 23 (69.70%) utilizava cadeira de rodas no primeiro momento de avaliação, sendo que 10 (30.30%) não usava cadeira de rodas. No segundo momento de avaliação 17 (51.52%) pessoas usavam cadeira de rodas para se deslocar, tendo passado para 15 (45.45%) na terceira avaliação. Na última avaliação das 33 pessoas cuidadas, 14 (42.42%) usava cadeira de rodas contra 19 (57.58%) que não usava. Dos 33 participantes 2 (6.06%) estavam acamados na primeira avaliação, passando para 1 (3.03%) nas três avaliações seguintes.

Pela aplicação do Índice de Barthel nos quatro momentos de avaliação (Tabela 12) obtivemos dados pelos quais verificámos que das 33 pessoas cuidadas, 20 (60.61%) eram totalmente dependentes no primeiro momento de avaliação. As pessoas cuidadas severamente dependentes eram 7 (21.21%) os moderadamente dependentes correspondiam a 4 (12.12%), 2 (6.06%) eram ligeiramente dependentes e nenhuma das pessoas era independente. Só na terceira avaliação é que registámos 1 (3.03%) pessoa classificada como independente.

Os valores tiveram várias flutuações nos diferentes momentos de avaliação sendo que, no quarto momento de avaliações registámos 10 (30.30%) pessoas totalmente dependentes, 9 (27.27%) severamente dependentes, 9 (27.27%) moderadamente dependentes, 3 (9.09%) ligeiramente dependentes e 2 (6.06%) independentes. Nos quatro momentos de avaliação do índice de dependência verificou-se uma evolução positiva nos doentes totalmente dependentes.

Tabela 12 - Percentagem de pessoas cuidadas segundo o grau de dependência pela aplicação do Índice de Barthel (N=33)

Dependência	1ª		2ª		3ª		4ª	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Totalmente dependente	20	60.61	13	39.39	11	33.33	10	30.30
Severamente dependente	7	21.21	8	24.24	10	30.30	9	27.27
Moderadamente dependente	4	12.12	9	27.27	7	21.21	9	27.27
Ligeiramente dependente	2	6.06	3	9.09	4	12.12	3	9.09
Independente	0	0.0	0	0.0	1	3.03	2	6.06

Em relação às atividades avaliadas pela escala de Barthel constatou-se que ao longo das quatro avaliações houve uma diminuição de pessoas dependentes na alimentação passando de 48.49% na primeira avaliação para 21.21% na quarta avaliação.

A percentagem de pessoas independentes aumentou de 3.03% na primeira avaliação para 15.15% na quarta avaliação. Relativamente ao banho, na primeira avaliação 100% das pessoas eram dependentes, na quarta avaliação registámos uma diminuição para 93.94% pessoas dependentes. Em relação à atividade de vestir verificámos uma diminuição de pessoas dependentes passando de 84.85% na primeira avaliação para 75.76% na quarta avaliação. Na primeira avaliação não se verificaram pessoas independentes nesta atividade, no entanto, na quarta avaliação já se registava um aumento das pessoas independentes, correspondente a 12.12%. Ao longo das quatro avaliações verificou-se um aumento das pessoas independentes no arranjo pessoal passando de 3.03% para 24.24%. Na atividade de defecação verificou-se um aumento de pessoas continentais ao longo das quatro avaliações passando de 24.24% na primeira avaliação para 27.27% na quarta avaliação. O mesmo se verificou relativamente à micção, na primeira avaliação as pessoas continentais correspondiam a 18.18% aumentando para 27.27% na quarta avaliação. No que diz respeito ao uso do wc houve uma diminuição de pessoas dependentes passando de 63.64% na primeira avaliação para 39.39% na quarta avaliação. Aumentando o número de pessoas independentes de 6.06% na primeira avaliação para 15.15% na quarta avaliação. Na atividade de transferência cadeira-cama verificou-se uma diminuição de pessoas dependentes passando de 36.36% na primeira avaliação para 6.06% na quarta avaliação. As pessoas independentes nesta atividade foram aumentando passando de 6.06% na primeira avaliação para 18.18% na quarta avaliação. As pessoas dependentes na deambulação foram diminuindo ao longo das quatro avaliações, passando de 69.70% na primeira avaliação para 45.45% na quarta avaliação. As pessoas independentes na deambulação foram gradualmente aumentando passando de 12.12% na primeira avaliação para 18.18% na quarta avaliação. Ao longo das quatro observações verificou-se uma diminuição de pessoas dependentes no uso de escadas passando de 81.82% na primeira avaliação para 69.70% na quarta avaliação. As pessoas independentes no uso de escadas passaram de 3.03% na primeira avaliação para 6.06% na quarta avaliação.

Pela aplicação do MMSE (Tabela 13) obtivemos dados pelos quais verificámos que na primeira avaliação 31 (93.94%) pessoas apresentavam défice cognitivo. Ao longo das avaliações verificámos uma diminuição gradual da presença de défice cognitivo chegando a 27 (81.82%).

Tabela 13 - Percentagem de pessoas cuidadas segundo a presença de défice cognitivo pela aplicação do MMSE (N=33)

MMSE	1ª		2ª		3ª		4ª	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Défice cognitivo	31	93.94	29	87.88	28	84.85	27	81.82
Sem défice cognitivo	2	6.06	4	12.12	5	15.15	6	18.18

Ao avaliar o uso de medicamentos e grupos de fármacos utilizados, constatou-se, conforme tabela 14, que o número de pessoas cuidadas que tinham prescritos ansiolíticos, sedativos, hipnóticos, antidepressivos e antipsicóticos reduziu ao longo das quatro avaliações. Relativamente à prescrição de neurolépticos registou-se diminuição do número de fármacos prescritos por pessoa. O uso de ansiolíticos, sedativos e hipnóticos diminuiu ao longo das quatro avaliações, na primeira avaliação 5 (15.15%) pessoas não tinha esta medicação prescrita aumentando para 8 (24.24%) o número de pessoas sem esta medicação prescrita na quarta avaliação. Também a percentagem de pessoas cuidadas que tinha dois ansiolíticos, sedativos hipnóticos prescritos diminuiu aumentando o número de pessoas apenas com uma prescrição. Quanto ao uso de medicação antidepressiva, registámos uma diminuição da sua utilização ao longo das quatro avaliações, pelo que o número de pessoas sem este grupo de fármacos prescrito passou de 14 (42.42%) para 22 (66.67%) na última avaliação. Quanto ao uso de neurolépticos apenas se registou alteração no número de fármacos prescrito, isto é, na primeira avaliação tínhamos 1 (3.03%) pessoa a fazer dois neurolépticos, a partir da segunda avaliação as pessoas que faziam neurolépticos passaram a ter apenas um prescrito (15.15%) não tendo este número sofrido alterações até à quarta avaliação. O número de pessoas sem prescrição de antipsicóticos aumentou de 17 (51.52%) na primeira avaliação para 18 (54.55%) na quarta avaliação. A percentagem de pessoas com prescrição de dois antipsicóticos diminuiu ao longo das quatro avaliações passando de 27.27% para 9.09% na última avaliação

Tabela 14 - Percentagem de pessoas cuidadas segundo a prescrição de fármacos (N=33)

Medicação	1ª		2ª		3ª		4ª		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Ansiolíticos, sedativos, hipnóticos	Não tem prescrito	5	15.15	4	12.12	7	21.21	8	24.24
	1 Prescrito	18	54.55	24	72.73	24	72.73	24	72.73
	2 Prescritos	10	30.30	5	15.15	2	6.06	1	3.03

Antidepressivos	Não tem prescrito	14	42.42	18	54.55	21	63.64	22	66.67
	1 Prescrito	16	48.48	12	36.36	10	30.30	10	30.30
	2 Prescritos	3	9.09	3	9.09	2	6.06	1	3.03
Neurolépticos	Não tem prescrito	28	84.85	28	84.85	28	84.85	28	84.85
	1 Prescrito	4	12.12	5	15.15	5	15.15	5	15.15
	2 Prescritos	1	3.03	0	0	0	0	0	0
Antipsicóticos	Não tem prescrito	17	51.52	18	54.55	17	51.52	18	54.55
	1 Prescrito	7	21.21	9	27.27	13	39.39	12	36.36
	2 Prescritos	9	27.27	6	18.18	3	9.09	3	9.09

A percentagem de pessoas com prescrição de fármacos pertencentes a três dos grupos farmacológicos, anteriormente descritos, diminuiu passando de 24.24% na primeira avaliação para 12.12% na quarta avaliação. A diminuição manteve-se relativamente às pessoas com prescrição simultânea de fármacos pertencentes a dois dos grupos farmacológicos analisados passando de 45.45% para 39.39% na quarta avaliação. A percentagem de pessoas com prescrição de fármacos pertencentes apenas a um dos grupos farmacológicos em análise aumentou, passando de 18.18% para 33.33%. Assim como, aumentou a percentagem de pessoas que não toma medicação pertencente aos grupos farmacológicos descritos anteriormente, passando de 6.06% para 9.09%. Apenas 2 (6.06%) pessoas tinha prescritos simultaneamente ansiolíticos, sedativos, hipnóticos, antidepressivos, antipsicóticos e neurolépticos na primeira avaliação, tendo mantido a mesma prescrição até à quarta avaliação.

Capítulo V - Discussão dos resultados e conclusões

5.1. Discussão dos resultados

Por se tratar de um estudo de investigação ação é recomendada prudência na generalização dos resultados, na melhor das hipóteses estes são transferíveis. Isto porque as condições de realização não são constantes e espera-se que todos os intervenientes vão evoluindo nos seus conhecimentos, práticas e comportamentos, isto é, o contexto vai sofrendo ao longo do tempo influência das variáveis internas e externas.

A amostra foi constituída maioritariamente por profissionais do género feminino, com uma média de idades de 35.94 anos. Os participantes no estudo tinham diferentes formações profissionais, todas elas diretamente relacionadas com a prestação direta de cuidados de saúde. Para além de ser uma equipa jovem, mais de metade dos participantes trabalhava na área e funções atuais entre ½ e 1.5 anos, significando que a maior parte dos profissionais ainda eram iniciados, requerendo acompanhamento, treino e reflexão sobre as práticas e formação (Benner, 2004).

Apesar do tempo de prestação direta de cuidados a pessoas idosas, com demência, com sequelas de AVC e a pessoas com estados emocionais agressivos/comportamentos de agitação ser muito variável, todos os profissionais participantes no estudo já tinham prestado cuidados a pessoas com estas condições clínicas. As dificuldades que os profissionais mais evidenciaram nas suas respostas foram a prestação de cuidados a pessoas agitadas/confusas/desorientadas/agressivas e que recusam os cuidados. Estes dados foram também corroborados no estudo de Pereira et al. (2014), no qual os cuidadores manifestaram dificuldades nos cuidados a pessoas com alterações emocionais comportamentais e cognitivas. Resultados idênticos foram, também, obtidos no estudo realizado por Melo, Salgueiro e Araújo (2014) no qual os participantes, no primeiro contacto com a realidade prática dos cuidados, também identificaram como principal dificuldade cuidar de pessoas com alterações cognitivas, nomeadamente dificuldade em comunicar com doentes agitados e confusos.

Os participantes neste estudo identificaram também a dificuldade na comunicação com pessoas que não comunicavam verbalmente. Esta dificuldade foi também identificada noutros estudos (Melo et al., 2015; Pereira et al., 2014). Segundo Gineste e Pellissier (2008) esta situação ocorre devido à dificuldade na compreensão da comunicação não-verbal e à falta da profissionalização da palavra.

A dificuldade na prestação de cuidados a doentes em fase terminal foi também identificada pelos profissionais do nosso estudo, resultados idênticos foram obtidos num estudo de Mota, Gomes, Coelho, Lunardi e Sousa (2011).

Apesar de ser em menor percentagem também a prestação de cuidados de higiene constituiu uma dificuldade na prestação de cuidados, por parte dos participantes no presente estudo. Estes dados poderão estar relacionados com a utilização de técnicas desadequadas às necessidades das pessoas cuidadas e à realidade dos cuidados, criando

nas pessoas com demência níveis elevados de desconforto físico e emocional (Cohen-Mansfield & Parpura-Gill, 2007) promovendo SCPD, como evidenciado noutros estudos (Honda et al. 2016; Simões et al., 2012).

