

Humanidade como estratégia da relação terapêutica numa Unidade de Cuidados Continuados Integrados

MARIA VALE SANTOS

Relatório final de estágio apresentado à Escola Superior de Saúde de Bragança para
obtenção do grau de mestre em Cuidados Continuados

Orientadora: Professora Coordenadora com Agregação, Ana Maria Nunes Galvão

Orientadora do estágio: Dr^a Sofia Raquel Duarte Pereira

Bragança, março, 2019

Humanidade como estratégia da relação terapêutica numa Unidade de Cuidados Continuados Integrados

MARIA VALE SANTOS

Relatório final de estágio apresentado à Escola Superior de Saúde de Bragança para
obtenção do grau de mestre em Cuidados Continuados

Orientadora: Professora Coordenadora com Agregação, Ana Maria Nunes Galvão

Orientadora do estágio: Dr^a Sofia Raquel Duarte Pereira

Bragança, março, 2019

Agradecimentos

Este relatório de estágio é a concretização de mais uma etapa do meu percurso académico que se traduziu em esforço, dedicação e perseverança. Este meu percurso foi marcado por seres humanos únicos que me ajudaram na elaboração do mesmo, posto isto gostaria de apresentar os meus sinceros agradecimentos a todos que contribuíram para o desenvolvimento deste trabalho.

Agradeço à Santa Casa da Misericórdia de Barcelos, mais concretamente ao Sr. Provedor Firmino Lopes Silva, e à UCCI de Santo António por me ter recebido da melhor forma possível e por me ter transmitido valores fundamentais para a minha prática profissional. Agradeço a todos os profissionais com quem trabalhei, ao Sr. Diretor Ricardo Vieira, à Dr^a Sofia Pereira e à Dr^a Cristina Miranda respetivamente, por todo o apoio, incentivo, disponibilidade e orientação.

Expresso o meu profundo, mas sentido agradecimento à Dr^a Sofia Pereira, Assistente Social da UCCI de Santo António, pelos conhecimentos transmitidos, comentários e sugestões, pela cumplicidade, compreensão, motivação e afeição demonstrada ao longo de todo o meu estágio curricular. Com ela adquiri saberes fulcrais, tanto para a vida profissional, como pessoal.

Expresso o meu sincero agradecimento, à Dr^a Cristina Miranda, Animadora Sociocultural, por todas as aprendizagens e pelo carinho com que me recebeu na Unidade.

Um particular agradecimento, à Professora Doutora Ana Maria Galvão pela ajuda na decisão do tema e pela orientação demonstrada na realização deste relatório de estágio e ao Professor Marco Pinheiro pela ajuda na parte metodológica/estatística, assim como, na preparação da defesa deste relatório.

Um especial agradecimento a todos os cuidadores formais da UCCI de Santo António que voluntariamente participaram neste estudo e que permitiram que esta investigação se transformasse em resultados e conhecimento.

Agradeço a todos os utentes da UMDR e ULDM e à respetiva família por todos os momentos de partilha e aprendizagem.

Agradeço, ainda, à Dona Sílvia, à Dona Carla e ao Sr. Luís que me acompanharam nas horas de almoço, fazendo com que estas fossem um momento prazeroso.

E porque esta caminhada não seria possível sem eles, um ESPECIAL agradecimento aos meus pais, à minha irmã e aos meus avós por terem acreditado em mim e me terem motivado em todas as etapas deste processo.

A todos os meus amigos pelo apoio e companheirismo, especialmente, à Daniela Oliveira, à Joana Pinto, à Vanessa Cancelinha, à Milva Ribeiro, ao Victor Pires e ao Gabriel Lourenço.

A todos, um Muito Obrigado!

Resumo

INTRODUÇÃO: Em 1995, surgiu o conceito de humanidade como uma filosofia que se resume na prática à utilização permanente do “coração” na prestação do cuidar, que respeita e se preocupa com a pessoa e que denuncia a desumanização do cuidado. A relação terapêutica e, conseqüentemente a relação de ajuda estão diretamente relacionadas com a filosofia de cuidado humanidade (FCH), uma vez que durante a prestação dos cuidados deverá existir uma sintonia entre a memória emocional (via afetiva), recorrendo ao uso de linguagens integradas, e os pilares desta filosofia (a palavra, o olhar, o toque, o sorriso, o vestuário e a verticalidade).

OBJETIVOS: Este estudo tem como finalidade/objetivo geral, identificar o uso da ferramenta Humanidade ao serviço do cuidar junto da equipa de profissionais da UCCI de Santo António e a importância da Filosofia de Cuidados Humanidade (FCH) como estratégia da relação terapêutica. Para tal formularam-se os seguintes objetivos específicos: avaliar os conhecimentos sobre a metodologia Humanidade junto da equipa de profissionais da UCCI de Santo António; avaliar competências relacionais de ajuda promotoras da relação terapêutica.

METODOLOGIA: Este estudo classifica-se do ponto de vista estatístico como exploratório, descritivo, inferencial e correlacional e do ponto de vista da dimensão temporal como transversal. A população deste estudo é constituída pelos 55 profissionais de saúde (cuidadores formais) a exercer funções na Unidade de Cuidados Continuados Integrados de Santo António, sendo que amostra é composta por 36 destes profissionais: 2 Administrativos(as) (5.6%); 1 Animador Sociocultural (2.8%); 1 Assistente Social (2.8%); 9 Enfermeiros(as) (25.0%); 3 Fisioterapeutas (8.3%); 1 Médico(a) (2.8%); 1 Nutricionista (2.8%); 1 Psicólogo(a) (2.8%); 15 Técnicos(as) Auxiliares de Saúde (41.7%); 1 Terapeuta da Fala (2.8%); e, 1 Terapeuta Ocupacional (2.8%). Como Instrumento de Recolha de Dados, foi utilizado um questionário composto por três partes: Questionário de caracterização sociodemográfica do cuidador formal; Inventário de Competências Relacionais de Ajuda (ICRA); Questionário da Metodologia de Cuidados Humanidade.

Formularam-se três hipóteses de investigação: existem diferenças nas competências relacionais dos profissionais da UCCI de Santo António de acordo com o sexo; existem diferenças nas competências relacionais dos profissionais da UCCI de Santo António de acordo com o ter tido ou não formação em Humanidade; existem

diferenças nas competências relacionais dos profissionais da UCCI de Santo António de acordo com a função exercida.

RESULTADOS: Os resultados obtidos neste estudo revelam que os participantes responderam na sua larga maioria, ao longo das linhas da FCH, apesar da maioria não ter tido formação específica em Metodologia de Cuidados Humanidade (86.1%). Contrariamente, ao que seria expectável, os profissionais que não tiveram formação em FCH são os que pontuam mais alto no ICRA nas dimensões empatia e comunicação. Quanto às competências relacionais de ajuda, podemos afirmar que os Técnicos Auxiliares de Saúde são os primeiros a apresentar pontuações médias superiores nas dimensões empatia e contato e os enfermeiros na dimensão comunicação.

CONCLUSÃO: Através deste estudo alcançamos todos os objetivos, contudo não foi possível comprovar as três hipóteses formuladas.

DESCRITORES: Humanidade; Relação de ajuda; Cuidados Continuados; Educador Social.

Abstract

INTRODUCTION: In 1995, the concept of humanitude emerged as a philosophy that is summarized in practice to the permanent use of the "heart" in the provision of care, which respects and cares about the person and denounces the dehumanization of care. The therapeutic alliance and, consequently, the relationship of help are directly related to the philosophy of humanitude care (PHC), since during the provision of care emotional memory (via affective), using the use of integrated languages, and the pillars of this philosophy (the word, the look, the touch, the smile, the dress and the verticality) should be syntonised.

OBJECTIVES: The objective of this study is to identify the use of the Humanitude tool in the care service within the UCCI team in Santo António and the importance of the Humanitude Care Philosophy (HCP) as a strategy for the therapeutic alliance. For this purpose, the following specific objectives were formulated: to evaluate the knowledge about the Humanitude methodology of the professional team of UCCI de Santo António; to evaluate help relational skills promoting the therapeutic alliance.

METHODOLOGY: This study is classified from the statistical point of view as exploratory, descriptive, inferential and correlational and from the point of view of the temporal dimension as transversal. The population of this study is made up of 55 health professionals (formal caregivers) who work in the Integrated Continuing Care Unit of Santo António, and the sample is made up of 36 of these professionals: 2 Administrative staff (5.6%); 1 Sociocultural Animator (2.8%); 1 Social worker (2.8%); 9 Nurses (25.0%); 3 Physiotherapists (8.3%); 1 Doctor (2.8%); 1 Nutritionist (2.8%); 1 Psychologist (a) (2.8%); 15 Health Assistants (41.7%); 1 Speech Therapist (2.8%); and, 1 Occupational Therapist (2.8%). As data collection instrument, a questionnaire was used, consisting of three parts: a questionnaire on the socio-demographic characterisation of the formal caregiver; Help Relational Competence Inventory (ICRA); Humanitude Care Methodology Questionnaire.

Three hypotheses of investigation were formulated: there are differences in the relational skills of the professionals of the UCCI of Santo António according to gender; there are differences in the relational competencies of the UCCI professionals of Santo António according to whether or not they had been trained in Humanitude; there are differences in the relational skills of the professionals of the UCCI of Santo António according to their function.

RESULTS: The results obtained in this study reveal that the participants answered in their majority, along the lines of the FCH, although the majority did not have specific training in Humanitude Care Methodology (HCM) (86.1%). Conversely, what would be expected, professionals who did not have training in HCM are the ones that score higher in ICRA in the dimensions of empathy and communication. Regarding the help relational skills, we can say that the Health Assistant are the ones to present higher average scores in the empathy and contact dimensions and the nurses in the communication dimension.

CONCLUSION: Through this study we reached all the objectives, although it was not possible to prove the three formulated hypotheses.

KEYWORDS: Humanitude; Help relationship; Continuous care; Social educator.

Resumen

INTRODUCCIÓN: En 1995, surgió el concepto de humanitude como una filosofía que se resume en la práctica a la utilización permanente del "corazón" en la prestación del cuidado, que respeta y se preocupa por la persona y que denuncia la deshumanización del cuidado. La relación terapéutica y, consecuentemente, la relación de ayuda está directamente relacionadas con la filosofía de cuidado humanitude (FCH), ya que durante la prestación del cuidado deberá existir una sintonía entre la memoria emocional (vía afectiva), recurriendo al uso de lenguajes integrados, y los pilares de esta filosofía (la palabra, la mirada, el toque, la sonrisa, la vestimenta y la verticalidad).

OBJETIVOS: Este estudio tiene como finalidad/objetivo general, identificar el uso de la herramienta Humanitude al servicio del cuidar junto al equipo de profesionales de la UCCI de Santo António y la importancia de la Filosofía de Cuidados Humanitude (FCH) como estrategia de la relación terapéutica. Para ello se formularon los siguientes objetivos específicos: evaluar los conocimientos sobre la metodología Humanidad junto al equipo de profesionales de la UCCI de Santo António; evaluar las competencias relacionales de ayuda promotoras de la relación terapéutica.

METODOLOGÍA: Este estudio se clasifica desde el punto de vista estadístico como exploratorio, descriptivo, inferencial y correlacional y desde el punto de vista de la dimensión temporal como transversal. La población de este estudio está constituida por los 55 profesionales de salud (cuidadores formales) a ejercer funciones en la Unidad de Cuidados Continuos Integrados de Santo António, siendo que la muestra está compuesta por 36 de estos profesionales: 2 Administrativos (as) (5.6%); 1 Animador Sociocultural (2.8%); 1 Asistente Social (2.8%); 9 Enfermeros (as) (25.0%); 3 Fisioterapeutas (8.3%); 1 Médico (a) (2.8%); 1 Nutricionista (2.8%); 1 Psicólogo (a) (2.8%); 15 Técnicos (as) Auxiliares de Salud (41.7%); 1 Terapeuta de la Habla (2.8%); y 1 Terapeuta Ocupacional (2.8%). Como instrumento de recopilación de datos, se utilizó un cuestionario compuesto por tres partes: Cuestionario de caracterización sociodemográfica del cuidador formal; Inventario de Competencias Relacionales de Ayuda (ICRA); Cuestionario de la Metodología de Cuidados Humanitude.

Se formularon tres hipótesis de investigación: existen diferencias en las competencias relacionales de los profesionales de la UCCI de Santo António de acuerdo con el

sexo; existen diferencias en las competencias relacionales de los profesionales de la UCCI de Santo António de acuerdo con el haber tenido o no formación en Humanitude; existen diferencias en las competencias relacionales de los profesionales de la UCCI de Santo António de acuerdo con la función ejercida.

RESULTADOS: Los resultados obtenidos en este estudio revelan que los participantes respondieron en su amplia mayoría, a lo largo de las líneas de la FCH, a pesar de que la mayoría no tuvo formación específica en Metodología de Cuidados Humanitude (86.1%). Contrariamente, a lo que sería esperado, los profesionales que no tuvieron formación en FCH son los que puntúan más alto en el ICRA en las dimensiones empatía y comunicación. En cuanto a las competencias relacionales de ayuda, podemos afirmar que los Técnicos Auxiliares de Salud son los primeros en presentar puntuaciones medias superiores en las dimensiones empatía y contacto y los enfermeros en la dimensión comunicación.

CONCLUSIÓN: A través de este estudio alcanzamos todos los objetivos, sin embargo no fue posible comprobar las tres hipótesis formuladas.

PALABRAS CLAVE: Humanitude; Relación de ayuda; Cuidado continuo; Educador social.

Siglas

RNCCI- Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SNS- Serviço Nacional de Saúde

ERPI S- Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas

UCCI- Unidade de Cuidados Continuados Integrados

UMDR- Unidade de Média Duração e Reabilitação

ULDM- Unidade de Longa Duração e Manutenção

ECL- Equipas Coordenadoras Locais

ECR- Equipas Coordenadoras Regionais

EGA- Equipas de Gestão de Altas

SCMB- Santa Casa da Misericórdia de Barcelos

FCH- Filosofia de Cuidados Humanitude

CAP- Comportamentos agressivos perturbadores

ICRA- Inventário de Competências Relacionais de Ajuda

MGM- Método Gineste-Marescotti

SEPCH- Sequência Estruturada de Procedimentos Cuidativos Humanitude

Índice

Introdução	1
Parte I - O Estágio.....	3
Objetivos do estágio.....	4
Enquadramento da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados	4
Organização e Processo de Adesão na Rede.....	6
Planeamento e Gestão da Alta numa UCCI.....	8
As Equipas Multidisciplinares/Interdisciplinares na RNCCI	8
Caracterização da Entidade de Acolhimento	9
Papel do Técnico Superior de Educação Social numa UCCI	13
Descrição das Atividades Realizadas Durante o Período de Estágio	16
Parte II –Enquadramento teórico.....	19
Fundamentos da Humanidade.....	20
O Método Gineste e Marescotti (MGM)	22
Pilares Constituintes da Humanidade	24
Os Eixos Estruturantes do MGM	27
Evidências sobre o Poder da Humanidade no Cuidado e na Relação Terapêutica	30
A Humanidade como Componente da Relação Terapêutica	33
Parte III – Estudo Empírico.....	38
Metodologia	39
Justificação do Tema	39
Objetivos e Hipóteses de Estudo.....	39
Tipo de Estudo	40
Amostra	41
Instrumento de Recolha de Dados.....	42
Questões Éticas	45
Análise e Tratamento de Dados	46
Apresentação, Análise e Discussão dos Resultados	47
Análise Descritiva	47
Testes de Normalidade	60
Análise Inferencial	61

Conclusões	64
Referências bibliográficas	66
Anexos.....	70

Anexo I- Instrumento de Recolha de Dados (IRD)

Anexo II- Pedido de autorização à direção da ESSa

Anexo III- Resposta ao pedido para aplicação de um instrumento de colheita de dados para estudo de investigação- ESSa

Anexo IV- Resposta ao pedido de autorização à Santa Casa da Misericórdia de Barcelos- Unidade de Cuidados Continuados Integrados de Santo António

Anexo V- Declaração da orientadora

Anexo VI- Consentimento informado

Anexo VII- Mapa de horários dos enfermeiros e técnicos auxiliares de saúde

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Caracterização da Amostra.....	42
Tabela 2 - Frequências "Palavra"	47
Tabela 3 - Frequências "Olhar"	49
Tabela 4 - Frequências "Toque"	49
Tabela 5 - Frequências "Sorriso"	51
Tabela 6 - Frequências "Vestuário"	52
Tabela 7 - Frequências "Verticalidade"	54
Tabela 8 - Pontuações médias ICRA – por Sexo	56
Tabela 9 - Pontuações médias ICRA – por Formação em Humanidade.....	57
Tabela 10 - Pontuações médias ICRA – por Função	59
Tabela 11 - Testes de Normalidade.....	60
Tabela 12 - Teste t para amostras independentes - Sexo	61
Tabela 13 - Teste t para amostras independentes - Formação em Humanidade	62
Tabela 14 - Teste <i>One-Way</i> ANOVA - Função	62

Introdução

O conceito de humanidade, em 1995, emergiu de uma filosofia que prioriza o respeito e a preocupação com o sujeito aquando da prestação de cuidados de saúde (Araújo,2014). A humanidade poderá ser vista como uma ferramenta de trabalho que fomenta, acima de tudo, o respeito da pessoa cuidada, realça técnicas que favorecem a relação entre o cuidador e a pessoa cuidada permitindo o estabelecimento de uma relação de confiança entre ambos (Leite,2015).

Nesta perspetiva de humanidade, verifica-se a personificação e a humanização das pessoas envolvidas no processo do cuidado, uma vez que, estas tornam-se seres ativos na sua própria vida. Ou seja, passa-se de um paradigma individual para um paradigma relacional que se centra na promoção da autonomia da pessoa de acordo com o princípio da beneficência e não maleficência, o que potencia o desenrolar da humanidade na humanidade (Simões, Rodrigues, & Salgueiro,2011).

Os cuidados quando prestados têm que ser "humanizados", ou seja, quando estes são colocados em prática o profissional de saúde tem que se preocupar com os mais variados aspetos da vida do paciente e não apenas com a avaliação da doença em si (Figueirinha, Marques, & Simões, 2012).

Na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) devem existir equipas multidisciplinares/interdisciplinares para que a prestação de cuidados seja a mais digna para com o sujeito. No que toca à Educação Social, consideramos ser pertinente contextualizar o papel do Técnico Superior de Educação Social numa UCCI (Ministério da Saúde & Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social, 2006).

A Unidade de Cuidados Continuados Integrados de Santo António foi escolhida para desenvolver um trabalho de investigação na área da Humanidade. Esta dispõe das seguintes tipologias: UMDR - Unidade de Média Duração e Reabilitação, e ULDM - Unidade de Longa Duração e Manutenção.

A nossa escolha por este local de estágio prende-se com o facto de acharmos imprescindível colocar em prática, no contexto real de trabalho, os conteúdos teóricos abordados durante o 1º ano do mestrado.

Objetivamos para este estágio, adquirir/sedimentar as competências no âmbito da área social em contexto de Cuidados Continuados; integrar a equipa

multidisciplinar da UCCI de Santo António; analisar criticamente as atividades observadas ao longo do mesmo; aprofundar competências na elaboração do estado de arte de um tema de investigação em saúde e proteção social, especificamente na área dos Cuidados Continuados; desenvolver um trabalho de investigação na área da Humanidade e Competências Relacionais de Ajuda.

O presente relatório de estágio descreve num primeiro momento as atividades por nós observadas/desenvolvidas no período de 26 de março a 29 de novembro de 2018 (que foram compreendidas em 340 horas de trabalho), em função dos objetivos de estágio definidos.

Através do estudo implementado no local de estágio pretendeu-se identificar o uso da ferramenta Humanidade ao serviço do cuidar junto da equipa de profissionais da UCCI de Santo António e a importância da Filosofia de Cuidados Humanidade (FCH) como estratégia da relação terapêutica. Para tal formularam-se os seguintes objetivos específicos: avaliar os conhecimentos sobre a metodologia Humanidade junto da equipa de profissionais da UCCI de Santo António; avaliar competências relacionais de ajuda promotoras da relação terapêutica.

Atendendo aos objetivos suprarreferidos pretendemos dar resposta à seguinte questão de investigação: Quais os conhecimentos dos profissionais de uma UCCI sobre humanidade e as competências relacionais promotoras da relação terapêutica?

Este estudo em termos metodológicos será quantitativo, com recurso a um questionário sociodemográfico e a duas escalas. A população deste estudo é constituída pelos 55 profissionais de saúde (cuidadores formais) a exercer funções na Unidade de Cuidados Continuados Integrados de Santo António, sendo que a mostra é composta por 36 destes profissionais: 2 Administrativos(as) (5.6%); 1 Animador Sociocultural (2.8%); 1 Assistente Social (2.8%); 9 Enfermeiros(as) (25.0%); 3 Fisioterapeutas (8.3%); 1 Médico(a) (2.8%); 1 Nutricionista (2.8%); 1 Psicólogo(a) (2.8%); 15 Técnicos(as) Auxiliares de Saúde (41.7%); 1 Terapeuta da Fala (2.8%); e, 1 Terapeuta Ocupacional (2.8%). Este relatório final de estágio será constituído por três partes, sendo elas, a parte I referente ao estágio; a parte II que diz respeito ao enquadramento teórico e a parte III que inclui o estudo empírico.

Parte I - O Estágio

Objetivos do estágio

Para o desenvolvimento deste estágio, delineamos os seguintes objetivos gerais:

- a) Adquirir/sedimentar as competências no âmbito da área social em contexto de Cuidados Continuados;
- b) Integrar a equipa multidisciplinar da UCCI de Santo António;
- c) Analisar criticamente as atividades observadas ao longo do mesmo.
- d) Aprofundar competências na elaboração do estado de arte de um tema de investigação em saúde e proteção social, especificamente na área dos Cuidados Continuados;
- e) Desenvolver um trabalho de investigação na área da Humanidade e Competências Relacionais de Ajuda.

Enquadramento da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

De acordo com o Guia da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (UMCCI, 2009), os Ministérios do Trabalho e Solidariedade Social e o Ministério da Saúde estabeleceram uma parceria potenciando a criação de respostas multissetoriais que tinham como objetivo promover a continuidade da prestação de cuidados de Saúde e Apoio Social a todo o cidadão que apresentasse dependência, com compromisso do seu estado de saúde, ou em situação de doença terminal. Foi através desta articulação que emergiu a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI).

A RNCCI surgiu através do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho e assume-se como um modelo organizativo e funcional, representando um processo reformador desenvolvido por dois setores com responsabilidades de intervenção no melhor interesse do cidadão, sendo eles, o Serviço Nacional de Saúde (SNS) e o Sistema de Segurança Social, assim sendo tem por missão prestar os cuidados adequados, de saúde e apoio social, a todas as pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência.

