



UNIVERSIDADE
DE TRÁS-OS-MONTES
E ALTO DOURO
utad



“Novos Olhares na Saúde”

Coordenadores

Cristina Moura
Inês Pereira
M^a João Monteiro
Patricia Pires
Vítor Rodrigues



ISBN: 978-989-97708-3-6

Novos Olhares na Saúde

Reservados todos os direitos de acordo com a legislação em vigor

© 2014, Escola Superior de Enfermagem Drº José Timóteo Montalvão Machado

Revisão Técnica e Gráfica
Teresa Carvalho

1.ª Edição: Junho 2014

ISBN: 978-989-97708-3-6

Conselho Editorial

Alexandrina Lobo
Alice Mártires
Amâncio Carvalho
Cristina Antunes
Helena Penaforte
Mª João Monteiro
Vitor Rodrigues

NOVO OLHAR PARA A COMUNIDADE (continuação)	
QUAL O HÁBITO DOS ENFERMEIROS DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS LIDAR HABITUALMENTE COM OS ADOLESCENTES? Manuel Brás; Maria Figueiredo; Carina Ferreira & Eugénia Anes	157
NECESSIDADES DE CUIDADOS DO UTENTE Paula Martins; Gorete Baptista & Helena Pimentel	168
DIFICULDADES SENTIDAS PELAS EQUIPAS NA REFERENCIAÇÃO DE UTENTES PARA A RNCCI Andreia Fernandes; Gorete Baptista & Paula Martins	178
ACESSIBILIDADE AOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS E QUALIDADE DE VIDA DOS IDOSOS Ana Ribeiro; Alexandrina Lobo; Carlos Neves; Graça Ramos; João Gomes & Paula Jesus	189
A PARTICIPAÇÃO DOS UTILIZADORES DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NO PROCESSO DE CUIDADOS, VIVÊNCIA DAS PESSOAS COM DOENÇA DE CROHN Lara Régua; Paulino Sousa & Alexandrina Lobo	201
HUMANIDADE - UMA FERRAMENTA DO CUIDAR EM CUIDADOS CONTINUADOS - PERSPETIVA DO EDUCADOR SOCIAL Rita Araújo; Ana Galvão & Paula Martins	216
ALERTAR 112 - O USO DE LEI NO CIDADÃO FLAVIENSE: LIGUE, ESCUTE E INFORME Patrícia Pires; Ana Cêpeda; Ana Reis; Helena Penaforte & Vítor Machado	228

GESTÃO E EMPREENDEDORISMO NA SAÚDE	
NOVOS MODELOS DE GESTÃO HOSPITALAR: LIDERANÇA E SATISFAÇÃO PROFISSIONAL EM ENFERMAGEM Helena Menezes & Vítor Rodrigues	240
DA QUALIDADE À SATISFAÇÃO EM SAÚDE NO CENTRO DE DIAGNÓSTICO PNEUMOLÓGICO DE MIRANDELA Helena Domingues; Ricardo Ribeiro & Alexandrina Lobo	253
SATISFAÇÃO DOS UTENTES COM OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM NOS CENTROS DE SAÚDE DE UMA UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO NORDESTE DE PORTUGAL Carina Ferreira; Manuel Brás & Eugénia Anes	264
SATISFAÇÃO DOS DOENTES COM APNEIA DO SONO COM OS SERVIÇOS DE CUIDADOS RESPIRATÓRIOS DOMICILIÁRIOS Ana Ferreira; Vítor Rodrigues & Teresa Correia	274
OS CUIDADOS DE HIGIENE COMO PRODUÇÃO DE CUIDADOS: UMA PERSPETIVA DOS ENFERMEIROS GESTORES Cristina Silva; Manuela Martins & Helena Penaforte	287
PERCEÇÃO DE SUPORTE ORGANIZACIONAL: ESTUDO EM ENFERMEIROS DE UMA UNIDADE DO CENTRO HOSPITALAR DE TRÁS-OS-MONTES E ALTO DOURO Vítor Machado & Manuela Frederico-Ferreira	297
SATISFAÇÃO PROFISSIONAL EM ENFERMAGEM NOS NOVOS MODELOS DE GESTÃO HOSPITALAR Helena Menezes & Vítor Rodrigues	309
HUMANIDADE: EMPREENDER QUALIDADE EM SAÚDE M ^ª Olívia Costa; Ana Galvão & Gorete Baptista	322

Humanidade - Uma ferramenta do cuidar em cuidados continuados - perspectiva do educador social *