A totalidade dos profissionais que realizaram formação sobre a MCH considerou que os procedimentos cuidativos Humanidade contribuíram para a redução das dificuldades na prestação dos cuidados, facilitando a prestação dos mesmos. Também no estudo de Melo, Figueiredo e Ribeiro (2016), desenvolvido com profissionais de saúde, os participantes reconheceram que a formação sobre a MCH teve contributos importantes, tendo sido destacada a diminuição da oposição aos cuidados, a redução dos comportamentos de agitação, diminuição dos problemas decorrentes da imobilidade, promoção da autonomia e do respeito pela dignidade da pessoa humana. Também no estudo de Melo (2016) os participantes referiram ter superado as suas dificuldades relativamente à comunicação, através da aplicação da MCH. Perante estes resultados, torna-se, pois, fundamental capacitar os profissionais com metodologias de cuidar inovadoras e adequadas à realidade dos cuidados, com procedimentos cuidativos que operacionalizem e sistematizem a relação (Melo et al., 2015). A MCH, com ganhos cientificamente validados a nível nacional e internacional, 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 dos cuidados (Melo et al., 2015; Simões et al., 2012).

A implementação da MCH numa UCCI de Longa Duração pareceu ter um contributo positivo na pessoa cuidada. Os profissionais evidenciaram que a aplicação dos princípios desta metodologia de cuidados reduziu os comportamentos de agitação/oposição aos cuidados, e/ou recusa dos mesmos (Honda et al., 2016).

O que os profissionais mais evidenciaram foi a acalmia e tranquilidade que verificaram nas pessoas cuidadas, assim como um aumento da colaboração e envolvimento nos cuidados. Resultados idênticos foram obtidos no estudo de Honda et al., (2016) realizado em contexto hospitalar, no qual se verificou uma redução dos comportamentos de agressividade e melhoria na aceitação dos cuidados por parte dos utentes após a aplicação da MCH. Os profissionais identificaram a colaboração/envolvimento no cuidado/autocuidado como um dos ganhos associados à prestação de cuidados em Humanidade, dados corroborados por Melo et al., (2016).

Na perspectiva dos profissionais a comunicação parece igualmente ter sido facilitada pela aplicação da MCH, o mesmo se verificou no estudo de Honda et al., (2016). No nosso estudo verificámos que no processo de implementação da MCH a utilização de expressões infantilizantes deixou de se verificar, o tom de voz passou a ser mais adequado e a utilização de expressões positivas tornou-se uma constante. O toque Humanidade teve uma melhoria gradual ao longo das observações, no entanto ainda necessita de maior treino. Também o estabelecimento do olhar Humanidade foi melhorado, passando a registar-se valores acima dos 90% nos itens específicos do olhar. É nítida a importância da formação constante nomeadamente na profissionalização do olhar, toque e palavra.

Os profissionais identificaram também o retardamento da degradação física e mental como um ponto relevante da aplicação desta metodologia. Para os participantes esta metodologia pareceu contribuir positivamente para a melhoria da qualidade de vida das pessoas cuidadas. No estudo de Araújo et al., (2014), desenvolvido em contexto hospitalar, verificou-se que a aplicação desta metodologia de cuidados é uma valiosa ferramenta no controlo da agitação em pessoas idosas com demência, assim como na redução da administração de fármacos com a respetiva redução dos riscos associados aos mesmos. Estes 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 esta metodologia em termos académicos e profissionais na abordagem a estes doentes, pode ter um reflexo importante na gestão, organização, educação e saúde das instituições (Simões et al., 2012).

A implementação da MCH numa UCCI de LDM parece ter tido um contributo positivo também nos profissionais. Estes evidenciaram uma maior consciencialização da prática individual, maior facilidade na prestação dos cuidados, na comunicação e maior satisfação profissional, reconhecendo a utilidade da formação em termos pessoais. Resultados idênticos foram obtidos por Figueiredo et al. (2016), num estudo com profissionais de saúde que tinham realizado a formação em MCH.

Pelas respostas dadas pelos profissionais, denota-se uma boa aceitação dos itens da SEPCH, atribuindo-lhes grande importância. A par destes dados temos também os dados relativos à perceção que têm de os aplicarem na prática, que apesar de se denotar uma diminuição percentual comparativamente com a importância atribuída, mantem ainda valores elevados. Resultados idênticos foram obtidos no estudo de Simões (2013),

no qual o score total da importância atribuída foi superior a 80%, comparativamente o score global da percepção de realização dos itens da SEPCH apesar de registar uma pequena descida manteve-se superior a 70%. O autor concluiu que os enfermeiros se reviam nos procedimentos cuidadosos Humanidade atribuindo-lhes grande importância e tinham uma percepção elevada da sua aplicação na prática.

Os resultados obtidos levaram-nos então a questionar se a percepção de realização era coerente com a aplicação prática. As primeiras observações permitiram-nos perceber que existe um desvio entre a percepção de realização e a prática efetiva em todas as categorias da SEPCH. Na primeira observação os profissionais demonstraram dificuldade em cumprir os procedimentos da SEPCH. Resultados idênticos foram obtidos no estudo de Simões, et al (2012), desenvolvido com enfermeiros de uma UCCI. Também nesse estudo a importância atribuída pelos profissionais não era coincidente com a prática efetiva.

Apesar de ter registado um aumento percentual gradual ao longo das observações, pudemos verificar que a “Consolidação emocional” foi a dimensão onde os profissionais evidenciaram maiores dificuldades de integração dos procedimentos cuidadosos, verificando-se o cumprimento dos mesmos apenas em 41.67% na última série de observações. Também no estudo de Simões (2013) foi identificada esta dificuldade em valorizar o encontro com palavras positivas e gestos de ternura, fazendo um *priming* sensorial positivo na memória emocional da pessoa.

Registámos uma evolução positiva entre a primeira e quarta observações em todas as dimensões da SEPCH. Esta situação poderá estar relacionada com as intervenções realizadas em conjunto com o grupo de apoio, que foram integradas pelos profissionais. A dimensão que evidenciou uma maior evolução positiva entre a primeira e quarta observações foram os “Pré-preliminares” passando de 43.75% para 82.39%.

A promoção da verticalidade (item 24 da SEPCH) foi sendo aperfeiçoada registando-se um aumento entre a primeira e quarta observações. Este aumento poderá estar relacionado com o incentivo à deambulação, reduzindo o número de pessoas cuidadas que utilizavam cadeira de rodas, diminuição do número de pessoas acamadas, assim como o incentivo à realização de cuidados de higiene na casa de banho. O tempo médio da prestação de cuidados de higiene diminuiu ao longo das observações e os cuidados de higiene totais passaram a ser realizados na sua totalidade na casa de banho.

Os cuidados de higiene parciais precisavam ainda de ser melhorados, estimulando os cuidadores a promoverem condições para a realização dos cuidados na casa de banho. A prescrição de cuidados também permitiu melhorar a personalização de cuidados, possibilitando ainda que todos os cuidadores pudessem ter conhecimento dos objetivos e cuidados para cada pessoa cuidada.

Os 33 utentes participantes no estudo eram maioritariamente do género feminino, com idades superiores a 65 anos, com baixo nível de escolaridade. Dados sobreponíveis com o relatório da ACSS (2016) sobre a monitorização da RNCCI. Mais de metade dos participantes estava internado na UCCI em tipologia de longa duração e manutenção o que significa que estaria internado na unidade por um período (mínimo) de 180 dias.

Mais de metade dos participantes no estudo tinham sido referenciados para a rede de cuidados continuados por dependência nas AVD, apenas uma pequena percentagem tinha sido referenciada por deterioração cognitiva. Verificámos, no entanto, que na avaliação médica inicial de entrada na unidade em estudo o diagnóstico de degenerações cerebrais surge como diagnóstico principal, em mais de metade dos indivíduos, seguido de doença vascular cerebral na listagem de diagnósticos médicos principais na avaliação médica inicial. Também no estudo de Preto et al., (2017) em unidades de LDM verificaram que o diagnóstico principal aquando da admissão eram as doenças neurológicas.

Pela aplicação do MMSE verificámos que mais de metade das pessoas cuidadas apresentava défice cognitivo na primeira avaliação realizada, tendo sofrido uma discreta diminuição ao longo do tempo em que decorreu o estudo. Verificou-se que o número de pessoas com processos demenciais e défices cognitivos internados na unidade é superior ao número identificado na referenciação para a RNCCI, o que leva a crer que estes indivíduos podem não ter sido devidamente identificados e diagnosticados. Segundo o estudo realizado por Santana et al. (2015) a demência é uma situação ainda sub-diagnosticada.

Segundo os dados do relatório de monitorização da RNCCI (ACSS, 2016) a dependência em AVD é o segundo motivo de referenciação mais comum. Pela aplicação do Índice de Barthel mais de metade dos participantes foi identificado como totalmente dependente, não se registando nenhuma pessoa independente na primeira avaliação. Ao longo do estudo o número de pessoas cuidadas totalmente dependentes sofreu uma

diminuição gradual, nas várias avaliações. Esta diminuição poderá estar relacionada com a maior intencionalidade na verticalização, maior estimulação sensorial, e constante estímulo das capacidades restantes pela aplicação da MCH e consciencialização dos profissionais para a importância de não substituírem a pessoa nas atividades que ainda consegue realizar.

Pela aplicação da Escala de Braden, verificou-se que o número de pessoas cuidadas com risco elevado de desenvolvimento de UP teve uma diminuição gradual ao longo do tempo em que decorreu o estudo passando de 84.85% para 51.52%. Também registámos ao longo do estudo uma diminuição do número de pessoas cuidadas que apresentava UP, assim como da gravidade das mesmas, deixando mesmo de existirem pessoas cuidadas multiescareados. Segundo o relatório de monitorização da RNCCI (ACSS, 2016), a incidência de UP em 2015 foi superior aos três anos anteriores. A tipologia com maior incidência de UP são as UCCI de LDM, correspondendo na região centro a 9.2% dos utentes internados, a prevalência de UP em 2015 foi de 14.8%. Não se registando a incidência de UP durante o período de tempo em estudo. O facto de as pessoas apresentarem diminuição do número e da gravidade das UP pode estar relacionado com o estímulo à verticalidade, diminuição do número de pessoas acamadas, os cuidados de higiene serem prestados na casa de banho e redução da utilização das cadeiras de rodas o que está de acordo com o preconizado por Gineste e Pellissier (2008).

O número de pessoas cuidadas que necessitava de contenção física registou também uma diminuição ao longo do estudo e quando necessária foi utilizada exclusivamente a contenção abdominal quando a pessoa cuidada estava sentada em cadeira. O número de pessoas cuidadas em cadeira de rodas também foi diminuindo ao longo do período em estudo.

O número de pessoas cuidadas com risco elevado de queda registou uma diminuição ao longo do estudo. A maioria dos participantes não teve quedas e dos que as sofreram apenas uma pessoa teve sequelas da queda. Segundo o relatório de monitorização da RNCCI da ACSS (2016) o número de quedas em unidades de LDM teve um acréscimo entre 2014 e 2015 e a maioria das quedas resulta em sequelas (com ou sem alteração da mobilidade). Também no estudo de Preto et al., (2017) realizado em unidades de tipologia de LDM não foram obtidas melhorias significativas relativamente à redução do risco de quedas avaliado pela Escala de Morse.

Neste estudo o número de pessoas cuidadas que tinha prescritos ansiolíticos, sedativos, hipnóticos, antidepressivos e antipsicóticos sofreu uma redução ao longo do tempo e a prescrição de neurolépticos registou uma diminuição do número de fármacos prescritos por pessoa. Resultados idênticos foram obtidos por Araújo et al. (2012) após implementação da MCH numa unidade de saúde em Portugal. Também registámos uma diminuição gradual da polimedicação no que diz respeito à prescrição destes grupos farmacológicos. A prescrição de medicação a pessoas idosas é extremamente comum e a utilização da polimedicação é usual, sobretudo em pessoas com múltiplas doenças crónicas. Os efeitos adversos da polimedicação são vários nas pessoas idosas, em consequência de alterações inerentes à senescência e dos padrões farmacocinéticos e farmacodinâmicos. O risco de interação aumenta exponencialmente com o número de fármacos prescrito (Santos & Almeida, 2010). Especialmente entre os idosos, deve-se evitar drogas que produzam ou potencializem efeitos na hipotensão postural, delirium, como é o caso dos antidepressivos. Sempre que possível, devem utilizar-se metodologias de cuidar centradas na relação, no sentido de promover o bem-estar destas pessoas reduzindo a medicação e os seus efeitos adversos (Araújo, et al. 2012).

