



ipb

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BRAGANÇA
Escola Superior de Saúde

**HUMANITUDE: UMA FERRAMENTA DO CUIDAR EM CUIDADOS
CONTINUADOS
O OLHAR DO EDUCADOR SOCIAL**

Rita Marlene Correia Araújo

Trabalho de projeto apresentado à Escola Superior de Saúde de Bragança para obtenção
do grau de Mestre em Cuidados Continuados

Orientado por: Professora Doutora Ana Galvão

Co-orientado por: Mestre Paula Martins

Bragança, junho de 2014

**HUMANITUDE: UMA FERRAMENTA DO CUIDAR EM CUIDADOS
CONTINUADOS
O OLHAR DO EDUCADOR SOCIAL**

Rita Marlene Correia Araújo

Trabalho de projeto apresentado à Escola Superior de Saúde de Bragança para obtenção
do grau de Mestre em Cuidados Continuados

Orientado por: Professora Doutora Ana Galvão

Co-orientado por: Mestre Paula Martins

Bragança, junho de 2014

Parte deste trabalho foi indicado para comunicação e posterior publicação no seguinte evento:

- ✓ Araújo, Rita; Galvão, Ana; Martins, Paula (2014). – Humanidade – Uma ferramenta do cuidar em Cuidados Continuados – Perspetiva do Educador Social. In Congresso Internacional “Novos Olhares na Saúde”.

Resumo

O desenvolvimento tecnológico assume cada vez mais nas instituições de saúde um perfil impessoal levando ao desvio da atenção dos cuidadores da pessoa doente para a eficácia técnica, remetendo assim a relação humana para um segundo plano. A humanização dos cuidados em saúde adverte para o equilíbrio entre tecnologia e humanismo.

Nas últimas décadas (1995), surgiu o conceito de *humanitude*, uma filosofia que cujo sentido se resume na prática à utilização permanente do “coração” na prestação do cuidar, que respeita e se preocupa com a pessoa e que denuncia e afasta a desumanização do cuidado.

O presente estudo tem como objetivos conhecer a prática da metodologia *humanitude* no cuidado aos doentes em Cuidados Continuados, bem como implementar a metodologia do cuidar, recorrendo à ferramenta *humanitude*.

Trata-se de um estudo de caso, exploratório e descritivo, num plano transversal e de índole qualitativa.

A amostra foi constituída por 26 cuidadores formais a desempenhar funções numa Unidade de Cuidados Continuados de Longa Duração e Manutenção.

Para a recolha de dados utilizamos uma entrevista baseada nas fontes teóricas pesquisadas.

Os resultados obtidos mostram-nos aceitação e valorização dos procedimentos cuidativos *humanitude*, uma vez que os cuidadores entrevistados reconhecem a importância da sua aplicação aquando da realização do cuidado ao utente.

Palavras- Chave- Humanização dos cuidados em saúde; *humanitude*; educador social

Abstract

Technological development takes on increasingly health institutions an impersonal profile leading to the diversion of attention from caregivers of the sick person to the technical effectiveness and refers the human relationship to a second plan. The humanization of health care warns of the balance between technology and humanism.

In recent decades (1995), arose the concept of *humanitude*, a philosophy of care which is summed up in practice the use of permanent “heart” in the provision of care, which respects and cares about the person and denouncing and spread the dehumanization of care.

The present study aims to meet the practice of *humanitude* methodology in care for patients in long-term care as well as implement the methodology of care, using *humanitude* tool.

This is a case study, exploratory and descriptive, on a transverse plane and qualitative nature.

The sample consisted of 26 formal caregivers to perform tasks in a long-term care unit and long-term maintenance. For the collection of data was used an interview based on theoretical sources searched.

The results obtained show us acceptance and appreciation of *humanitude*, care procedures since the caregivers interviewed acknowledge the importance of its application on the day the user care.