No artigo 5º, alínea 1, do glossário da RNCCI (UMCCI, 2009), cuidados paliativos são:

"cuidados activos, coordenados e globais, prestados por unidades e equipas específicas, em internamento ou no domicílio, a utentes em situação de sofrimento decorrente de doença severa e ou incurável em fase avançada e rapidamente progressiva, com o principal objectivo de promover o seu bem-estar e qualidade de vida.", enquanto que ações paliativas são "medidas terapêuticas sem intuito curativo que visam minorar, em internamento ou no domicílio, as repercussões negativas da doença sobre o bem-estar global do utente, nomeadamente em situação de doença irreversível ou crónica progressiva." (p. 5).

O artigo 14º, alínea 1, da mesma Portaria refere-se à dotação das unidades em recursos humanos. Assim sendo, as unidades da RNCCI, dependendo da tipologia de resposta, e com o intuito de assegurar níveis adequados de qualidade na prestação de cuidados, deverão enquadrar na sua equipa: médico (incluindo médico fisiatra), psicólogo, enfermeiro (incluindo coordenador e enfermeiro de reabilitação), fisioterapeuta, assistente social, terapeuta da fala, animador sociocultural, nutricionista, terapeuta ocupacional e pessoal auxiliar.

De acordo com o glossário da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (UMCCI, 2009) os cuidados continuados integrados são:

“um conjunto de intervenções sequenciais de saúde e ou de apoio social, decorrente de avaliação conjunta, centrado na recuperação global entendida como o processo terapêutico e de apoio social, activo e contínuo, que visa promover a autonomia melhorando a funcionalidade da pessoa em situação de dependência, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social" (p. 5).

A coordenação da RNCCI processa-se em três níveis distintos: nacional através da Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) - Núcleo funcional; regional através das Equipas Coordenadoras Regionais (ECR) e a nível local pelas Equipas Coordenadoras Locais (ECL) (Instituto de Segurança Social, I.P.,2017).

Esta Rede pretende implementar um modelo de prestação de cuidados adaptado e centrado nas necessidades do cidadão/utente, permitindo-lhe aceder aos cuidados necessários, no tempo e locais certos e pelo prestador mais adequado. A RNCCI estimula a revisão do papel do hospital e enaltece o papel dos cuidados

primários de saúde como charneira do SNS, apoiando assim a sua modernização e adequação às necessidades de saúde emergentes no país (UMCCI,2009)

Organização e Processo de Adesão na Rede

Segundo o Manual do prestador- *recomendações para a melhoria contínua* (2011), a prestação de cuidados de saúde e de apoio social é assegurada pela RNCCI através de 4 tipologias de resposta, sendo elas, unidades de internamento, unidades de ambulatório, equipas hospitalares e equipas domiciliárias.

Fazem parte das **unidades de internamento**, as unidades de convalescença, as unidades de média duração e reabilitação (UMDR), as unidades de longa duração e manutenção (ULDM) e, por fim, as unidades de cuidados paliativos. As **unidades de ambulatório** são constituídas pelas unidades de dia e de promoção de autonomia (UDPA) (UMCCI, 2011).

As Unidades de Convalescença têm como finalidade a estabilização clínica e funcional do utente, por essa razão para esta tipologia devem ser referenciadas pessoas que se encontrem em fase de recuperação de um processo agudo, com elevado potencial de recuperação. O internamento é no máximo de 30 dias consecutivos (UMCCI, 2009).

As Unidades de Média Duração e Reabilitação foram criadas para suprimir as necessidades de sujeitos que, na sequência de doença aguda ou agudização de doença crónica, perderam a sua autonomia e funcionalidade, mas que podem recuperá-la e, que para isso carecem de cuidados de saúde, reabilitação funcional e apoio social. Devido à complexidade ou duração destas patologias, estes cuidados não podem ser prestados no domicílio. As UMDR permitem internamentos entre 30 a 90 dias consecutivos (Instituto da Segurança Social, I.P., 2017).

De acordo com o Guia da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (UMCCI, 2009):

“as Unidades de Longa Duração e Manutenção têm como finalidade "proporcionar cuidados que previnam e/ou retardem o agravamento da situação de dependência, otimizando o status do estado de saúde, num período de internamento em regra superior a 90 dias. Visam responder a doentes com processos crónicos que apresentem diferentes níveis de

dependência e graus de complexidade e que não possam, ou não devam, ser cuidados no domicílio" (p. 9).

As Unidades de Cuidados Paliativos, no âmbito da RNCCI, destinam-se a sujeitos com doenças complexas e, em estado avançado e que provocam sofrimento, havendo evidência de falha da terapêutica dirigida à doença de base ou em fase terminal. Tais patologias requerem cuidados para orientação e prestação de um plano terapêutico paliativo. Nesta tipologia não há período mínimo nem máximo para o internamento (Instituto da Segurança Social, I.P., 2017).

As **equipas hospitalares** englobam as equipas intra-hospitalares de suporte em cuidados paliativos e as equipas de gestão de altas (EGA). As equipas comunitárias de cuidados continuados integrados (ECCI) e as equipas comunitárias de suporte em cuidados paliativos constituem as **equipas domiciliárias** (UMCCI, 2011).

Conforme o Guia da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (2009), o processo de admissão de utentes para qualquer uma das tipologias de resposta suprarreferidas obedece ao princípio fundamental de proporcionar as melhores condições possíveis de reabilitação aos cidadãos que dele carecem. Contudo, convém referir que os utentes com episódio de doença em fase aguda, os indivíduos que necessitem exclusivamente de apoio social, os doentes cujo objetivo do internamento seja o estudo do caso ou os que apresentem regime terapêutico que inclua antibióticos de uso exclusivamente hospitalar não preenchem os requisitos para ingressar numa UCCI (Leite, 2015).

O circuito de referência assenta em três níveis operacionais, sendo eles, as Equipas de Gestão de Altas (EGA), as Equipas Coordenadoras Locais (ECL) e as Equipas Coordenadoras Regionais (ECR).

O acesso à Rede processa-se de forma diferente consoante o doente se encontre internado num hospital do SNS ou se estiver em casa, num hospital privado ou noutras instituições ou estabelecimentos. No primeiro caso, ou seja, se o utente estiver internado num hospital do SNS, tem que se contactar o serviço onde está internado ou a EGA desse Hospital. Cabe à EGA a referência do doente para a RNCCI. A avaliação da necessidade de cuidados continuados é efetuada, preferencialmente no início do internamento, porque é preciso preparar antecipadamente, a etapa que se segue à alta clínica. No segundo caso, a proposta de ingresso na RNCCI é apresentada pelos profissionais do Centro de Saúde, por

exemplo, à ECL, caso este se encontre num hospital privado. Por outro lado, caso o doente esteja em casa e alguém ache que este necessita deste tipo de cuidados deve contactar um médico, enfermeiro ou assistente social do Centro de Saúde da área onde reside o utente. Posteriormente, uma equipa do centro de saúde vai avaliar a situação, e se verificar que tem as condições necessárias para ser encaminhado para a Rede, envia uma proposta de admissão à ECL da mesma área. Assim sendo, o doente e o cuidador e/ou a pessoa que o assiste têm um papel ativo ao longo de todo este processo.

Planeamento e Gestão da Alta numa UCCI

O planeamento da alta hospitalar inicia-se a partir da identificação e avaliação das necessidades dos doentes e é da responsabilidade das EGA (Equipas de Gestão de Altas) dos hospitais e deve ser efetuada de forma articulada com os próprios utentes e a respetiva família. As EGA devem ser constituídas no mínimo pelos seguintes profissionais: médico, enfermeiro e assistente social. Este planeamento tem como finalidade garantir a continuidade dos cuidados de saúde e o uso eficaz dos recursos dos hospitais e da comunidade. Este procedimento não é um ato isolado e deve ser delineado o mais antecipadamente possível (UMCCI, n.d.).

De acordo com o Manual de planeamento e gestão de altas (UMCCI, n.d), o planeamento da alta aplica-se no contexto da RNCCI a todos os doentes que careçam de cuidados continuados integrados imediatamente após um internamento hospitalar e/ou que apresentem um grau de dependência que não lhes permita o regresso ao domicílio em condições de segurança ou em que seja necessária uma avaliação mais rigorosa do grau de dependência.

As Equipas Multidisciplinares/Interdisciplinares na RNCCI

A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) é formada por um conjunto de instituições que têm como finalidade a prestação de cuidados de saúde e de apoio social de forma contínua e integrada a sujeitos que independentemente da sua idade, se encontram numa situação de dependência. Dada a importância da RNCCI, esta deve possuir equipas multidisciplinares/interdisciplinares

para que a prestação de cuidados seja a mais digna e correta para os utentes. Estas equipas devem proporcionar uma maior qualidade na prestação de cuidados que se reportará numa melhoria do bem-estar no dia-a-dia dos utentes/famílias. Assim sendo, o grande desafio que enfrentam estas equipas é trabalhar com o sujeito e respetiva família e cuidar da pessoa de uma forma holística (Azevedo, 2015).

A multidisciplinaridade e a interdisciplinaridade estão preconizadas no âmbito da RNCCI, pois prevê-se que em todas as tipologias da Rede, deverá existir uma complementariedade de atuação entre as diferentes classes profissionais (enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, animadores socioculturais) e uma definição de objetivos orientadores comuns. Assim sendo, na RNCCI os cuidadores formais (profissionais de saúde) deverão "olhar" para as necessidades dos utentes de uma forma holística (Decreto – lei nº101/2006 de 6 de junho).

Concluindo, este tipo de equipas são adotadas na RNCCI, pois o serviço desta passa a ter melhores resultados e o objetivo geral acaba por ser bem-sucedido, permitindo qualidade de vida ao doente e uma maior confiança e segurança à família (Azevedo, 2015).

Caracterização da Entidade de Acolhimento

A Unidade de Cuidados Continuados Integrados de Santo António (UCCI de Santo António) pertence à Santa Casa da Misericórdia de Barcelos (SCMB). A Misericórdia de Barcelos insere-se na rede de Misericórdias que surgiram sob proteção régia. A SCMB, atualmente, dispõe de quatro respostas sociais destinadas à terceira idade, à infância, à área social e à saúde. A valência da terceira idade conta com cinco Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI'S) que possuem acordos de cooperação com o Ministério da Solidariedade e Segurança Social e, em todas elas são efetuados Planos Individuais de Desenvolvimento certificados pelo Sistema de Gestão de Qualidade. A valência da infância abrange a creche e o pré-escolar. Na vertente social podemos mencionar a loja social, o projeto ELOS, o gabinete de apoio ao utente e à comunidade e o voluntariado. Na área da saúde, temos o Centro de Medicina Física e de Reabilitação e Unidade de Cuidados Continuados de Santo António.

A UCCI de Santo António encontra-se localizada na Quinta da Ordem, Rua Dr. Santos Júnior, 4750-332 Vila Frescaíña S. Martinho- Barcelos, insere-se num ambiente paisagístico privilegiado junto ao rio Cávado. Convém referir que possui bons acessos e que dispõe de um estacionamento privado e gratuito. Junto à UCCI existe um Centro de Medicina Física e de Reabilitação e duas Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (Lar Santo André e Lar Nossa Senhora da Misericórdia).

A UCCI de Santo António foi inaugurada pela Santa Casa da Misericórdia de Barcelos a 14 de novembro de 2014, contudo o projeto iniciou-se em 2008 e funciona 24 horas por dia todos os dias do ano.

De acordo com o Regulamento Interno desta UCCI, esta tem como missão contribuir, numa perspetiva integrada, para o processo ativo de recuperação e manutenção global dos seus utentes, prestando cuidados de saúde e de apoio social de qualidade. Esta Unidade pretende afirmar-se como entidade prestadora de cuidados continuados de excelência, numa perspetiva de qualidade e contribuir para a melhoria contínua da qualidade de vida dos utentes e famílias. Os valores fundamentais desta UCCI assentam na humanização dos cuidados, na ética assistencial, na qualidade e eficiência, na responsabilidade, no rigor e transparência, no envolvimento da família e na multidisciplinaridade e interdisciplinaridade.

A UMDR e a ULDM para irem ao encontro da sua missão definiram os seguintes objetivos: proporcionar apoio social e cuidados de saúde de reabilitação/manutenção a pessoas com doenças ou processos crónicos, com diferentes níveis de dependência e que não reúnam condições para serem cuidados no domicílio; garantir que os serviços prestados e as atividades desenvolvidas promovem o bem-estar, o conforto, a qualidade de vida e a segurança dos utentes, bem como contribuir para a prevenção, estabilização ou retardamento de processos de dependência; criar condições que permitam preservar a sociabilidade e, ainda incentivar a relação familiar.

Esta UCCI garante atividades de manutenção e estimulação, cuidados de enfermagem permanentes, cuidados médicos, prescrição e administração de fármacos, apoio psicossocial, controlo fisiátrico periódico, cuidados de fisioterapia, de terapia ocupacional e de terapia da fala, animação sociocultural, higiene, conforto e alimentação, apoio no desempenho das Atividades de Vida Diária (AVD) e apoio nas Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD).

Com o intuito de prestar mais e melhores cuidados de saúde, a UCCI de Santo António conta com uma equipa multidisciplinar, bem organizada e motivada, constituída por um diretor técnico, três médicos (dois especialistas em medicina interna e um especialista em fisioterapia), dezanove enfermeiros, vinte e dois auxiliares de ação médica, três fisioterapeutas, um assistente social, um animador sociocultural, um psicólogo, um terapeuta ocupacional, um terapeuta da fala, um nutricionista, dois administrativos, um encarregado de serviços gerais e um capelão (responsável pela celebração da missa quinzenal).

Esta estrutura de saúde e de apoio social encontra-se integrada na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) e iniciou a sua atividade com 30 camas de ULDM, contudo atualmente dispõe de 55 camas, sendo que 10 são destinadas à Unidade de Média Duração e Reabilitação (UMDR), 40 à Unidade de Longa Duração e Manutenção (ULDM) e 5 são de gestão privada.

Esta UCCI encontra-se organizada da seguinte forma: no R/C encontrámos os serviços gerais que englobam a receção, o gabinete médico/enfermagem, a terapia da fala, a eletroterapia e o ginásio; o 1º piso é composto por 16 quartos, sendo que 8 (6 individuais e 2 duplos) são da UMDR, 6 referentes a ULDM (2 individuais e 4 duplos) e 2 quartos individuais em regime privado e, ainda pelos serviços administrativos, farmácia e capela; o 2º piso é constituído por 20 quartos, sendo que 3 são individuais em regime privado e os restantes 17 referem-se a internamento em ULDM (4 individuais e 13 duplos).

Em ambos os pisos existem uma sala de convívio/ refeitório, um gabinete médico/enfermagem, um posto de enfermagem, uma sala de trabalho multidisciplinar, uma sala de banho assistido, uma sala para colocar os "sujos", uma sala de desinfeção, uma sala de material clínico, uma sala de material de limpeza e duas casas de banho de serviço.

Aquando da admissão do utente na Unidade é lhe proposto um plano de reabilitação, traduzido no Plano Individual de Intervenção (PII), que terá por base o seu projeto de vida, preferências, expectativas pessoais e do cuidador principal/ representante. Este PII é reavaliado quinzenalmente em reunião multidisciplinar.

As visitas aos utentes podem ocorrer diariamente das 14h às 19h, sendo permitido um máximo de três visitantes em simultâneo (cuidador e duas visitas), porém em épocas festivas (ex. Natal) não há qualquer restrição. O principal cuidador

poderá beneficiar de um horário de visita alargado, para que possa colaborar nos cuidados ao seu familiar, desde que combinado individualmente com a equipa. O utente tem o direito de recusar a presença de visitas, mas tal desejo deverá ser comunicado ao enfermeiro responsável do serviço.

Sendo a refeição parte integrante do processo de recuperação, a UCCI de Santo António fornece uma dieta saudável, equilibrada e completa, de acordo com a situação de saúde e as necessidades nutricionais do utente. Todos os alimentos e bebidas exteriores estão interditos, por razões de segurança, salvo comunicação prévia ao enfermeiro de serviço e mediante autorização do mesmo. As refeições são no seguinte horário: pequeno almoço entre as 9h e as 10h; almoço entre o 12:30h e a 13:30h; lanche entre as 16h e as 17h; jantar entre as 18:30h e as 19:30h e ceia às 22h.

A alta dos utentes é objeto de preparação prévia atempada, por parte da equipa multidisciplinar e, obedece a um processo sistemático que garante a continuidade dos cuidados. Durante o internamento, toda a equipa da Unidade trabalha as necessidades previstas para a alta, nomeadamente a necessidade de ajudas técnicas, ensino dos cuidadores, articulação com outras entidades (autarquias, rede solidária), de modo a garantir a continuidade de cuidados na comunidade. Um utente poderá ter alta caso se cumpra, pelo menos, um destes requisitos: obtenção dos objetivos clínicos e de reabilitação; necessidade de cuidados num outro nível de diferenciação; capacidade de reinserção na família e/ou comunidade. No momento da alta, a UCCI disponibiliza aos utentes e seus familiares/representante o relatório de alta com descrição dos cuidados prestados pelos diferentes elementos da equipa e, é arquivado no processo clínico do utente uma cópia da nota de alta.

A UCCI de Santo António foi selecionada para desenvolver o estágio curricular do mestrado em Cuidados Continuados uma vez que, o Departamento de Recursos Humanos mostrou-se recetivo e eu, enquanto mestranda, achei que realizar um estágio numa UCCI iria ser uma mais-valia para o meu futuro profissional. Convém referir que todas as informações suprarreferidas foram do consentimento da direção da Unidade de Cuidados Continuados Integrados de Santo António.

Papel do Técnico Superior de Educação Social numa UCCI

O rápido desenvolvimento tecnológico e científico que se faz notar por todo o mundo, apesar de permitir a aproximação de países e povos, através das novas tecnologias, traz consigo, também condicionalismos políticos e económicos que produzem desigualdades sociais, financeiras e culturais incalculáveis. Contudo, no contexto histórico, independentemente do momento temporal, temos que ter noção que não há nada que supere o valor do sujeito e a forma como este se relaciona com a sociedade, posto isto, torna-se essencial intervir na relação com o outro através da dimensão educativa. É no combate à exclusão e na intervenção em situações de crise que faz sentido abordarmos o que é a educação, a pedagogia e a intervenção social em Portugal (Azevedo, 2011).

Segundo o documento intitulado "Pertinência profissional do Técnico Superior de Educação Social" (Associação dos Profissionais Técnicos de Educação Social, 2015), atualmente, a educação não deve ser conceptualizada apenas a partir da sua forma escolar (educação formal), pois o ser humano aprende em vários contextos e ao longo de todo o seu ciclo vital (desde a infância até à velhice). Assim sendo, a educação deixa de se dirigir a um período determinado da vida, passando deste modo, a ser encarada como dimensão fundamental da existência humana, assumindo uma multiplicidade de formas com o objetivo de construir uma relação dinâmica entre os sujeitos e o mundo. A consciência desta responsabilidade pública perante os paradigmas sociais emergentes (ex. desigualdades sociais, económicas, culturais e pedagógicas) e a necessidade de uma educação ao longo de toda a vida levam-nos a enfatizar a importância da praxis profissional do Técnico Superior de Educação Social.

A Educação Social, tem que ser vista, como a expressão da responsabilidade da sociedade perante os problemas humanos que a percorrem e, para tal, os Técnicos Superiores têm que manter o otimismo durante a sua prática profissional, não se deixando levar pelos fatalismos das situações. A formação destes profissionais terá que assumir plenamente as dimensões sistémica, hermenêutica e projetiva da própria educação social, ou seja, o técnico terá que ter consciência de que os fenómenos socioeducativos são realmente complexos, por isso necessitam de ser trabalhados de forma holística e, sempre com o objetivo de mudança no futuro (Carvalho & Baptista, 2004).

A profissão de Técnico Superior de Educação Social é relativamente recente, o que faz com que as funções prestadas por estes Técnicos se confundam com as desempenhadas por outros profissionais da área social. A importância deste grupo profissional tem começado a ganhar relevância no mundo laboral e, atualmente já se elogia o imprescindível papel do Educador Social, contudo apenas em 1998 é que esta profissão passou a ser consignada no "Guia das Profissões", do Instituto de Emprego e Formação Profissional (IEFP). O início do desenvolvimento da investigação em ciências sociais, em Portugal, ocorreu nas décadas de 70 e 80, sendo que, a primeira licenciatura em Educação Social foi homologada em 1996 pela Universidade Portucalense Infante D. Henrique (Azevedo, 2011).

Na linha de pensamento de Mateus (2012), a profissão de Educador Social surgiu da interseção de vários saberes profissionais (ex. serviço social e psicologia), que têm em comum uma intencionalidade educativa nas intervenções. O Educador Social tem que ser visto como um dinamizador de grupos, que lida diariamente com as emoções das pessoas que o procuram. A identidade do Educador é marcada pela polivalência técnica, pela pluralidade de funções e pela diversidade de contextos de trabalho (ex. autarquias, escolas, hospitais), tornando o seu campo de intervenção muito amplo (Azevedo, 2011).

Segundo Carvalho e Baptista (2014), as áreas de intervenção deste profissional são vastas (educação de adultos; especializada; para o tempo livre; penitenciária) e este fundamenta a sua intervenção através de estratégias contextualizadas. A pedagogia social é a ciência matriz da Educação Social e fornece aos profissionais "balizas" teóricas e práticas legitimadoras de uma decisão profissional contextualizada, reflexiva e autónoma. O Educador Social funciona apenas como um "auxiliar" que ajuda/orienta o sujeito a olhar o futuro com esperança, por outras palavras, este profissional não trabalha para a pessoa, mas sim com a pessoa, pois caso esta não esteja disposta a alterar a sua situação, esta manter-se-á mesmo que o profissional se empenhe durante todo o acompanhamento. Este Técnico Superior além de competências técnicas, terá que ter competências informais, tais como o autoconhecimento, a abertura ao outro e a capacidade de enfrentar o risco e o sofrimento, para que a sua intervenção seja efetiva.

Como já fomos referindo anteriormente, os Educadores Sociais na sua prática tocam, afetam, organizam/(des)organizam os sujeitos a eles afetos, por isso deverão

manter uma atitude de empenho e abertura, de saber agir nas mais diversas situações. Posto isso, terão que adotar uma postura ética que permita o caminhar com o outro e o descobrir caminhos, sem desresponsabilizar o educando dos seus compromissos pessoais. A práxis deste profissional deverá orientar-se tendo em conta uma vertente pedagógica que colmate as necessidades do sujeito e da sociedade. O Educador Social terá que estar durante toda a intervenção suficientemente próximo do sujeito para criar um clima de confiança e de empatia, mas também suficientemente afastado para não criar dependência (Neto, 2012).