5.2. Conclusões

As principais dificuldades identificadas pelos profissionais, de uma UCCI de LDM, na prestação dos cuidados foram cuidar de pessoas com agitação e oposição aos cuidados, e comunicar com pessoas que não comunicam verbalmente. Os profissionais que realizaram a formação sobre a MCH consideraram que os procedimentos cuidadosos Humanidade contribuíram para a redução das suas dificuldades e que facilitou a prestação dos cuidados.

Os profissionais atribuem grande importância aos itens da SEPCH pelo que podemos dizer que se revêm nos procedimentos cuidadosos Humanidade que estes itens representam. Todavia, a perceção de realização dos procedimentos cuidadosos é superior ao observado na prática. Os dados obtidos mostraram a pertinência de realizar um acompanhamento das práticas dos profissionais no processo de implementação da MCH e da abordagem de investigação ação.

A implementação da MCH revelou resultados na mudança de práticas dos cuidadores e na evolução das pessoas cuidadas. O desenvolvimento deste estudo permitiu verificar que apesar da importância atribuída a esta metodologia pelos profissionais existia efetivamente uma diferença entre o que estes percecionavam realizar e as observações da prática. Com o desenvolvimento de intervenções específicas e formação dos cuidadores foi possível verificar que gradualmente ao longo das observações se obteve uma redução dessa diferença, registando-se um aumento gradual e consistente da execução dos procedimentos cuidativos Humanidade. Apesar de alguns procedimentos terem sido interiorizados de tal forma que atingiram valores percentuais máximos na observação, outros como os procedimentos correspondentes à “Consolidação emocional” evidenciaram uma maior dificuldade de integração por parte dos profissionais de saúde. As etapas do estudo de investigação ação contribuíram para aproximar a práticas dos profissionais de saúde da UCCI aos procedimentos preconizados pela SEPCH.

Com a implementação da MCH foram identificados contributos positivos nos profissionais e na pessoa cuidada. Os profissionais que cuidam utilizando as técnicas e os princípios da Humanidade referem uma maior consciencialização da prática individual, maior intencionalidade na relação, maior facilidade na prestação dos cuidados e na comunicação, assim como maior satisfação profissional. Nas pessoas cuidadas foram identificados os seguintes contributos: redução dos comportamentos de agitação/oposição aos cuidados, aumento da comunicação, retardamento da degradação física e emocional e melhor qualidade de vida. Relativamente à redução dos comportamentos de agitação/oposição/recusa dos cuidados os profissionais evidenciaram a acalmia/tranquilidade e a colaboração/envolvimento nos cuidados e aumento no autocuidado como os principais ganhos. Quanto ao aumento da comunicação foi evidenciada a promoção da interação e a facilidade da comunicação entre os profissionais e os utentes. Relativamente à redução da degradação física e mental emergiu tornar as pessoas mais reativas, aumentar a verticalidade e a autonomia. Na categoria melhoria da qualidade de vida dos utentes foi evidenciado o facto de tornar as pessoas mais felizes, mais valorizadas, fomentar sentimentos de utilidade, dignificação da pessoa, diminuição das dores e aumento da privacidade e conforto. Ao longo das quatro avaliações verificaram-se resultados positivos nas pessoas cuidadas, como diminuição do índice de dependência, do risco de desenvolvimento de UP, do número e gravidade das UP,

diminuição do risco de queda, da utilização da cadeira de rodas, redução do número de pessoas acamadas, diminuição de utilização de contenções físicas e a percentagem de pessoas com prescrição de antipsicóticos também reduziu.

A implementação da Metodologia de Cuidado Humanidade é um processo, que necessita de acompanhamento e monitorização, para a sustentabilidade e consolidação das boas práticas por todos os profissionais, no sentido de se poderem obter os melhores resultados. A mudança da cultura de cuidados assume-se como um desafio, dado que os profissionais estão, por vezes, rotinizados/formatados com determinadas práticas cuidativas e necessitam de numa primeira fase se consciencializarem sobre as evidências das metodologias de cuidar inovadoras, aceitarem e reconhecerem as práticas que necessitam de melhorar e só depois conseguem realizar o processo de capacitação e adoção de novas práticas no cuidar. As evidências dos resultados positivos desta metodologia de cuidado levam a uma grande reflexão a realizar em torno da forma como formamos os profissionais de saúde, sendo necessário repensar o paradigma dos cuidados e introduzir na formação metodologias de cuidado inovadoras, com foco na interação, para um cuidado relacional profissionalizado promotor de uma sociedade mais democrática, respeitando a dignidade, autonomia e liberdade da pessoa cuidada.

Reflexões finais

Como resposta à questão científica inicial, sobre qual o contributo que a implementação da MCH tinha nos profissionais e nas pessoas cuidadas, apesar das dificuldades na implementação da MCH, verificaram-se resultados positivos nos profissionais, nas pessoas cuidadas e consequentemente na instituição. Os profissionais demonstraram uma maior consciencialização da prática e maior capacitação para compreender e cuidar de pessoas dependentes, debilitadas e com alterações cognitivas. As pessoas cuidadas apresentaram melhorias a nível físico e mental. Ao longo do estudo percebemos que para além da uniformização dos cuidados, na instituição verificou-se uma mudança de cultura organizacional mais focada na relação cuidador-pessoa cuidada, maior intencionalidade na relação, na personalização dos cuidados e na humanização dos cuidados.

A implementação da MCH é um processo que necessita de acompanhamento e monitorização constante para se obterem os melhores resultados. A mudança da cultura de cuidados é difícil de implementar, pois é necessário que os profissionais se consciencializem das suas práticas, desconstruam as rotinas e procedimentos que realizavam para voltar a construir o seu conhecimento e as suas práticas com base nos pilares da Humanidade. Para que tal aconteça necessitam de numa primeira fase se consciencializarem sobre as evidências das metodologias de cuidar inovadoras, para depois puderem aceitar e reconhecer as práticas que necessitam de ser melhoradas, avançando para o processo de capacitação. Uma das principais dificuldades que identificámos na manutenção da mudança centrou-se na mobilidade dos profissionais, nomeadamente dos profissionais de enfermagem, responsáveis pela avaliação e prescrição dos cuidados. O facto de periodicamente ser necessário contratar novos profissionais que não estavam capacitados com esta metodologia de cuidado constituía um grande desafio para a implementação da MCH. Os novos profissionais apresentam uma certa formatação/rotinização na realização dos procedimentos assentes em princípios que não se adequavam às reais necessidades das pessoas cuidadas. Assim sendo, era necessária uma maior intensificação na monitorização e acompanhamento destes profissionais pelo grupo de apoio para a manutenção das boas práticas.

Percebemos ao longo do estudo que os fatores facilitadores deste processo de mudança estavam relacionados com o empenhamento, dedicação e envolvimento da liderança, com a compreensão por parte dos profissionais das vantagens desta metodologia de cuidado, a comunicação adequada entre a equipa e o empenhamento de toda a equipa multidisciplinar. Outro fator facilitador foi o facto da equipa multidisciplinar ser jovem e receptiva ao processo de mudança, também terá sido importante a constatação dos resultados imediatos na prestação dos cuidados, na pessoa cuidada/família e a satisfação profissional. Na prestação dos cuidados verificou-se maior facilidade no cuidado às pessoas com alterações cognitivas, devido ao ambiente calmo e controlado proporcionado durante a realização dos cuidados, relacionado com a capacitação dos profissionais com técnicas relacionais da MCH. Através da SEPCH tendo por base estas técnicas relacionais, conseguimos uma maior facilidade na operacionalização da relação na prática, evitando realizar cuidados em força e abordagens

surpresa, promovendo na pessoa cuidada momentos de maior tranquilidade e aceitação do cuidado.

Nos profissionais, verificámos uma maior satisfação profissional devido aos resultados positivos obtidos na pessoa cuidada como a aceitação do cuidado, a acalmia, o aumento da sua autonomia, participação no autocuidado, o retardar do agravamento da situação de dependência e aumento da sua verticalidade.

A evidência dos resultados positivos desta metodologia de cuidado nas pessoas cuidadas permitiu-nos refletir sobre a importância da MCH, nas várias instituições e nos vários países onde foi implementada, o que também nos faz refletir sobre a forma como os profissionais de saúde estão a ser formados, sendo necessário repensar o paradigma dos cuidados e introduzir logo na formação base dos profissionais de saúde, formação em metodologias de cuidado inovadoras, assentes em práticas baseadas na evidência, para um cuidado profissionalizado e adequado às necessidades reais das pessoas cuidadas.

Acima de tudo é importante criar condições e meios onde as pessoas doentes e dependentes possam viver sem agravar as consequências das suas doenças. Devem ser rejeitadas as práticas em que as pessoas sejam substituídas e diminuídas nas suas capacidades em vez de estimuladas e incentivadas a satisfazer as suas necessidades e a controlar a sua vida. Assim a MCH parece ser uma resposta, pela qual devemos optar para a criação de meios onde os prestadores de cuidados estimulam a Humanidade das pessoas, reforçando a premissa de que só somos cuidadores quando cuidamos em Humanidade.

Limitações do estudo e sugestões para estudos futuros

Ao longo do estudo percebemos que as escalas selecionadas para avaliação dos resultados nos doentes eram pouco sensíveis a pequenos ganhos e alterações na condição do doente pelo que em estudos futuros seria importante testar outras escalas para monitorizar a evolução dos doentes, podendo eventualmente utilizar também a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), a escala de Medida de Independência Funcional (MIF) e um instrumento que permitisse avaliar os comportamentos de agitação dos doentes. Visto que os instrumentos utilizados não permitem demonstrar toda a evolução do doente, seria pertinente em trabalhos futuros ser construído um instrumento de colheita de dados que fosse sensível aos pequenos ganhos que os utentes vão registando ao longo do tempo com a implementação desta metodologia de cuidar.

Consideramos também que a amostra tanto de utentes como de profissionais é pequena e como tal não podemos extrapolar os dados obtidos. Também consideramos que para avaliar com maior precisão a evolução dos utentes seria importante um estudo longitudinal durante um maior período de tempo. No entanto, tendo em conta a rotatividade de doentes e o tempo médio de internamento, seria difícil conseguir manter esse acompanhamento por um período de tempo superior ao realizado.

Seria interessante em estudos futuros perceber a evolução dos doentes durante o internamento, mas manter o acompanhamento após a alta, ao fim de um mês, três meses e seis meses. Durante este período poderíamos manter também o acompanhamento dos cuidadores informais e perceber qual o contributo da aplicação da MCH e a necessidade de capacitação dos cuidadores informais sobre técnicas relacionais facilitadoras da interação com a pessoa que estão a cuidar.