Araújo, R.¹; Galvão, A.² & Martins, P.³

Resumo - O desenvolvimento tecnológico assume, cada vez mais, nas instituições de saúde um perfil impessoal, levando ao desvio da atenção dos cuidadores da pessoa doente para a eficácia técnica, remetendo assim a relação humana para um segundo plano. Nas últimas décadas, surgiu o conceito de *humanidade*, uma filosofia do cuidar cujo sentido se resume na prática à utilização permanente do "coração" na prestação do cuidar, que respeita e se preocupa com a pessoa, que denuncia e afasta a desumanização do cuidar. Este estudo tem como objetivos, conhecer a prática da metodologia *humanidade* no cuidado aos doentes, em cuidados continuados e implementar a metodologia do cuidar, recorrendo à ferramenta *humanidade*. Trata-se de um estudo de caso, exploratório e descritivo, num plano transversal e de índole qualitativa. A amostra foi constituída por 26 cuidadores formais a desempenhar funções numa Unidade de Cuidados Continuados de Longa Duração e Manutenção. Para a recolha de dados foi utilizado uma entrevista baseada nas fontes teóricas pesquisadas. Pela análise dos resultados, verifica-se aceitação e valorização dos procedimentos cuidativos *humanidade*, uma vez que os cuidadores entrevistados reconhecem a importância da sua aplicação aquando da realização do cuidado ao utente.

Palavras chave: Humanização dos cuidados; *humanidade*; educador social.

Abstract - Technological development has become increasingly in health institutions an impersonal profile, inattention of caregivers of sick person for technical efficiency, thereby referring the human relationship to the background. In recent decades, the concept of *humanidade* arose a philosophy of care whose meaning boils down in practice to the permanent use of the "heart" in the provision of care, respect and care about the person who denounces and away the humanization of care. This study aims to reveal the practical methodology *humanidade* the care of patients in long term care, as well as implement the methodology of care, using *humanidade* tool. This is a case study, exploratory and descriptive, in a transverse plane and qualitative nature. The sample consisted of 26 formal caregivers to perform duties in a unit Continuing Care and Long Term Maintenance. For data collection one based on theoretical sources surveyed interview was used. Show us acceptance and appreciation of *humanidade* care procedures, since the caregivers interviewed recognize the importance of its application on the day of care to the patient.

Keywords: Compassionate care; *humanidade*; social educator.

*O presente estudo resulta de uma dissertação aprovada no âmbito de um Mestrado em Cuidados Continuados.

¹Araújo, Rita, - Mestranda em Cuidados Continuados - Escola Superior de Saúde de Bragança. rita_marlene1987@hotmail.com

²Galvão, Ana, - Escola Superior de Saúde. anagalvão@ipb.pt

³Martins, Paula, - Unidade de Cuidados Continuados de Longa Duração e Manutenção Santa Maria Maior. paulinha13618@hotmail.com

1 - INTRODUÇÃO

Atualmente, vivemos de forma particularmente intensa as nossas relações do quotidiano tanto laborais como pessoais. Também, o desenvolvimento tecnológico leva a que as instituições de saúde assumam um perfil, cada vez mais, impessoal e remetam para um plano secundário a relação humana (Grande, 2007). A burocratização e desorganização das instituições, a falta de formação humana, bem como a mentalidade de muitos profissionais de saúde que resistem às mudanças organizativas, em contraste com a sua atitude receptível para com as inovações tecnológicas, constituem alguns dos muitos fatores que têm vindo ao longo dos anos a contribuir de forma decisiva para a desumanização do cuidar (Grande, 2007). No ano de 1961, o autor Rogers escrevia na sua obra "*Tornar-se pessoa*", que "no domínio clínico desenvolvem-se complexas formulações de diagnóstico em que a pessoa é tratada como um objecto". Domingues (2003), acrescenta que a desumanização dos cuidados, é algo de que já se fala há uma série de anos, e que o facto de se falar tanto na urgência de humanizar os cuidados em saúde é porque na verdade esta é uma realidade. Hesbeen (2006), salienta que:

...no contexto social que conhecemos, empenhar-se em promover um agir sensato, respeitador e preocupado com a pessoa, pode ser considerado como um destino longínquo, ... tantas são as situações e as práticas que oferecem o espectáculo decepcionante de um agir insensato, mais sistemático do que pensado. (p.5).