Keywords- Compassionate care; *humanitude*; social educator

Agradecimentos

Agradeço o incentivo, a atenção, a compreensão, o encorajamento, os conhecimentos transmitidos, a disponibilidade, a orientação, o acompanhamento científico, bem como o reforço positivo que cada uma das pessoas a seguir mencionadas e que independentemente do adjetivo que melhor caracteriza o seu apoio foram sem qualquer dúvida elementos fundamentais na realização do presente trabalho:

À orientadora Professora Doutora Ana Galvão;

À co-orientadora Mestre Paula Martins;

À Dr.^a Clárisse País;

Ao provedor e equipa de cuidadores formais da Unidade de Cuidados Continuados de Longa Duração e Manutenção Santa Maria Maior;

À Dr.^a Teresa Lavandeira;

Aos meus pais, avó e irmã.

OBRIGADA!

Lista de Siglas e Abreviaturas

CCI - Cuidados Continuados Integrados

Ex. - Exemplo

RNCCI- Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

S- Sujeito

UCCI - Unidade de Cuidados Continuados Integrados

ULDM- Unidade de Longa Duração e Manutenção

UMCCI - Unidade de Missão de Cuidados Continuados Integrados

Índice Geral

INTRODUÇÃO.....	1
PARTE I – CONSTRUCTO TEÓRICO.....	3
1. REDE NACIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS.....	5
2. HUMANIZAÇÃO DOS CUIDADOS EM SAÚDE.....	10
3. O CUIDAR.....	14
4. CUIDADORES FORMAIS.....	18
5. RELAÇÃO DE AJUDA.....	22
6. HUMANIDADE /DESENVOLVIMENTO DO CONCEITO.....	26
6.1. Pilares deste conceito.....	29
• Palavra.....	29
• Toque.....	30
• Verticalidade.....	30
• Olhar.....	30
• Sorriso.....	31
• Vestuário.....	31
7. ESTUDOS REALIZADOS NO ÂMBITO DA METODOLOGIA DE TRABALHO “HUMANITUDE”.....	34
8. O OLHAR DO EDUCADOR SOCIAL.....	40
PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO – HUMANITUDE: UMA FERRAMENTA DO CUIDAR EM CUIDADOS CONTINUADOS – O OLHAR DO EDUCADOR SOCIAL.....	44
1. METODOLOGIA.....	46
2. APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	52
2.1. Caracterização da amostra.....	52
2.2. Respostas obtidas na metodologia de trabalho <i>humanitude</i>	53
• Palavra.....	55
• Toque.....	60
• Verticalidade.....	64
• Olhar.....	67

• Sorriso.....	70
• Vestuário.....	72
CONCLUSÕES	76
BIBLIOGRAFIA	78
ANEXOS.....	88
Anexo I – Pedido de autorização à Unidade de Longa Duração e Manutenção Santa Maria Maior	
Anexo II – Consentimento Informado	
Anexo III – Instrumento de recolha de dados – Entrevista Estruturada	

Índice de Quadros

Quadro 1 - O significado da filosofia humanidade, no contexto dos cuidados de enfermagem à pessoa dependente e vulnerável.....	34
Quadro 2 - Humanidade, ligação interpessoal e cuidados	35
Quadro 3 - Importância e aplicabilidade aos cuidados de enfermagem do método de cuidados de humanidade	36
Quadro 4 - Cuidar em humanidade: estudo aplicado em cuidados continuados.....	37
Quadro 5 - Ética e Humanidade no cuidado ao idoso	38