Referências Bibliográficas

- Administração Central do Sistema de Saúde, IP (2016). Monitorização da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) 2015. Departamento de Gestão da Rede de Serviços e Recursos em Saúde. Consultado em 2 junho 2017. Disponível em <http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/11/Relatorio-de-monitorizacao-anual-de-2015.pdf>
- Araújo, J., Melo, R., & Alves, R. (2014). Cuidados em Humanidade na redução dos comportamentos de agitação e recusa de cuidados. In Atas Do Congresso Internacional De Enfermagem De Reabilitação. Referência, Coimbra, Suplemento nº1, Série IV (p. 49). Consultado em 23 setembro 2016. Disponível em [file:///C:/Users/Utilizador/Downloads/Abstract.5275%20\(7\).pdf](file:///C:/Users/Utilizador/Downloads/Abstract.5275%20(7).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. In Livro de resumos do Congresso Internacional de Saúde do IP Leiria, Instituto Politécnico de Leiria, Leiria (p.135). Consultado em 2 junho 2017. Disponível em http://www.humanidade.pt/content/1409606808_impacto_da_metodologia_de_cuidados_humanidade_na_reducao_da_agitacao_e_consumo_de_psicotropicos_pdf.pdf
- Bardin, L. (2004). Análise de conteúdo. Lisboa: Edições.
- Benner, P. (2004). De Iniciado a Perito. Coimbra: Editora Quarteto.
- Braden, B., Bergstrom, N. (1987). A conceptual schema for the study of the etiology of pressure sores. *Rehabilitation Nursing*, 12(1): 8-16. Consultado em 24 março 2017. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3643620>
- Cohen-Mansfield, J., & Parpura-Gill, A. (2007). Bathing: A framework for intervention focusing on psychosocial, architectural and human factors considerations. *Archives of Gerontology and Geriatrics* 45, 121-135.
- Decreto-lei nº 101/2006 de 6 junho. Diário da República nº 109/2006 - I Série A. Lisboa: Ministério da Saúde. Consultado em 17 março 2017. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17097162>
- Figueiredo, A., Melo, R., & Ribeiro, O. (2016). Formação sobre Metodologia de Cuidados Humanidade: contributo para a melhoria da qualidade dos cuidados. Referência, Coimbra, Suplemento nº10, Série IV (p.60-65). Consultado em 16 set. 2016. Disponível em [file:///C:/Users/Utilizador/Downloads/Abstract.8752%20\(4\).pdf](file:///C:/Users/Utilizador/Downloads/Abstract.8752%20(4).pdf)
- Folstein M.F., Folstein S.E., McHugh P.R. (1975). Mini-Mental State: a practical method for grading the cognitive state of patients for clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12:189-198. Consultado em 17 março 2017. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1202204>
- Gineste, Y., & Pellissier, J. (2008). Humanidade Cuidar e Compreender a Velhice. Lisboa: Instituto Piaget
- 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. Consultado em 20 set. 2016. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1155/2016/4813196>

- Instituto Nacional de Estatística (2015) – Destaque, Informação à Comunicação Social, Dia Mundial da População – 10 de julho de 2015. Consultado em 26 março 2017. Disponível em https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaquas&DESTAQUESdest_boui=224679354&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt
- IPA (2002). Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia (BPSD) Educational Pack, 1–13. Consultado em 16 maio 2017. Disponível em: http://dbmas.org.au/uploads/resources/IPA_BPSD_Educational_Pack.pdf
- IPA (2002). Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia (BPSD) Educational Pack, 1–13. Consultado em 16 maio 2017. Disponível em http://dbmas.org.au/uploads/resources/IPA_BPSD_Educational_Pack.pdf
- Jacquard, A. (1986). *L'héritage de la liberté: De l'animalité à l'humanité*. Paris, France: Éditions Seuil.
- Júnior, C., & Faria, N. (2015). Memória. *Psychology/Psicologia Reflexão e Crítica*, 28(4), 780-788. Consultado em 16 maio 2017. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/prc/v28n4/0102-7972-prc-28-04-00780.pdf>
- Kim, H. S. (2010). *The Nature of Theoretical Thinking in Nursing* (3^a ed.). New York: Springer Publishing Company, p. 101-126.
- Lavoie, L., Marquis, D., Laurin, P. (1996). *La recherche-action: théorie et pratique – Manuel d'autoformation*. Canadá: Presses de l'Université du Québec
- Mahoney, F. I., Barthel, D. W. (1965). Functional evaluation: the Barthel Index. *Maryland State Medical Journal*. 14 61-65. Consultado em 22 novembro 2016. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14258950>
- Melo, R., Salgueiro, N. & Araújo, J. (2015). Cuidar de pessoas com alterações cognitivas: dificuldades em Ensino Clínico. In *Atas do II Congresso Internacional de Saúde*, Gaia-Porto (p.49-55). Consultado em 15 fevereiro 2017. Disponível em <http://repositorio.esenfc.pt/?url=pXcLqAnp>
- Melo, R.; Pereira, C.; Fernandes, E.; Freitas, N.; Melo, A. (2017). Prevenção de quebras cutâneas no idoso dependente: contributo da Metodologia de Cuidar Humanidade. *Millenium*, 2(3), 45-51. Consultado em 16 maio 2017. Disponível em <http://revistas.rcaap.pt/millenium/article/view/10299/9189>
- Melo, Rosa (2016). Cuidar de pessoas com a perceção alterada: contributo da Metodologia de cuidar Humanidade. In *Atas do V Congresso de Investigação em Enfermagem Ibero-Americano e de Países de Língua oficial portuguesa*. Referencia, Coimbra, Suplemento ao n°9 - Série IV (p.26). Consultado em 15 fevereiro 2017. Disponível em [file:///C:/Users/Utilizador/Downloads/Abstract.8637%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/Utilizador/Downloads/Abstract.8637%20(3).pdf)
- Morse, J.M., Morse, R.M., Tylko S.J. (1989). Development of a scale to identify the fall-prone patient. *Canadian Journal on Aging*, 8(4): 366-77. Consultado em 29 set. 2016. Disponível em <https://www.cambridge.org/core/journals/canadian-journal-on-aging-la-revue-canadienne-du-vieillessement/article/development-of-a-scale-to-identify-the-fall-prone-patient/A0CDFA5381DEC8DA4D7E7A1B1A74692E>
- Mota, M., Gomes G., Coelho, M., Lunardi, W. & Sousa L. (2011). Reações e sentimentos de profissionais da enfermagem frente à morte dos pacientes sob seus cuidados. *Revista Gaúcha Enfermagem*, 129-135. Consultado em 29 set. 2016. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472011000100017

- Pereira, S., Corte, A., & Marques, E. (2014). Dificuldade dos cuidadores formais de idosos institucionalizados. *International Journal of Developmental and Educational Psychology Revista de Psicologia*, 133-140. Consultado em 29 set. 2016. Disponível em http://www.infad.eu/RevistaINFAD/2014/n2/volumen1/0214-9877_2014_2_1_133.pdf
- Phaneuf, M. (2007). O conceito de Humanidade: Uma aplicação aos cuidados de enfermagem gerais (Tradução N. Salgueiro). Consultado em 15 março 2017. Disponível em http://www.infioresources.ca/fer/depotdocuments/O_conceito_de_humanidade_-_uma_aplicacao_aos_cuidados_de_enfermagem_gerais.pdf
- Phaneuf, M. (2010). O envelhecimento perturbado: A doença de Alzheimer. (2ª ed). Loures: Lusodidacta.
- Pina, O. (2013). Envelhecimento Ativo em relação ao Género no Concelho de Viseu (Dissertação de Mestrado não editada, Programa de Mestrado em Serviço Social). Universidade Católica Portuguesa, Centro Regional das Beiras, Viseu. Consultado em 29 set. 2016. Disponível em <http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/13584/1/envelhecimento%20ativo%20em%20oral%C3%A7%C3%A3o%20ao%20g%C3%A9nero%20no%20concelho%20de%20viseu.pdf>
- Preto, L., Cordeiro, L., Martins, P. & Preto (2017). Continuidade de cuidados e estado de saúde após a alta de unidades de longa duração. *Revista Iberoamericana de Educación e Investigación en Enfermería*, 7(2), 45-53. Consultado em 3 julho 2017. Disponível em https://www.researchgate.net/publication/315792205_Continuidade_de_cuidados_e_estado_de_saude_apos_a_alta_de_unidades_de_longa_duracao
- Salgueiro, N. (2014). Humanidade: um imperativo do nosso tempo. Coimbra: PMP, Lda. IGM Portugal-Humanidade.
- Santana, I., Farinha, F., Freitas, S., Rodrigues, V. & Carvalho, A. (2015). Epidemiologia da Demência e da Doença de Alzheimer em Portugal: Estimativas da Prevalência e dos Encargos Financeiros com a Medicação. *Acta Medica Portuguesa*, 28(2), 182-188. Consultado em 3 julho 2017. Disponível em <https://pdfs.semanticscholar.org/de6b/54f81a2a08e81d0f993ef7a67bef02d8ea98.pdf>
- Santos, M. e Almeida, A. (2010). Polimedicação no idoso. *Revista de Enfermagem Referência*, II Série - n.º 2 - Dez. pp.149-162. Consultado em 20 março 2017. Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIIIn2/serIIIn2a16.pdf>
- Simões, M. M. M. (2013). CUIDAR EM HUMANITUDE Método de Gineste e Marescotti Aplicado a Pessoas Internadas em Cuidados Continuados (Dissertação de Doutoramento, Programa de Doutoramento em Enfermagem). Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde. Consultado em 2 setembro 2016. Disponível em <http://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/13913>
- Simões, M., Salgueiro, N., & Rodrigues, M. (2012). Cuidar em Humanidade: estudo aplicado em cuidados continuados. *Revista de Enfermagem Referência*, 6, 81-93. Consultado em 2 setembro 2016. Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIIIn6/serIIIn6a08.pdf>
- Suvilehto, J., Glerean, E., Dunbar, R. I. M., Hari, R., & Nummenmaa, L. (2015). Topography of social touching depends on emotional bonds between humans.

Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America, 112, 13811–13816. Consultado em 16 março 2017. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26504228>

Wilson, M. (2005). Microbial inhabitants of humans: their ecology and role in health and disease. Cambridge University Press. USA, p. 51-104. ISBN 0-521-84158-5

Anexos

ANEXO I - Pedido de autorização para realização do estudo

ANEXO II – Questionário profissionais de saúde

ANEXO III – Nivel de importância por percentagem atribuído pelos profissionais da UCCI aos itens da SEPCH

ANEXO IV – Percepção dos profissionais por percentagem sobre a aplicação na prática dos itens da SEPCH

ANEXO V – Grelha de observação da SEPCH

ANEXO VI – Índice de Barthel

ANEXO VII – Escala de Morse

ANEXO VIII – Escala de Braden

ANEXO IX - Mini Mental State Examination

ANEXO X - Dados dos itens da SEPCH na 1ª observação em percentagem

ANEXO XI – Flyer da ação de formação Humanidade

ANEXO XII – Questionário de avaliação da ação de formação

ANEXO XIII - Dados dos itens da SEPCH na 2ª observação em percentagem

ANEXO XIV - Dados dos itens da SEPCH na 3ª observação em percentagem

ANEXO V - Dados dos itens da SEPCH na 4ª observação em percentagem

ANEXO I – Pedido de autorização para realização do estudo

Mestrado em Cuidados Continuados e Paliativos

Ex.mo Senhor Provedor da Santa Casa da
Misericórdia de Pedrogão Grande
Santa Casa da Misericórdia de Pedrogão
Grande, Largo da Devesa
3270-101 Pedrogão Grande

*Pedido autorizado
21/08/16
(informar)*

Liliana Vanessa Lúcio Henriques, Portador(a) do Cartão de Cidadão n.º12765897-1zy4, Enfermeira, aluna do Mestrado em Cuidados Continuados e Paliativos da Universidade de Coimbra, Faculdade de Medicina a realizar a Tese de Mestrado com o tema "Impacto da implementação da Metodologia de Cuidados Humanidade em Unidades de Cuidados Continuados de Longa Duração e Manutenção", vem solicitar a V.Exª. colaboração para a realização do estudo na vossa instituição, passando a indicar o seguinte:

O estudo pretende avaliar a perceção sobre a importância que os profissionais de saúde atribuem à Sequência Estruturada de Procedimentos Cuidativos Humanidade (SEPCH) e em que medida os aplicam na prática clínica, e verificar a congruência entre a perceção e a sua aplicação na prática. A prestação de cuidados vai também ser acompanhada pelo investigador.

O estudo pretende verificar o impacto da aplicação da Sequência Estruturada de Procedimentos Cuidativos Humanidade (SEPCH) na melhoria da qualidade dos cuidados prestados e consequentemente em diferentes indicadores de saúde.

Na colheita de dados será aplicado um instrumento de colheita de dados (SEPCH) aos profissionais de saúde e uma grelha de observação e o respetivo registo escrito conforme consentimento do participante. Serão também colhidos dados sociodemográficos dos participantes. No mesmo período em que são colhidos estes dados sobre os profissionais serão também colhidos dados sociodemográficos dos utentes, procedendo-se depois à aplicação de escalas que nos permitem monitorizar alguns indicadores de qualidade nas pessoas cuidadas.

RECEBIDO 22 AGO. 2016

W 102

ANEXO I – Pedido de autorização para realização do estudo (continuação)

Mestrado em Cuidados Continuados e Paliativos

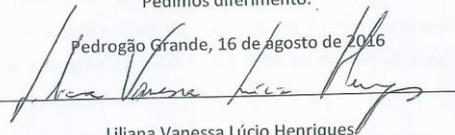
Este estudo consiste em 4 encontros, ao longo de 90 dias entre setembro e dezembro de 2016, com duração de cerca de 20 a 30 minutos, conforme individualidade de cada profissional de saúde e duração de cerca de 30 a 45 minutos, conforme individualidade de cada utente.