Tendo em conta, o acima mencionado, achámos que é imprescindível abordarmos os quatro princípios orientadores da práxis do Educador Social. O primeiro princípio afirma que não existe um determinismo na história do indivíduo, nem o contrário, ou seja, o ser humano é produtor da sua história e pode mudar o rumo da mesma em qualquer altura da sua vida. O segundo princípio diz-nos que não basta conhecermos a realidade, mas sim transformá-la através do conhecimento. O terceiro princípio diz respeito ao facto do sujeito ter que estar envolvido em todo o processo de acompanhamento e, para tal terá que atuar e reagir. Por fim, o quarto princípio remete-nos para a importância da articulação entre o mundo subjetivo e objetivo (Neto, 2012).

O Técnico Superior de Educação Social poderá/deverá integrar as equipas multidisciplinares da RNCCI, uma vez que, a sua profissão é caracterizada pela apetência que este profissional demonstra para perceber a realidade, refletir e adaptar-se. Intervém numa prática socioeducativa e pedagógica o que poderá ser uma mais-valia pois trabalha com o utente/família. O trabalho deste técnico, numa UCCI, na perspetiva da “Humanidade”, é prestar apoio ao doente/família, compreender as suas necessidades e ser uma "ponte de ligação" entre o utente, a família e os outros profissionais da equipa multidisciplinar, humanizando o internamento. Os profissionais que fazem parte destas equipas da RNCCI, perante as realidades vivenciadas numa UCCI, devem trabalhar todos para o objetivo final, que será a recuperação holística do utente (Leite, 2015). Tendo em conta, o que foi descrito anteriormente acerca da intervenção do Técnico Superior de Educação Social, achámos que todas as intervenções terão que ter na sua base o conceito de relação de ajuda e, ter em conta os pressupostos da Filosofia de Cuidado Humanidade (FCH), para que sejam intervenções efetivas. Ou seja, no decorrer de qualquer intervenção,

dever-se-á respeitar sempre o outro e acreditar que, tal intervenção irá produzir mudanças benéficas na vida do indivíduo. É de realçar, também, o papel fundamental deste profissional que através de ações sociopedagógicas, motiva os utentes para uma participação ativa no seu próprio desenvolvimento através da aquisição de conhecimentos, atitudes e aptidões centradas na pessoa cuidada.

Descrição das Atividades Realizadas Durante o Período de Estágio

Durante o meu período de estágio (340h) tive a oportunidade de contactar com os diferentes profissionais da UCCI de Santo António e perceber qual o trabalho desempenhado pelos mesmos.

Como este estágio pressupunha observação, no decorrer do mesmo tive oportunidade de elaborar/concluir o enquadramento teórico, ter um maior conhecimento relativamente à organização e funcionamento da RNCCI (UMDR e ULDM) e acompanhar o trabalho de profissionais, nomeadamente da Técnica de Serviço Social, da Animadora Sociocultural e da administrativa.

No decurso do estágio, adquiri conhecimentos na área da assistência social, pois tive oportunidade de acompanhar a Assistente Social em vários processos de admissão/acolhimento e alta onde presenciei e percebi quais são as diligências que se devem efetuar nas seguintes situações: alteração do representante e/ou solicitar transferência por proximidade. Tive oportunidade de perceber o funcionamento do GestCare CCI- aplicativo de monitorização da RNCCI e quais são os pontos chave da avaliação social. Apoiei e acompanhei a realização dos contactos com as ERPI's dos concelhos de Barcelos, Braga, V.N. Famalicão, Esposende, Ponte de Lima e Póvoa de Varzim com o intuito de verificar o ponto de situação dos utentes inscritos nas mesmas uma vez que a alta da unidade estava a aproximar-se. Tive a possibilidade de estar presente em reuniões quinzenais multidisciplinares e durante as mesmas pude constatar que a equipa da UCCI de Santo António tentava reunir o máximo de profissionais possíveis, nomeadamente, o assistente social, o enfermeiro, o médico, o fisioterapeuta e o terapeuta da fala. Estas reuniões tinham como finalidade a partilha de informações entre profissionais, delinear as diligências a efetuar durante o internamento, discutir os objetivos terapêuticos definidos para cada utente, bem como planificar a alta. Era neste espaço de partilha que se discutiam os casos "mais

delicados” para depois realizar conferências familiares com os representantes e os próprios utentes, sempre que possível.

Ao consultar os processos dos utentes da UMDR e ULDM estive especialmente atenta ao processo social dos utentes para perceber os parâmetros que são avaliados na avaliação social (breve caracterização do agregado familiar e filhos; tipo e condições habitacionais; situação profissional e económica; processo de socialização; diagnóstico social; problemas identificados; perspetivas do utente e da família para a alta; perspetivas de recuperação a nível clínico para a alta; análise da capacidade de prestação de cuidados pós-alta na perspetiva do cuidador; plano de intervenção e alta).

Ao longo do estágio, foi-me dada a oportunidade de apoiar e acompanhar a Animadora Sociocultural em diversas atividades, nomeadamente naquelas que se enquadravam nas áreas "atividades vamos jogar" (ex: torneio de boccia interno; jogo do bingo ; jogo do arco; ensaios do coro sénior; jogo da tabela; jogo das garrafas; jogo da pesca/peixes; badmington com balões); na área "mente ativa" (ex: jogo dos provérbios; jogo do bingo sonoro; jogo das perguntas; dominó; jogo de estimulação cognitiva "neurogymkhama"; realização de tapetes de sedielas); na área "celebração das datas festivas" (ex: Festa de Santo António; decoração da UCCI para a festa de S. Martinho; decoração da UCCI para as festas Natalícias). As atividades referidas tinham como objetivo comum estimular cognitivamente e socialmente os utentes. Era na sala de convívio de cada um dos pisos que habitualmente se realizavam as atividades de animação sociocultural suprarreferidas, contudo os utentes podiam usufruir da mesma, após o horário laboral da animadora. É importante referir que sempre que as condições climatéricas permitiam as atividades realizavam-se na parte exterior da UCCI. O meu envolvimento nas atividades propostas pela Animadora Sociocultural para a UCCI de Santo António, permitiu-me contactar diretamente com todos os utentes e perceber as suas histórias de vida.

A maioria dos utentes internados nesta UCCI tinham demências associadas, por isso e, com o objetivo de orientar temporalmente os utentes e criar uma atmosfera que transmitisse segurança existia um calendário em cada quarto da UMDR e ULDM, nas salas de convívio e no ginásio.

Durante o estágio, obtive conhecimentos na área administrativa da UCCI através da organização dos planos individuais de intervenção (PIIs), do arquivamento

dos processos dos utentes que já tinham tido alta numa pasta própria para o efeito e do agendamento dos atendimentos sociais para o mês de outubro.

Ao longo do estágio pude constatar que tal como está previsto no documento intitulado "Enquadramento das unidades de reabilitação de acidentes vasculares cerebrais" (UMCCI, 2007), o trabalho e os cuidados prestados pela UCCI de Santo António têm por base uma avaliação holística, integral e interdisciplinar que origina um plano individual de intervenção (PII) adaptado às necessidades de cuidados e aos objetivos terapêuticos de cada utente; neste PII está descrita a intervenção do médico, de enfermagem, social, de psicologia, de fisioterapia, de terapia ocupacional, de terapia da fala, de nutrição, de animação sociocultural. Nesta unidade, a articulação entre os diferentes conhecimentos/saberes é a "peça" fulcral tanto na prestação de cuidados como na sua continuidade.

Em suma, a minha integração na equipa da Unidade dos Cuidados Continuados Integrados de Santo António, permitiu-me conhecer na prática como se desenrola uma reunião multidisciplinar, assim como os atendimentos sociais. Destacar, também a participação nas atividades de animação sociocultural, pois estas permitiram-me estabelecer um contacto próximo com os utentes e com os familiares no horário de visitas. A organização dos processos administrativos foi muito enriquecedora pois adquiri conhecimentos sobre a organização dos processos dos utentes de UMDR e ULDM. Através deste estágio adquiri novas competências pessoais e profissionais que irão ser uma mais valia aquando da minha entrada no mercado do trabalho, pois terei maior facilidade para lidar com alguns constrangimentos.

Parte II –Enquadramento teórico

Fundamentos da Humanidade

Ao conceito Humanidade está subjacente a forma como nos relacionamos com outro (relação de ajuda) e o comportamento que assumimos aquando da prestação de cuidados, ou seja, como falamos, sorrimos, acolhemos, estimulamos e deixamo-nos estimular (Cardoso, 2014). O cuidado em Humanidade é imprescindível na construção harmoniosa do ser humano e potencia a excelência da pessoa, uma vez que se centra na autonomia e no princípio da beneficência e não maleficência (Simões et al., 2011).

No âmbito da saúde, o ato de cuidar é visto como uma atividade que tem como objetivo final, permitir que o sujeito que está internado numa unidade de saúde, continue a desenvolver as suas capacidades e que colmate as suas necessidades (fisiológicas e sociais) para tal, o profissional deverá entender o utente como um ser singular, com características específicas e, colocar ao seu dispor os recursos que lhe permitirão lidar com a patologia de uma forma adaptativa (Grelha, 2009, *cit. in.*, Araújo, 2014).

O processo do cuidar e a relação, durante o tratamento, entre o profissional e o doente na RNCCI deve assentar no pilar do cuidado, o que "exige" que ambos adotem uma conduta baseada nos valores e princípios da humanização (Leite, 2015).

O profissional de saúde e/ou o que trabalha na Rede, independentemente das suas competências técnicas e científicas, não deve de maneira alguma esquecer que o "seu paciente" é um ser biopsicossocial e, como tal tem que ser tratado como todos os seres humanos, ou seja, com respeito e dignidade (Figueirinha et al., 2012).

Para se colocar em prática o cuidado humanizado, os profissionais têm que mostrar preocupação por diversos aspetos da vida do sujeito, e não exclusivamente pela doença, pois os indivíduos são seres complexos, com trajetórias de vida singulares (Figueirinha et al., 2012). Segundo Forte (2004, *cit. in.*, Figueirinha et al., 2012, p.38), "o termo humanização tem sido utilizado com diferentes significados e entendimentos, relacionando-o com os direitos dos pacientes e a ética voltada ao respeito ao outro".

Segundo o ponto de vista de Grande (2007, *cit. in.*, Araújo, 2014), humanizar é um processo amplo e complexo que engloba todas as dimensões do doente e da sua rede familiar e que exige uma modificação de comportamentos em todos os domínios da sociedade. A humanização dos cuidados deverá ocorrer desde a entrada nos serviços de saúde através do rececionista, até à saída/ alta do utente, pois todos os

intervenientes que trabalham numa determinada instituição devem sentir que o seu trabalho é reconhecido, uma vez que se sabe que cada contribuição é fundamental para a recuperação do doente.

Apesar dos conceitos humanismo e Humanidade terem a mesma raiz etimológica, estes termos têm significados distintos. Humanismo é considerado um conceito filosófico que nos apresenta a relevância do ser humano no Mundo (Phaneuf, 2010), enquanto que, Humanidade é um conceito antropológico que descreve as raízes da condição humana e manifesta a sua essência, é visto como um "tesouro" de emoções e de compreensão das mesmas, ou seja, é um conceito global que olha para o ser humano como um ser biopsicossocial (Phaneuf, 2007, *cit. in.*, Cardoso, 2014). Por outras palavras, a humanidade tem como finalidade a construção harmoniosa do ser humano, e este é visto como um "sistema" holístico (Simões, Salgueiro, & Rodrigues, 2012).

O conceito Humanidade, assim como a Filosofia de Cuidado Humanidade (FCH) desde cedo despertaram o interesse de estudiosos. Os trabalhos de Klopfenstein, Senghor, Jacquard, Mias, Archer e Gineste e Marescotti são marcos importantes sobre esta filosofia de cuidados.

A palavra humanidade foi empregue pela primeira vez, em 1980, pelo jornalista suíço Freddy Klopfenstein quando este se referiu a "Inquietude, solitude, habitude: humanidade", porém o conceito Cuidar em Humanidade surgiu em 1986, pela mão do filósofo e geneticista Albert Jacquard, na sua obra "A herança da liberdade: da animalidade à humanidade (L'Héritage de la liberté: de l'animalité à l'Humanidade), onde este elaborou uma reflexão crítica sobre esta filosofia de cuidado (Simões et al., 2011).

Na linha de pensamento de Araújo (2014), Léopold Senghor utilizou o conceito humanidade quando abordou a Negritude (movimento literário que fazia referência ao impacto contraproducente que a cultura europeia originou na cultura africana).

Posteriormente, Jacquard (1986, 1988, *cit. in.*, Simões, 2014) remeteu-nos para a perspetiva ecológica do conceito, que aborda a importância da interdependência entre os seres humanos e o papel de cada um na construção da Humanidade. Este filósofo e geneticista afirma que com o desenvolvimento humano, as redes de interação social foram-se tornando cada vez mais complexas e o Homem

sentiu a necessidade de partilhar os seus conhecimentos com os outros (Simões, 2017). Em 1987, este filósofo e geneticista refletiu sobre a cultura da diferença e as questões da negritude estudadas anteriormente por Senghor.

Lucien Mias, geriatra francês, em 1989, incrementou este conceito aquando da sua prestação de cuidados a idosos (Araújo, 2014). Porém, o estudo mais relevante sobre a humanidade surgiu, em 1975, a partir do conceito "Viver e morrer de pé" desenvolvido por Yves Gineste e Rosette Marescotti. Estes professores franceses de educação física, em 1995, criaram uma nova filosofia de cuidar: A Filosofia de Cuidar em Humanidade (FCH).

Em Portugal, em 2002, Luís Archer através da teoria de humanidade holística conjugou os pilares da humanidade, com a ciência e o tecnocosmo, ou seja, enalteceu o mistério humano, enquanto domínio do sagrado (Simões et al., 2008).

Posto isto, e visto que esta filosofia de trabalho ainda tem muito espaço para "crescer", achamos importante sensibilizar os profissionais para a reflexão sobre a Filosofia de Cuidado Humanidade pois esta, na maioria das vezes, é vista como vulgar, não sendo merecedora de grande entrega, contudo sabe-se que quando bem aplicada permite uma melhoria da qualidade de vida de todos os intervenientes, uma vez que recorda gestos aos profissionais aquando da prestação dos cuidados que são fulcrais para o sucesso da reabilitação do doente (Pereira, Gomes, & Galvão, 2012). Segundo Simões (2014), o cuidar em Humanidade tem que ser um cuidado refletido, quer do ponto de vista pedagógico, quer do ponto de vista científico, devido à complexidade dos seus pilares de ação (olhar, palavra, toque, sorriso, verticalidade e vestuário).

O Método Gineste e Marescotti (MGM)

O Método de cuidados de Yves Gineste e Rosette Marescotti (MGM) (Gineste e Marescotti, França), tem por base os princípios da Filosofia de Cuidado Humanidade - que na sua conceção original defende 6 pilares de ação (olhar, palavra, toque, sorriso, verticalidade e vestuário) – e aqui defende 7 eixos, sendo eles, Filosofia da Humanidade, captura sensorial, rebouclage, cuidados de higiene, toque ternura, manutenção relacional, viver e morrer de pé (Simões et al., 2011).

A Filosofia de Cuidado Humanidade que surgiu pelas "mãos" de Yves Gineste e Rosette Marescotti dirige-se a sujeitos dependentes vulneráveis e em situação crítica, crónica ou paliativa (Simões et al., 2011). Phaneuf (2010), defende que esta metodologia deve ser aplicada a todos os doentes independentemente da sua idade, da sua condição social e dos seus problemas.

O MGM (Simões et al., 2012), tem como benefícios a recuperação da qualidade de vida de sujeitos idosos acamados, demenciados e/ou noutros estados de fragilidade. Através desta técnica observa-se, também, uma redução de episódios de comportamentos agressivos perturbadores (CAP) e uma menor oposição aos cuidados. Assim sendo, o ambiente onde estes se realizam fica mais sereno refletindo-se claramente na saúde dos cuidadores (menor taxa de absentismos por esgotamento profissional e lesões músculo-esqueléticas).

O bom resultado conseguido pelos trabalhos dos autores, tanto na pacificação das pessoas doentes internadas com CAP, como na diminuição da rotatividade dos cuidadores por transferência de serviço e no próprio absentismo, levou à difusão desta forma de prestação de cuidados por diversos países (Simões, 2014).

O MGM teve um grande impacto social expandindo-se a nível internacional através de uma rede de Institutos Gineste-Marescotti (IGM). O primeiro movimento para a criação de um organismo de formação começou, em 2001, no Canadá, contudo só passado dois anos é que se conseguiu fundar o Instituto de Cuidados Gineste Marescotti, d'IGM-Canada (Simões, 2013).

Em Portugal, em 2003, Nídia Salgueiro (enfermeira impulsionadora dos cuidados humanidade) tomou conhecimento da Humanidade e do MGM através de Margot Phaneuf (Melo et al., 2017). Visto que a filosofia da Humanidade fazia sentido e vinha ao encontro das experiências desta enfermeira no terreno, com utentes doentes, agitados, com problemas do foro psiquiátrico e outras situações de vulnerabilidade, esta enfermeira e a sua equipa começaram a introduzir estes conceitos nas suas próprias ações formativas, divulgando, deste modo, esta filosofia de cuidado.

Na linha de pensamento de Simões (2013), em França, em 2004, foram criados nove IGM, sendo que, atualmente, existem catorze. Depois seguiu-se a criação do l'IGM-Suisse (2005), do l'IGM Belux (2007) e do IGM-Alemanha (2010).

Em 2005, foi iniciada a abordagem da Humanidade, ligada ao cuidado, através de Margot Phaneuf (Salgueiro, 2015, *cit. in.*, Melo et al., 2017). Esta abordagem foi enquadrada na formação sobre relação de ajuda, tendo sido abordadas algumas técnicas e pressupostos da MGM®, como a captura sensorial e a rebouclage sensorial.

Em Portugal, em 2011, constitui-se a Humanidade, Lda. (IGM Portugal) e, em 2012, no Japão concebeu-se o IGM Internacional (Simões, 2013).

Em França, em 2012, a Associação Humanidade e Modo de Vida (ASSHUMEVIE) surgiu da junção das unidades Humanidade, e tem como missão assegurar que as instituições cumprem os critérios, decretados no referencial Humanidade, que têm como base os seguintes princípios: zero cuidados em força; respeito pela singularidade e intimidade; viver e morrer de pé; abertura da estrutura para o exterior; lugar de vida, lugar onde se deseja viver. Hoje em dia, o MGM conta com cerca de 150 técnicas, que assentam numa base relacional e fomentam a profissionalização da relação entre cuidador e pessoa cuidada (Melo et al., 2017).

Na linha de pensamento de Maria (2014), foi graças à implementação dos IGM que se continua a apostar na FCH através da formação de todos os intervenientes e divulgação da mesma. Estes institutos têm como finalidade dar formações em contextos reais de trabalho utilizando uma metodologia de trabalho mista denominada investigação-ação (Simões et al., 2012).

Pilares Constituintes da Humanidade

Os pilares da humanidade - palavra, olhar, toque, sorriso, vestuário e verticalidade, oferecem uma possibilidade para a promoção de uma sintonia emocional positiva entre profissional/doente aquando da prestação de cuidados, uma vez que estes promovem uma relação colaborativa e uma diminuição dos CAP (Simões, 2014). Tais pilares para que sejam utilizados com tecnicidade, na relação de cuidados, exigem fundamentação para que o cuidador tenha a consciência que estes não são inócuos (Simões et.al., 2012).

A palavra assume uma grande importância aquando da prestação dos cuidados, pois, como sabemos, o estabelecimento de um diálogo é uma das estratégias utilizadas para uma reabilitação de sucesso. Ao falar com o profissional, o doente alivia a sua tristeza, uma vez que sente que é ouvido e que pode desabafar sobre o seu sofrimento

sem ser julgado por isso (Pereira et al., 2012). A comunicação verbal é essencial na vida do ser humano, pois o uso incorreto da palavra poderá condenar a reabilitação de qualquer doente. O profissional quando usa a palavra terá que perceber bem o contexto e as especificidades de cada indivíduo de forma a adequar o seu discurso e a comunicação verbal deverá ser frequente, melodiosa, doce, anunciadora, descritiva e com recurso a palavras positivas (Cardoso, 2014). De acordo com Simões (2013), quando o profissional está perante um doente que não consegue produzir um discurso este deve usar o auto feedback para que este pilar da humanidade não desapareça. O uso correto da palavra poderá fazer a diferença entre a estagnação e a evolução do doente, por isso é importantíssimo relembrar aos profissionais os benefícios de uma comunicação verbal positiva.

O olhar permite o estabelecimento de uma ligação emocional entre o doente e o profissional, pois é através deste pilar da humanidade que captamos a sua atenção e estabelecemos uma relação de igualdade (Simões, 2013). Segundo Simões et al. (2008), é através do olhar que se estabelece o primeiro contacto, capta-se a atenção e mantém-se o foco da atenção na pessoa. Este deverá ser um olhar partilhado, face a face, pois só desta forma o doente se apercebe que apesar da sua condição continua a ser uma pessoa (Pereira et al., 2012). De acordo com a Filosofia de Cuidado Humanidade, o olhar deverá ter as seguintes características: axial (olhar nos olhos a pessoa); horizontal (olhar ao mesmo nível a pessoa, ou seja, se a pessoa estiver acamada o profissional deverá sentar-se e evitar olhar de alto); longo (olhar que permanece, que dura); próximo (mas não invasivo) (Salgueiro, 2014, *cit. in.*, Cardoso, 2014).

De acordo com Pereira et al. (2012), quando nos referimos à ferramenta de trabalho Humanidade, o toque utilitário deverá ser substituído pelo toque carinhoso envolvendo sempre um aspeto afetivo, pois por vezes, alivia mais o doente do que qualquer palavra. É através do toque que somos capazes de reconhecer uma pessoa antes mesmo de olharmos para ela. As mãos podem, deste modo, ser uma "ferramenta" que funciona como "veículo" de amor e ternura, minimizando a dor e o desconforto, o que promove uma melhoria do bem-estar da pessoa tocada. Assim sendo, elas são canais de transmissão de amor incondicional e podem auxiliar aquando da transmissão de situações delicadas/difíceis pois transmitem uma sensação de segurança e de solidariedade (Fernandes, 2010). Na linha de pensamento de

Simões (2013), o toque deverá ser apaziguador, suave ou "toque ternura", progressivo e permanente durante todo o cuidado. É deveras importante, mencionar que se possível este deve ser iniciado pelo ombro, antebraço, braço e mãos.