Nas palavras de Grande (2007), o desafio que se coloca à humanização dos serviços de saúde diz respeito à possibilidade de se estabelecerem programas e políticas pautadas a partir da dignidade, da palavra, do respeito, do reconhecimento mútuo e da solidariedade. Neste sentido, a autora supracitada, refere que a humanização dos cuidados é um processo que deve acontecer desde a entrada nos serviços de saúde através do vigilante ou rececionista, até à saída/à alta do utente. Isto porque, é fundamental que seja reconhecida por todos os intervenientes que colaboram com a instituição, uma vez que, cada um destes profissionais tem a sua parcela de contribuições na área em estudo. É de salientar que não existe humanização dos cuidados, sem antes cuidar da realização pessoal e profissional dos que a fazem. No entender de Domingues (2003), a humanização "implica que as pessoas agentes da humanização, devem humanizar-se a si mesmas, fazendo desabrochar as virtudes pessoais e assimilando os valores humanos universais que tornam a pessoa adulta, auto e hetero-avaliativa, aberta, disponível, acolhedora e conscientemente participativa"

(p.239). A capacidade de cuidar constitui uma característica inata do ser humano, está enraizada na sua natureza, no entanto, a educação acerca do cuidado é essencial. No entender de Gineste e Pellisier (2008), cuidar “é um artesanato rico de inúmeros conhecimentos e regras de arte, exigindo uma verdadeira e longa aprendizagem” (p.284). O profissional de educação social é um agente de mudança social que utiliza estratégias de intervenção educativa. Neste contexto, é de salientar o papel fundamental que a educação não-formal assumida pelos educadores sociais exerce na qualidade do cuidar, permitindo ao cuidador a construção de um saber centrado na pessoa, na sua capacidade humana de cuidar através da aquisição e aplicação de conhecimentos, atitudes e habilidades centradas na pessoa cuidada como sujeito ativo no processo de cuidados (Santa Casa da Misericórdia de Santarém, 2004). A utilização da metodologia *humanitude*, tem vindo a revelar que a sua prática se traduz numa mais-valia para a recuperação da qualidade de vida de doentes idosos acamados, com demência e outras situações de fragilidade. Esta metodologia é definida por Jacquard (1988) citado por Pereira (2012) como:

...o conjunto de oferendas de evolução que os humanos se deram uns aos outros no decurso das gerações, desde que têm consciência de ser e que podem ainda fazer um enriquecimento sem limite; é o tesouro de compreensão, de emoções e sobretudo de exigências éticas para si e para os que pouco a pouco desenvolvemos com a evolução. (p.86)

A filosofia da *humanitude* desenvolvida em França por Yves Gineste e Rosette Marescotti traduz uma metodologia de cuidados, dirigida de forma prioritária às pessoas dependentes vulneráveis e em situação crítica, crónica ou paliativa (Simões, Salgueiro & Rodrigues, 2011). Não obstante, a autora Phaneuf (2010), vai um pouco mais além, ao referir que a prática desta metodologia deve ser também aplicada nos cuidados gerais de todos os doentes, independentemente da sua idade, da sua condição social e dos seus problemas. A *humanitude* contempla seis pilares, designadamente, *a verticalidade, o toque, o olhar, o sorriso, a palavra, o vestuário e os cuidados do corpo*. Este conceito mostra-nos como comportamentos e ações simples podem ser fundamentais na comunicação e no relacionamento interpessoal, e que vão ao encontro da essência do ser no que ele tem de mais humano (Pereira, 2012). Em Portugal, temos vindo a constatar que os Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade Social demonstram a preocupação em qualificar e humanizar a prestação de cuidados. Neste sentido, no ano de 2006, criaram a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI),

situando-se ao nível intermédio de cuidados de saúde e de apoio social, entre os de base comunitária e os de internamento hospitalar, assentando numa intervenção de natureza preventiva, recuperadora e paliativa, envolvendo a participação e colaboração de diversos parceiros sociais, a sociedade civil e o estado como principal incentivador (Decreto-Lei nº 101/2006, de 6 de junho). A fim de situar a problemática *humanitude*, no presente estudo enunciámos os seguintes objetivos gerais: conhecer a prática da metodologia *humanitude* no cuidado aos doentes em cuidados continuados, bem como implementar a metodologia do cuidar, recorrendo à ferramenta *humanitude*.

2 - MÉTODO

2.1 - Participantes

A amostra em estudo era constituída por 26 cuidadores a desempenhar funções na Unidade de Longa Duração e Manutenção Santa Maria Maior, designadamente, 7- Enfermeiros; 1- Técnico Superior de Serviço Social; 1- Administrativo; 1- Psicólogo; 1- Fisioterapeuta; 6- Auxiliares de Serviços Gerais; 6- Auxiliares de Ação Médica; 1- Diretora Técnica; 1- Médico.