Esta pesquisa contribui para o desenvolvimento do conhecimento acerca da prestação de cuidados a utentes idosos, vulneráveis e com comprometimento cognitivo e contribui ainda para o desenvolvimento do conhecimento acerca do impacto da implementação da Sequência Estruturada de Procedimentos Cuidativos Humanidade no estabelecimento da relação profissional-doente, assim como melhoria da condição da pessoa cuidada.

Os relatórios de resultados não identificarão pessoas individuais ou coletivas.

Pedimos diferimento.

Pedrogão Grande, 16 de agosto de 2016


Liliana Vanessa Lúcio Henriques

ANEXO II – Questionário profissionais de saúde

Prestação de cuidados baseados na Metodologia Humanidade: que importância lhe atribuem os profissionais de saúde e que percepção têm de os realizarem na sua prática?

Contextualização

Liliana Henriques, Enfermeira, é mestranda em Cuidados Continuados e Paliativos na Universidade de Coimbra, Faculdade de Medicina e está a desenvolver um estudo sobre o “Impacto da implementação da Metodologia de Cuidados Humanidade”.

Após um estudo de revisão sistemática, seleccionámos um instrumento de colheita de dados que consiste numa sequência estruturada, um conjunto de gestos e procedimentos no processo de cuidar de pessoas doentes, onde se conjugam de forma estruturada, as regras de arte, os pilares Humanidade e os princípios da filosofia Humanidade.

Instruções gerais

Neste sentido apresentamos um instrumento de colheita de dados compostos por 2 partes. Na parte 1 deste instrumento de colheita de dados é solicitado que responda às perguntas:

- da 1ª coluna, preenchendo em cada procedimento só uma quadricula conforme o nível de importância que atribui a cada procedimento durante os cuidados que presta;
- da 2ª coluna, preenchendo em cada procedimento só uma quadricula conforme a percepção que tem de os realizar efetivamente, na sua prática de cuidados;

Na parte 2 apresentamos-lhe mais algumas questões de natureza sociodemográfica para as quais solicitamos o seu preenchimento.

Este instrumento não é um teste, portanto não há respostas corretas ou erradas. O tempo de preenchimento é de 20 minutos.

Após ser preenchido o questionário deve ser colocado em envelope fechado que acompanha o questionário e entregue à Diretora Técnica da Instituição, até à data de 2.9.16. Caso necessite de esclarecimentos adicionais para o seu preenchimento deve contactar lilianahenriques312@gmail.com. O preenchimento de todos os itens é crucial para garantir a obtenção de dados representativos da instituição.

Os dados fornecidos são confidenciais, nos termos da lei nº67/98 de 26 de Outubro, e destinam-se apenas para fins de investigação. Os relatórios de resultado não identificarão pessoas individuais ou coletivas.

Obrigada pela colaboração.

Liliana Henriques

Questionário – Parte 1

<p>Os procedimentos relacionais descritos abaixo (de 1 a 31) representam gestos organizados de forma estruturada, conjugando, as regras de arte, os pilares Humanidade e os princípios da filosofia da Humanidade</p>	<p>Nível de importância atribuído a cada procedimento</p>				<p>Em que medida realiza(ou) cada procedimento quando cuida(ou)?</p>			
<p>Por favor, em cada um dos procedimentos assinale o nível de importância atribuído e em que medida realiza cada procedimento.</p>	1	2	3	4	1	2	3	4
	Sem importância	Alguma importância	Muita importância	Muitíssima importância	1	2	3	4
	1	2	3	4	1	2	3	4
<p>1 – Bate à porta aberta ou fechada, em quarto individual ou partilhado</p>								
<p>2 – Espera pela resposta</p>								
<p>3 – Se não há resposta (expressa ou subentendida), entra no quarto calmamente e bate na barra da cama</p>								
<p>4 – Aborda a pessoa de frente</p>								
<p>5 – Olha de frente nos olhos da pessoa, ao mesmo nível, de forma progressiva (olhar axial, horizontal, longo, progressivo)</p>								
<p>6 – Chama a pessoa pelo nome que se reconhece (ex: que gosta de ser tratada)</p>								
<p>7 – Apresenta-se à pessoa cuidada (ex: sou enfermeiro ...)</p>								
<p>8 – Diz à pessoa o motivo do encontro (ex: está ali para estar com ela, conversar, ajudar)</p>								
<p>9 – Usa um tom de voz calmo, melodioso e suave</p>								
<p>10 – Oferece a mão ou inicia o toque numa zona neutra (ombro, braço)</p>								
<p>11 – Entra no espaço íntimo da pessoa (20 a 30 cm)</p>								
<p>12 – Espera pelo consentimento relacional aceitação verbal ou não verbal (ex: olhar, tónus muscular)</p>								
<p>13 – Fala sobre o cuidado depois de obtido o consentimento relacional</p>								
<p>14 – Mantém o toque pacificante (amplo e suave, sem os dedos em garra, nem em pinça)</p>								
<p>15 - Anuncia cada gesto cuidativo (discurso preditivo)</p>								

16 – Estimula de forma motora ou verbalmente a pessoa a iniciar os gestos cuidadosos								
17 - Descreve todos os gestos cuidadosos (discurso descritivo)								
18 – Reforça positivamente todos os esforços de autocuidado (ex: muito bem!)								
19-- Estimula sensações positivas (ex: cheiro agradável, pele macia, cor da camisa,...)								
20 – Está atento às respostas emocionais (ex: tensão muscular, olhar, fáceis)								
21 – Utiliza um tom de voz calmo e suave durante a prestação do cuidado								
22– Retoma com frequência o nome da pessoa								
23 – Olha com frequência de frente nos olhos da pessoa (axial, horizontal, próximo e longo)								
24 - Promove a verticalidade , se possível (ex: erguer o tronco, sentar na cama, por de pé, dar uns passos)								
25 – Ajuda a cuidar da aparência pessoal tendo em conta o seu gosto (ex: vestuário, adornos)								
26 – Fala à pessoa da experiência agradável que foi estar com ela (ex: gostei de a conhecer, de estar consigo)								
27 – Valoriza os esforços da pessoa, por mínimos que tenham sido								
28- Reforça positivamente os benefícios do cuidado								
29 – Combina um novo encontro (ex: venho ter consigo daqui a 20 min)								
30 - Agradece à pessoa aquele momento de relação no cuidado								
31 - Despede-se								

Questionário – Parte 2

1. **Género:**

Masculino Feminino

2. **Idade:** _____(anos)

3. Habilitações literárias:

1º- 4ºANO

5º - 6ªANO

7º - 9º ANO

10º-12º ANO

Curso profissional relacionado com a área da saúde

Bacharelato/Licenciatura

Mestrado/Doutoramento

4. Profissão:

Animador (a) sociocultural

Assistente Social

Auxiliar de ação médica

Auxiliar de serviços gerais

Enfermeiro (a)

Fisioterapeuta

Médico (a)

Psicólogo (a)

Terapeuta da fala

Terapeuta ocupacional

Médico (a)

Outro: _____

5. Anos de Profissão: _____(anos)

6. Tempo na prestação direta de cuidados: _____(anos)

7. Há quantos anos trabalha na área e funções atuais? _____(anos)

8. Há quantos anos trabalha nesta instituição? _____(anos)

9. Cargo desempenhado: _____

10. Situação contratual:

Do quadro/efectivo

Vínculo precário/termo

Prestação de serviços

11. Já prestou, ou presta atualmente, cuidados a pessoas:

Idosas

Que tenham sofrido AVC

Com demência

Com estados emocionais agressivos/ comportamentos de agitação

12. Tempo de prestação direta de cuidados a pessoas:

Idosas____ (anos)

Que tenham sofrido AVC____ (anos)

Com demência____ (anos)

Com estados emocionais agressivos/ comportamentos de agitação____
(anos)

13. Qual ou quais são as suas principais dificuldades ao cuidar destas pessoas?

(Assinalar a ou as respostas que correspondem à sua situação)

Comunicação com doentes agitados/confusos/desorientados/agressivos

Comunicação com doentes que não comunicam verbalmente

Prestar cuidados a doentes em fase terminal

Prestar cuidados de higiene

Prestar cuidados a pessoas que recusam os cuidados

Outras: _____

14. Realizou anteriormente a formação da Metodologia de Cuidado Humanidade?

Sim

Não

14.1 Se respondeu sim à questão anterior, onde obteve a formação: _____

14.2 Os procedimentos cuidativos sistematizados, encadeados numa sequência lógica (Metodologia de Cuidado Humanidade) facilitaram a prestação dos cuidados?

Sim

Não

14.3

Justifique

a

resposta:

14.4 - Por favor descreva, no seu ponto de vista, qual foi o impacto da aplicação da Metodologia de Cuidado Humanidade nas pessoas cuidadas (Ex: pessoas agitadas, pessoas que recusam os cuidados,...):

14.5 Por favor descreva o que sentiu depois de realizar a formação Humanidade e de aplicar na prática o que aprendeu: _____

14.6 – Se não obteve ainda acesso a essa formação, deseja conhecer a Metodologia de cuidado Humanidade, bem como a filosofia Humanidade que a suporta?

Sim

Não

Muito obrigada.

ANEXO III - Nivel de importância por percentagem atribuído pelos profissionais da UCCI aos itens da SEPCH

Itens	Sem importância (1)		Alguma importância (2)		Muita importância (3)		Muitíssima importância (4)		Score	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Pts	%
1	0	00.00	2	5.88	17	50	15	44.12	115	84.56
2	0	00.00	6	17.65	17	50	11	32.35	107	78.68
3	0	00.00	13	38.24	10	29.41	11	32.35	100	73.53
4	0	00.00	1	2.94	17	50	16	47.06	117	86.03
Totais P.P.	0	0	22	16.18	61	44.85	53	38.97	439	80.70
5	0	00.00	1	2.94	17	50	16	47.06	117	86.03
6	0	00.00	1	2.94	10	29.41	23	67.65	124	91.18
7	1	2.94	6	17.65	17	50	10	29.41	104	76.47
8	0	00.00	2	5.88	13	38.24	19	55.88	119	87.5
9	0	00.00	3	8.82	13	38.24	18	52.94	117	86.03
10	0	00.00	5	14.71	15	44.12	14	41.18	111	81.62
11	0	00.00	12	35.29	15	44.12	7	20.59	97	71.32
12	0	00.00	6	17.65	14	41.18	14	41.18	110	80.88
13	0	00.00	5	14.71	19	55.88	10	29.41	107	78.68
Totais P.	1	0.33	41	13.40	133	43.46	131	42.81	1006	82.19
14	0	00.00	0	00.00	19	55.88	15	44.12	117	86.03
15	0	00.00	4	11.76	18	52.94	12	35.29	110	80.88
16	0	00.00	1	2.94	10	29.41	23	67.65	124	91.18
17	0	00.00	5	14.71	27	79.41	8	23.53	123	90.44
18	0	00.00	0	00.00	12	35.29	22	64.71	124	91.18
19	0	00.00	4	11.76	19	55.88	11	32.35	109	80.15
20	0	00.00	4	11.76	15	44.12	15	44.12	113	83.09
21	0	00.00	2	5.88	11	32.35	21	61.76	121	88.97
22	0	00.00	3	8.82	14	41.18	17	50	116	85.29
23	0	00.00	2	5.88	18	52.94	14	41.18	114	83.82
24	0	00.00	1	2.94	14	41.18	19	55.88	120	88.24
25	0	00.00	4	11.76	12	35.29	18	52.94	116	85.29
Totais R.S.	0	0	30	7.35	189	46.32	195	47.80	1407	86.21
26	0	00.00	3	8.82	18	52.94	13	38.24	112	82.35
27	0	00.00	1	2.94	11	32.35	22	64.71	123	90.44
28	0	00.00	2	5.88	15	44.12	17	50	117	86.03
Totais C.E.	0	0	6	5.88	44	43.14	52	50.98	352	86.27
29	1	2.94	7	20.59	19	55.88	7	20.59	100	73.52
30	0	00.00	3	8.82	18	52.94	13	38.24	112	82.35
31	0	00.00	2	5.88	15	44.12	17	50	117	86.03
Totais R.	1	0.98	12	11.76	52	50.98	37	36.27	329	80.64
Totais globais	2	0.19	111	10.53	479	45.45	468	44.40	3533	83.80

ANEXO IV - Percepção dos profissionais por percentagem sobre a aplicação na prática dos itens da SEPCH