O sorriso ao permitir a desdramatização de situações que são geradoras de sofrimento no doente, possibilitam que este melhore/restabeleça a sua autoestima e bom humor (Pereira et al., 2012).

Segundo Leite (2015), a promoção do conforto e a criação da nossa identidade enquanto pessoas devem-se, muitas vezes, ao vestuário pois é através dele que nos afirmamos. Geralmente, a forma como nos vestimos é o reflexo do nosso estado de humor. O vestuário contem carga simbólica e, por essa razão não deve ser descorado nas pessoas doentes (Pereira et al., 2012).

O cuidar, nomeadamente o cuidar em Humanidade, deverá ter em conta o pilar da verticalidade, uma vez que esta é a característica que diferencia o ser humano como animal bípede, dos outros seres vivos (Araújo, 2014). De acordo com Simões et al. (2008), dever-se-á fomentar a prática da verticalidade pois, sabe-se que esta contraria a postura anquilosante e promove uma melhoria da qualidade de vida (aumento da autoestima e da independência/autonomia; valorização do doente enquanto pessoa). Este pilar é imprescindível nas relações interpessoais, pois é através dele que os nervos sensitivos e motores são estimulados, permitindo uma interação "positiva" com os outros seres humanos (Simões, 2013).

Segundo Gineste e Pellissier (2007, 2008, *cit.in.*, Simões, 2014), instituições e cuidadores que, quer por desconhecimento quer porque conhecem os pilares da Humanidade mas não os colocam em prática ou por qualquer motivo "quebram-nos", fazem com que os utentes entrem no *limbo geriátrico*- pessoa acamada e fechada sobre si, com os olhos fechados, em posição fetal, não comunica verbalmente.

Em suma, os pilares da humanidade- olhar, palavra, toque, verticalidade- podem parecer gestos naturais, mas para que sejam usados tecnicamente na relação de cuidados, reivindicam de fundamentação para que o cuidador esteja consciente que estes não são inócuos (Simões et al., 2012). Assim podemos concluir que, a operacionalização da humanidade através dos seus pilares (a palavra, o olhar, o toque, o sorriso, o vestuário e a verticalidade) potencia uma norma específica de atuação na relação "Eu-Outro", sendo que, quando nos reportamos ao Eu e ao Outro referimo-nos, respetivamente, ao profissional e ao utente. Nesta relação bilateral, o Eu toma a

iniciativa de perceber os sinais dos pilares humanos do Outro e de atuar no respeito por si e pelo outrem (Simões, 2017).

Os Eixos Estruturantes do MGM

Gineste e Marescotti, quando aplicavam os princípios da Filosofia de Cuidados Humanidade sentiram a necessidade de criarem a sua própria metodologia de cuidados e esta assenta em 6 eixos, sendo eles, Filosofia da Humanidade, captura sensorial, rebouclage, cuidados de higiene, toque ternura, manutenção relacional, viver e morrer de pé (Simões et al., 2011).

Simões (2014), faz referência a estes seis eixos, sendo eles:

1. A Filosofia da Humanidade (Philosophie de l'Humanité®), fornece-nos respostas levando-nos à essência do próprio Homem. Para operacionalizar este eixo, o cuidador formal deverá conhecer o cerne desta filosofia, ou seja, terá que conhecer os pilares da Humanidade.
2. É através do eixo designado captura sensorial (Capture sensorielle®), que em determinadas patologias, em que há perda da memória cognitiva e a memória emocional se mantém intacta, o cuidador formal assegura a memória emocional do utente através da reativação da atmosfera das relações afetivas que terão por base os pilares da Humanidade.
3. A rebouclage acontece quando o utente está num estado de bem-estar que se obteve porque, simultaneamente, existe uma impressão na memória permanente emocional da sensação positiva criada e uma reconexão à informação sensorial positiva armazenada na memória emocional. Posto isto, o utente apresenta um baixo tónus muscular, uma diminuição da sua rigidez propiciando uma prestação mais eficaz dos cuidados.
4. O toque ternura (Toucher Tendresse®) deverá ser iniciado nas zonas neutras do corpo (ex: ombro, braço, antebraço), sendo que o contacto corporal terá que ter em conta a aceitação (ou não) da pessoa. O toque deverá começar da seguinte forma: as pontas dos dedos deverão pousar suavemente e só depois a palma da mão; este deverá ser contínuo, ou seja, deverá ser mantido até ao final do cuidado.

5. O eixo referente à manutenção relacional (Manutention Relationnelle®) aborda a concessão reabilitante da humanidade, uma vez que, nos cuidados de reabilitação e/ou manutenção utilizam-se técnicas que permitam mobilizar suavemente o utente.
6. Por fim, através do eixo viver e morrer de pé (Mourir Debout®) pretende-se consciencializar os cuidadores formais das vantagens da verticalidade. Por exemplo, estudos indicam que 20 minutos por dia de verticalização são suficientes para prevenir o aparecimento de úlceras de pressão e para minimizar o imobilismo e a apatia. A posição vertical promove a comunicação, estimula a memória procedimental e proporciona sentimentos de bem-estar e de identidade.

À Metodologia de Cuidados Gineste-Marescotti (MGM) está subjacente a Sequência Estruturada de Procedimentos Cuidativos Humanidade (SEPCH) que diz respeito a comportamentos observáveis, executados pelo cuidador na prestação dos cuidados seguindo uma sequência estruturada de execução técnica e ética, onde cada procedimento é fundamentado a partir da FCH, do MGM e dos autores que apresentámos nos capítulos anteriores (Simões, 2014). Esta tem na sua base os pilares da Filosofia Humanidade, que foram mensurados/operacionalizados e sistematizados para que pudessem ser replicados em vários contextos (Figueiredo, 2016).

A SEPCH apresenta duas fases distintas, sendo elas, a aproximação/sintonia que engloba vinte e três procedimentos e três etapas (pré-preliminares; preliminares; *rebouclage*) e a consolidação/proação que engloba quatro procedimentos e duas etapas (consolidação emocional e proação).

A fase “aproximação/sintonia” diz respeito a toda a dinâmica de aproximação do profissional ao utente e esta exige que a memória emocional esteja em consonância com os pilares da Humanidade (Simões, 2014). Assim, podemos referir que esta fase é o início da construção da relação de cuidado.

Os pré-preliminares assentam no pilar do respeito à privacidade, uma vez que procuram cumprir uma regra de cidadania (Figueiredo, 2016). Segundo Leite (2015), esta etapa caracteriza-se pelo início da aproximação física, visual e verbal. Estes servem para preparar antecipadamente o sujeito para o encontro com o profissional, e para tal, estes podem ser efetuados através do bater à porta do quarto e/ou do bater na barra da cama (Figueiredo, 2016).

De acordo com Simões (2013), os preliminares, duram entre 30 segundos a 3 minutos, consistem numa estimulação social positiva que promove o estabelecimento de uma relação de cuidados efetiva. O utente deverá ser abordado de frente através do olhar axial, horizontal, longo e próximo; a palavra deverá ser frequente, doce, melodiosa e positiva e o toque deverá ser iniciado numa zona neutra do corpo, nomeadamente, a mão (Figueiredo, 2016). Segundo Leite (2015), nesta etapa o cuidador tem o dever de estimular o utente para que este faça o que consegue, privilegiando, deste modo, o princípio da autonomia. Caso o utente não autorize o início do procedimento, o cuidado deverá ser reiniciado mais tarde e se for o necessário, ser feito por outro cuidador, pois se tal não for respeitado o cuidado será visto como uma agressão (Simões, 2013).

A *rebouclage* inicia-se quando a estimulação social positiva foi atingida, ou seja, quando o utente deu consentimento para a realização dos cuidados (Leite, 2015). Aqui é imprescindível que o cuidador descreva o que está a efetuar e peça a colaboração do utente, caso este esteja em condições de o fazer. Nesta etapa, e de acordo com Figueiredo (2016), são utilizadas técnicas, como o toque ternura, gestos técnicos e relacionais que têm como objetivo criar uma sensação de bem-estar no utente. Na linha de pensamento de Simões (2013), ocorre o alargamento dos limiares de tolerância e os cuidados sentidos como dolorosos/agressivos transformam-se em cuidados pacificadores.

A fase da consolidação/proação tem como finalidade valorizar a experiência, o utente e os seus progressos, assim como assegurar compromissos na continuidade dos cuidados (Simões et al., 2012). De acordo com Simões (2014), esta fase tem como objetivos:

realçar os bons momentos da relação de cuidado; associar a sensação corporal positiva sentida pela pessoa doente aos gestos procedimentais realizados de forma ativa por ela própria; associar a presença física afetiva do cuidador à sensação corporal positiva sentida pela pessoa doente. (p. 120)

Para fazer face a tais objetivos, o cuidador formal deverá utilizar a informação sensorial positiva e cumprir os princípios de cidadania e urbanidade. Esta fase deverá seguir uma lógica de estimulação sensorial e de sensação corporal positiva, pois só

assim conseguirá aceder à informação armazenada e prevenir o sentimento de abandono (Figueiredo, 2016).

A etapa da consolidação emocional inicia-se após o término do procedimento específico (Simões, 2014). Aqui cabe ao cuidador formal fortificar a impressão positiva registada e valorizar o utente pelos seus esforços, colaboração e progressos (Simões, 2013).

A última etapa, ou seja, a proação visa que o utente continue os seus cuidados de saúde de forma autónoma. Segundo Simões (2014), esta tem como objetivos: certificar que a via afetiva é tida em conta na continuidade dos cuidados; assegurar a recuperação futura da memória emocional associada à presença física afetiva do profissional; respeitar as regras de cidadania/urbanidade. Para que estes objetivos sejam cumpridos deverá existir uma estimulação pela palavra, olhar e toque.

Na linha de pensamento de Simões (2014), a FCH necessita de ser refletida de forma pedagógica e científica devido à complexidade de cada um dos conceitos operacionalizados, nomeadamente ao nível dos seis pilares de ação. Esta forma de atuação, aquando da prestação de cuidados, visa o *empowerment* da pessoa doente relativamente às suas capacidades de fazer face ao problema (resiliência) através da maximização das suas capacidades e minimização das suas dependências. O profissional deverá, assim, estar suficientemente próximo para criar uma relação credível e suficientemente afastado para não criar dependência.

Em suma, os procedimentos suprarreferidos inserem-se nos Pilares da Filosofia Humanidade e têm por base princípios éticos e geriátricos (Maria, 2014).

Evidências sobre o Poder da Humanidade no Cuidado e na Relação Terapêutica

Com o intuito de entender o poder da Filosofia de Cuidado Humanidade (FCH) nos cuidados e na relação terapêutica, realizamos uma revisão sistemática à bibliografia existente, por isso consultamos bases de dados informatizadas e repositórios científicos, nomeadamente: Google académico, Scielo, RCAAP e Repositório do IPB. e utilizamos como descritores de busca os termos: relação terapêutica, relação de ajuda, humanidade, humanização dos cuidados e MGM. Como critérios de exclusão definimos os artigos publicados antes de 2008, ou seja, privilegamos artigos que foram publicados entre 2008-2018.

O nosso trabalho de projeto/estágio intitula-se "Humanidade como estratégia da relação terapêutica numa Unidade de Cuidados Continuados Integrados", por isso orientamos a nossa pesquisa nas bases de dados tendo em conta os diferentes tópicos que iríamos abordar no enquadramento teórico.

Analisamos 8 artigos de forma exaustiva que tinham como tema central a relação terapêutica e a relação de ajuda, contudo um deles era referente à validação do Inventário de Competências Relacionais de Ajuda (ICRA). Nós baseamo-nos no ICRA para a construção do IRD utilizado neste estudo. As diferentes investigações, apesar de não terem todas a mesma finalidade, tocaram quase todas nos seguintes aspetos ligados à relação de ajuda/terapêutica: todas abordavam só o papel do enfermeiro na relação do cuidar; realçavam que era imprescindível trabalhar e desenvolver habilidades pessoais e estratégias de relacionamento interpessoal entre enfermeiro e paciente; afirmavam que os pacientes que percecionam a relação terapêutica como negativa são mais agressivos e não aderem tão facilmente à medicação; reportaram dificuldades no estabelecimento da relação de ajuda num serviço de urgência; referiram que a relação interpessoal do profissional de saúde e idoso é um aspeto fundamental na área dos cuidados de saúde.

Para a exploração da temática da Humanidade, analisamos 12 artigos/teses de mestrado, contudo de seguida iremos explicar os que consideramos mais importantes para a desenrolar da temática.

O artigo "O significado da filosofia da humanidade, no contexto dos cuidados de enfermagem à pessoa dependente e vulnerável" (2008), de Mário Simões, Nídia Salgueiro e Manuel Rodrigues marcou, sem sombra de dúvidas, o desenvolvimento da temática Humanidade em Portugal. Este estudo tinha como objetivo compreender qual o significado do conceito integrador de humanidade, no contexto dos complexos e delicados cuidados que os enfermeiros prestam, a pessoas doentes vulneráveis e dependentes. Para a elaboração deste artigo, os autores, numa primeira fase pesquisaram teses de mestrado e/ou doutoramento acessíveis em bases de dados portuguesas sobre humanização dos cuidados e obtiveram 390 resultados, sendo que apenas 6 se referiam à humanização. Na segunda fase, os investigadores basearam-se na pesquisa no portal de dados B-on, Medline, Wos e Cinahl e obtiveram um número elevado de documentos. Com este estudo de revisão, deram-se os primeiros passos para a implementação e monitorização do MGM em Portugal e concluiu-se que

existem poucos estudos sobre a humanidade, o que demonstrou a necessidade de investigação nesta área.

De forma geral, através do estudo "Importância e aplicabilidade aos cuidados de enfermagem do método de Cuidados de Humanidade Gineste - Marescotti" de Simões, Salgueiro e Rodrigues (2011), verificou-se que a maioria dos enfermeiros considera que valoriza e aplica, de um modo rigoroso, as duas categorias da SEPCH. Contudo, os autores consideram importante confirmar na prática clínica, se a apreciação subjetiva está em coerência com a ação concreta.

Outro resultado interessante é o encontrado no trabalho de investigação intitulado "Cuidar em Humanidade: estudo aplicado em cuidados continuados" de Simões, Salgueiro e Rodrigues (2012), cujo objetivo era desenvolver as competências dos cuidadores na aplicação do MGM, em contexto, e avaliar as respostas físicas, cognitivas e emocionais dos doentes de acordo com esse método. Os investigadores chegaram à conclusão que existiam desvios entre a perceção da utilização do MGM e a sua prática efetiva.

Os resultados obtidos nos artigos "Perceção dos enfermeiros acerca da metodologia de trabalho Humanidade na gestão de cuidados de saúde" de Maria (2014) e "Humanidade: Uma ferramenta de trabalho em Cuidados Continuados Integrados" de Leite (2015) chegaram, respetivamente, às seguintes conclusões: 60% dos enfermeiros ainda desconhecem esta metodologia de trabalho; A maioria dos inquiridos desconhece a metodologia humanidade.

O artigo "Cuidar Humanidade, *Enfermagem neurorrelacional*" de Mário Simões (2014), refere-nos que a implementação do MGM revelou efetividade em relação ao estado das pessoas doentes, nomeadamente nos estados de agitação, na sua participação nos cuidados, bem como na satisfação dos cuidadores.

O trabalho de investigação de Figueiredo (2016), alertou-nos para o facto de apesar dos enfermeiros que participaram no estudo reconhecerem a contribuição do MGM para o aumento da qualidade dos cuidados de enfermagem, é necessário alargar a formação sobre a metodologia a um maior número de enfermeiros, bem como a outros profissionais de saúde.

Os capítulos 3 e 4 do livro "Humanidade, Realização da Humanidade numa Sociedade Tecnológica Com Lévinas e Ricoeur", de Simões (2017), abordam a fundamentação antropológica da Humanidade, a importância da estimulação sensorial

positiva através dos pilares humanos, assim como, os pilares humanos na intenção ética. A Humanidade é analisada pelo autor como uma filosofia do cuidar que deve estar presente durante toda a intervenção.

Concluindo, em Portugal é necessário continuar/aprofundar a investigação sobre o poder da Humanidade no cuidado e na relação terapêutica e, é imprescindível investir/alargar a formação sobre a metodologia a todos os profissionais que trabalham na área do cuidado (ex. enfermeiros, assistentes sociais, educadores sociais). A Filosofia de Cuidado Humanidade, apesar de parecer uma filosofia de cuidado fácil de aplicar, apresenta inúmeras particularidades quando é colocada em prática. Os cuidados em Humanidade têm subjacentes os conceitos de relação terapêutica e relação de ajuda que têm como finalidade a melhoria da qualidade de vida do paciente. É importante realçar que os estudos científicos mais relevantes realizados no âmbito da Filosofia de Cuidado Humanidade foram desenvolvidos pelos enfermeiros Mário Simões, Manuel Rodrigues e Nídia Salgueiro.

A Humanidade como Componente da Relação Terapêutica

O ser humano quando cuida e é cuidado com qualidade permite o estabelecimento de uma relação terapêutica entre os intervenientes, sendo que esta pressupõe um olhar holístico sobre a situação, pois só assim se consegue um cuidado transpessoal (Severina, 2012). De acordo com Peplau (1990, *cit.in.*, Antunes, 2012) a relação terapêutica é vista como um instrumento próprio do cuidar em enfermagem, contudo sabemos que os enfermeiros não são os únicos intervenientes neste processo dinâmico que potencia o crescimento e o desenvolvimento dos sujeitos.

Inicialmente, a relação terapêutica era considerada uma relação unilateral, pois considerava-se que o não cumprimento do doente significava um comportamento desviante, ou seja, a este era inculcada a responsabilidade total caso o cuidado não corresse como o planeado. Porém, com a evolução do conhecimento este conceito foi-se alterando, passando a relação terapêutica a ser vista como uma relação em que a responsabilidade era partilhada, onde o paciente passava a ter um papel colaborante (Vincke & Bolton, 2002, *cit.in.*, Margalho, Paixão, & Pereira, 2010).

Numa relação terapêutica, o cuidador formal (profissional) deverá desenvolver as capacidades intelectuais, afetivas, físicas, sociais e/ou espirituais do utente, logo terá que ter uma visão holística do mesmo (Phaneuf, 2005).

Visto que a relação terapêutica é de natureza consumatória, ou seja inteiramente dirigida para o outro, podemos considerar que a relação de ajuda insere-se neste tipo de relação, uma vez que proporciona um clima favorável ao crescimento pessoal do indivíduo (Severina, 2012).

O conceito de relação de ajuda surgiu no séc. XX pela "mão" do psicólogo americano Carl Rogers, mas rapidamente foi "transportada" para a vertente da educação e das ciências humanas (Novo, Galvão, & Rodrigues, 2014). Graças à experiência profissional de Carl Rogers desenvolveu-se uma Abordagem Centrada na Pessoa (PCA – Person Centred Approach), assente na confiança no Homem, no respeito, na liberdade e na utilização das riquezas próprias da Pessoa. Posto isto, Rogers define Relação de Ajuda “como uma situação na qual um dos participantes procura promover, numa ou noutra parte, ou em ambas, uma maior apreciação, uma maior expressão e uma utilização mais funcional dos recursos internos latentes do indivíduo” (Rogers, 1985, p. 43, *cit.in.*, Rocha, 2008).

Posteriormente a Carl Rogers surgiram vários autores que nos seus trabalhos definiram o que era a relação de ajuda, de entre os quais se destaca Egan, Lazure e Héту. Egan (1987) refere que a relação de ajuda surge entre duas pessoas, sendo que uma está em dificuldades e a outra faz-se valer dos seus conhecimentos teóricos e das suas competências de ajuda para a auxiliar (Rocha, 2008). Segundo Lazure (1994, *cit.in.*, Antunes, 2012) a relação de ajuda é uma relação na qual o enfermeiro proporciona à pessoa os meios necessários à satisfação das suas necessidades. Héту (2000, p. XVI, *cit.in.*, Rocha, 2008) analisou o significado da expressão "praticar a Relação de Ajuda" e chegou à conclusão que ajudar alguém é “facilitar um processo exploratório, é escutá-lo a falar dos seus problemas testemunhando-lhe respeito e reagir eficazmente aos seus objetivos”.

Segundo o Manual dos formadores de cuidadores de pessoas idosas (n.d), a relação de ajuda deverá assentar numa ligação profunda e significativa entre a pessoa que ajuda e a que é ajudada, permitindo a criação de vínculos que tenham por base o respeito e a liberdade pois só assim se conseguirá auxiliar a pessoa a manter e/ou restabelecer a sua autonomia. Por outras palavras, para que esta relação seja efetiva,

esta terá que se desenvolver num plano de igualdade, e deverá ocorrer num clima baseado na compreensão empática, na aceitação incondicional e na autenticidade para que a pessoa ajudada reencontre a sua coragem, se torne autónoma e evolua para um melhor bem-estar físico e psicológico (Simões, Fonseca, & Belo, 2006). Cabe ao profissional, tentar com que a pessoa entenda melhor o seu problema e, encontre em si as energias/forças para enfrentá-lo. O profissional não solucionará o problema pela pessoa, nem fornecerá soluções pré-definidas pois este tem a consciência de que cada ser humano é um ser singular.

Uma relação de ajuda eficaz terá que ser uma relação o mais profissional possível e, para que tal aconteça é necessário que o profissional tenha as seguintes características/habilidades: compreensão empática, aceitação incondicional ou consideração positiva e autenticidade ou congruência.

A empatia é considerada a base de toda a relação de ajuda e esta é definida como "a capacidade de se colocar no lugar do outro e sentir como se estivesse na situação e circunstâncias experimentadas por ele sem, no entanto, perder o próprio sistema de referência" (Barroso, n.d., p.53). A compreensão empática é a capacidade que o profissional tem para entrar no mundo do outro como se fosse o seu próprio mundo e não ter receio de ser afetado por ele (Rocha, 2008). Por outras palavras, um profissional empático tenta compreender profundamente o interlocutor sem o analisar ou julgar, entende que ajudar é dar de si, já que a empatia envolve a escuta ativa (o profissional reflete sobre as mensagens verbais e não verbais do doente) e a resposta compreensiva (o profissional sabe que a palavra final cabe ao utente/ família e mesmo que não concorde com esta respeita-a).