2.2 - Material

No presente estudo, tendo em atenção os seus objetivos, optamos por elaborar uma entrevista estruturada, baseada nas fontes teóricas pesquisadas. Esta é constituída por duas partes, na primeira parte são efetuadas questões relativas à caracterização sociodemográfica e profissional dos cuidadores formais em estudo; as questões relacionadas com a caracterização sociodemográfica referem-se à *idade*, *sexo* e *habilitações literárias*. Todavia, já as questões relativas à caracterização profissional são de resposta aberta relacionadas com o *tempo de experiência profissional*, e *se já conhece a metodologia de trabalho *humanitude**. A segunda parte da entrevista tem como objetivo específico conhecer a prática do cuidar dos cuidadores formais, integrando os pilares da *humanitude* (Palavra, Toque, Verticalidade, Olhar, Sorriso, Vestuário e os Cuidados do Corpo). Estudamos a prática do cuidar a partir da formulação de 9 afirmações seguidas de pergunta direta e de resposta aberta, 8 afirmações seguidas de pergunta direta, cotadas de 1 a 5, numa escala ordinal tipo *Likert* e 3 questões diretas de resposta dicotómica (sim/não).

2.3 - Procedimentos

Após as formalidades relativas aos pedidos de autorização da investigação em estudo, procedeu-se à recolha de dados através de entrevistas presenciais realizadas no período compreendido entre os meses de junho e julho de 2013. No início de cada uma das entrevistas, foi solicitado aos participantes a leitura do consentimento informado, no qual referimos os objetivos do presente estudo, bem como os motivos que nos levaram a fazê-lo e esclarecemos que a colaboração neste estudo era de carácter confidencial. As referidas entrevistas foram transcritas na íntegra, tendo a duração (cerca de 15 a 20 minutos) considerada necessária para que os cuidadores formais respondessem às questões colocadas de um modo ponderado e reflexivo.

3 - ANÁLISE DE RESULTADOS

De acordo com a Tabela 1, a amostra era constituída por 26 cuidadores formais, 81,8% do sexo feminino e 19,2 % do sexo masculino, a maioria situava-se na faixa etária dos 20 aos 30 anos. Relativamente ao grau académico, 30,8% (8) tinha o ensino secundário e 30,8% (8) dos cuidadores eram licenciados. Quanto ao tempo de experiência profissional, 53,8% (14) dos cuidadores formais tinha 5 ou menos anos de serviço.

Tabela 1.
Caracterização sociodemográfica dos cuidadores formais

Variáveis	N	%
Sexo		
Feminino	21	80,8
Masculino	5	19,2
Total	26	100,0
Idade		
<30	9	35
31-40	8	31
41-50	6	23
>51	3	11
Total	26	100,0
Habilitações literárias		
Ensino Básico	6	23,1
Ensino Secundário	8	30,8
Licenciatura	8	30,8
Mestrado	4	15,4
Total	26	100,0
Tempo de experiência profissional		
<5		
6-10	14	53,8
11-15	9	36,4
>16	2	9,1
	1	3,8
Total	26	100,0

Através da Tabela 2, podemos verificar que 65,4% dos cuidadores formais já conhecia a metodologia de trabalho *humanidade*.

Tabela 2.
Já ouviu falar da metodologia de trabalho *humanidade*?

Já ouviu falar da metodologia de trabalho <i>humanidade</i> ?	N	%
Sim	17	65,4
Não	9	34,6
Total	26	100,0

No que reporta ao pilar “Palavra”, apresentamos a seguinte afirmação “Um estudo permitiu aos investigadores verificar que em 113 entradas nos quartos dos utentes os prestadores de cuidados bateram à porta 11 vezes e em nenhuma vez esperaram pela resposta. Como prestador de cuidados qual a sua atuação?”. Perante a situação apresentada, a maioria dos cuidadores (S⁷, S¹⁰, S¹³, S¹⁴, S²¹, S²³, S²⁴) responderam “Depende da situação clínica do utente”. Face à questão “A senhora F estava sentada na sua cadeira de rodas, diante da janela. O prestador de cuidados sem lhe falar, agarra a cadeira e começa a virá-la e a empurrá-la rapidamente. O que acha deste procedimento?”. Os cuidadores formais consideram na sua maioria (95% - 21) que o comportamento mencionado na afirmação apresentada é “Nada adequado” e 5% (1) considera ser “Pouco adequado”. Ainda de acordo com o pilar “Palavra”, questionamos os cuidadores formais de “Como costuma chamar ou cumprimentar o utente?”. A maioria dos cuidadores (S⁵, S⁷, S¹², S¹⁴, S¹⁵, S¹⁶, S¹⁷, S¹⁸, S¹⁹, S²⁰, S²¹, S²³, S²⁵, S²⁶) alega chamar ou cumprimentar o utente “Pelo nome próprio ou pelo apelido”. Na questão “Como prestador de cuidados como procede perante um utente que não fala (ex.: quando vai prestar cuidados não o cumprimenta)?”. De acordo com as respostas obtidas, a maioria dos cuidadores (S², S³, S¹², S¹⁶, S¹⁸, S²⁰, S²¹, S²⁴, S²⁵) diz “Cumprimento sempre”. Relativamente ao pilar “Toque”, no que concerne à afirmação “Num lar os prestadores de cuidados foram proibidos de manifestar sinais de afeto aos utentes (tocar-lhes na mão, beijá-los à chegada...) por uma questão de profissionalismo. Qual a sua opinião?”, 61% (16) “Discorda”, 15,4% (4) “Concorda pouco”, 19,2% (5) “Concorda” e 3,8% (1) “Concorda muito”. Relativamente à questão “Quando está a prestar cuidados ao utente, costuma tocá-lo suavemente, em zona neutra do corpo (ombro, braço...)?”, verificamos que 88,5% (23) refere que “Sim” e 11,5% (3) refere que “Não” realizam tal procedimento aquando da prestação do cuidado. Perante a