Itens	Nunca realizo (1)		Realizo algumas vezes (2)		Realizo com muita frequência (3)		Realizo sempre (4)		Score	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Pts	%
1	0	00.00	7	20.59	16	47.06	11	32.35	106	77.94
2	0	00.00	13	38.24	15	44.12	6	17.65	95	69.85
3	5	14.71	12	35.29	14	41.18	3	8.82	83	61.03
4	1	2.94	3	8.82	17	50	13	38.24	110	80.88
Totais P.P.	6	4.41	35	25.74	62	45.59	33	24.26	394	72.43
5	1	2.94	6	17.65	18	52.94	9	26.47	103	75.74
6	0	00.00	0	00.00	12	35.29	22	64.71	124	91.18
7	1	2.94	13	38.24	14	41.18	6	17.65	93	68.38
8	1	2.94	5	14.71	17	50	11	32.35	106	77.94
9	0	00.00	5	14.71	16	47.06	13	38.24	113	83.09
10	0	00.00	10	29.41	17	50	7	20.59	99	72.79
11	2	5.88	11	32.35	18	52.94	3	8.82	90	66.18
12	1	2.94	17	50	12	35.29	4	11.76	87	63.97
13	1	2.94	8	23.53	19	55.88	6	17.65	74	54.41
Totais P.	7	2.29	75	24.51	143	46.73	81	26.47	889	72.63
14	0	00.00	6	17.65	20	58.82	8	23.53	104	46.47
15	1	2.94	8	23.53	21	61.76	4	11.76	96	70.59
16	1	2.94	9	26.47	18	52.94	6	17.65	97	71.32
17	1	2.94	13	38.24	14	41.18	6	17.65	93	68.38
18	0	00.00	4	11.76	18	52.94	12	35.29	110	80.88
19	0	00.00	12	35.29	16	47.06	6	17.65	96	70.59
20	0	00.00	6	17.65	17	50	11	32.35	107	78.68
21	0	00.00	5	14.71	18	52.94	11	32.35	108	79.41
22	0	00.00	5	14.71	11	32.35	18	52.94	115	84.56
23	0	00.00	6	17.65	18	52.94	10	29.41	106	77.94
24	0	00.00	8	23.53	16	47.06	10	29.41	104	76.47
25	0	00.00	12	35.29	9	26.47	13	38.24	103	75.74
Totais R.S.	3	0.74	94	23.04	196	48.04	115	28.19	1239	75.92
26	1	2.94	10	29.41	19	55.88	4	11.76	94	69.12
27	0	00.00	5	14.71	13	38.24	16	47.06	113	83.09
28	1	2.94	8	23.53	13	38.24	12	35.29	104	76.47
Totais C.E.	2	1.96	23	22.55	45	44.12	32	31.37	311	76.23
29	4	11.76	9	26.47	15	44.12	6	17.65	95	69.85
30	2	5.88	7	20.59	17	50	8	23.53	99	72.79
31	0	00.00	4	11.76	15	44.12	15	44.12	113	83.09
Totais R.	6	5.88	20	19.61	47	46.08	29	28.43	307	75.25
Totais globais	24	2.28	247	23.43	493	46.77	290	27.51	3140	74.48

ANEXO V – Grelha de observação da SEPCH

Sequência Estruturada de Procedimentos Cuidativos Humanidade (SEPCH)		Pontos
P re- preliminares	1. Bate à porta aberta ou fechada, em quarto individual ou partilhado	
	2. Espera pela resposta	
	3. Se não há resposta (expressa ou subentendida), entra no quarto calmamente e bate na barra da cama	
	4. Aborda a pessoa de frente	
Preliminares	5. Olha de frente nos olhos da pessoa, ao mesmo nível, de forma progressiva (olhar axial, horizontal, longo, progressivo)	
	6. Chama a pessoa pelo nome que se reconhece (ex: que gosta de ser tratada)	
	7. Apresenta-se à pessoa cuidada (ex: sou ...)	
	8. Diz à pessoa o motivo do encontro (ex: está ali para estar com ela, conversar, ajudar)	
	9. Usa um tom de voz calmo, melodioso e suave	
	10. Oferece a mão ou inicia o toque numa zona neutra (ombro, braço).	
	11. Entra no espaço íntimo da pessoa (20 a 30 cm)	
	12. Espera pelo consentimento relacional aceitação verbal ou não verbal (ex: olhar, tónus muscular)	
	13. Fala sobre o cuidado depois de obtido o consentimento relacional	
	14. Mantém o toque pacificante (amplo e suave, sem os dedos em garra, nem em pinça)	
	Rebouçage sensorial	15. Anuncia cada gesto cuidativo (discurso preditivo)
16. Estimula de forma motora ou verbalmente a pessoa a iniciar os gestos cuidativos		
17. Descreve todos os gestos cuidativos (discurso descritivo)		
18. Reforça positivamente todos os esforços de autocuidado (ex: muito bem!)		
19. Estimula sensações positivas (ex: cheiro agradável, pele macia, cor da camisa,...)		
20. Está atento às respostas emocionais (ex: tensão muscular, olhar, fáceis)		
21. Utiliza um tom de voz calmo e suave durante a prestação do cuidado		
22. Retoma com frequência o nome da pessoa		
23. Olha com frequência de frente nos olhos da pessoa (axial, horizontal, próximo e longo)		
24. Promove a verticalidade, se possível. (ex: erguer o tronco, sentar na cama, por de pé, dar uns passos)		
25. Ajuda a cuidar da aparência pessoal tendo em conta o seu gosto (ex: vestuário, adornos)		
Consolidação emocional	26. Fala à pessoa da experiência agradável que foi estar com ela (ex: gostei de a conhecer, estar consigo).	
	27. Valoriza os esforços da pessoa, por mínimos que tenham sido,	
	28. Reforça positivamente os benefícios do cuidado	
Reencounter	29. Combina um novo encontro (ex: venho ter consigo daqui a 20 min.)	
	30. Agradece à pessoa aquele momento de relação no cuidado	
	31. Despede-se	

Pontuação: Observado/realizado – 1; Observado/realizado pontualmente – 0,5; Não observado/não realizado – 0

Simões, Rodrigues, Salgueiro, Gineste, Marescotti, 2012

ANEXO VI – Índice de Barthel

ALIMENTAÇÃO

10	Independente	Capaz de utilizar qualquer instrumento necessário; come num tempo razoável; capaz por si só de servir e preparar o prato, de usar condimentos, barrar com manteiga, etc.
5	Com ajuda	Por exemplo para cortar, barrar com manteiga, etc.
0	Dependente	Necessita de ser alimentado.

BANHO

5	Independente	Capaz de se lavar usando o duche ou a banheira ou permanecendo de pé e passando a esponja em todo o corpo. Inclui entrar e sair da banheira sem presença de nenhuma pessoa.
0	Dependente	Necessita de alguma ajuda.

VESTIR

10	Independente	Capaz de escolher, vestir e despir a roupa. Ata os sapatos, abotoa os botões, etc. Põe o cinto ou os suspensórios se necessitar.
5	Com ajuda	Realiza pelo menos metade das tarefas num tempo razoável.
0	Dependente	Incapaz de se vestir sem ajuda.

ARRANJO PESSOAL

5	Independente	Realiza todas as tarefas pessoais (lavar as mãos e a cara, pentear-se, etc). Inclui fazer a barba e lavar os dentes. Sem qualquer ajuda usa a tomada se a máquina é elétrica.
0	Dependente	Necessita de alguma ajuda.

DEFECAÇÃO

10	Continente	Nenhum acidente. Se necessita de clister ou supositório arranja-se por si só.
5	Ocasional	Raramente (menos do que uma vez por semana) ou necessita de ajuda para o clister ou para os supositórios.
0	Incontinente	

MICÇÃO

10	Continente	Nenhum acidente. Seco dia e noite. Capaz de usar qualquer dispositivo (algália). Se necessário é capaz de mudar o saco.
5	Ocasional	Menos do que uma vez por semana. Necessita de ajuda com os instrumentos.
0	Incontinente	

W.C.

10	Independente	Entra e sai sozinho. Capaz de tirar e vestir a roupa, limpar-se, evitar sujar a roupa, descarregar e limpar a sanita. Capaz de se sentar e levantar sem ajuda. Pode utilizar barras de suporte.
5	Com ajuda	Precisa de ajuda para manter o equilíbrio, despir ou vestir a roupa ou limpar-se.
0	Dependente	Incapaz de se desembaraçar sem ajuda.

TRANSFERÊNCIA CADEIRA-CAMA

15	Independente	Não necessita de ajuda. Se utiliza a cadeira de rodas fá-lo de forma autónoma.
10	C/ajuda Mínima	Inclui supervisão verbal ou pequena ajuda física. (por ex. dada pelo cônjuge)
5	C/ Grande ajuda	Capaz de estar sentado sem ajuda mas necessita de muita ajuda para entrar ou sair da cama
0	Dependente	Necessita de grua ou levantamento completo por duas pessoas. Incapaz de permanecer sentado.

DEAMBULAÇÃO

15	Independente	Pode usar qualquer ajuda (prótese, canadiana, bengala, etc) exceto o andarilho. A velocidade não é importante. Pode andar pelo menos 50 metros ou equivalente sem ajuda ou supervisão.
10	Com ajuda	Supervisão física ou verbal, incluindo instrumentos ou outras ajudas para permanecer de pé. Deambula 50 metros
5	Independente em cadeira de rodas	Manobra a sua cadeira de rodas pelo menos 50 metros. Contorna esquinas sozinho.
0	Dependente	Requer grande ajuda.

ESCADAS

10	Independente	Capaz de subir ou descer um lanço de escadas sem ajuda ou supervisão, ainda que utilize corrimão ou instrumento de apoio.
5	Com ajuda	Supervisão física ou verbal
0	Dependente	Necessita de elevador (ascensor) ou não pode usar escadas

<20 Totalmente dependente; 20-35 severamente dependente; 40-55 Moderadamente dependente; >= 60 Pontos ligeiramente dependente; 100 Pontos Independente

ANEXO VII – Escala de Morse

Escala de MORSE para risco de queda

Item	Escala	Pontuação
1. Historial de quedas; neste internamento/urgência ou nos últimos 3 meses	Não 0 Sim 25	
2. Diagnóstico(s) secundário(s)	Não 0 Sim 15	
3. Ajuda para caminhar: Nenhum/ajuda de enfermeiro/acamado/cadeira de rodas Muletas/canadianas/bengala/andarilho Apoia-se no mobiliário para andar	0 15 30	
4. Terapia intravenosa/cateter periférico com obturador/heparina	Não 0 Sim 20	
5. Postura no andar e na transferência Normal/acamado/imóvel Debilitado Dependente de ajuda	0 10 20	
6. Estado mental Consciente das suas capacidades Esquece-se das suas limitações	0 15	
TOTAL		

Nível de Risco

Nível de Risco	Pontuação da Escala de Morse	Acção
Sem risco	0 - 24	Cuidados de enfermagem básicos
Baixo risco	25 - 50	Intervenções padrão de prevenção de quedas
Alto risco	≥ 51	Intervenções de prevenção de quedas de alto risco

ANEXO VIII – Escala de Braden

Avaliação do Risco de Úlceras por pressão

	1.Completamente limitada	2.Muito limitada	3.ligeiramente limitada	4.Nenhuma limitação	1	2	3	4
Percepção sensorial	1.Completamente limitada	2.Muito limitada	3.ligeiramente limitada	4.Nenhuma limitação				
Humidade	1.Pele constantemente e húmida	2.Pele muito húmida	3.Pele Ocasionalmente húmida	4.Pele raramente húmida				
Atividade	1.Acamado	2.Sentado	3.Andar ocasionalmente	4.Andar frequentemente				
Mobilidade	1.Completamente imobilizado	2.Muito limitada	3.Ligeiramente limitada	4.Nenhuma limitação				
Nutrição	1.Muito pobre	2.Provavelmente inadequada	3.Adequada	4.Excelente				
Fricção e forças de deslizamento	1.Problema	2.Problema potencial	3.Nenhum problema					
Pontuação total								

Risco elevado ≤ 17

Baixo risco ≥ 18

Nota: Quanto mais baixa for a pontuação, maior será o potencial para desenvolver uma úlcera de pressão.