Índice de Tabelas

Tabela 1- Caracterização sociodemográfica dos cuidadores entrevistados	52
Tabela 2- Resposta à questão “ <i>Já ouviu falar da metodologia de trabalho humanidade?</i> ”	53
Tabela 3- Respostas dos cuidadores formais face ao conceito <i>Humanidade</i>	54
Tabela 4- Análise de conteúdo das respostas relativas ao pilar “ <i>Palavra</i> ”: “ <i>Um estudo permitiu verificar aos investigadores que em 113 entradas nos quartos dos utentes os prestadores de cuidados bateram à porta 11 vezes e em nenhuma vez esperaram pela resposta. Como prestador de cuidados qual a sua atuação?</i> ”	55
Tabela 5- Análise de conteúdo das respostas relativas ao pilar “ <i>Palavra</i> ”: “ <i>A senhora F estava sentada na sua cadeira de rodas, diante da janela. O prestador de cuidados sem lhe falar, agarra a cadeira e começa a virá-la e a empurrá-la rapidamente. O que acha deste procedimento?</i> ”	57
Tabela 6- Análise de conteúdo das respostas relativas ao pilar “ <i>Palavra</i> ”: “ <i>Como costuma chamar ou cumprimentar o utente?</i> ”	57
Tabela 7- Análise de conteúdo das respostas relativas ao pilar “ <i>Palavra</i> ”: “ <i>Como prestador de cuidados como procede perante um utente que não fala (ex: quando vai prestar cuidados não o cumprimenta)?</i> ”	58
Tabela 8- Análise de conteúdo das respostas relativas ao pilar “ <i>Toque</i> ”: “ <i>Num lar os prestadores de cuidados foram proibidos de manifestar sinais de afeto aos utentes (tocar-lhes na mão, beijá-los à chegada...) por uma questão de profissionalismo. Qual a sua opinião?</i> ”	60
Tabela 9- Análise de conteúdo das respostas relativas ao pilar “ <i>Toque</i> ”: “ <i>Quando está a prestar cuidados ao utente, costuma tocá-lo suavemente, em zona neutra do corpo (ombro, braço...)?</i> ”	61
Tabela 10- Análise de conteúdo das respostas relativas ao pilar “ <i>Toque</i> ”: “ <i>O senhor B é acordado bruscamente durante a noite para mudar a fralda. O senhor começou a gritar e a impedir o procedimento. Como cuidador como procedia?</i> ”	62
Tabela 11- Análise de conteúdo das respostas relativas ao pilar “ <i>Verticalidade</i> ”: “ <i>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</i> ”	

<i>de cuidados demore mais tempo. Na sua opinião, a equipa deve realizar os cuidados no leito ou proceder a uma alteração do cuidar?”</i>	64
Tabela 12- <i>Análise de conteúdo das respostas relativas ao pilar “Verticalidade”: “A senhora A foi impedida de arrumar o quarto, uma vez que, àquela hora decorria na instituição uma sessão de ginástica. Qual a sua opinião?”</i>	66
Tabela 13- <i>Análise de conteúdo das respostas relativas ao pilar “Verticalidade”: “Uma prestadora de cuidados, que sempre teve um comportamento irrepreensível foi chamada atenção por dançar com uma utente. Qual a sua opinião?”</i>	67
Tabela 14- <i>Análise de conteúdo das respostas relativas ao pilar “Olhar”: “Quando fala com o utente costuma olhá-lo nos olhos?”</i>	67
Tabela 15- <i>Análise de conteúdo das respostas relativas ao pilar “Olhar”: “Quando se aproxima do utente que tipo de comportamento adota (ex: coloca-se à distância de contacto com uma postura ligeiramente inclinada)?”</i>	68
Tabela 16 - <i>Análise de conteúdo das respostas relativas ao pilar “Olhar”: “ Costuma expressar um olhar atencioso face ao utente?”</i>	69
Tabela 17- <i>Análise de conteúdo das respostas relativas ao pilar “Sorriso”: “Alguns autores referem-se ao sorriso (neste caso refiro-me ao sorriso do cuidador) como o remédio mais eficaz, tendo o poder de curar certas doenças. Qual a sua opinião?”</i>	70
Tabela 18 - <i>Análise de conteúdo das respostas relativas ao pilar “Sorriso”: “Utiliza o humor como estratégia para interagir com o utente?”</i>	71
Tabela 19 - <i>Análise de conteúdo das respostas relativas ao pilar “Vestuário”: “Um senhor que não consegue engraxar ele próprio os seus sapatos e que gostaria de receber a família, com os sapatos engraxados, pede-lhe a si enquanto prestador de cuidados ajuda. Perante esta situação, como atuava?”</i>	72
Tabela 20 - <i>Análise de conteúdo das respostas relativas ao pilar “Vestuário”: “Preocupa-se em manter o utente com o seu próprio vestuário e limpo?”</i>	73
Tabela 21 - <i>Análise de conteúdo das respostas relativas ao pilar “Vestuário”: “Costuma respeitar o gosto do utente, (vestuário, penteado...) de acordo com as suas preferências?”</i>	74