situação apresentada “O senhor B é acordado bruscamente durante a noite para mudar a fralda. O senhor começou a gritar e a impedir o procedimento. Como cuidador como procedia?”, os cuidadores formais ($S^2; S^6; S^{14}; S^{17}; S^{23}; S^{24}; S^{25}$) entrevistados consideram na sua maioria que perante tal situação tentariam “...acalmá-lo e continuar com o procedimento”. No que diz respeito ao pilar “Verticalidade”, e perante a afirmação “O senhor L parece já não querer levantar-se da cama, a equipa que lhe presta cuidados conversa com ele e ele aceita ser ajudado, mas tal procedimento requer que o prestador de cuidados demore mais tempo. Na sua opinião, a equipa deve realizar os cuidados no leito ou proceder a uma alteração do cuidar?”, os cuidadores entrevistados ($S^5; S^6; S^7; S^9; S^{10}; S^{13}; S^{14}; S^{15}; S^{16}; S^{18}; S^{19}; S^{20}; S^{21}$) consideram que se deve “Proceder a alteração uma alteração do cuidar”, mesmo que o procedimento segundo os cuidadores ($S^2; S^{22}; S^{24}; S^{25}$) possa “Demorar mais tempo mas envolve-lo no procedimento”. No que reporta à questão “Ajuda a pessoa a tomar uma postura vertical (erguer o tronco, sentar-se com uma postura correta no cadeirão, pôr de pé...)?”, a totalidade dos cuidadores formais 100% (26), perante a questão colocada, diz ter essa preocupação. Perante a afirmação “A senhora A foi impedida de arrumar o quarto, uma vez que, àquela hora decorria na instituição uma sessão de ginástica. Qual a sua opinião?”, foi possível verificar que 57,7% (15) “Discorda”, 19,2% (5) “Concorda pouco”, 23,1% (6) “Concorda”. No que respeita à afirmação “Uma prestadora de cuidados, que sempre teve um comportamento irrepreensível foi chamada atenção por dançar com uma utente. Qual a sua opinião?”, é de salientar que 84,6% (22) dos cuidadores “Discorda”, 11,5% (3) “Concorda pouco” e 3,8% (1) “Concorda”. Quanto ao pilar “Olhar”, relativamente à questão “Quando fala com o utente costuma olhá-lo nos olhos?”, os cuidadores ($S^5; S^6; S^7; S^{10}; S^{12}; S^{13}; S^{15}; S^{16}; S^{17}; S^{19}; S^{20}; S^{21}; S^{22}; S^{23}$) dizem que “Sim”. Na questão “Quando se aproxima do utente que tipo de comportamento adota (ex.: coloca-se à distancia de contacto com uma postura ligeiramente inclinada)?”, a maioria dos cuidadores entrevistados ($S^{12}; S^{13}; S^{15}; S^{16}; S^{20}; S^{23}$), respondeu que “Não”. Perante a questão “Costuma expressar um olhar atencioso face ao utente?”, de acordo com as respostas obtidas, 53,8% (14) dos cuidadores expressa “Sempre” um olhar atencioso face ao utente, 42,3% (11) refere que o fazem “Muitas vezes” e 3,8% (1) refere que “Por vezes”. No pilar “Sorriso”, os cuidadores formais quando questionados se “Mantem o rosto aberto quando fala para o