ANEXO IX - Mini Mental State Examination

Mini Mental State Examination (MMSE)

1. Orientação (1 ponto por cada resposta correcta)

Em que ano estamos? _____
Em que mês estamos? _____
Em que dia do mês estamos? _____
Em que dia da semana estamos? _____
Em que estação do ano estamos? _____

Nota: _____

Em que país estamos? _____
Em que distrito vive? _____
Em que terra vive? _____
Em que casa estamos? _____
Em que andar estamos? _____

Nota: _____

2. Retenção (contar 1 ponto por cada palavra correctamente repetida)

"Vou dizer três palavras; queria que as repetisse, mas só depois de eu as dizer todas; procure ficar a sabê-las de cor".

Pêra _____
Gato _____
Bola _____

Nota: _____

3. Atenção e Cálculo (1 ponto por cada resposta correcta. Se der uma errada mas depois continuar a subtrair bem, consideram-se as seguintes como correctas. Parar ao fim de 5 respostas)

"Agora peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3 e depois ao número encontrado volta a tirar 3 e repete assim até eu lhe dizer para parar".

27_ 24_ 21 _ 18_ 15_

Nota: _____

4. Evocação (1 ponto por cada resposta correcta.)

"Veja se consegue dizer as três palavras que pedi há pouco para decorar".

Pêra _____
Gato _____
Bola _____

Nota: _____

5. Linguagem (1 ponto por cada resposta correcta)

a. "Como se chama isto? Mostrar os objectos:

Relógio _____
Lápis _____

Nota: _____

b. "Repita a frase que eu vou dizer: O RATO ROEU A ROLHA"

Nota: _____

ANEXO IX - Mini Mental State Examination (Continuação)

c. "Quando eu lhe der esta folha de papel, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e ponha sobre a mesa"; dar a folha segurando com as duas mãos.

Pega com a mão direita _____

Dobra ao meio _____

Coloca onde deve _____

Nota: _____

d. "Leia o que está neste cartão e faça o que lá diz". Mostrar um cartão com a frase bem legível, "FECHE OS OLHOS"; sendo analfabeto lê-se a frase.

Fechou os olhos _____

Nota: _____

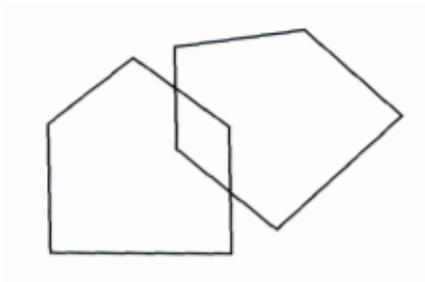
e. "Escreva uma frase inteira aqui". Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação.

Frase: _____

Nota: _____

6. Habilidade Construtiva (1 ponto pela cópia correcta.)

Deve copiar um desenho. Dois pentágonos parcialmente sobrepostos; cada um deve ficar com 5 lados, dois dos quais intersectados. Não valorizar tremor ou rotação.



Cópia: _____

Nota: _____

TOTAL(Máximo 30 pontos): _____

Considera-se com defeito cognitivo:

- analfabetos ≤ 15 pontos
- 1 a 11 anos de escolaridade ≤ 22
- com escolaridade superior a 11 anos ≤ 27

ANEXO X – Dados dos itens da SEPCH na 1ª observação em percentagem

Nº	Descrição do procedimento	Não observado/não realizado (0)		Observado/realizado pontualmente (0.5)		Observado/realizado (1)		Score	
		Nº	%	0.5	%	1	%	Pts	%
1	Bate à porta aberta ou fechada, em quarto individual ou partilhado	10	45.45	6	27.27	6	27.27	9	40.91
2	Espera pela resposta	15	68.18	0	00.00	7	31.82	7	31.82
3	Se não há resposta (expressa ou subentendida), entra no quarto calmamente e bate na barra da cama	18	81.82	0	00.00	4	18.18	4	18.18
4	Aborda a pessoa de frente	3	13.64	1	4.55	18	81.82	18.5	84.09
Totais P.P.		46	52.27	7	7.95	35	39.77	38.5	43.75
5	Olha de frente nos olhos da pessoa, ao mesmo nível, de forma progressiva (olhar axial, horizontal, longo, progressivo)	2	9.09	8	36.36	12	54.55	16	72.73
6	Chama a pessoa pelo nome que se reconhece (ex: que gosta de ser tratada)	3	13.64	2	9.09	17	77.27	18	81.82
7	Apresenta-se à pessoa cuidada (ex: sou enfermeiro, ...)	21	95.45	1	4.55	0	00.00	0.5	2.27
8	Diz à pessoa o motivo do encontro (ex: está ali para estar com ela, conversar, ajudar)	4	18.18	3	13.64	15	68.18	16.5	75
9	Usa um tom de voz calmo, melodioso e suave	0	00.00	4	18.18	18	81.82	20	90.91
10	Oferece a mão ou inicia o toque numa zona neutra (ombro, braço).	7	31.82	2	9.09	13	59.09	14	63.64
11	Entra no espaço íntimo da pessoa (20 a 30 cm)	4	18.18	5	22.73	13	59.09	15.5	70.45
12	Espera pelo consentimento relacional aceitação verbal ou não verbal (ex: olhar, tónus muscular)	4	18.18	4	18.18	14	63.64	16	72.73
13	Fala sobre o cuidado depois de obtido o consentimento relacional	7	31.82	4	18.18	11	50	13	59.09
Totais P.		52	26.26	33	16.67	113	57.07	129.5	65.40
14	Mantém o toque pacificante (amplo e suave, sem os dedos em garra, nem em pinça)	7	31.82	10	45.45	5	22.73	10	45.45
15	Anuncia cada gesto cuidativo (discurso preditivo)	4	18.18	9	40.91	9	40.91	13.5	61.36
16	Estimula de forma motora ou verbalmente a pessoa a iniciar os gestos cuidativos	6	27.27	6	27.27	10	45.45	13	59.09
17	Descreve todos os gestos cuidativos (discurso descritivo)	6	27.27	9	40.91	7	31.82	11.5	52.27
18	Reforça positivamente todos os esforços de autocuidado (ex: muito bem!)	6	27.27	8	36.36	8	36.36	12	54.55
19	Estimula sensações positivas (ex: cheiro agradável, pele macia, cor da camisa,...)	13	59.09	6	27.27	3	13.64	6	27.27
20	Está atento às respostas emocionais (ex: tensão muscular, olhar, fáceis)	9	40.91	10	45.45	3	13.64	8	36.36
21	Utiliza um tom de voz calmo e suave durante a prestação do cuidado	0	00.00	6	27.27	14	63.64	17	77.27
22	Retoma com frequência o nome da pessoa	6	27.27	2	9.09	14	63.64	15	68.18
23	Olha com frequência de frente nos olhos da pessoa (axial, horizontal, próximo e longo)	2	9.09	12	54.55	8	36.36	14	63.64
24	Promove a verticalidade, se possível. (ex: erguer o tronco, sentar na cama, por de pé, dar uns passos)	7	31.82	7	31.82	8	36.36	11.5	52.27
25	Ajuda a cuidar da aparência pessoal tendo em conta o seu gosto (ex: vestuário, adornos)	14	63.64	3	13.64	5	22.73	6.5	29.55
Totais R.S.		80	30.30	88	33.33	94	35.61	138	52.27
26	Fala à pessoa da experiência agradável que foi estar com ela (ex: gostei de a conhecer, estar consigo).	18	81.82	2	9.09	2	9.09	3	13.64
27	Valoriza os esforços da pessoa, por mínimos que tenham sido,	10	45.45	4	18.18	8	36.36	10	45.45
28	Reforça positivamente os benefícios do cuidado	14	63.64	2	9.09	6	27.27	7	31.82
Totais C.E.		42	63.64	8	12.12	16	24.24	20	30.30
29	Combina um novo encontro (ex: venho ter consigo daqui a 20 min.)	13	59.09	0	00.00	9	40.91	9	40.91
30	Agradece à pessoa aquele momento de relação no cuidado	18	81.82	0	00.00	5	22.73	5	22.73
31	Despede-se	5	22.73	2	9.09	15	68.18	14	63.64
Totais R.		36	54.55	2	3.03	29	43.94	28	42.42
Totais globais		256	37.54	138	20.23	287	42.08	355.75	52.16

ANEXO XI – Flyer da ação de formação Humanitude

Humanitude



Metodologia de Cuidar Humanitude

Formador: Liliana Henriques

Destinatários: Todos os profissionais da UCCI que não tenham realizado a formação Metodologia de Cuidados Humanitude

Dia: 11 de outubro
Hora: 9h – 13h



Local: Sala de reuniões da Santa Casa da Misericórdia de Pedrogão Grande

Largo da Devesa 3270-101 Pedrogão Grande

ANEXO XII – Questionário de avaliação da ação de formação

Questionário da Formação Humanitude

- 1- Os pilares da metodologia de cuidados Humanitude são a palavra, o olhar, o toque e a verticalidade.
- Verdadeiro Falso
- 2- Humanitude é um metodologia de cuidados desenvolvida por Yves Gineste e Rosette Marescotti.
- Verdadeiro Falso
- 3- A técnica de “Toc-Toc” para bater à porta deve ser feita sempre mas de forma rápida pois as pessoas com demência tem um tempo de resposta acelerado, respondendo rapidamente.
- Verdadeiro Falso
- 4- Devemos abordar a pessoa sempre de frente evitando abordagens surpresa, pois podem provocar comportamentos de agitação.
- Verdadeiro Falso
- 5- O fim dos cuidados em força é uma das regras de arte na prestação dos cuidados em Humanitude.
- Verdadeiro Falso
- 6- Os atos gratuitos e a consolidação emocional sou pouco importantes no cuidar.
- Verdadeiro Falso
- 7- É importante profissionalizar o toque para evitar fazer “pinças” e “garras” quando tocamos nas pessoas.
- Verdadeiro Falso

ANEXO XIII – Dados dos itens da SEPCH na 2ª observação em percentagem

Nº	Descrição do procedimento	Não observado/não realizado		Observado/realizado pontualmente		Observado/realizado		Score	
		Nº	%	0.5	%	1	%	Pts	%
1	Bate à porta aberta ou fechada, em quarto individual ou partilhado	4	18.18	0	00.00	18	81.81	18	81.81
2	Espera pela resposta	6	27.27	0	00.00	16	72.73	16	72.73
3	Se não há resposta (expressa ou subentendida), entra no quarto calmamente e bate na barra da cama	13	59.09	0	00.00	9	40.91	9	40.91
4	Aborda a pessoa de frente	2	9.09	0	00.00	20	90.91	20	90.91
Totais P.P.		25	28.41	0	00.00	63	71.59	63	71.59
5	Olha de frente nos olhos da pessoa, ao mesmo nível, de forma progressiva (olhar axial, horizontal, longo, progressivo)	1	4.55	7	31.81	14	63.64	17.5	79.55
6	Chama a pessoa pelo nome que se reconhece (ex: que gosta de ser tratada)	1	4.55	1	4.55	20	90.91	20.5	93.18
7	Apresenta-se à pessoa cuidada (ex: sou enfermeiro, ...)	18	81.82	0	00.00	4	18.18	4	18.18
8	Diz à pessoa o motivo do encontro (ex: está ali para estar com ela, conversar, ajudar)	1	4.55	2	9.09	19	86.36	20	90.91
9	Usa um tom de voz calmo, melodioso e suave	0	00.00	0	00.00	22	100	22	100
10	Oferece a mão ou inicia o toque numa zona neutra (ombro, braço).	4	18.18	3	13.64	15	68.18	16.5	75
11	Entra no espaço íntimo da pessoa (20 a 30 cm)	3	13.64	2	9.09	17	77.27	18	81.82
12	Espera pelo consentimento relacional aceitação verbal ou não verbal (ex: olhar, tónus muscular)	4	18.18	0	00.00	18	81.82	18	81.82
13	Fala sobre o cuidado depois de obtido o consentimento relacional	6	27.27	0	00.00	16	72.73	16	72.73
Totais P.		38	19.19	15	7.58	145	73.23	152.5	77.02
14	Mantém o toque pacificante (amplo e suave, sem os dedos em garra, nem em pinça)	5	22.73	7	31.82	10	45.45	13.5	61.36
15	Anuncia cada gesto cuidativo (discurso preditivo)	5	22.73	8	36.36	9	40.91	13	59.09
16	Estimula de forma motora ou verbalmente a pessoa a iniciar os gestos cuidativos	8	36.36	6	27.27	8	36.36	11	50
17	Descreve todos os gestos cuidativos (discurso descritivo)	5	22.73	11	50	6	27.27	11.5	52.27
18	Reforça positivamente todos os esforços de autocuidado (ex: muito bem!)	7	31.82	5	22.73	10	45.45	12.5	56.82
19	Estimula sensações positivas (ex: cheiro agradável, pele macia, cor da camisa,...)	8	36.36	6	27.27	8	36.36	11	50
20	Está atento às respostas emocionais (ex: tensão muscular, olhar, fáceis)	4	18.18	8	36.36	10	45.45	14	63.64
21	Utiliza um tom de voz calmo e suave durante a prestação do cuidado	0	00.00	2	9.09	20	90.91	21	95.45
22	Retoma com frequência o nome da pessoa	0	00.00	7	31.82	15	68.18	18.5	84.09
23	Olha com frequência de frente nos olhos da pessoa (axial, horizontal, próximo e longo)	0	00.00	13	59.09	9	40.91	15.5	70.45
24	Promove a verticalidade, se possível. (ex: erguer o tronco, sentar na cama, por de pé, dar uns passos)	7	31.82	5	22.73	10	22.73	12.5	56.82
25	Ajuda a cuidar da aparência pessoal tendo em conta o seu gosto (ex: vestuário, adornos)	12	54.55	0	00.00	10	45.45	10	45.45
Totais R.S.		61	23.11	78	29.55	125	47.35	164	62.12
26	Fala à pessoa da experiência agradável que foi estar com ela (ex: gostei de a conhecer, estar consigo).	18	81.82	0	00.00	4	18.18	4	18.18
27	Valoriza os esforços da pessoa, por mínimos que tenham sido,	15	68.18	1	4.55	6	27.27	6.5	29.55
28	Reforça positivamente os benefícios do cuidado	12	54.55	2	9.09	8	36.36	9	40.91
Totais C.E.		45	68.18	3	4.55	18	27.27	19.5	29.55
29	Combina um novo encontro (ex: venho ter consigo daqui a 20 min.)	11	50	0	00.00	11	50	11	50
30	Agradece à pessoa aquele momento de relação no cuidado	19	86.36	0	00.00	3	13.64	3	13.64
31	Despede-se	2	9.09	0	00.00	20	90.91	20	90.91
Totais R.		32	48.48	0	00.00	34	51.52	34	51.52
Totais globais		201	29.47	96	14.08	385	56.45	433	63.49