INTRODUÇÃO

Atualmente vivemos de forma particularmente intensa as nossas relações do quotidiano tanto laborais como pessoais. Também, o desenvolvimento tecnológico leva a que as instituições de saúde assumam um perfil, cada vez mais, impessoal e remetam para um plano secundário a relação humana (Grande, 2007). Ora, é nesta linha de pensamento que se torna fundamental refletir sobre a desumanização dos cuidados de saúde, bem como sobre as ferramentas que o profissional tem ao seu dispor de modo a “trabalhar” na humanização dos mesmos.

A capacidade de cuidar constitui uma característica inata do ser humano, enraizada na sua natureza, contudo não nos permite descurar a educação acerca do cuidado. No entender de Gineste e Pellisier (2008, p. 284) cuidar “é um artesanato rico de inúmeros conhecimentos e regras de arte, exigindo uma verdadeira e longa aprendizagem”.

A relação de ajuda desenvolvida através das reflexões realizadas por Carl Rogers e a filosofia *humanitude*, uma metodologia do cuidar que resulta também das reflexões de Yves Gineste e Rosette Marescotti traduzem-se numa mais-valia na realização de cuidados humanizados, esta última metodologia de cuidados oferece a possibilidade de dar um sentido ao cuidar, que pela instalação da rotina ao longo dos anos se transformou em cuidados banais e assim restituir a nobreza do cuidar. Esta metodologia dirige-se de forma prioritária às pessoas dependentes vulneráveis e em situação crítica, crónica ou paliativa (Simões, 2011b).

A *humanitude* contempla seis pilares, designadamente, **a verticalidade, o toque, o olhar, o sorriso, a palavra e o vestuário**. A metodologia *humanitude* tem vindo a revelar inúmeros ganhos na recuperação da qualidade de vida de doentes idosos acamados, com demência e outras situações de fragilidade. Este conceito mostra-nos como comportamentos e ações simples podem ser fundamentais na comunicação e no relacionamento interpessoal, e que vão ao encontro do ser no que ele tem de mais essencialmente humano (Pereira, Gomes & Galvão, 2012).

Em Portugal, os Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade Social demonstram a preocupação em qualificar e humanizar a prestação de cuidados. Neste

sentido, no ano de 2006, criaram a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) que assenta numa intervenção de natureza preventiva, recuperadora e paliativa, envolvendo a participação e colaboração de diversos parceiros sociais, a sociedade civil e o estado como principal incentivador (Decreto – lei nº101/2006 de 6 de junho).

No que toca à Educação Social, consideramos ser pertinente contextualizar o papel dos Técnicos Superiores de Educação Social no âmbito dos cuidados continuados.

A motivação pela temática prende-se com o nosso interesse em estudar a importância que os cuidadores formais atribuem aos procedimentos cuidativos, assim no presente estudo delineou-se a problemática através da seguinte questão de investigação: quais os conhecimentos dos cuidadores formais numa unidade de Cuidados Continuados relativos à ferramenta de trabalho *humanitude*?

A fim de situar a problemática *humanitude*, enunciamos os seguintes objetivos gerais:

- Conhecer a prática da metodologia *humanitude* no cuidado aos doentes em Cuidados Continuados;
- Implementar a metodologia do cuidar, recorrendo à ferramenta *humanitude*.

Este trabalho divide-se em duas partes, a primeira parte integra o constructo teórico. A segunda parte consiste no estudo empírico.

Assim, na primeira parte aborda-se a RNCCI, a humanização dos cuidados em saúde, a especificidade do cuidar e o cuidador formal, a relação de ajuda e a *humanitude* como ferramentas do cuidar e o papel do educador social. A segunda parte deste estudo inicia-se com as considerações metodológicas, seguida da explanação do instrumento de recolha de dados, apresentação análise e discussão dos resultados.