utente?”, referem na sua totalidade 100% (26) que mantêm o rosto aberto quando falam com o utente. Na afirmação “*Alguns autores referem-se ao sorriso (neste caso refiro-me ao sorriso do cuidador) como o remédio mais eficaz, tendo o poder de curar certas doenças. Qual a sua opinião?*”, de acordo com as respostas dos cuidadores, podemos afirmar que 3,8% (1) “*Concorda pouco*”, 19,2% (5) “*Concorda*”, 30,8% (8) “*Concorda muito*” e 46,2% (12) “*Concorda totalmente*”. Quando questionados se “*Utilizam o humor como uma estratégia para interagir com o utente?*”, a maioria dos cuidadores formais (S⁶;S⁷;S¹³;S¹⁴;S¹⁶;S¹⁷;S¹⁸;S¹⁹;S²⁰;S²¹;S²²) respondeu “*Sim*”. No que concerne ao pilar “*Vestuário e os cuidados do corpo*”, perante a afirmação e posterior questão “*Um senhor que não consegue engraxar ele próprio os seus sapatos e que gostaria de receber a família, com os sapatos engraxados, pede-lhe a si enquanto prestador de cuidados ajuda. Perante esta situação, como atuava?*”, os cuidadores formais (S⁵;S⁶;S¹²;S¹⁵;S¹⁶;S¹⁸;S¹⁹;S²⁰;S²¹;S²³;S²⁴) referem “*Faria eu esse serviço*”. No que reporta à questão “*Preocupa-se em manter o utente com o seu próprio vestuário e limpo?*”, os cuidadores referem que manter o utente com o seu próprio vestuário e limpo representa uma das suas preocupações, segundo a análise das respostas 19,2% (5) tem esse cuidado “*Muitas vezes*” e 80,8% (21) “*Sempre*”. No que respeita à questão “*Costuma respeitar o gosto do utente, (vestuário, penteado...) de acordo com as suas preferências?*”, os cuidadores formais entrevistados consideram respeitar o gosto e as preferências dos utentes, 73,1% (19) refere “*Sempre*”, 23,1% (6) diz “*Muitas vezes*” e 3,8% (1) respondeu que “*Por vezes*” têm esse cuidado.

4 - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Da análise efetuada, ressalva registar que a maioria dos inquiridos (80,8%) era do sexo feminino na faixa etária dos 20 aos 30 anos, com habilitações literárias de ensino secundário e licenciatura. O seu tempo de experiência profissional era inferior a 5 anos, a maioria dos cuidadores afirmou que já tinha ouvido falar dos cuidados de *humanidade*. Os resultados obtidos relativamente à caracterização dos cuidadores vão ao encontro do estudo de caracterização do capital humano do pessoal da RNCCI realizado em 2010, que nos mostra que a maioria dos profissionais na RNCCI é do sexo feminino (85,4%), quanto à idade, mais de metade dos profissionais inquiridos encontra-se na faixa etária

inferior aos 35 anos e poucos possuem mais de 50 anos. Estes resultados indicam-nos que a RNCCI incorpora profissionais essencialmente jovens. No que diz respeito às habilitações académicas, mais de metade dos profissionais inquiridos possui bacharelato/licenciatura (51,8%). A seguir, predominam o 3º ciclo de Ensino Básico e o Ensino Secundário, o que vai ao encontro dos resultados obtidos neste estudo. No que reporta ao Pilar *“Palavra”*, verificamos que os cuidadores formais, dependendo da situação clínica do utente e se solicitam a sua entrada no seu quarto, cumprimentam o utente e aguardam pela sua resposta positiva na realização de procedimentos cuidadosos, o que não coincide com os resultados obtidos num estudo realizado em 1998, referido por Gineste e Pellisier (2008), que salientam que num estabelecimento de longa duração, 40% dos utentes internados eram capazes de responder quando os cuidadores batiam à porta, e esperavam pela resposta antes de entrar, referem também que no início do estudo o tempo médio de resposta era de 20 s e um mês depois, tinha decrescido para 3 s. Relativamente ao Pilar *“Toque”*, os cuidadores formais 61,5% (16%) *“Discordam”* com a afirmação colocada, onde referíamos que os cuidadores foram proibidos de manifestar sinais de afeto aos utentes, e quando questionados se costumam tocar o utente em zona neutra do corpo verificamos que 88,5% (23) refere que *“Sim”*, que realizam tal procedimento aquando da prestação do cuidado. De acordo com Gineste e Pellisier (2008), durante anos foi transmitido aos cuidadores que o sentar-se ao pé de um doente para falar com ele ou pegar-lhe na mão representava uma perda de tempo ou uma falta profissional. As observações levadas a cabo por Simões et al. (2011), dizem-nos que o toque não é mantido ao longo do cuidado, verificaram ainda a necessidade da importância deste ser profissionalizado, ou seja, não utilizar a *“mão em garra”* e *“preensão com os dedos em pinça”* nas mobilizações. Ainda nesta linha de pensamento, o autor Lima (s/d) acrescenta que o toque é considerado como um meio de comunicação não-verbal, que vai para além de um mero contato físico, ele é uma porta aberta à troca energética entre dois seres, compreendendo, assim, uma das linguagens corporais. Também Pinto e Rocha (2002), citados por Lima *“consideram o toque como parte fundamental e essencial do cuidado, sendo também, uma necessidade básica do ser humano que precisa ser satisfeita para que o organismo sobreviva”* (p.2). No que diz respeito ao pilar *“Verticalidade”*, os cuidadores entrevistados reconhecem a importância de se praticar um *“cuidar de pé”* e a importância de ajudarem o utente a