ANEXO XIV – Dados dos itens da SEPCH na 3ª observação em percentagem

Nº	Descrição do procedimento	Não observado/não realizado		Observado/realizado pontualmente		Observado/realizado		Score	
		Nº	%	0.5	%	1	%	Pts	%
1	Bate à porta aberta ou fechada, em quarto individual ou partilhado	4	18.18	2	9.09	16	72.73	17	77.59
2	Espera pela resposta	6	27.27	2	9.09	14	63.64	15	68.18
3	Se não há resposta (expressa ou subentendida), entra no quarto calmamente e bate na barra da cama	11	50	2	9.09	9	40.90	10	45.45
4	Aborda a pessoa de frente	0	00.00	2	9.09	20	90.91	21	95.45
Totais P.P.			21	23.86	8	9.09	59	67.05	71.59
5	Olha de frente nos olhos da pessoa, ao mesmo nível, de forma progressiva (olhar axial, horizontal, longo, progressivo)	1	4.55	1	4.55	20	90.91	20.5	93.18
6	Chama a pessoa pelo nome que se reconhece (ex: que gosta de ser tratada)	0	00.00	1	4.55	21	95.45	21.5	97.73
7	Apresenta-se à pessoa cuidada (ex: sou enfermeiro, ...)	14	63.64	1	4.55	7	31.81	7.5	34.09
8	Diz à pessoa o motivo do encontro (ex: está ali para estar com ela, conversar, ajudar)	0	00.00	0	00.00	22	100	22	100
9	Usa um tom de voz calmo, melodioso e suave	0	00.00	1	4.55	21	95.45	21.5	97.73
10	Oferece a mão ou inicia o toque numa zona neutra (ombro, braço).	6	27.27	5	22.73	11	50	13.5	61.36
11	Entra no espaço íntimo da pessoa (20 a 30 cm)	0	00.00	0	00.00	22	100	22	100
12	Espera pelo consentimento relacional aceitação verbal ou não verbal (ex: olhar, tónus muscular)	1	4.55	5	22.73	16	72.73	18.5	84.09
13	Fala sobre o cuidado depois de obtido o consentimento relacional	2	9.09	3	13.64	17	77.27	18.5	84.09
Totais P.			24	12.12	17	8.59	157	79.29	83.59
14	Mantém o toque pacificante (amplo e suave, sem os dedos em garra, nem em pinça)	0	00.00	10	45.45	12	54.55	17	77.27
15	Anuncia cada gesto cuidativo (discurso preditivo)	0	00.00	6	27.27	16	72.73	19	86.36
16	Estimula de forma motora ou verbalmente a pessoa a iniciar os gestos cuidativos	3	13.64	6	27.27	13	59.09	16	72.72
17	Descreve todos os gestos cuidativos (discurso descritivo)	2	9.09	8	36.36	12	54.55	16	72.72
18	Reforça positivamente todos os esforços de autocuidado (ex: muito bem!)	0	00.00	7	31.82	15	68.18	18.5	84.09
19	Estimula sensações positivas (ex: cheiro agradável, pele macia, cor da camisa,...)	9	40.91	4	18.18	9	40.91	11	50
20	Está atento às respostas emocionais (ex: tensão muscular, olhar, fáceis)	2	9.09	9	40.91	11	50	15.5	70.45
21	Utiliza um tom de voz calmo e suave durante a prestação do cuidado	0	00.00	1	4.55	21	95.45	21.5	97.73
22	Retoma com frequência o nome da pessoa	0	00.00	0	00.00	22	100	22	100
23	Olha com frequência de frente nos olhos da pessoa (axial, horizontal, próximo e longo)	0	00.00	3	13.64	19	86.36	20.5	93.18
24	Promove a verticalidade, se possível. (ex: erguer o tronco, sentar na cama, por de pé, dar uns passos)	9	40.91	1	4.55	12	54.55	12.5	56.82
25	Ajuda a cuidar da aparência pessoal tendo em conta o seu gosto (ex: vestuário, adornos)	8	36.36	3	13.64	11	50	12.5	56.82
Totais R.S.			33	12.5	58	21.97	173	65.53	76.52
26	Fala à pessoa da experiência agradável que foi estar com ela (ex: gostei de a conhecer, estar consigo).	15	68.18	2	9.09	5	22.73	6	27.27
27	Valoriza os esforços da pessoa, por mínimos que tenham sido,	6	27.27	0	00.00	16	72.73	16	72.73
28	Reforça positivamente os benefícios do cuidado	19	86.36	1	4.55	2	9.09	2.5	11.36
Totais C.E.			40	60.61	3	4.55	23	34.85	37.12
29	Combina um novo encontro (ex: venho ter consigo daqui a 20 min.)	4	18.18	2	9.09	16	72.73	17	77.27
30	Agradece à pessoa aquele momento de relação no cuidado	15	68.18	2	9.09	5	22.73	6	27.27
31	Despede-se	2	9.09	1	4.55	19	86.36	19.5	88.64
Totais R.			21	31.82	5	7.58	40	60.61	64.39
Totais globais			139	20.38	91	13.34	452	66.28	72.95

ANEXO XV – Dados dos itens da SEPCH na 4ª observação em percentagem

Nº	Descrição do procedimento	Não observado/não realizado		Observado/realizado pontualmente		Observado/realizado		Score	
		Nº	%	0.5	%	1	%	Pts	%
1	Bate à porta aberta ou fechada, em quarto individual ou partilhado	2	9.09	1	4.55	19	86.36	19.5	88.64
2	Espera pela resposta	5	22.73	2	9.09	15	68.18	16	72.73
3	Se não há resposta (expressa ou subentendida), entra no quarto calmamente e bate na barra da cama	6	27.27	1	4.55	15	68.18	15.5	70.45
4	Aborda a pessoa de frente	0	00.00	1	9.09	21	95.45	21.5	97.73
Totais P.P.		13	14.77	5	5.68	70	79.55	72.5	82.39
5	Olha de frente nos olhos da pessoa, ao mesmo nível, de forma progressiva (olhar axial, horizontal, longo, progressivo)	0	00.00	1	4.55	21	95.45	21.5	97.73
6	Chama a pessoa pelo nome que se reconhece (ex: que gosta de ser tratada)	0	00.00	0	0.00	22	100	22	100
7	Apresenta-se à pessoa cuidada (ex: sou enfermeiro, ...)	15	68.18	0	0.00	7	31.82	7	31.82
8	Diz à pessoa o motivo do encontro (ex: está ali para estar com ela, conversar, ajudar)	0	00.00	0	00.00	22	100	22	100
9	Usa um tom de voz calmo, melodioso e suave	0	00.00	0	0.00	22	100	22	100
10	Oferece a mão ou inicia o toque numa zona neutra (ombro, braço).	1	4.55	3	13.64	18	81.82	19.5	88.64
11	Entra no espaço íntimo da pessoa (20 a 30 cm)	0	00.00	0	00.00	22	100	22	100
12	Espera pelo consentimento relacional aceitação verbal ou não verbal (ex: olhar, tónus muscular)	0	0.00	7	31.82	15	68.18	18.5	84.09
13	Fala sobre o cuidado depois de obtido o consentimento relacional	5	22.73	3	13.64	14	63.64	15.5	70.45
Totais P.		21	10.61	14	7.07	163	82.32	170	85.86
14	Mantém o toque pacificante (amplo e suave, sem os dedos em garra, nem em pinça)	0	00.00	10	45.45	12	54.55	17	77.27
15	Anuncia cada gesto cuidativo (discurso preditivo)	0	00.00	2	9.09	20	72.73	21	95.45
16	Estimula de forma motora ou verbalmente a pessoa a iniciar os gestos cuidativos	1	4.55	5	22.73	16	72.73	18.5	84.09
17	Descreve todos os gestos cuidativos (discurso descritivo)	0	00.00	10	45.45	12	54.55	17	77.27
18	Reforça positivamente todos os esforços de autocuidado (ex: muito bem!)	1	4.55	2	9.09	19	86.36	20	90.91
19	Estimula sensações positivas (ex: cheiro agradável, pele macia, cor da camisa,...)	1	4.55	9	40.91	12	54.55	16.5	75
20	Está atento às respostas emocionais (ex: tensão muscular, olhar, fáceis)	4	18.18	11	50	6	27.27	11.5	52.27
21	Utiliza um tom de voz calmo e suave durante a prestação do cuidado	0	00.00	0	00.00	22	100	22	100
22	Retoma com frequência o nome da pessoa	0	00.00	0	00.00	22	100	22	100
23	Olha com frequência de frente nos olhos da pessoa (axial, horizontal, próximo e longo)	0	00.00	2	9.09	20	90.91	21	95.45
24	Promove a verticalidade, se possível. (ex: erguer o tronco, sentar na cama, por de pé, dar uns passos)	4	18.18	1	4.55	17	77.27	17.5	79.55
25	Ajuda a cuidar da aparência pessoal tendo em conta o seu gosto (ex: vestuário, adornos)	10	45.45	4	18.18	8	36.36	10	45.45
Totais R.S.		21	7.95	56	21.21	186	70.45	214	81.06
26	Fala à pessoa da experiência agradável que foi estar com ela (ex: gostei de a conhecer, estar consigo).	13	59.09	3	13.64	6	27.27	7.5	34.09
27	Valoriza os esforços da pessoa, por mínimos que tenham sido,	5	27.73	1	4.55	16	72.73	16.5	75
28	Reforça positivamente os benefícios do cuidado	17	77.27	3	13.64	2	9.09	3.5	15.91
Totais C.E.		35	53.03	7	10.61	24	36.36	27.5	41.67
29	Combina um novo encontro (ex: venho ter consigo daqui a 20 min.)	3	13.64	1	4.55	18	81.82	18.5	84.09
30	Agradece à pessoa aquele momento de relação no cuidado	10	45.45	1	4.55	11	50	11.5	52.27
31	Despede-se	2	9.09	1	4.55	19	86.36	19.5	88.64
Totais R.		15	22.73	3	4.55	48	72.73	49.5	75
Totais globais		105	15.40	85	12.46	491	71.99	533.5	78.23