PARTE I – CONSTRUCTO TEÓRICO

1. REDE NACIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS

De acordo com os censos 2011, na última década a população portuguesa com idade superior a 65 anos aumentou cerca de 20%, sendo que 18,5% da população tinha mais de 65 anos de idade. Também, as projeções do Eurostat realizadas em Março de 2012 estimam que em 2050 a população portuguesa com idade superior a 65 anos representará cerca de 36% da população e que Portugal será o 3º país da Europa com maior percentagem de população idosa (Cuidados Continuados – Saúde e Apoio Social, 2013).

Neste sentido, no ano de 2006 os Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade Social criaram a RNCCI, baseada no “envolvimento de vários parceiros”, nomeadamente serviços de ação social, instituições particulares de solidariedade social e outras organizações não-governamentais, misericórdias, mutualidades, baseada também no “aproveitamento e racionalização dos recursos existentes” (Cuidados Continuados – Saúde e Apoio Social, 2013).

A RNCCI constitui um novo “modelo de intervenção articulada de completa interface saúde/ ação social”, dirigido “às pessoas em situação de dependência de modo a responder às necessidades que apresentam em função do tipo e amplitude de dependência e dos contextos sociofamiliares em que se inserem”. O principal objetivo desta intervenção consiste em:

“ (...) promover a autonomia das pessoas em situação de dependência e o reforço das capacidades e competências das famílias para lidar com essas situações e, como lógica de intervenção, privilegiar a prestação de cuidados no domicílio, sem prejuízo da possibilidade do recurso ao internamento em unidades residenciais sempre que este se mostra necessário ao processo de reabilitação com a promoção de condições de autonomia que habilitem as pessoas a regressar ao seu domicílio”.

(Decreto – lei nº101/2006 de 6 de junho)

Para o atendimento a estes grupos alvo, contemplaram-se os seguintes tipos de respostas: *Unidades de internamento* (cuidados continuados de convalescença, cuidados continuados de média duração e reabilitação, cuidados continuados de longa

duração e manutenção, cuidados paliativos). *Unidades de ambulatório, Equipas hospitalares de cuidados continuados de saúde e de apoio social* e pelas *Equipas domiciliárias de cuidados continuados de saúde e de apoio social* (Guia Prático - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, 2013).

Por conveniência do presente estudo destacamos a resposta de internamento Unidade de Longa Duração e Manutenção (ULDM) destinada “a pessoas com doenças ou processos crónicos, com diferentes níveis de dependência e graus de complexidade, que não reúnam condições para serem cuidadas em casa ou na instituição ou estabelecimento onde residem”. Assim as ULDM têm como intuito prestar “apoio social e cuidados de saúde e manutenção que previnam e retardem o agravamento da situação de dependência, favorecendo o conforto e a qualidade de vida”. Este tipo de resposta é destinada para internamentos de mais de 90 dias seguidos, podendo ter ainda internamentos com menos de 90 dias (máximo 90 dias por ano) quando há necessidade de descanso do principal cuidador (Decreto – lei nº101/2006 de 6 de junho).

As ULDM asseguram atividades de manutenção e de estimulação, cuidados de enfermagem permanentes, cuidados médicos, prescrição e administração de medicamentos, apoio psicossocial, controlo fisiátrico periódico, cuidados de fisioterapia e de terapia ocupacional, animação sociocultural, higiene, conforto, alimentação e apoio no desempenho das atividades da vida diária (Decreto – lei nº101/2006 de 6 de junho).

Ainda no que concerne às ULDM é de salientar que segundo o relatório final-Implementação e Monitorização da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (2013) a tipologia ULDM representa 51,3% do total de camas existentes na RNCCI (279 dos 316 novos lugares). As 279 camas da tipologia de ULDM representam 88% do total das novas camas contratadas. A nível nacional, destacamos ainda os dados que indicam que as ULDM possuem uma taxa de (96%) de ocupação (Cuidados Continuados – Saúde e Apoio Social, 2013).