De acordo com Rocha (2008), na aceitação incondicional/ consideração positiva o profissional deverá conhecer os seus próprios sentimentos e desenvolver a aceitação de si próprio, pois só assim conseguirá acolher o outro de forma incondicional. O profissional terá que ter consciência que o seu papel não é o de um juiz, ou seja não cabe a este fazer julgamentos/ apreciações à personalidade do indivíduo ajudado, mas o de uma pessoa disponível para ouvir e aceitar o outro. Segundo Phaneuf (2005), a aceitação incondicional é um sentimento que não exige mudança, mas sim abertura face à experiência do outro.

Para que um profissional seja considerado autêntico/congruente é imprescindível que transmita ao outro confiança, segurança e consistência por isso

terá que ter consciência das suas próprias atitudes e sentimentos (Rocha, 2008). Um indivíduo é autêntico quando se autoconhece e se autorrespeita; não se esconde atrás de um papel social e é coerente no que diz e no que faz (Barroso, n.d.).

As características/ habilidades da relação de ajuda suprarreferidas permitem-nos afirmar que esta é uma relação não diretiva, onde a pessoa que ajuda não procura dar conselhos, fazer julgamentos, incitações diretas ou solucionar o problema pela pessoa, mas sim, servir de “espelho” para que a pessoa ajudada reflita sobre si mesma e descubra por si a resposta/solução que melhor se adequa naquele momento (Simões et al., 2006). Assim podemos afirmar que, na relação de ajuda o profissional está com o utente e facultar-lhe as ferramentas para este solucionar o seu problema o mais autonomamente possível, de forma a não criar uma relação de dependência.

No decurso da sua prática clínica, Carl Rogers (1985, *cit. in.*, Rocha, 2008) teve a oportunidade de observar, sentir e compreender como se desenrolavam as relações de ajuda o que lhe permitiu distinguir seis etapas sendo elas: a) estabelecimento de contacto entre ajudante e ajudado; b) expressão de sentimentos por parte do ajudado; c) aceitação da sua realidade; d) tomada de consciência quanto ao seu comportamento; e) tomada de decisões; f) consolidação da sua autonomia com o suporte do ajudante.

Segundo Phaneuf (2005), podemos considerar que a relação de ajuda pretende ajudar a pessoa cuidada a: verbalizar a sua dificuldade para que tenha consciência que é uma interveniente ativa durante o processo; aceitar a dor ou as dificuldades daquela situação de uma forma mais calma; ver o seu problema de uma forma mais realista e se necessário modificar as suas perspetivas face ao mesmo; expor o seu problema tal e qual como se lhe coloca; exprimir os seus sentimentos e opiniões mesmo que negativas; libertar a sua tensão; sentir-se escutada e compreendida tal como é; não ter medo de se expor aos outros e de exprimir a sua vontade de comunicar; estabelecer uma relação significativa com o profissional e que servirá de " trampolim" para o estabelecimento de outras relações interpessoais; desenvolver uma autoimagem positiva; alterar comportamentos que são prejudiciais à sua adaptação; conhecer os recursos pessoais de que dispõe e usá-los para resolver as suas dificuldades; ver a vida de uma forma mais confiante e positiva; em casos extremos, enfrentar a morte com dignidade e serenidade.

Os técnicos que trabalham no setor da saúde devem incrementar na sua prática os padrões da humanidade, pois só desta forma, é que conseguem aproximar-se da pessoa doente, uma vez que se apercebem de pequenos sinais que são pedidos de ajuda terapêutica (Simões et al., 2011). Assim sendo, o grande desafio que se põe em prática quando nos referimos à humanização dos serviços de saúde, diz respeito à adoção de políticas que têm como base a dignidade, a palavra, o respeito, o reconhecimento mútuo e a solidariedade (Grande, 2007 *cit. in.*, Araújo, 2014).

Os profissionais quando estão a estabelecer uma relação terapêutica com o seu paciente devem estar cientes das habilidades/competências que facilitam esta interação e empenhar-se, também com o desenvolvimento das suas competências relacionais de ajuda. Inicialmente, o profissional terá que preocupar-se com as competências de contacto e de comunicação, uma vez que estas referem-se às habilidades de interação que dizem respeito ao modo como o cuidador coloca, comunica e toca o utente. Durante esta interação o cuidador terá que estar consciente do olhar, do toque, da distância adotada (proxémica), dos meios de comunicação que está a usar (comunicação verbal/não verbal) e da escuta (ativa). As competências empáticas, também são importantes e estas são reveladas através da atitude adotada pelo profissional durante a interação, ou seja, está subjacente a esta a compreensão empática, o respeito caloroso, a autenticidade e a especificidade (Ferreira, Tavares, & Duarte, 2006).

Em suma, a relação de ajuda acontece entre dois ou mais indivíduos, em que um tem uma situação mais ou menos problemática (o ajudado) e o outro contém competências científico-técnicas para o ajudar (profissional). Carl Rogers foi um pioneiro nesta área fazendo-se valer da sua experiência enquanto psicoterapeuta, os outros autores que lhe seguiram mesmo usando termos diferentes englobam todos os aspetos estudados por Rogers, nomeadamente no que concerne as atitudes/habilidades necessárias por parte de quem ajuda- congruência, respeito positivo incondicional e compreensão empática (Rocha, 2008). A Humanidade, como filosofia de cuidado, é uma componente da relação terapêutica e, conseqüentemente, da relação de ajuda, uma vez que durante a prestação dos cuidados deverá existir uma sintonia entre a memória emocional (via afetiva), recorrendo ao uso de linguagens integradas e de acordo com os pilares da humanidade (a palavra, o olhar, o toque, o sorriso, o vestuário e a verticalidade).

Parte III – Estudo Empírico

Metodologia

Todo o processo metodológico de uma investigação necessita de ser planeado, desde a seleção da problemática, que neste caso será a Filosofia de Cuidados Humanidade (FCH), até à fase em que se interpretam os resultados e para que tal seja exequível o investigador terá que "desenhar" o seu estudo e planificar a sua investigação (Coutinho, 2016), que no presente estudo partiu da seguinte questão de investigação: Quais os conhecimentos dos profissionais de uma UCCI sobre humanidade e as competências relacionais promotoras da relação terapêutica?

Esta fase metodológica engloba a justificação do tema, os objetivos de estudo, o tipo de estudo, o universo e amostra, a caracterização da amostra, o Instrumento de Recolha de Dados, questões éticas, e a forma de tratamento de dados.

Justificação do Tema

A escolha deste tema prendeu-se ao facto, da investigadora ter tido conhecimento da metodologia de trabalho humanidade numa unidade curricular do mestrado e esta ter-lhe despertado interesse, e, também porque esta Filosofia de Cuidado ainda é pouco explorada no domínio das Ciências Sociais.

Uma vez que, a licenciatura da mestranda é em Educação Social achou-se que um investimento nesta área seria uma mais valia para o seu futuro profissional e, também, porque chegou-se à conclusão que a maioria dos trabalhos de investigação nesta área dizem respeito à enfermagem e considera-se que estes fazem sentido no âmbito doutras ciências sociais.

Objetivos e Hipóteses de Estudo

Para Fortin (1999), o objetivo é um enunciado declarativo que relaciona as variáveis utilizadas, a população e a temática da investigação. Os objetivos deverão ser formulados da seguinte forma: forma verbal operatória no infinitivo, seguida de um artigo definido e por fim, a(s) variável(eis) em estudo.

Para o desenvolvimento deste estudo empírico foi encontrado um *rationale* metodológico, no sentido de dar consecução ao objetivo geral/finalidade: avaliar os conhecimentos sobre a metodologia Humanidade junto da equipa de profissionais da UCCI de Santo António; avaliar competências relacionais de ajuda promotoras da relação terapêutica.

Assim, por forma a identificar o nível de conhecimentos sobre Humanidade por parte dos profissionais, bem como em que medida aplicam os princípios desta forma de abordar os indivíduos ao seu cuidado, fixaram-se os seguintes objetivos específicos:

1. Avaliar os conhecimentos sobre a metodologia humanidade na área dos cuidados em saúde;
2. Avaliar competências relacionais de ajuda promotoras da relação terapêutica.

Para verificar se existem diferenças entre grupos, no que concerne às competências relacionais, de acordo com os dados sociodemográficos e profissionais, formularam-se as seguintes hipóteses:

H1: existem diferenças nas competências relacionais dos profissionais da UCCI de Santo António de acordo com o sexo;

H2: existem diferenças nas competências relacionais dos profissionais da UCCI de Santo António de acordo com o ter tido ou não formação em Humanidade;

H3: existem diferenças nas competências relacionais dos profissionais da UCCI de Santo António de acordo com a função exercida.

Tipo de Estudo

Com vista à concretização dos objetivos delineados para esta investigação é fundamental definirmos o tipo de estudo. Este estudo em termos metodológicos basear-se-á no paradigma quantitativo e é de natureza exploratório, uma vez que a dimensão da amostra não nos permite extrapolar para a generalidade da população em estudo.

Este estudo classifica-se do ponto de vista estatístico como descritivo e inferencial e do ponto de vista da dimensão temporal como transversal, uma vez que pretendemos obter mais informações acerca da FCH, iremos fazer uma análise minuciosa e descritiva do objeto de estudo, utilizaremos a estatística descritiva (medidas de tendência central e medidas de dispersão), iremos relacionar as diferentes variáveis (conhecimentos da Filosofia de Cuidados Humanidade; três competências relacionais de ajuda; categorias profissionais/função; sexo; se teve ou não formação em Metodologia de Cuidados Humanidade) e recolheremos os dados num único momento temporal e exploratório.

Amostra

Segundo Coutinho (2016), o universo (N) é o conjunto de pessoas ou elementos a quem se pretende generalizar os resultados e que partilham uma característica comum.

De acordo com a mesma autora, a amostra (n) é o conjunto de sujeitos a quem se recolhe os dados e deve ter as mesmas características das da população de onde foi extraída. A amostragem deste estudo será não aleatória, criterial e por conveniência, ou seja, privilegiar-se-á uma amostragem não probabilística, uma vez que a investigadora irá selecionar os indivíduos da sua amostra de acordo com critérios pré-definidos (de inclusão e exclusão)

A população deste estudo corresponde ao total de profissionais a exercer funções na Unidade de Cuidados Continuados Integrados de Santo António (N=55).

Relativamente, às variáveis sociodemográficas e profissionais mais importantes para o estudo em causa, podemos referir que tivemos como critérios de inclusão: ser profissional da UCCI de Santo António; ter idade compreendida entre os 20 e os 65 anos, ter no mínimo o 3º ciclo do ensino básico e aceitarem participar neste estudo. Como critérios de exclusão tivemos: os profissionais da UCCI de Santo António que se encontravam fora de serviço por motivo de férias, doença, licença de maternidade/paternidade nas semanas em que aplicamos o IRD e os IRD que tinham respostas em branco. A caracterização da amostra é apresentada na Tabela 1, onde se pode verificar que 80.6% é do sexo feminino, que a habilitação literária mais representada é a licenciatura (47.2%), o tempo de serviço é maioritariamente entre os três e quatro anos (52.8%) – a unidade só existe à quatro anos, pelo que não são possíveis outras opções, a profissão com maior número de respondentes é a de Técnico Auxiliar de Saúde (41.7%) e a maioria não teve formação em metodologia de cuidados Humanidade (86.1%).

Tabela 1 - Caracterização da Amostra

		n	%
Sexo	Feminino	29	80.6%
	Masculino	7	19.4%
Grupo Etário	Total	36	100.0%
	20-25	11	30.6%
	26-30	4	11.1%
	31-35	6	16.7%
	36-40	5	13.9%
	41-45	6	16.7%
	46-50	2	5.6%
	51-55	1	2.8%
	56-60	0	0.0%
	61-65	1	2.8%
Habilitações Literárias	3º Ciclo	3	8.3%
	Secundário	13	36.1%
	Licenciatura	17	47.2%
	Mestrado	3	8.3%
	Doutoramento	0	0.0%
	Pós-Doutoramento	0	0.0%
Tempo de Serviço na UCCI	<1 ano	4	11.1%
	1-2 anos	7	19.4%
	2-3 anos	6	16.7%
	3-4 anos	19	52.8%
Profissão	Administrativo(a)	2	5.6%
	Anim. Sociocultural	1	2.8%
	Assistente Social	1	2.8%
	Enfermeiro(a)	9	25.0%
	Fisioterapeuta	3	8.3%
	Médico(a)	1	2.8%
	Nutricionista	1	2.8%
	Psicólogo(a)	1	2.8%
	Tecn. Aux. de Saúde	15	41.7%
	Terapeuta da Fala	1	2.8%
	Terap. Ocupacional	1	2.8%
Formação em Metodologia de Cuidados Humanidade	deSim	5	13.9%
	Não	31	86.1%

Instrumento de Recolha de Dados

Após a definição do tipo de estudo, dos objetivos e extraída a amostra o passo seguinte no processo de investigação é delinear como vão ser recolhidos os dados e qual o instrumento que irá ser utilizado para o efeito.

Para tornar exequível este estudo utilizou-se um questionário de autopreenchimento, composto por três partes: uma primeira parte com a caracterização sociodemográfica e profissional do cuidador formal (género, idade, habilitações literárias, tempo de serviço na UCCI de Santo António, se já teve formação em Metodologia de Cuidados Humanidade e profissão); o Inventário de Competências Relacionais de Ajuda (ICRA); e, finalmente, o Inventário da Metodologia de Cuidados Humanidade.

Conhecimentos da Filosofia de Cuidados Humanidade

Para operacionalizar a variável dependente- os conhecimentos da Filosofia de Cuidados Humanidade, recorreu-se a um questionário adaptado para o efeito (Anexo D).

Para avaliar os conhecimentos dos profissionais da UCCI de Santo António acerca da Filosofia de Cuidados Humanidade, analisou-se/adaptou-se o IRD utilizado no artigo de investigação de Simões, Salgueiro e Rodrigues (2011), intitulado "Importância e aplicabilidade aos cuidados de enfermagem do método de cuidados de humanidade Gineste-Marescotti", assim como o IRD utilizado na dissertação de Maria (2014), intitulada "Perceção dos enfermeiros acerca da metodologia de trabalho humanidade na gestão de cuidados de saúde".

O instrumento de recolha de dados (IRD), utilizado por Simões, Salgueiro e Rodrigues (2011), foi elaborado e validado por um grupo de peritos que o consideram conforme o MGM, através de um processo exigente a partir das melhores evidências científicas acerca da Filosofia da Humanidade, tendo por base os resultados obtidos nos cuidados a pessoas dependentes e vulneráveis em sofrimento profundo. Este IRD era constituído por duas partes, sendo que a primeira parte incluía questões de estatuto e sociodemográficas e a segunda parte era constituída por duas escalas com resposta ordinal, uma referente à importância atribuída ao método e outra sobre a perceção que os profissionais tinham de aplicarem estes comportamentos na prática de cuidados de enfermagem. Os itens deste IRD representavam de forma objetiva e clara um procedimento que pode ser realizado e facilmente observado. É importante referir que os autores deste IRD tiveram a preocupação de representarem os itens tendo em conta uma lógica sequencial.

Este instrumento de recolha de dados solicitava uma avaliação qualitativa de cada procedimento que era percecionado numa lógica sequencial e transversal, uma vez que esta cadeia de procedimentos evoluía da fase de aproximação/sintonia para a fase de consolidação/proação. Durante esta cadeia de procedimentos, os autores demonstraram preocupação pelo estímulo dos pilares Humanidade e dos órgãos dos sentidos até à memória afetiva.

Maria (2014), na sua dissertação de mestrado debateu-se com a inexistência de um instrumento específico para operacionalizar a perceção dos enfermeiros acerca da metodologia de trabalho humanidade, por isso a investigadora elaborou um

questionário direto sobre o fenómeno que queria estudar. Posto isto, a investigadora operacionalizou a variável latente (variável que não é diretamente observável pelo investigador) que, neste caso era a perceção dos enfermeiros, em dimensões que assentavam nos pilares da humanidade e que iam ao encontro de Simões, Salgueiro e Rodrigues (2011), que por sua vez basearam-se em Gineste e Pellissier e Gineste e Marescotti.

Posteriormente, a investigadora operacionalizou a variável latente em seis dimensões/pilares, sendo elas, palavra, toque, verticalidade, olhar, sorriso e vestuário/conforto. A operacionalização de cada dimensão/pilar foi construída de acordo com a grelha Sequência Estruturada de Procedimentos Cuidativos de Humanidade (SEPCH) elaborada por Simões, Salgueiro e Rodrigues (2011). Esta grelha foi sujeita a uma avaliação por parte de peritos portugueses e da perita internacional Margot Phaneuf.

Para cada dimensão, esta investigadora "criou" situações hipotéticas à práxis quotidiana do enfermeiro que tinham por base os procedimentos cuidados de humanidade que, também, foram validados por investigadores nacionais. O inquirido tinha que se posicionar numa escala de likert para avaliar a adequabilidade de cada situação gerada pela investigadora. Os itens da escala necessitavam de ser interpretados de forma atenta e que o inquirido/profissional refletisse relativamente a si próprio e ao seu desempenho.

O questionário/IRD elaborado pela investigadora, era de autopreenchimento e resposta direta, e ao longo do mesmo existiam indicações à acerca do modo de preenchimento. Este IRD encontra-se organizado da seguinte forma: a primeira parte estava destinada à caracterização sociodemográfica e profissional e continha uma pergunta relativa ao conhecimento da metodologia de trabalho humanidade pelos enfermeiros. A segunda parte era composta por situações hipotéticas da práxis profissional e era solicitado, ao enfermeiro, que manifestasse, numa escala que variava de um a cinco, o nível de adequabilidade da situação descrita, sendo que: um representava uma situação "nada adequada" e cinco uma situação tida como "ótima". Em suma, neste estudo quanto maior o valor da média, mais elevada era a perceção de cuidados em humanidade considerada pela amostra.

No nosso Inventário da Metodologia de Cuidados Humanidade existem indicações ao longo do mesmo acerca do modo de preenchimento. Inicialmente, é

solicitado que o profissional leia um pequeno texto acerca da FCH, do MGM e da SEPCH e, posteriormente são lhe colocado questões onde este terá que se posicionar tendo em conta uma escala dicotómica simples (sim/não).

Inventário de Competências Relacionais de Ajuda (ICRA)

O Inventário de Competências Relacionais de Ajuda (ICRA), na sua versão utilizada, validado por Melo, Silva, Parreira e Ferreira (2011), é um inventário de autorrelato de 44 itens, respondidos numa escala de tipo Likert de sete pontos em que 1 significa “Discordo completamente” e 7 significa “Concordo plenamente”. Para facilitar a recolha de dados, uma vez que os primeiros respondentes demonstraram dificuldade em escolher uma opção, optou-se por simplificar utilizando uma escala de cinco pontos. Tal facto, não inviabilizou o nosso estudo, uma vez que, o nosso objetivo não era avaliar as características psicométricas da escala, mas sim avaliar as competências relacionais de ajuda. O inventário mede quatro dimensões: Competências Genéricas; Competências Empáticas; Competências de Comunicação; e, Competências de Contato. Quanto maior a pontuação, maiores os níveis de competência em cada dimensão. Para efeitos do presente estudo não se incluíram as questões relacionadas com as Competências Genéricas, sobrando, assim, 29 itens e simplificou-se a resposta ao mesmo, reduzindo as possibilidades de resposta para 5, em que 1 significa "discordo completamente" e 5 significa "concordo plenamente").

Questões Éticas

Toda a investigação feita junto de seres humanos levanta aspetos morais/éticos, por isso, para salvaguardar qualquer inconveniente, tanto para a UCCI como para os participantes no estudo, e para que fosse possível a aplicação do instrumento de recolha de dados acima referido, foi solicitada autorização à direção da ESSa, utilizando para o efeito um pedido de autorização e de uma declaração da orientadora (Anexo II e V, respetivamente) e, como o parecer da ESSa foi favorável(Anexo III), foi elaborado um pedido à UCCI de Santo António para aplicação de um instrumento de recolha de dados para estudo de investigação (Anexo IV).

Da parte da mestranda, esta comprometeu-se em guardar sigilo sobre as informações recolhidas através do IRD. Os profissionais, foram informados sobre os objetivos do estudo, e assinaram um consentimento informado (Anexo VI), com informação que lhes permitiu decidir acerca da sua participação, sendo este assinado de forma livre e esclarecida. Por outras palavras, teve-se em conta aspetos éticos, tais como garantir o anonimato e a confidencialidade dos dados sendo a participação no estudo de carácter voluntário por parte de cada profissional envolvido.

Antes de iniciarmos a recolha dos dados propriamente dita, a mestranda elaborou o mapa de horário dos técnicos auxiliares de saúde e dos enfermeiros referente ao mês de outubro de 2018, para tentar perceber qual era a melhor altura do dia para aplicar o IRD, uma vez que estes profissionais têm um horário rotativo. Tais mapas podem ser consultados no anexo VII deste relatório final de estágio. Após a elaboração dos mapas procedeu-se à aplicação do IRD a todos os profissionais da UCCI de Santo António.

Análise e Tratamento de Dados

Para elaborar o presente estudo serão apresentadas estatísticas descritivas, designadamente frequências, valores médios e desvios padrão e estatísticas inferenciais na forma de testes t de Student para amostras independentes. O tratamento estatístico foi elaborado recorrendo-se ao software estatístico IBM SPSS, versão 23, para MacOS.

Apresentação, Análise e Discussão dos Resultados

Nesta parte do trabalho procede-se à análise estatística dos dados recolhidos. Em primeiro lugar apresentar-se-ão tabelas com a análise descritiva, por forma a avaliar o uso dos valores da Metodologia de Cuidados Humanidade pelos indivíduos da amostra.

Apresentar-se-ão primeiro um conjunto de tabelas com uma análise descritiva das dimensões sob estudo. De seguida serão apresentados os testes de normalidade e finalmente a análise inferencial.

Atendendo à dimensão da amostra, consideram-se todas as análises como exploratórias e não extrapoláveis, sendo os resultados, contudo, uma base para futuros estudos.

Análise Descritiva

Para ir ao encontro do primeiro objetivo “Avaliar os conhecimentos sobre a metodologia humanidade na área dos cuidados em saúde”, procedeu-se à análise das frequências das respostas Sim/Não do questionário utilizado para o efeito.

Os dados serão apresentados por dimensão, sendo que na Tabela 2 se apresentam os dados relativos à dimensão “Palavra”.