manter uma postura vertical correta. De acordo com Gineste e Pellisier (2008), “praticar um cuidar de pé, ... constitui uma das bases das abordagens gerontológicas e humanistas no cuidar de idosos” (p.299). Sem esta noção do cuidar e independentemente da vontade do cuidador, os cuidados no leito não estimulam as capacidades do utente, mas sim o favorecimento de certas doenças, nomeadamente, os síndromas de imobilismo. Quanto ao pilar “*Olhar*”, segundo Bernardo (1984), cit. por Rosário (2009), “O contacto do olhar activa o outro e encoraja-o, se mostra interesse, e destrói-o se mostra indiferença” (p.38). De um modo geral, podemos afirmar que de acordo com as respostas obtidas neste estudo, também o olhar assume grande importância para os cuidadores formais entrevistados. O que vai de encontro as observações realizadas numa UCCI por Simões, Salgueiro e Rodrigues (2012), mostram-nos que o olhar dos cuidadores não era axial, horizontal, longo ou próximo de acordo com a metodologia *humanidade*, o olhar do cuidador e do utente não se cruzavam. Acrescentamos que 53,8% (14) dos cuidadores refere expressar “*Sempre*” um olhar atencioso para com o utente. Segundo Rosário (2009), por vezes, o primeiro olhar dirigido ao doente “aproxima-o” ou “afasta-o” do cuidador. No pilar “*Sorriso*”, os cuidadores formais referem, na sua maioria (100% - 26), que mantêm o rosto aberto quando falam com o utente, de acordo com as observações realizadas por Simões, Rodrigues e Salgueiro (2008), mostram-nos que durante o cuidado, não foram observados sorrisos. De acordo com os dados obtidos, 46,2% (12) concorda totalmente que o sorriso do cuidador pode ser considerado como o remédio mais eficaz, tendo o poder de curar certas doenças. A maioria dos cuidadores acrescenta que utilizam o humor como uma estratégia para interagir com o utente. Segundo José (2003), cit. por Rosário (2009), o humor pode ser entendido como um meio de “quebrar o gelo”, as barreiras sociais, reduz o medo, aumenta a segurança, encoraja um sentimento de verdade e de confiança, reduz o embaraço e o desconforto de profissionais e doentes em situações de exposição, tal como corporal, banho....Relativamente ao pilar “*Vestuário e os cuidados do corpo*”, segundo Gineste e Pellisier (2008), os cuidados que respeitam à higiene do corpo são desvalorizados, como que se a higiene pessoal não fosse mais do que um simples tratamento de superfície, e a limpeza e o vestuário não constituíssem elementos fundamentais da autoestima e da relação com os outros. De acordo com os resultados obtidos, podemos efetivamente constatar a elevada importância que os cuidadores atribuem à higiene do vestuário dos

seus utentes, bem como a sua preocupação em respeitar os seus gostos e as suas preferências. Segundo Woltz e Carvalho (s/d), o facto de o indivíduo poder escolher a peça de vestuário, de acordo com as suas próprias expectativas e com as expectativas do seu grupo, sentir-se-á satisfeito com a sua imagem e por consequência, a sua autoestima se elevará, melhorando inclusive a sua qualidade de vida. Após a discussão dos resultados importa referir que nesta investigação apenas foram estudadas as respostas dadas pelos cuidadores entrevistados, ou seja, não se procedeu à investigação por observação, o que segundo Simões et al. (2012), num estudo por eles realizado, puderam verificar a existência de desvios entre a prática percebida e a efetiva.