A multidisciplinaridade está presente no desenho da RNCCI, na medida em que prevê para cada uma das respostas profissionais das áreas da saúde e da ação social, um trabalho em equipa, de modo a que prevaleça uma visão global e multidimensional

das diferentes necessidades que apresentam os utentes (Decreto – lei nº101/2006 de 6 de junho).

No âmbito das ULDM, devem ser constituídas pelos seguintes profissionais de saúde: médico, enfermeiros, fisioterapeuta em tempo parcial, terapeuta ocupacional em tempo parcial, psicólogo clínico em tempo parcial, nutricionista em tempo parcial, auxiliares de ação médica/ajudantes de saúde, técnico de serviço social e pessoal com perfis profissionais que garantam o funcionamento dos componentes logísticos da ULDM (serviços internos ou de *outsourcing*) (Decreto – lei nº101/2006 de 6 de junho).

Qualificar e humanizar a prestação de cuidados, potenciar os recursos locais, criando serviços comunitários de proximidade e ajustar ou criar respostas adequadas à diversidade que caracteriza o envelhecimento individual, constituem alguns dos motivos para que a RNCCI considere que os cuidados de saúde prestados aos utentes, e como refere a Human Resources for Health (2004) *cit.* por Cuidados Continuados – Saúde e Apoio Social (2013) “sejam compreensivos, respeitadores e dignos de confiança, organizados em torno das suas necessidades, que respeitem as suas crenças e sejam sensíveis à situação particular das suas vidas”.

Assim, segundo o relatório final - Implementação e Monitorização da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (2013) a considerável importância que a formação contínua desempenha no desenvolvimento das competências dos profissionais da RNCCI levou a que desde o seu início, a formação ministrada, com diferentes abordagens pedagógicas, totalizasse 777 ações, dirigidas a 14.088 participantes o que correspondem a 7.926 horas de formação ao nível da coordenação, monitorização, referenciação e prestação de cuidados, nomeadamente, “Cuidados Continuados Integrados saber para melhor cuidar”; “Cuidar em humanidade Cuidados Paliativos”; “Intervenção no luto e na perda”; “O respeito pela dignidade humana em RNCCI”, entre outras (Cuidados Continuados – Saúde e Apoio Social, 2013).

Segundo o relatório final anteriormente mencionado é de realçar que as respostas dos utentes com a classificação de “muito boa”, referentes à “avaliação global da unidade”, evoluíram de 25% para 45%, e que os valores de bom e muito bom se situaram acima dos 90%. Acrescentam ainda, que a percentagem de inquiridos que refere considerar-se melhor desde que está na unidade, foi de 80%, em ambos os anos.

A percentagem dos utentes que recomendaria a unidade manteve-se em cerca de 98%, em ambos os anos. De acordo com os resultados obtidos verificaram um elevado grau de satisfação dos utentes com as Unidades da RNCCI (Cuidados Continuados – Saúde e Apoio Social, 2013).

Também os profissionais afetos à RNCCI foram inquiridos relativamente ao nível de satisfação. Os resultados do referido estudo permitiram verificar que os profissionais que se consideraram como “*Completamente Satisfeito*”, “*Muito Satisfeito*” e “*Satisfeito*” representam 91% (Cuidados Continuados – Saúde e Apoio Social, 2013).

É ainda de salientar o estudo referente à avaliação da qualidade na prestação de cuidados continuados de saúde pelos profissionais afetos às unidades de internamento, segundo o relatório final - Implementação e Monitorização da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (2013) foram considerados os fatores a seguir discriminados: gestão de informação, instalações e equipamentos e ainda a melhoria da qualidade.

De acordo com os resultados que obtiveram, a maioria dos prestadores referiu ter um “cuidado especial” com a informação dada ao doente, bem como uma grande preocupação no planeamento dos cuidados (Cuidados Continuados – Saúde e Apoio Social, 2013).