Tabela 2 - Frequências "Palavra"

	N	%	
Quando o profissional está perante um utente que não consegue produzir um discurso, este deve usar o auto feedback para que este pilar da humanidade não desapareça.	Sim	35	97.2%
	Não	1	2.8%
	Total	36	100.0%
Quando se dirige a um utente, costuma, dizer-lhe que estar ali para o ajudar naquilo que são as suas competências?	Sim	33	91.7%
	Não	3	8.3%
	Total	36	100.0%
Acha importante identificar-se quando fala com o utente (ex: sou o animador sociocultural...).	Sim	35	97.2%
	Não	1	2.8%
	Total	36	100.0%
Um profissional de uma Unidade de Cuidados Continuados Integrados (UCCI) chama o utente pelo seu nome, saudando-o, com um tom de voz suave, firme, melodioso. Concorda?	Sim	36	100.0%
	Não	0	0.0%
	Total	36	100.0%
Um cuidador formal (ex: psicólogo) quando se dirige ao quarto do utente não bate à porta e quando o faz não espera pela resposta. Concorda com este comportamento?	Sim	1	2.8%
	Não	35	97.2%
	Total	36	100.0%

Pode observar-se pelos dados apresentado na Tabela 2 que a larga maioria dos respondentes aplica os valores da Palavra na sua interação com os utentes. Estes

resultados estão de acordo com o estudo de caráter observacional e descritivo de Leite (2015), sendo que no nosso estudo na primeira afirmação 35 profissionais (97,2%) responderam sim e, apenas 1 (2,8%) respondeu não; este resultado é igual ao observado por Leite (2015) nas suas observações. De acordo com a FCH, o recurso ao auto feedback, é considerado fundamental, porém no estudo de Simões, Salgueiro e Rodrigues (2011), 21,3% dos enfermeiros consideraram-no pouco importante.

Na questão "Quando se dirige a um utente, costuma, dizer-lhe que estar ali para o ajudar naquilo que são as suas competências?", 91,7% da nossa amostra afirma que "sim"; contudo no estudo de Leite (2015), esta investigadora constatou que a maioria dos profissionais quando se dirigiam a um utente não tinham este comportamento.

Quando perguntamos aos profissionais se achavam importante identificar-se quando falavam com o utente, 97,2% disse que "sim" e, apenas 2,8% disse que "não". Na dissertação de Maria (2014), a maioria dos inquiridos (71,4%) considera este comportamento como "nada adequado" ou "pouco adequado", contrastando com 28,6% que consideram que este comportamento é "adequado" ou "muito adequado". Atendendo à metodologia de trabalho Humanidade estes resultados encontrados por Maria (2014) não são adequados.

Na questão "Um cuidador formal (ex: psicólogo) quando se dirige ao quarto do utente não bate à porta e quando o faz não espera pela resposta. Concorda com este comportamento?", a maioria dos profissionais responderam "não" (97,2%), sendo que houve apenas 1 (2,8%) que respondeu "sim". No estudo de Araújo (2014), a investigadora chegou à conclusão que grande parte dos cuidadores entrevistados tem o cuidado de anunciar a sua entrada nos quartos dos utentes, logo os resultados que obtivemos nesta resposta estão em consonância com o estudo exploratório e descritivo da investigadora suprarreferida.

A segunda dimensão a ser analisada foi a do "Olhar", sendo que os resultados são apresentados na Tabela 3.

Tabela 3 - Frequências "Olhar"

		n	%
Um enfermeiro quando se aproxima do utente evita colocar-se à distância de contacto e adota uma postura ligeiramente hirta/reta para impedir que o utente não percecione... mais do que deve". Acha que o profissional está a atuar bem?	Sim	9	25.0%
	Não	27	75.0%
	Total	36	100.0%
Olha sempre de frente para o utente?	Sim	34	94.4%
	Não	2	5.6%
	Total	36	100.0%

Como pode ser observado na Tabela 3, também nesta dimensão existe uma tendência clara do sentido de resposta sendo, no entanto, de realçar que 9 respondentes (25%), concordaram com a primeira questão. Estes resultados vão ao encontro dos encontrados por Maria (2014), pois no seu estudo 77,1% dos inquiridos consideram esta atuação do profissional como "nada adequada" ou "pouco adequada" e 22,8% consideram "adequada" ou "muito adequada".

Relativamente à questão "Olha sempre de frente para o utente", 34 profissionais (94.4%) responderam "sim" e, apenas 2 (5.6%) responderam "não", de acordo com estas respostas podemos constatar que os profissionais atribuem uma grande importância ao "olhar". Estes resultados estão de acordo com os estudos de Simões, Salgueiro e Rodrigues (2011), uma vez que estes autores chegaram à conclusão que 80% dos seus inquiridos atribuíam muitíssima importância ao olhar.

A terceira dimensão, o Toque, caracterizada através de quatro itens, mostra, no seu último item, conforme apresentado na

Tabela 4, que há mais de um terço dos respondentes (36.1%), que concorda com a medida apresentada, de que "os prestadores de cuidados foram impedidos de demonstrar sinais de afeto aos utentes (tocar-lhes na mão, beijá-los à chegada...) por uma questão de "profissionalismo".

Tabela 4 - Frequências "Toque"

		n	%
Quando está a prestar cuidados conforme os procedimentos a um utente em que a dor está presente, o enfermeiro J, costuma tocá-lo suavemente, em zona neutra do corpo (ombro, braço...). Concorda?	Sim	34	94.4%
	Não	2	5.6%
	Total	36	100.0%
Acha que quando um técnico auxiliar de saúde está a dar banho a um utente, deve começar este procedimento pelo rosto?	Sim	29	80.6%
	Não	7	19.4%
	Total	36	100.0%
Um administrativo quando cumprimenta um utente/familiar com um aperto de mão coloca luvas. Concorda com esta medida de proteção individual?	Sim	3	8.3%
	Não	33	91.7%
	Total	36	100.0%
Numa UCCI, os prestadores de cuidados foram impedidos de demonstrar sinais de afeto aos utentes (tocar-lhes na mão, beijá-los à chegada...) por uma questão de "profissionalismo". Acha esta uma boa medida?	Sim	13	36.1%
	Não	23	63.9%
	Total	36	100.0%

No item "Quando está a prestar cuidados conforme os procedimentos a um utente em que a dor está presente, o enfermeiro J, costuma tocá-lo suavemente, em zona neutra do corpo (ombro, braço...). Concorda?", 34 profissionais concordaram e 2 profissionais não concordaram. Este resultado vai ao encontro ao encontrado por Maria (2014), uma vez, neste item os enfermeiros inquiridos descrevem este comportamento como o mais adequado. Aqui denotasse que a maioria dos profissionais da UCCI de Santo António, têm presentes a Filosofia de Cuidados Humanidade.

As respostas ao item "Acha que quando um técnico auxiliar de saúde está a dar banho a um utente, deve começar este procedimento pelo rosto?", vão ao encontro das encontradas por Simões, Salgueiro e Rodrigues (2011), uma vez que neste estudo 45,60% dos enfermeiros não consideram relevante este procedimento e na prática pedagógica e clínica observa-se que os cuidados iniciam-se precisamente por essa área corporal. No nosso estudo, 29 profissionais (80.6%), acham que no banho a primeira área que deve ser higienizada é o rosto, contudo 7 profissionais (19,4%) afirmam o contrário. Esta questão foi a que teve resposta menos positiva, uma vez que esperava-se que a maioria respondesse "não", no entanto convém referir que na nossa amostra existiam profissionais que não prestavam cuidados de higiene, nomeadamente, animador sociocultural, assistente social, psicóloga, administrativos, terapeuta ocupacional, fisioterapeutas e terapeuta da fala. No enquadramento teórico é referido que o toque deve ser iniciado por uma zona neutra do corpo (ombro; antebraço; braço; mãos), logo o banho deverá iniciar por estas zonas e nunca pelo rosto.

No item "Numa UCCI, os prestadores de cuidados foram impedidos de demonstrar sinais de afeto aos utentes (tocar-lhes na mão, beijá-los à chegada...) por uma questão de "profissionalismo". Acha esta uma boa medida?", as respostas obtidas pelos profissionais: "sim" (36.1%) e "não" (63.9%), vão ao encontro dos resultados encontrados em Araújo (2014).

Contudo, este resultado não coincide com o que é preconizado por Pereira et al. (2012), uma vez que "As mãos podem ser uma "ferramenta" que funciona como "veículo" de amor e ternura, minimizando a dor e o desconforto, o que promove uma melhoria do bem-estar da pessoa tocada."

Ainda nesta linha de pensamento, Fernandes (2010) afirma que as mãos são canais de transmissão de amor incondicional e podem auxiliar aquando da transmissão de situações delicadas/difíceis pois transmitem uma sensação de segurança e de solidariedade.

As respostas obtidas pelos profissionais da UCCI de Santo António no item "Um administrativo quando cumprimenta um utente/familiar com um aperto de mão coloca luvas. Concorda com esta medida de proteção individual?", "sim" (8.3%) e "não" (91,7%) estão em consonância com os resultados obtidos por Maria (2014), uma vez que, esta investigadora chegou à conclusão que 60% dos seus inquiridos consideravam esta medida como "nada adequado" e 40% como "pouco adequado". Todavia no nosso estudo 8.3 % dos inquiridos concorda com esta medida de proteção individual, o que poderá dizer que quando estavam a responder ao IRD não entenderam a questão.

A dimensão do “Sorriso”, cujos resultados são apresentados na Tabela 5, mostra respostas bastante semelhantes nos quatro itens, havendo no máximo, no segundo item, 6 respondentes (16.7%) que discordam da maioria.

Tabela 5 - Frequências "Sorriso"

		n	%
Na sua prática profissional, costuma sorrir quando fala com o utente e/ou familiar pois acha que através do sorriso mostra que está disponível para responder às necessidades expressas?	Sim	34	94.4%
	Não	2	5.6%
O terapeuta X costuma andar muito sério, nunca sorri, e não estimula o utente aproveitando as capacidades que este possui. Acha que a direção da UCCI deve falar com ele e perceber o que se passa?	Sim	30	83.3%
	Não	6	16.7%
Mantém um sorriso aberto quando fala com um utente?	Sim	32	88.9%
	Não	4	11.1%
Autores afirmam que para melhorar/restabelecer a autoestima e o bom humor o cuidador formal poder-se-á munir do sorriso. Concorda?	Sim	33	91.7%
	Não	3	8.3%

Na questão "Na sua prática profissional, costuma sorrir quando fala com o utente e/ou familiar pois acha que através do sorriso mostra que está disponível para responder às necessidades expressas?", 34 profissionais (94.4%) responderam "sim" e 2 profissionais (5.6%) responderam "não". Na nossa opinião os profissionais que responderam "não" poderão ser mais tímidos e, por isso, recorrem menos ao sorriso.

Relativamente à questão "O terapeuta X costuma andar muito sério, nunca sorri, e não estimula o utente aproveitando as capacidades que este possui. Acha que a

direção da UCCI deve falar com ele e perceber o que se passa?", 30 profissionais (83.3%) responderam "sim" e 6 (16.7%) responderam "não". Estes resultados não coincidem com os encontrados por Maria (2014), pois quando esta afirmou "O enfermeiro T utiliza o humor como uma estratégia para interagir com os utentes. Essa mesma estratégia parece-lhe...", 42.9% dos inquiridos consideram a estratégia "nada adequada", 45.7% "pouco adequada", 8.6% "adequada" e 2.9% "muito adequada".

As respostas obtidas no item "Mantém um sorriso aberto quando fala com um utente?", apesar de serem ligeiramente distintas, 88.9% responderam "sim" e 11.1% responderam "não", vão ao encontro das respostas encontradas no primeiro item.

Por fim, na questão "Autores afirmam que para melhorar/restabelecer a autoestima e o bom humor o cuidador formal poder-se-á munir do sorriso. Concorda?", a maioria dos profissionais (91.7%) concorda com os autores. Na linha de pensamento de Pereira et al. (2012), o sorriso ao permitir a desdramatização de situações que são geradoras de sofrimento no doente, possibilitam que este melhore/restabeleça a sua autoestima e bom humor. Este resultado vai ao encontro ao encontrado por Leite (2015), uma vez que esta investigadora observou que 96,4% dos profissionais olhavam de frente nos olhos da pessoa doente, com uma expressão facial sorridente. Segundo Phaneuf (2010), o riso é um antídoto para certas doenças e ajuda a combater o stress. O humor é visto como um facilitador da relação entre os cuidadores e a pessoa doente.

A dimensão do "Vestuário", cujos resultados são apresentados na Tabela 6, mostra nos 2 primeiros itens que 100% dos respondentes discordaram da afirmação, e nos últimos itens a maioria respondeu "sim".

Tabela 6 - Frequências "Vestuário"

	n	%	
O cabeleireiro da UCCI insiste em persuadir o senhor José a cortar o grisalho bigode farfalhado que ele mantém há mais de vinte anos porque, a seu ver, este não o favorece, não se adaptando ao rosto do senhor. Esta atitude parece-lhe correta?	0	0.0%	
	36	100.0%	
O senhor P. apresenta artroses acentuadas nas mãos, que não lhe permitem engraxar os sapatos, mas a sua mulher vem visitá-lo à UCCI e este queria estar apresentável. Peça ajuda ao Assistente Social, mas este alega que essa não é a sua função e vai-se embora do quarto e não dá informação ao profissional competente. Acha que o Assistente Social procedeu bem?	0	0.0%	
	36	100.0%	
Acha importante manter o utente com o seu próprio vestuário e limpo?	Sim	35	97.2%
	Não	1	2.8%
Acha relevante dar-se atenção à apresentação física (ex: vestuário, penteado,...) do utente, de acordo com as suas preferências.	Sim	33	91.7%
	Não	3	8.3%

No item "O cabeleireiro da UCCI insiste em persuadir o senhor José a cortar o grisalho bigode farfalhado que ele mantém há mais de vinte anos porque, a seu ver, este não o favorece, não se adaptando ao rosto do senhor. Esta atitude parece-lhe correta?", 100% dos inquiridos responderam "não", ou seja, os profissionais da UCCI de Santo António acham que tem que se ter em conta as preferências dos utentes, desde que, estas não interfiram com os cuidados lá prestados. No estudo de Maria (2014), 80% dos inquiridos consideram esta atitude "pouco adequada" ou "nada adequada", porém existe um quinto dos respondentes que a consideraram "muito adequada" ou "adequada".

Relativamente à questão "O senhor P. apresenta artroses acentuadas nas mãos, que não lhe permitem engraxar os sapatos, mas a sua mulher vem visitá-lo à UCCI e este queria estar apresentável. Pede ajuda ao Assistente Social, mas este alega que essa não é a sua função e vai-se embora do quarto e não dá informação ao profissional competente. Acha que o Assistente Social procedeu bem?", 100% dos inquiridos responderam "não". Este resultado coincide com o resultado encontrado por Maria (2014), pois os seus inquiridos consideram este procedimento "nada adequado" (65.7%) ou "pouco adequado"(34.3%).

As respostas obtidas no item "Acha importante manter o utente com o seu próprio vestuário e limpo", 35 profissionais (97.2%) responderam "sim" e 1 profissional (2.8%) respondeu "não". Estes dados são coerentes com os encontrados por Araújo (2014), pois segundo a análise efetuada por esta investigadora verificou-se que 5 profissionais (19.2%) têm esse cuidado "Muitas vezes" e 21 profissionais (80.8%) têm-no "Sempre". Convém referir, que Araújo (2014), quando questionou a sua amostra só lhes deu duas opções de resposta, sendo elas "muitas vezes" ou "sempre".

Por último, no item "Acha relevante dar-se atenção à apresentação física (ex: vestuário, penteado,...) do utente, de acordo com as suas preferências.", 33 profissionais (91.7%) responderam "sim" e 3 profissionais (8.3%) responderam "não". Estes resultados vão ao encontro dos encontrados por Maria (2014), quando solicitou aos seus inquiridos que se posicionassem sobre a seguinte afirmação: "O senhor R nas suas escolhas de vestuário não prima por um gosto requintado. A enfermeira C. opta por retirar do armário sempre peças de vestuário de acordo com as suas preferências e não as do utente.", sendo que 57.1% considerou esta atitude "nada adequada" e 42.9%

"pouco adequada". Todavia no estudo de Leite (2015), tanto na primeira observação como na segunda, a investigadora constatou que apenas 14.3% dos profissionais davam atenção à apresentação física (ex. vestuário) da pessoa doente de acordo com as suas preferências.

Finalmente apresentam-se os resultados da dimensão Verticalidade, sendo que estes podem ser observados na Tabela 7.

Tabela 7 - Frequências "Verticalidade"

		n	%
Autores afirmam que dever-se-á fomentar a prática da verticalidade (o utente permanece "de pé" o maior número de horas possíveis) pois, sabe-se que esta contraria a postura anquilosante e promove uma melhoria da qualidade de vida. Concorda com os autores?	Sim	25	69.4%
	Não	11	30.6%
A senhora A, idosa acamada, estando a dormir é acordada para a realização de um penso na mão. A utente prefere permanecer na cama como é seu hábito, mas o enfermeiro V. usufruindo do momento e, apesar de contrariar a utente, sentou a senhora A na sala junto do neto. Concorda com esta atitude?	Sim	13	36.1%
	Não	23	63.9%
O senhor Z. refere já não querer levantar-se da cama, pois sabe que tal procedimento requer que o enfermeiro demore o dobro do tempo a ajuda-lo. Contudo, o enfermeiro diz que está lá para isso mesmo que demore o triplo do tempo. Concorda com a atitude do profissional?	Sim	34	94.4%
	Não	2	5.6%
Um fisioterapeuta procura ajudar o utente a tomar uma postura vertical, pois vê que o utente é capaz de tomar esta posição (ex: erguer o tronco, o segmento torácico da cama, sentar no cadeirão, pôr de pé). Concorda com esta medida?	Sim	35	97.2%
	Não	1	2.8%

É nesta dimensão onde se encontram maior discrepância de respostas, em dois dos seus itens, sendo eles os primeiros dois, onde, não obstante haver uma clara prevalência de uma das respostas, existem mesmo assim, respetivamente 11 (30.6%) e 13 (36.1%) respondentes que deram resposta contrária à maioria, conforme pode ser observado na Tabela 7.

No primeiro item, 69.4% dos profissionais concordaram com a afirmação dos autores, que neste caso foram Simões et al. (2008), contudo uma percentagem significativa (30.6%) não concordou com os mesmos.

No estudo de Araújo (2014), apesar da investigadora não ter colocado esta questão diretamente aos seus inquiridos, através da questão "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 inquiridos demonstraram preocupação com o envolvimento do utente no seu processo de cuidado e a maioria respondeu que dever-

se-á proceder à alteração do cuidar, ou seja, dever-se-á potenciar a verticalização. Por exemplo, o cuidador (S1) afirma que “Deverei proceder à verticalização uma vez que isso trará benefícios para o utente e individualmente (ainda que a longo prazo) também à equipa pelos benefícios da verticalização”, e o cuidador (S12) salienta que “ (...) deve tentar falar com ele e dizer-lhe que fica melhor e mais relaxado e começar aos poucos, dia sim, dia não”.

No estudo de observacional de Leite (2015), esta investigadora constatou que na primeira observação, 100% dos profissionais valorizavam e praticavam a verticalidade e na segunda observação apenas um profissional (3.6%) não praticou a verticalidade.

Segundo Simões (2013), este pilar é imprescindível nas relações interpessoais, pois é através dele que os nervos sensitivos e motores são estimulados, permitindo uma interação "positiva" com os outros seres humanos.

As respostas obtidas no item "A senhora A, idosa acamada, estando a dormir é acordada para a realização de um penso na mão. A utente prefere permanecer na cama como é seu hábito, mas o enfermeiro V. usufruindo do momento e, apesar de contrariar a utente, sentou a senhora A na sala junto do neto. Concorda com esta atitude?" estão em consonância com as encontradas por Maria (2014), uma vez que no seu estudo 62.8% consideram esta atitude "nada adequada" ou "pouco adequada"; percentagem próxima da encontrada no nosso estudo (63.9%) e 31.4% consideram esta atitude "adequada" ou "muito adequada" e, no nosso estudo 36.1% dos profissionais concordaram com a atitude descrita.

Ao item "O senhor Z. refere já não querer levantar-se da cama, pois sabe que tal procedimento requer que o enfermeiro demore o dobro do tempo a ajuda-lo. Contudo, o enfermeiro diz que está lá para isso mesmo que demore o triplo do tempo. Concorda com a atitude do profissional?", 34 profissionais (94.4%) responderam "sim" e 2 (5.6%) responderam "não". Estes resultados permitem-nos concluir que os profissionais da UCCI de Santo António se regem pelos princípios da Filosofia de Cuidados Humanidade, uma vez que têm noção da importância do levantar na qualidade de vida do utente.

No estudo de Maria (2014), esta questionou os seus inquiridos através deste item " O senhor Z. refere já não querer levantar-se da cama. Como tal procedimento requer que o enfermeiro despenda o dobro do tempo que tem disponível para os

cuidados ao senhor, este reforça a importância do levantar do utente junto da família." e constatou que 28.6% consideram este comportamento "nada adequado" ou "pouco adequado", 68.5 consideram-no "adequado" ou "muito adequado" e, apenas 2.9% consideraram-no "ótimo", ou seja, a sua amostra valoriza o envolvimento da família aquando da prestação de cuidados.

No último item 35 profissionais (97.2%) responderam "sim" e 1 profissional (2.8%) respondeu "não". Este resultado coincide com o que foi observado no estudo de Leite (2015), uma vez que na primeira observação 100% dos inquiridos procurava ajudar a pessoa doente a tomar uma postura de verticalidade. Na segunda observação houve um ligeiro decréscimo (96.4%) porque um profissional não correspondeu com a melhor atitude, ou seja, não valorizou a verticalidade.

Com os dados obtidos através desta primeira parte da análise descritiva, podemos afirmar que, no que diz respeito aos indivíduos da amostra, estes respondem, na sua larga maioria, ao longo das linhas da Filosofia de Cuidados Humanidade, mesmo que a maioria não tenha tido formação específica em Metodologia de Cuidados Humanidade, cumprindo, assim, o primeiro objetivo específico, ou seja, avaliar os conhecimentos sobre a metodologia humanidade na área dos cuidados em saúde.

Para dar resposta ao segundo objetivo do presente estudo "Avaliar competências relacionais de ajuda promotoras da relação terapêutica" foram analisadas as pontuações médias e desvios padrão das três dimensões medidas pelo ICRA, tendo-se optado por apresentar estes resultados comparando os resultados por Sexo, por se teve ou não Formação em Humanidade e, por último, por Função.

Os resultados, por Sexo, são apresentados na Tabela 8, verificando-se pontuações superiores no sexo masculino nas três dimensões de medidas, quando comparadas com as pontuações do sexo feminino.