5 - CONCLUSÕES

Em suma, é importante salientar que a maioria dos cuidadores formais considera respeitar, valorizar e utilizar a metodologia *humanidade* como uma prática constante nos procedimentos cuidativos. É ainda de referir que na presente investigação a maioria dos cuidadores formais entrevistados tem o ensino básico ou ensino secundário, sem retirar toda a sabedoria e mérito destes cuidadores, a provável ausência de formação técnica e científica em determinadas situações poderá representar um grande desvio entre a prática percebida e efetiva. Os resultados que obtivemos, embora os possamos considerar bastante positivos tendo em atenção as investigações com as quais os confrontamos, consideramos ser pertinente a realização de uma investigação mais aprofundada, nomeadamente utilizando a observação, uma vez que nos permitem verificar a distância entre percepção e efetiva realização dos cuidados. O educador social é um profissional que pode integrar a equipa de cuidados continuados, como agente formativo na área da ferramenta *humanidade*, a par de outras necessidades elencadas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Decreto-Lei n.º 101/2006*, de 6 de julho. Cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Diário da República, 109. Série I-A.
- Domingues, F. B. (2003). *É bom promover a saúde e a ética*. Porto.
- Gineste, Y., & Pellissier, J. (2008). *Humanidade: Cuidar e compreender a velhice*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Grande, C. M. P. M. (2007). Humanização em questão: O estado da arte. *Revista Portuguesa de Bioética*, 1, 47-64.
- Hesbeen, W. (2006). *Trabalho de fim de curso, trabalho de humanidade: Emergir como o autor do seu próprio pensamento*. Loures: Lusociência.

- Lima, J. L. (s/d). O toque e o cuidado de enfermagem. Recuperado de <http://www.professores.uff.br/jorge/toque.pdf>
- Pereira, F. (2012). *Teoria e prática da gerontologia: Um guia para cuidadores de idosos*. Viséu: Psicossoma.
- Phaneuf, M. (2010). *O conceito de humanidade: Uma aplicação aos cuidados de enfermagem gerais*. Recuperado de http://www.infressources.ca/fer/depotdocuments/O_conceito_de_humanidade_uma_aplicacao_aos_cuidados_de_enfermagem_gerais.pdf
- Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. (2012). Estudo de caracterização do capital humano do pessoal da RNCCI. Recuperado de <http://www.rncci.min-saude.pt/documentacao/Paginas/Estudos.aspx>
- Rogers, R. (1961). *Tornar-se pessoa* (2a ed.). Lisboa: Moraes Editores.
- Rosário, E. M. O. C. (2009). *Comunicação e cuidados de saúde comunicar com o doente ventilado em cuidados intensivos*. Dissertação de mestrado não publicada. Recuperado de <https://repositorioaberto.uab.pt/bitstream/10400.2/1472/1/PDF%20Disserta%C3%A7%C3%A3o%20Mestrado%20Com.pdf>
- Simões, M., Rodrigues, M., & Salgueiro, N. (2008). O significado da filosofia da humanidade, no contexto dos cuidados de enfermagem à pessoa dependente e vulnerável. *Revista de Enfermagem Referência*, 2 (7), 97-105.
- Simões, M., Rodrigues, M., & Salgueiro, N. (2011). *Importância e aplicabilidade aos cuidados de enfermagem do método de cuidados de Humanidade Gineste-Marescotti*. *Revista de Enfermagem Referência*, 4 (Série 3), 69-79.
- Simões, M., Salgueiro, N., & Rodrigues, M. (2012). *Cuidar em Humanidade: Estudo aplicado em cuidados continuados*. *Revista de Enfermagem Referência*, 6 (Série 3), 81-93.
- Woltz, S., & Carvalho, M. (s/d). *Vestário inclusivo: A adaptação do vestuário às pessoas com necessidades especiais*. Recuperado de http://www.coloquiomoda.com.br/anais/anais/4_ColoquiodeModa_2008/42438.pdf

Rita Araújo

Mestranda em Cuidados Continuados no Instituto Politécnico de Bragança /Escola Superior de Saúde; - Pós-graduada em Cuidados Continuados pelo Instituto Politécnico de Bragança/Escola Superior de Saúde; -Licenciada em Educação Social pelo Instituto Politécnico de Viséu/ Escola Superior de Educação.

Ana Galvão

Doutorada em Psicologia. Licenciada em Psicologia Clínica pela Universidade do Porto -Professora Coordenadora do Instituto Politécnico de Bragança/ Escola Superior de Saúde; - Executive Coach reconhecida pela ICF (International Coaching Federation); -Psicóloga no Gabinete Clínico do Instituto Politécnico de Bragança; - Coodenadora do Departamento das Ciências Sociais e de Gerontologia; - Investigadora do Núcleo de Investigação e Intervenção do idoso (NIII). - Áreas Científicas de Investigação: Desenvolvimento Humano.

Paula Martins

Enfermeira desde 16/04/2007; - Enfermeira Chefe da Unidade de Cuidados Continuados de Longa Duração e Manutenção de Santa Maria Maior desde 02/12/2008; - Mestre em Tratamento de Suporte e Cuidados Paliativos ao Paciente Oncológico desde 2008; - Doutoranda de Oncologia Clínica na Universidade de Salamanca; - Docente no Mestrado de Cuidados Continuados da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança; - Docente do CET de Técnicas de Gerontologia da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança; -Formadora em serviço na área de Cuidados Paliativos.