Os resultados permitiram verificar que em termos gerais, considera-se que a prestação de Cuidados Continuados Integrados (CCI) cumpre com as normas de qualidade previstas, pelo que, de um modo global, o acesso dos utentes aos cuidados continuados de internamento equivalerá a cuidados de saúde de qualidade (Cuidados Continuados – Saúde e Apoio Social, 2013).

Consideramos que não poderíamos deixar de referir que segundo os dados obtidos através do relatório final - Implementação e Monitorização da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (2013):

“O número total de utentes referenciados desde o início da RNCCI é de 135.047 utentes. O número de assistidos desde o início de RNCCI é de 129.780 utentes, significando que a Rede assistiu até final de 2012, 96,1% dos utentes referenciados”. (Cuidados Continuados – Saúde e Apoio Social, 2013).

2. HUMANIZAÇÃO DOS CUIDADOS EM SAÚDE

A burocratização e desorganização das instituições e a falta de formação humana e a “mentalidade” de muitos profissionais de saúde que resistem às mudanças organizativas, em contraste com a sua atitude recetível para com as inovações tecnológicas, administrativas e humanas constituem alguns dos muitos fatores que têm vindo ao longo dos anos a contribuir de forma decisiva para a desumanização dos cuidados de saúde (Grande, 2007).

O termo humanização segundo Cayton (2000) *cit.* por Barbosa (2010) é entendido como a ação ou o efeito de humanizar. Humanizar consiste em “tornar-se humano, cuidar a pessoa como pessoa, dar-lhe atenção e responder de uma forma positiva a toda a sua esperança, quando confiou nos serviços de saúde e a eles recorreu para reencontrar-se na plenitude da sua realização pessoal” (Pinto, 2006, *cit.* por Barbosa, 2010, p. 31).

No ano de 1961, o autor Rogers escrevia na sua obra “Tornar-se pessoa”, que “no domínio clínico desenvolvem-se complexas formulações de diagnóstico em que a pessoa é tratada como um objecto”. Também no ano de 2002 o autor Santos (2002, p. 266) considerava que todas as “modernices” que se tinham vindo a verificar nos últimos anos progrediam de um modo demasiado rápido, considerando que “tempo virá em que robôs insensíveis progressivamente dispensarão o calor humano da relação médico-doente” a desumanização da ação médica, segundo o autor leva-nos a correr o risco do médico acabar por lidar com imagens, com seres virtuais, já não seres reais. Em 2003 Frei Domingues (2003) acrescentava que a desumanização dos cuidados em saúde é algo de que já se fala à uma série de anos, e que o facto de se falar tanto na urgência de humanizar os cuidados é porque na verdade esta é uma realidade. Hesbeen (2006, p. 5) salienta que:

“No contexto social que conhecemos, empenhar-se em promover um agir sensato, respeitador e preocupado com a pessoa, pode ser considerado como um destino longínquo, ou mesmo como um lugar que deixou de existir ou que se tornou inacessível, tantas são as situações e as práticas que oferecem o espectáculo decepcionante de um agir insensato, mais sistemático do que pensado”.

Também Simões (2008) acrescenta que de facto não se pode negar a existência de uma frequente desumanização na medicina. Na opinião do autor, o conteúdo mais evidente da desumanização é sem dúvida a transformação do doente num objeto, num número, ou seja a sua “coisificação”, uma vez que a ação médica se tem vindo a centrar apenas na parte física do doente, ou seja, no seu organismo e não nas suas atitudes e convicções íntimas.

Nas palavras de Grande (2007) o desafio que se coloca à humanização dos serviços de saúde diz respeito à possibilidade de se estabelecerem programas e políticas pautadas a partir da dignidade, da palavra, do respeito, do reconhecimento mútuo e da solidariedade. Na perspetiva da autora, humanizar é sem dúvida um processo amplo, complexo, que compreende todas as dimensões da pessoa e requer uma efetiva mudança de comportamentos (desde a política até à cultura, à organização sanitária, à formação de profissionais de saúde, entre outros).