Tabela 8 - Pontuações médias ICRA – por Sexo

Sexo		Empatia	Contato	Comunicação
Feminino	M	3.92	3.23	3.85
	DP	.499	.762	.464
	n	29	29	29
Masculino	M	4.20	3.35	3.94
	DP	.568	.853	.509
	n	7	7	7
Total	M	3.97	3.25	3.86
	DP	.517	.769	.467
	n	36	36	36

É na dimensão “Empatia” que a diferença entre sexo é mais relevante, com uma pontuação média de 4.20 (DP=.568) para o sexo masculino e de 3.92 (DP=.499) para o sexo feminino.

No estudo de Patrício (2012), estudo este que teve como amostra 148 estudantes da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, quanto aos valores médios das dimensões do ICRA, denota-se que as mulheres apresentam melhores resultados do que os homens nas competências genéricas (120.6) e de comunicação (50.4), enquanto os homens apresentam melhores resultados do que as mulheres nas competências empáticas (74.35) e de contacto (46.25). Este resultado é um pouco distinto do encontrado no nosso estudo, todavia é importante referir que o estudo de Patrício (2012) só engloba estudantes de enfermagem e o nosso engloba muitos profissionais de saúde. No nosso estudo e, tal como já foi referido, verificam-se pontuações superiores no sexo masculino nas três dimensões de medidas, quando comparadas com as pontuações do sexo feminino.

O estudo de Melo e Raposo (2007) é um estudo descritivo-exploratório que tinha como objetivo conhecer as perceções dos alunos do curso de licenciatura em Enfermagem sobre o desenvolvimento de competências relacionais e constatou que as estudantes do sexo feminino desenvolvem significativamente melhor as suas competências genéricas, empáticas e de comunicação quando comparadas com os estudantes do sexo masculino.

A segunda divisão que foi feita, foi entre os profissionais que já receberam formação em Humanidade e os que não a receberam, sendo os resultados apresentados na Tabela 9.

Tabela 9 - Pontuações médias ICRA – por Formação em Humanidade

Já teve formação em Metodologia de Cuidados Humanidade, também conhecida como Métodos de Cuidados Humanidade de Gineste- Marescotti (MGM)?		Empatia	Contato	Comunicação
Sim	M	3.88	3.54	3.62
	DP	.529	.673	.501
	n	5	5	5
Não	M	3.99	3.21	3.90
	DP	.522	.783	.458
	n	31	31	31
Total	M	3.97	3.25	3.86
	DP	.517	.769	.467
	n	36	36	36

Verifica-se que a maioria (n=31; %=86.1) dos respondentes não teve formação em Humanidade. Contudo, como pode ser observado na Tabela 9, são os que não tiveram formação que, contrariamente ao que seria esperado, pontuam mais alto nas dimensões Empatia ($M_{\text{não}}=3.99$; $M_{\text{sim}}=3.88$) e Comunicação ($M_{\text{não}}=3.90$; $M_{\text{sim}}=3.62$).

No enquadramento teórico referimos que uma componente da relação terapêutica e, por conseguinte, da relação de ajuda é a Filosofia de Cuidados Humanidade, pois aquando da prestação de cuidados deverá existir uma sintonia entre a memória emocional do utente e os pilares da Humanidade. Assim sendo, os profissionais devem, incrementar na sua prática os padrões da Humanidade pois estes são essenciais para a criação de uma relação de ajuda que deverá ocorrer tendo em conta a compreensão empática, a aceitação incondicional e a autenticidade.

No estudo que Ferreira, Tavares e Duarte (2006) efetuaram com estudantes de enfermagem estes investigadores chegaram à conclusão que a dimensão que obteve piores resultados foi a dimensão de competências de contacto, o que está acordo com os resultados obtidos nesta investigação.

Os resultados alcançados nesta investigação estão, também em consonância com os encontrados por Melo e Raposo (2007) e com os encontrados por Simões (2011).

No sentido de aprofundar os dados obtidos achamos importante, num próximo estudo questionar a amostra quanto à importância que estes atribuem a uma possível formação em relação de ajuda e em FCH, com o objetivo de melhorar as suas competências de cuidar o utente.

Assim podemos constatar que, os indivíduos da nossa amostra que não tiveram formação em Humanidade obtiveram pontuações altas no que concerne às dimensões da empatia e da comunicação contrariamente aos que tiveram.

Finalmente, apresenta-se na Tabela 10 a estatística descritiva, através das médias e desvios padrão, das dimensões do ICRA por função.

Tabela 10 - Pontuações médias ICRA – por Função

Profissão		Empatia	Contato	Comunicação
Administrativo(a)	M	4.08	3.29	4.00
	DP	.653	1.212	.314
	n	2	2	2
Animad.Sociocult.	M	3.77	3.29	3.67
	DP	.	.	.
	n	1	1	1
Assist. Social	M	3.62	3.14	3.11
	DP	.	.	.
	n	1	1	1
Enfermeiro(a)	M	3.95	3.05	4.17
	DP	.543	.662	.365
	n	9	9	9
Fisoterapeuta	M	3.51	2.52	3.81
	DP	.270	.330	.064
	n	3	3	3
Médica	M	3.38	2.29	4.22
	DP	.	.	.
	n	1	1	1
Nutricionista	M	4.15	3.71	3.78
	DP	.	.	.
	n	1	1	1
Psicóloga	M	3.54	1.57	4.22
	DP	.	.	.
	n	1	1	1
T. A. de saúde	M	4.17	3.71	3.70
	DP	.558	.657	.552
	n	15	15	15
Terap.da Fala	M	4.00	3.14	3.67
	DP	.	.	.
	n	1	1	1
Terap.Ocupacional	M	3.77	2.71	3.89
	DP	.	.	.
	n	1	1	1
Total	M	3.97	3.25	3.86
	DP	.517	.769	.467
	n	36	36	36

Como pode ser observado na Tabela 10, e tomando como referência somente as funções com mais de três respondentes, os Técnicos Auxiliares de Saúde e os Enfermeiros, são os primeiros a apresentar pontuações médias superiores nas dimensões Empatia ($M_{tas}=4.17$; $M_{enf}=3.95$) e Contato ($M_{tas}=3.71$; $M_{enf}=3.05$) e os Enfermeiros na dimensão Comunicação ($M_{tas}=3.70$; $M_{enf}=4.17$).

Estes resultados contradizem os encontrados no estudo de Melo (2011). Todavia, é importante referir que Melo (2011) apenas avaliou as dimensões do ICRA em enfermeiros, e obteve o valor mais elevado nas competências de contacto ($M=6.58$) e o mais baixo nas competências empáticas ($M=6.32$).

No estudo de Melo (2010), o valor mais elevado foi encontrado na dimensão das competências genéricas (M=5.90), contudo como no nosso estudo não avaliamos esta dimensão este valor não acrescenta nada de relevante ao nosso estudo. Nas competências empáticas, os enfermeiros obtiveram 5.23, nas competências de contato obtiveram 4.9 e, por fim nas competências de comunicação obtiveram 5.59 (valores superiores e distintos dos encontrados no nosso estudo).

Com esta fase do estudo, cumpriu-se o segundo objetivo específico fixado, sendo este: Avaliar competências relacionais de ajuda promotoras da relação terapêutica.

Testes de Normalidade

Por forma a decidir sobre que testes inferenciais a efetuar, verificou-se a normalidade da distribuição dos dados das dimensões sob análise através de observação gráfica das distribuições bem como através dos testes de normalidade de Kolmogorov-Smirnov (K-S) e Shapiro-Wilk (S-W), sendo que os resultados destes últimos testes são apresentados na Tabela 11.

Tabela 11 - Testes de Normalidade

	Shapiro-Wilk		
	Estatística	Gl	Sig.
Empatia	.966	36	.316
Contato	.980	36	.733
Comunicação	.964	36	.291

Conforme observável na Tabela 11, os dados das três dimensões: Empatia; Contato; e, Comunicação, apresentam uma distribuição normal, uma vez que o nível de significância, para todas elas, são superiores a .05.

Atendendo a estes resultados, a análise inferencial será efetuada, recorrendo-se a testes paramétricos. Assim, para verificar diferenças entre grupos, quando existem dois grupos (Sexo; Teve Formação em Humanidade), será aplicado o teste t (Student) para amostras independentes e no caso de três ou mais grupos (Função) o teste ANOVA.

Análise Inferencial

A última fase da análise estatística irá permitir responder à várias hipóteses formuladas.

Para responder à primeira das hipóteses formuladas: existem diferenças nas competências relacionais dos profissionais da UCCI de Santo António de acordo com o sexo, procedeu-se ao teste t de Student para amostras independentes. Os resultados obtidos são apresentados na Tabela 12.

Tabela 12 - Teste t para amostras independentes - Sexo

		Teste de Levene para igualdade de variâncias		teste-t para Igualdade de Médias						
		F	Sig.	T	Gl	Sig. (bilateral)	Diferença média	Erro padrão da diferença	95% Intervalo de Confiança da Diferença	
									Inferior	Superior
Empatia	Variâncias iguais assumidas	.658	.423	-1.287	34	.207	-.277	.215	-.715	.161
	Variâncias iguais não assumidas			-1.185	8.374	.268	-.277	.234	-.813	.258
Contato	Variâncias iguais assumidas	.534	.470	-.352	34	.727	-.115	.328	-.782	.551
	Variâncias iguais não assumidas			-.328	8.470	.751	-.115	.352	-.919	.688
Comunicação	Variâncias iguais assumidas	.068	.796	-.451	34	.655	-.090	.199	-.494	.315
	Variâncias iguais não assumidas			-.426	8.582	.681	-.090	.211	-.570	.390

Conforme observável na Tabela 12, verifica-se que para todas as dimensões o valor teste é superior a .05, não se podendo provar a hipótese de haver diferenças entre os grupos.

Para responder à segunda hipótese formulada: existem diferenças nas competências relacionais dos profissionais da UCCI de Santo António de acordo com o ter tido ou não formação em Humanidade, procedeu-se, novamente, ao teste t de Student para amostras independentes, sendo os resultados apresentados na Tabela 13, verificando-se, também neste caso, que a hipótese formulada não é confirmada.

Tabela 13 - Teste t para amostras independentes - Formação em Humanidade

		Teste de Levene para igualdade de variâncias		teste-t para Igualdade de Médias						
		F	Sig.	T	Gl	Sig. (bilateral)	Diferença média	Erro padrão da diferença	95% Intervalo de Confiança da Diferença	
									Inferior	Superior
Empatia	Variâncias iguais assumidas	.001	.971	-.449	34	.656	-.113	.252	-.625	.399
	Variâncias iguais não assumidas			-.445	5.335	.674	-.113	.254	-.755	.529
Contato	Variâncias iguais assumidas	.647	.427	.903	34	.373	.335	.372	-.420	1.091
	Variâncias iguais não assumidas			1.010	5.900	.352	.335	.332	-.481	1.152
Comunicação	Variâncias iguais assumidas	.074	.787	-1.259	34	.217	-.281	.223	-.735	.173
	Variâncias iguais não assumidas			-1.178	5.140	.290	-.281	.239	-.889	.327

Finalmente, para verificar a terceira e última hipótese formulada: existem diferenças nas competências relacionais dos profissionais da UCCI de Santo António de acordo com a função exercida, procedeu-se ao teste *one-way* ANOVA, já que neste caso existem mais de dois grupos.

Os resultados deste teste são apresentados na Tabela 14.

Tabela 14 - Teste *One-Way* ANOVA - Função

		Soma dos Quadrados	Gl	Quadrado Médio	F	Sig.
Empatia	Entre Grupos	2.050	10	.205	.703	.713
	Nos grupos	7.288	25	.292		
	Total	9.337	35			
Contato	Entre Grupos	9.460	10	.946	2.105	.064
	Nos grupos	11.238	25	.450		
	Total	20.698	35			
Comunicação	Entre Grupos	2.198	10	.220	1.011	.462
	Nos grupos	5.435	25	.217		
	Total	7.632	35			

Observando a Tabela 14, pode verificar-se que para as três dimensões o valor teste é superior a .05, não se conseguindo afirmar, também aqui, a hipótese formulada.

Conclui-se que de acordo com os dados do presente estudo, os profissionais da UCCI de Santo António, concordam, na sua maioria com as ações que estão em linha com a Filosofia de Cuidados Humanidade, mesmo não tendo a maioria tido algum tipo de formação em Metodologia de Cuidados Humanidade.

No que concerne as competências relacionais, os níveis encontrados na amostra, são satisfatórios já que nas três dimensões estudadas: Empatia; Contato; e, Comunicação, as pontuações médias excedem o ponto médio de 3 ($M_{\text{empatia}}=3.97$; $M_{\text{contato}}=3.25$; $M_{\text{comunicação}}=3.86$).

Conclusões

No que diz respeito aos resultados obtidos pela nossa investigação estes devem ser entendidos tendo em conta o enquadramento teórico que a estruturou, bem como, os objetivos propostos.

Nesta conclusão será progressivamente apresentada a consecução ou não dos objetivos anteriormente delineados de acordo com as fontes apresentadas em capítulos anteriores.

Considera-se que os objetivos delineados para esta investigação foram alcançados com sucesso, uma vez que, através da mesma conseguimos identificar o uso da ferramenta Humanidade junto da equipa de profissionais da UCCI de Santo António e a importância da Filosofia de Cuidados Humanidade como estratégia da relação terapêutica. Com este estudo foi possível através do nosso IRD, avaliarmos os conhecimentos sobre a metodologia humanidade na área dos cuidados em saúde, assim como, avaliarmos competências relacionais de ajuda promotores da relação terapêutica.

Relativamente ao estágio efetuado na Unidade de Cuidados Continuados de Santo António, posso referir que conseguimos consolidar os conhecimentos teóricos que adquirimos ao longo do 1º ano do mestrado, assim como conhecer na prática o trabalho do Técnico de Serviço Social numa UCCI. O trabalho realizado pelo Assistente Social nesta UCCI visou a promoção do bem-estar do doente/família, uma vez que a este era delegada a função de informar sobre o funcionamento da RNCCI, dos recursos existentes na comunidade e facilitar os contactos com os elementos da equipa multidisciplinar.

Tal como está previsto no Manual de Boas Práticas para os Assistentes Sociais da Saúde na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (2007), o Técnico de Serviço Social da UCCI de Santo António era visto como um facilitador da integração dos utentes nos serviços de saúde (UCCI); como gestor de caso e monitor da continuidade, integralidade e qualidade dos cuidados; como mediador da prestação de bens e serviços ao doente e família; como fomentador das redes de suporte social e sua efetividade; como impulsionador da qualidade e humanização dos cuidados e serviços; e por fim, como dinamizador de sujeitos e organizador de grupos (ex: quando auxiliava o Animador Sociocultural na realização das atividades).

Durante o estágio constatamos que o Assistente Social, assim como o Educador Social (caso fizesse parte do quadro técnico da UCCI) executa um trabalho imprescindível na RNCCI uma vez que intervém numa vertente psicoeducativa, ou seja, trabalha tanto com os utentes que ingressam na Rede como com as suas famílias. A sua prática é centrada no utente e é complementar à prática da enfermagem, da medicina, da fisioterapia e da terapia da fala etc.

Como em todos os estudos nem tudo foi fácil, uma vez que o "caminho" percorrido desde a burocracia antes/durante o estágio na UCCI de Santo António à aplicação do IRD propriamente dita foi um caminho moroso, mas que valeu a pena percorrermos pois fez com que uma pessoa crescesse a nível pessoal e profissional. A reduzida amostra tornou o estudo mais limitado e impossibilitou, naturalmente, a generalização dos resultados.

Como qualquer investigação, também, aqui nos deparamos com algumas limitações que dificultaram a aplicação do IRD, nomeadamente os horários rotativos e as trocas de turno dos enfermeiros e técnicos auxiliares de saúde.

Relativamente à aplicação do estudo podemos concluir que o IRD construído continha linguagem impercetível para alguns profissionais, o que dificultou o seu preenchimento e fez com que alguns profissionais deixassem questões por responder.

A inúmera burocracia associada ao deferimento por parte do IPB e da UCCI de Santo António fizeram com que a recolha de dados se estendesse durante muito tempo, o que, conseqüentemente atrasou a análise dos dados.

Embora as limitações que apontamos tenham sido reais e influenciado este trabalho, julgamos que ele poderia ser seguramente melhorado, se no futuro próximo se implementasse uma formação para se perceber a eficácia de um programa de intervenção da FCH no âmbito dos Cuidados Continuados. Esta é uma parte que deixamos em aberto para trabalhos futuros, já que achamos que um investimento nesta área faria todo o sentido.

Todos os momentos da realização deste estágio curricular permitiu-nos a aquisição de novas competências pessoais e profissionais, que vão ser imprescindíveis para o nosso futuro laboral.

Concluindo, os profissionais devem incrementar na sua prática os padrões da Humanidade, uma vez que através dos seus pilares é possível o estabelecimento de uma relação terapêutica efetiva que é essencial para a recuperação do utente.

Referências bibliográficas

- Antunes, M. T. (n.d.). *Relação terapêutica: enfermeiro e pessoa em fase final de vida* (Relatório de estágio). Retirado de: <http://repositorio.ipsantarem.pt/bitstream/10400.15/1249/1/Rela%C3%A7%C3%A3o%20terapeutica....pdf>.
- Araújo, R. (2014). *HUMANITUDE: Uma Ferramenta do Cuidar em Cuidados Continuados O olhar do Educador Social* (Trabalho de Projeto). Retirado de: <https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/11860/1/Rita%20Marlene%20Correia%20Ara%C3%BAjo.pdf>.
- Associação dos profissionais Técnicos de Educação Social. (2015). *Pertinência profissional do Técnico de Educação Social*. Porto
- Azevedo, S. (2011). *Técnicos Superiores de Educação Social. Necessidade e pertinência de um estatuto profissional*. Porto: Fronteira do Caos Editores.
- Cardoso, P.R. (2014). *(Re)Estruturação da Resposta de Centro de Dia para Unidade de Humanidade* (Projeto). Retirado de: [https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/17245/1/\(Re\)%20estrutura%C3%A7%C3%A3o%20da%20Resposta%20Social%20de%20Centro%20de%20Dia%20para%20Unidade%20de%20Humanidade.pdf](https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/17245/1/(Re)%20estrutura%C3%A7%C3%A3o%20da%20Resposta%20Social%20de%20Centro%20de%20Dia%20para%20Unidade%20de%20Humanidade.pdf)
- Carvalho, A., & Baptista, I. (2004). *Educação Social: Fundamentos e Estratégias*. Porto: Porto Editora.
- Costa, O., Galvão, A., & Baptista, G. (2014). Humanidade: empreender qualidade em saúde. *Novos Olhares na Saúde*, V(1), 322-334.
- Coutinho, J. (2016). *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: Teoria e Prática*. Coimbra: Almedina.
- Fernandes, L. C. (2010). *Cuidar o doente crítico* (Relatório de mestrado). Retirado de: https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/8546/1/Relat%C3%B3rio_Cuidar%20o%20Doente%20Cr%C3%ADtico_Liliana%20Fernandes.pdf.
- Ferreira, M., Tavares, J., & Duarte, J. (2006). Competências relacionais de ajuda nos estudantes de enfermagem. *Revista Referência*, II (2), 51-62.
- Figueiredo, A.M. (2016). *Metodologia de Cuidados Humanidade Percepção dos Enfermeiros* (Dissertação de mestrado). Retirado de: <http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/4016/1/AnaMargaridaGomesFigueiredo%20DM.pdf>.
- Figueirinha, D., Marques, I., & Simões, J. A. (2012). Ética na relação do Profissional de Saúde e Idoso nos Cuidados Continuados. *Revista Potuguesa de Bioética*, N°(16), 31-46.

- Fortin, M. F. (1999). *O processo de investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusodidacta.
- Laina, C., Tavares, E., Carneiro, I., Pimenta, L., Carpes, M., Malvezzi, M., ... Oliveira, R. (s.d). *Manual dos Formadores de cuidadores de pessoas idosas*. São Paulo: Futuridade.
- Leite, R. (2015). *Humanidade: Uma ferramenta de trabalho em Cuidados Continuados Integrados* (Relatório Final de Estágio). Retirado de: <https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/12567/1/RAFAELA%20REBELO%20LEITE.pdf>.
- Margalho, R., Paixão, R., & Pereira, M. (2010). Relação terapêutica e adesão em doentes portadores da infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (VIH). *Psicologia, Saúde & Doenças, 11*(1), 71–81.
- Maria, O. (2014). *Perceção dos enfermeiros acerca da metodologia de trabalho humanidade na gestão de cuidados de saúde* (Dissertação de mestrado). Retirado de: <https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/10504/1/OI%C3%ADvia%20da%20Concei%C3%A7%C3%A3o%20Costa%20Maria.pdf>.
- Mateus, M. (2012). O educador social na construção de pontes socioeducativas contextualizadas. *EDUSER: revista de educação, 4*(1), 60-71.
- Melo, R., Queirós, P., Tanaka, L., Salgueiro, N., Alves, R., Rodrigues, M., & Araújo, J. (2017). Estado da arte da implementação da metodologia de cuidado Humanidade em Portugal. *Revista de Enfermagem Referência, IV*(13), 53–62. <https://doi.org/10.12707/RIV17019>.
- Melo, R., Silva, M., Parreira, P., & Ferreira, M. (2011). Competências relacionais de ajuda nos enfermeiros: validação de um instrumento de medida. *Rev Esc Enferm USP, 45*(6), 1387-1395.
- Melo, R., & Raposo, N. (2007). Desenvolvimento de competências relacionais de ajuda: Estudo com estudantes de enfermagem. *Rev Portuguesa de Pedagogia, 41*(1), 189-209.
- Ministério da Saúde, & Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social. Criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, 109 § (2006). Portugal. Obtido de https://www.adse.pt/document/Decreto_Lei_101_2006.pdf.

- Ministérios das Finanças, da Saúde e da Solidariedade, Emprego e Segurança Social.
Diário da República - I Série - A. (6 de Junho de 2006). *Decreto -Lei nº101/2006*.
- Ministérios das Finanças, da Saúde e da Solidariedade, Emprego e Segurança Social.
Diário da República-I Série-A. (6 de setembro de 2018). *Portaria nº249/2018*.
- Ministérios das Finanças, da Saúde e da Solidariedade, Emprego e Segurança Social.
Diário da República-I Série-A. (10 de setembro de 2014). *Portaria nº174/2014*.
- Neto, J.(2012). O compromisso ético de educador social. *Revista Lusófona da Educação*, 22, 55-67.
- Novo, S., Galvão, A., & Rodrigues, S. (2014). Relação de ajuda e intervenção psicoterapêutica no serviço de urgência. *Novos Olhares na Saúde*. V(1), 518-530.
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.
- Phaneuf, M. (2010). O conceito de humanidade: uma aplicação aos cuidados de enfermagem gerais. de http://www.infiressources.ca/fer/depotdocuments/O_conceito_de_humanidade__uma_aplicacao_aos_cuidados_de_enfermagem_gerais.pdf
- Rocha, A.(2008). *A relação de ajuda no ensino de enfermagem* (Dissertação de doutoramento). Retirado de: <https://ria.ua.pt/handle/10773/3315>.
- Severina, A. I. (2012). *A Relação Terapêutica contribui para a qualidade de Vida da Pessoa em fim de vida* (Relatório de Estágio). Retirado de: <http://repositorio.ipsantarem.pt/bitstream/10400.15/1260/1/A%20rela%C3%A7%C3%A3o%20terapeutica%20contribui....pdf>.
- 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*, III(4), 69–79.
- Simões, M. (2017). Desejo de Ser Humanidade; Humanidade em Saúde. *HUMANITUDE, Realização da Humanidade numa Sociedade Tecnológica*. Coimbra: Edição do autor.
- Simões, M., M. (2013). *Cuidar da humanidade : método de Gineste e Marescotti Aplicado a Pessoas Internadas em cuidados continuados* (Tese de doutoramento). Retirado de: <http://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/13913>.
- 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 Referencia*, II(7), 97–105.

- Simões, M., Salgueiro, N., & Rodrigues, M. (2012). Cuidar em Humanidade: estudo aplicado em cuidados continuados. *Revista de Enfermagem Referência*, III(6), 81–93.
- Simões, M. M. (2014). *Condição do Homem no Mundo-Humanidade; Cuidar Humanidade. Cuidar Humanidade, Enfermagem neurorrelacional*. Coimbra: Edição do autor.
- Simões, R. (2008). *Competências de relação de ajuda no desempenho dos cuidados de enfermagem* (dissertação de mestrado). Retirado de: <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/7214>.
- UMCCI (2009). *Glossário da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados*.1-13.

Anexos

I-Instrumento de Recolha de Dados (IRD)

Trabalho de Projeto/Estágio intitulado " Humanidade como estratégia da relação terapêutica numa Unidade de Cuidados Continuados Integrados "	Nº
---	----

Parte I- Caracterização sociodemográfica do cuidador formal

Assinale com uma cruz (X) o item que melhor o caracterize.

1. Género

Feminino

Masculino

2. Idade

20-25

26-30

31-35

36-40

41-45

46-50

51-55

56-60

61-65

3. Habilitações literárias

3º ciclo

Ensino secundário

Licenciatura

Mestrado

Doutoramento

Pós- doutoramento

4. Tempo de serviço na UCCI de Santo António

<1 ano

1-2 anos

2-3 anos

3-4 anos

5. Já teve formação em Metodologia de Cuidados Humanidade, também conhecida como métodos de cuidados Humanidade de Gineste- Marescotti (MGM)?

Sim

Não

No item a seguir peço-lhe que escreva.

6. Profissão _____

Parte II- Inventário de Competências Relacionais de Ajuda (ICRA)

Este inventário, constituído por 29 itens, tem a forma de uma escala de tipo Likert que varia de 1 a 5, em que:

1- Discordo completamente; 2- Discordo; 3- Nem discordo nem concordo; 4- Concordo; 5- Concordo completamente

Solicito-lhe que leia atentamente cada uma das afirmações e, de seguida, assinale com uma cruz (X) o número que melhor traduz a sua atitude/ opinião.

Competências	Afirmações	1	2	3	4	5
Empáticas	1. Ao ser específico, faço com que o utilizador dos cuidados de saúde seja preciso na comunicação.					
	2. O uso da especificidade faz com que o utilizador dos cuidados de saúde reconheça as suas emoções de forma precisa, objetiva e concreta.					
	3. A imediatividade visa ajudar o utilizador dos cuidados de saúde a reconhecer os sinais que lhe são dados pelo seu organismo.					
	4. Ao comunicar de forma autêntica, estou a servir de "modelo" junto ao utilizador dos cuidados de saúde.					
	5. Quando estou com o utilizador dos cuidados de saúde, os acontecimentos passados só devem ser considerados naquilo que afetam o cliente no presente momento.					
	6. Na confrontação, coloco em relevo as contradições do comportamento e do discurso do utilizador dos cuidados de saúde.					
	7. Para que não misture os meus próprios objetivos, no momento da confrontação devo identificar com clareza os objetivos a atingir.					
	8. Como atitude facilitadora da empatia partilho com o utilizador dos cuidados de saúde algumas das minhas características.					
	9. Considero a autenticidade como uma das características presentes na pessoa emocionalmente sã.					
	10. Estou consciente que a confrontação não deve ser imposta ao utilizador, mas ser-lhe apresentada como tentativa para poder ajudá-lo a resolver os seus problemas.					
	11. Só utilizo a confrontação quando tenho à-vontade com o utilizador dos cuidados de saúde, de modo que ele sinta que sou seu aliado.					
	12. A fim de evitar confusão, no processo de comunicação só uso o <i>feedback</i> para descrever um tipo de comportamento.					
	13. Na compreensão empática, procuro apreender os dados obtidos como sendo o próprio utilizador dos cuidados de saúde.					

De contacto	14. Quando tenho dificuldade em estabelecer uma relação próxima com o utente utilizo a distância social (120-210 cm).						
	15. A distância pessoal (45-125 cm) é utilizada quando se pretende fazer uma observação mais detalhada do utilizador dos cuidados de saúde.						
	16.Frequentemente utilizo a distância de carácter íntimo (45 cm) quando ajudo nas atividades da vida diária.						
	17.A distância que adoto com o utilizador dos cuidados de saúde é reveladora da importância que ele tem para mim.						
	18. A posição física que o profissional adota no contato com o utilizador dos cuidados pode ser reveladora da importância que ele tem para mim.						
	19.Quando uso a distância pública (360-750 cm), as permutas só são possíveis se forem feitas em voz alta e assim a comunicação não-verbal perde-se.						
	20.Ao comunicar com o utilizador dos cuidados de saúde, atendo à distância física a manter como uma forma de comunicação.						

21.Utilizo a reformulação, ou seja, capto o que o outro

De comunicação	21.Utilizo a reformulação, ou seja, capto o que o outro expressa de forma verbal ou não verbal e mostro-lhe como se este estivesse perante um espelho, para facilitar o acesso da pessoa com necessidade de ajuda às suas próprias emoções.						
	22.Uso a reprodução de palavras no decurso da relação de ajuda para parafrasear, resumir ou tornar evidente a comunicação.						
	23.O uso da síntese permite-me realçar o que é essencial no conteúdo comunicado.						
	24.Habitualmente recorro ao silêncio para possibilitar o emergir de emoções e facilitar a aproximação com a pessoa cuidada.						
	25.Recorro à elucidação (explicação) para ajudar o utilizador dos cuidados de saúde a perceber as suas vivências na globalidade.						
	26.O uso da síntese permite-me verificar se retive o essencial da comunicação, convidando a pessoa com necessidade de ajuda a completar o conteúdo se houver necessidade.						
	27.O uso da síntese permite ao utilizador dos cuidados de saúde voltar àqueles momentos em que o conteúdo foi pouco claro ou sem sentido aparente.						
	28.No decurso da relação de ajuda, uso o silêncio como meio de comunicação com o utilizador dos cuidados de saúde.						
	29.Para que a escuta seja eficaz, no processo de relação de ajuda, olho o utilizador dos cuidados de saúde na face sem me fixar nos olhos.						

Adaptado de Melo e col. (2011)

Parte III- Metodologia de Cuidados Humanidade

Solicito-lhe que leia o caixa de texto que a seguir se apresenta, pois esta faz uma pequena contextualização acerca da Filosofia de Cuidados Humanidade (FCH), do método Gineste-Marescotti (MGM) e da sequência estruturada de procedimentos

A filosofia de cuidado Humanidade (FCH) que, na maioria das vezes, é vista como vulgar, não sendo merecedora de grande entrega, quando bem aplicada permite uma melhoria da qualidade de vida de todos os intervenientes, uma vez que relembra gestos aos profissionais aquando da prestação dos cuidados que são fulcrais para o sucesso da reabilitação do doente (Pereira, Gomes e Galvão, 2012). Segundo Simões (2014), o cuidar em Humanidade tem que ser um cuidado refletido quer do ponto de vista pedagógico, quer do ponto de vista científico, devido à complexidade dos seus pilares de ação (olhar, palavra, toque, sorriso, verticalidade e vestuário).

De acordo com Simões, Rodrigues e Salgueiro (2011), o método de cuidados de Yves Gineste e Rosette Marescotti (MGM) (Gineste & Marescotti, França), tem por base os princípios da filosofia de humanidade - que na sua conceção original defende 6 pilares de ação (olhar, palavra, toque, sorriso, verticalidade e vestuário).

A MGM cumpre uma sequência estruturada de procedimentos cuidados Humanidade (SEPCH) que têm por base os pilares de ação da humanidade. Segundo Simões (2014), a SEPCH são comportamentos observáveis, realizados pelo cuidador na prestação dos cuidados, e que seguem uma sequência estruturada de execução técnica e ética, onde cada procedimento é fundamentado a partir da FCH e do MGM.

Assinale com uma cruz (x) os seguintes itens.

1. Já ouviu falar da sequência estruturada de procedimentos cuidados humanidade (SEPCH)

Sim Não

1.1 Responda a seguinte alínea **caso tenha respondido sim à questão anterior**, senão passe para a pergunta 2.

a) Sabe quais são os 6 pilares da Metodologia de Cuidados Humanidade, também conhecida como métodos de cuidados Humanidade de Gineste-Marescotti (MGM)?

Sim Não

2. Sequência Estruturada de Procedimentos Cuidativos Humanidade (SEPCH) e os 6 Pilares.

Pilares	Metodologia de Cuidados Humanidade	Sim	Não
Palavra	1. Um cuidador formal (ex: psicólogo) quando se dirige ao quarto do utente não bate à porta e quando o faz não espera pela resposta. Concorda com este comportamento?		
	2. Um profissional de uma Unidade de Cuidados Continuados Integrados (UCCI) chama o utente pelo seu nome, saudando-o, com um tom de voz suave, firme, melodioso. Concorda?		
	3. Acha importante identificar-se quando fala com o utente (ex: sou o animador sociocultural...).		
	4. Quando se dirige a um utente, costuma, dizer-lhe que estar ali para o ajudar naquilo que são as suas competências?		
	5. Quando o profissional está perante um utente que não consegue produzir um discurso este deve usar o auto feedback para que este pilar da humanidade não desapareça.		
Olhar	6. Olha sempre de frente para o utente?		
	7. Um enfermeiro quando se aproxima do utente evita colocar-se à distância de contacto e adota uma postura ligeiramente hirta/reta para impedir que o utente não percecione... "mais do que deve". Acha que o profissional está a atuar bem?		
Toque	8. Numa UCCI, os prestadores de cuidados foram impedidos de demonstrar sinais de afeto aos utentes (tocar-lhes na mão, beijá-los à chegada...) por uma questão de "profissionalismo". Acha esta uma boa medida?		
	9. Um administrativo quando cumprimenta um utente/familiar com um aperto de mão coloca luvas. Concorda com esta medida de proteção individual?		
	10. Acha que quando um técnico auxiliar de saúde está a dar banho a um utente, deve começar este procedimento pelo rosto?		
	11. Quando está a prestar cuidados conforme os procedimentos a um utente em que a dor está presente, o enfermeiro J, costuma tocá-lo suavemente, em zona neutra do corpo (ombro, braço...). Concorda?		
Sorriso	12. Autores afirmam que para melhorar/restabelecer a autoestima e o bom humor o cuidador formal poder-se-á munir do sorriso. Concorda?		
	13. Mantem um sorriso aberto quando fala com um utente?		

	14. O terapeuta X costuma andar muito sério, nunca sorri, e não estimula o utente aproveitando as capacidades que este possui. Acha que a direção da UCCI deve falar com ele e perceber o que se passa?		
	15. Na sua prática profissional, costuma sorrir quando fala com o utente e/ou familiar pois acha que através do sorriso mostra que está disponível para responder às necessidades expressas?		
Vestuário	16. Acha relevante dar-se atenção à apresentação física (ex: vestuário, penteado,...) do utente, de acordo com as suas preferências.		
	17. Acha importante manter o utente com o seu próprio vestuário e limpo?		
	18. O senhor P. apresenta artroses acentuadas nas mãos, que não lhe permitem engraxar os sapatos, mas a sua mulher vem visitá-lo à UCCI e este queria estar apresentável. Pede ajuda ao Assistente Social, mas este alega que essa não é a sua função e vai-se embora do quarto e não dá informação ao profissional competente. Acha que o Assistente Social procedeu bem?		
	19. O cabeleireiro da UCCI insiste em persuadir o senhor José a cortar o grisalho bigode farfalhado que ele mantém há mais de vinte anos porque, a seu ver, este não o favorece, não se adaptando ao rosto do senhor. Esta atitude parece-lhe correta?		
Verticalidade	20. Um fisioterapeuta procura ajudar o utente a tomar uma postura vertical, pois vê que o utente é capaz de tomar esta posição (ex: erguer o tronco, o segmento torácico da cama, sentar no cadeirão, pôr de pé). Concorda com esta medida?		
	21. O senhor Z. refere já não querer levantar-se da cama, pois sabe que tal procedimento requer que o enfermeiro demore o dobro do tempo a ajuda-lo. Contudo, o enfermeiro diz que está lá para isso mesmo que demore o triplo do tempo. Acha que o profissional atuou bem?		
	22. A senhora A, idosa acamada, estando a dormir é acordada para a realização de um penso na mão. A utente prefere permanecer na cama como é seu hábito, mas o enfermeiro V. usufruindo do momento e apesar de contrariar a utente, sentou a senhora A na sala junto do neto. Concorda com esta atitude?		
	23. Autores afirmam que dever-se-á fomentar a prática da verticalidade (o utente permanece "de pé" o maior número de horas possíveis) pois, sabe-se que esta contraria a postura anquilosante e promove uma melhoria da qualidade de vida. Concorda com os autores?		

Adaptado de Melo et al. (2011)

Muito obrigada pela sua participação!

II- Pedido de autorização à direção da ESSa

Pedido de autorização à Direção da Escola Superior de Saúde do IPB

Maria Vale Santos

Exma. Professora Doutora Adília Maria Pires da Silva Fernandes,
Escola Superior de Saúde do IPB

Assunto: Pedido de autorização para aplicação de questionários aos cuidadores formais da Unidade de Cuidados Continuados de Santo António.

No âmbito do estágio curricular do mestrado em Cuidados Continuados, ministrado na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança, pretendo realizar um estudo de carácter transversal e quantitativo intitulado "Humanidade como estratégia da relação terapêutica numa Unidade de Cuidados Continuados Integrados" sob a orientação da Professora Doutora Ana Maria Nunes Português Galvão e coorientação da Dr^a Sofia Raquel Duarte Pereira.

O instrumento de recolha de dados (IRDs) que pretendo aplicar no referido estudo será um questionário dirigido a todos os cuidadores formais da Unidade de Cuidados Continuados (UCCI) de Santo António. Através do IRD pretendo obter informações relativas à caracterização sociodemográfica dos cuidadores formais, bem como, avaliar os conhecimentos destes acerca da relação terapêutica e da filosofia de cuidados Humanidade (FCH) da equipa da UCCI.

Os dados fornecidos serão apenas utilizados no presente estudo, garantindo a confidencialidade e anonimato dos cuidadores formais. Neste sentido, venho por este meio solicitar a V. Excelência autorização para a realização do referido questionário na Unidade de Cuidados Continuados de Santo António.

Desde já grata pela atenção dispensada.

Subscrevo-me com a mais elevada consideração.

Barcelos, 26 de junho de 2018

Pede deferimento, _____ (Maria Vale Santos)

(Assinatura do Diretora da ESSa)

III- Resposta ao pedido para aplicação de um instrumento de colheita de dados para estudo de investigação- ESSa

favorável.
Pilundo 
25.9.2018

Exmo.(a) Senhor(a)
SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE BARCELOS
Conselho de Administração
UCCI de Santo António, Quinta da Ordem Rua Dr. Santos
Júnior

4750-332 Barcelos

Processo n.º: 2018/00105
Secção: Secretariado ESSA

N.º de Registo: 2018/01189

Data de Registo: 2018-07-04

00036405-07-18

Assunto: Pedido para aplicação de um instrumento de colheita de dados para estudo de investigação

Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança, solicita a V.ª Ex.ª autorização à aluna, Maria Vale Santos do 2º ano Mestrado em Cuidados Continuados, aplique um questionário na Unidade de Cuidados Continuados Integrados de Santo António - Santa Casa da Misericórdia de Barcelos, que servirá de base a um trabalho no âmbito do Trabalho de Investigação subordinado ao tema: "Humanidade como estratégia da relação terapêutica numa Unidade de Cuidados Continuados Integrados".

O instrumento de recolha de dados (IRDs) que pretende aplicar no referido estudo será um questionário dirigido a todos os cuidadores formais da Unidade de Cuidados Continuados Integrados (UCCI) de Santo António. Através do IRD pretende obter informações relativas à caracterização sociodemográfica dos cuidadores formais, bem como, avaliar os conhecimentos destes acerca da relação terapêutica e da FCH.

Enviamos em anexo: Projeto de investigação, declaração da orientadora bem como cópia do questionário a aplicar.

Os dados fornecidos serão confidenciais e apenas analisados no âmbito científico pedagógico.

A aluna compromete-se a manter absoluta confidencialidade dos dados e a respeitar as regras da Declaração de Helsínquia e Legislação Nacional em vigor.

Com os melhores cumprimentos,


A Diretora
Professora Doutora Adília Fernandes



IV

**Resposta ao pedido de autorização à Santa Casa da
Misericórdia de Barcelos - Unidade de Cuidados
Continuados Integrados de Santo António**

Pedido de autorização à Santa Casa da Misericórdia de Barcelos - Unidade de Cuidados Continuados Integrados de Santo António

Maria Vale Santos

Exmo. Senhor Dr. Firmino Lopes Silva
Provedor da Santa Casa da Misericórdia de Barcelos

Assunto: Pedido de autorização para aplicação de questionários aos cuidadores formais.

No âmbito do estágio curricular do mestrado em Cuidados Continuados, ministrado na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança, pretendo realizar um estudo de carácter transversal e quantitativo intitulado "Humanidade como estratégia da relação terapêutica numa Unidade de Cuidados Continuados Integrados" sob a orientação da Professora Doutora Ana Maria Nunes Portuguesa Galvão e coorientação da Dr^a Sofia Raquel Duarte Pereira.

O instrumento de recolha de dados (IRDs) que pretendo aplicar no referido estudo será um questionário dirigido a todos os cuidadores formais da Unidade de Cuidados Continuados (UCCI) de Santo António. Através do IRDs pretendo obter informações relativas à caracterização sociodemográfica dos cuidadores formais, bem como, avaliar os conhecimentos destes acerca da relação terapêutica e da Filosofia de Cuidados Humanidade (FCH).

Os dados fornecidos serão apenas utilizados no presente estudo, garantindo a confidencialidade e anonimato dos cuidadores formais. Neste sentido, venho por este meio solicitar a V. Excelência autorização para a realização do referido questionário na Unidade de Cuidados Continuados Integrados de Santo António.

Desde já grata pela atenção dispensada.

Subscrevo-me com a mais elevada consideração.

Barcelos, 24 de maio de 2018

Pede deferimento, Maria Vale Santos (Maria Vale Santos)

Firmino Lopes Silva (Assinatura do Provedor da Santa Casa da Misericórdia de Barcelos)

V

Declaração da orientadora

Declaração

A mestranda Maria Vale Santos, nº 29714, do curso de Mestrado em Cuidados Continuados, encontra-se a realizar trabalho de projeto/estágio na UCCI de Santo António, em Barcelos. Sou orientadora de estágio desta aluna, a qual pretende realizar um trabalho de índole descritivo sobre Humanidade como estratégia da relação terapêutica, numa UCCI.

Bragança, Escola Superior de Saúde, 1 de julho de 2018

A docente,

Ana Maria Nunes Galvão

Ana Maria Nunes Galvão

VI
Consentimento informado

Consentimento Informado

Exm. Sr. (a) Cuidador (a) Formal

Eu, Maria Vale Santos, portadora do cartão de cidadão nº 14666341 1 ZY4, residente em Esposende, licenciada em Educação Social encontro-me a frequentar o mestrado em Cuidados Continuados na Escola de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança (IPB-ESSa).

Neste momento, estou a realizar um estudo de investigação de carácter transversal e quantitativo, inserido no âmbito do meu trabalho de projeto intitulado "Humanidade como estratégia da relação terapêutica numa Unidade de Cuidados Continuados Integrados". Com o presente estudo, pretendo obter informações relativas à caracterização sociodemográfica dos cuidadores formais, assim como, avaliar os conhecimentos dos cuidadores formais acerca da relação terapêutica e da Filosofia de Cuidados Humanidade (FCH) da equipa da UCCI de Santo António.

Gostaria que colaborasse no mesmo, através do preenchimento de um questionário, que não implica qualquer risco ou desvantagem para si, nem para os utentes a quem presta cuidados. Todas as informações serão confidenciais de forma a garantir o seu anonimato.

Estarei disponível para responder a qualquer dúvida que apresente em relação ao estudo.

Obrigada pela sua colaboração!

Barcelos, ____ de _____ de 2018

VII

Mapa de horários dos enfermeiros e técnicos auxiliares de saúde

Enfermeiros- Mês de Outubro

Nome	Dias																		
	3						4						8						
	M1	M2	T1	T2	T8	A	M1	M2	T1	T2	T8	A	M1	M2	T1	T2	T8	A	
AAA						X		x											
AAA																			
AAA																			
AAA								x											
AAA																			
AAA																			x
AAA																			
AAA								x											
AAA						X													
AAA		X																	

Legenda:

M1- Manhã piso 1 (8-15h);
M2- Manhã piso 2 (8-15h)
T1- Tarde piso 1 (14-20h);
T2- Tarde piso 2 (14-20h)
T8- 12h-20h;
A- 8h-20h

Técnicos Auxiliares de Saúde- Mês de Outubro

Nome	Dias														
	3					4					8				
	M1	M2	T1	T2	TC	M1	M2	T1	T2	TC	M1	M2	T1	T2	TC
AAA															
AAA	X					x									
AAA			x												
AAA															
AAA															
AAA															
AAA															
AAA															
AAA															
AAA															
AAA															

Legenda:

M1- Manhã piso1 (8h-15h);

M2- Manhã piso 2 (8h-15h);

T1- Tarde piso 1 (15h-22h);

T2- Tarde piso 2 (15h-22h);

TC- Turno copa (9h-18:30h).