Neste sentido, a autora supracitada refere que, a humanização dos cuidados é um processo que deve acontecer desde a entrada nos serviços de saúde através do vigilante ou rececionista, até à saída/à alta do utente. Isto porque, é fundamental que seja reconhecida por todos os intervenientes que colaboram com a instituição, uma vez que cada um destes profissionais tem a sua parcela de contribuições na área em estudo.

Na prática, o que efetivamente se pede a estes profissionais é um cuidar que vise o bem – estar físico mas também psicológico do utente através do respeito pela sua individualidade, dignidade, autonomia e pelo reconhecimento dos seus direitos enquanto paciente (Barbosa, 2010).

Com o intuito de humanizar os cuidados de saúde foram implementados desde o ano de 1992, um conjunto de programas governamentais nos hospitais e centros de saúde com o objetivo de melhorar o contacto humano, bem como as condições de atendimento nos serviços de saúde. Segundo Simões (2008) estamos cada vez mais a assistir a uma reação contra a desumanização dos serviços de saúde, verificando-se o reconhecimento da necessidade de mudança. Assim, a Unidade de Missão dos Cuidados Continuados Integrados (UMCCI) (2011) refere que a humanização “é central num processo de prestação de cuidados”, elaborando um conjunto de normas que devem ser aplicadas no contexto dos cuidados, e que passamos a citar:

- “Respeitar a forma como o utente quer ser tratado – nome de batismo, apelido com ou sem título profissional ou outro;
- Respeitar a intimidade, privacidade e confidencialidade do utente, em todos os atos de prestação de cuidados;
- Informar o utente, na medida do possível e de acordo com a equipa, quanto à sua situação e respetivo prognóstico;
- Fazer o inventário de todos os bens do utente, aquando da sua entrada na Unidade da RNCCI e arquivar uma cópia da lista de bens;
- Assegurar-se do consentimento informado do utente para os atos da prática do cuidar;
- Informar o utente como aceder ao telefone, outros meios tecnológicos e horários do funcionamento das várias atividades e serviços;
- Respeitar os horários estabelecidos quanto a toma de medicamentos, sessões de reabilitação, exames complementares de diagnóstico;
- Tornar as horas das refeições, momentos de prazer – arranjo das mesas, música ambiente calmo e repousante, tratamento calmo e sereno de eventuais conflitos, permissão da partilha do momento das refeições com os familiares (preço afixado) e respeito pela dieta;
- Assegurar assistência religiosa, se desejada e de acordo com a convicção do utente;
- Criar condições para a existência de meios (espelhos, quadros, relógios, informações em caracteres grandes e cores apelativas) que permitam a orientação para a realidade;
- Contribuir com a sua opinião para a criação de ambientes agradáveis – pintura de paredes de tons coloridos, cortinas e colchas de padrões de bom gosto e decoração agradável, respeitando as características locais (quadros, flores e outras) ”.

Unidade de Missão dos Cuidados Continuados Integrados (2011, p. 30).

É de salientar, que a utilização das normas anteriormente enumeradas devem ser consideradas apenas uma cota parte do processo de humanização, pois, não existe humanização dos cuidados, sem antes cuidar da realização pessoal e profissional dos que a fazem, tal como afirma Frei Domingues (2003, p. 239), a humanização “implica

que as pessoas agentes da humanização devem humanizar-se a si mesmas, fazendo desabrochar as virtudes pessoais e assimilando os valores humanos universais que tornam a pessoa adulta, auto e hetero-avaliativa, aberta, disponível, acolhedora e conscientemente participativa”.

Nesta linha de pensamento, os autores Knobel, Andreoli & Erlichman (2008) consideram que também as condições de trabalho dos profissionais, urge humanizar através da criação de espaços de descanso, escuta, desabafos e apoio psicológico, uma vez que a comunicação reforça as estratégias de humanização dos cuidados em saúde.

3. O CUIDAR

“Cuidar é uma arte difícil, porque tem a ver com a incerteza do ser,
a sua fragilidade e a sua diversidade”.

Hesbeen (2004, p. 102)

Ao longo das últimas décadas temos vindo a assistir a um avanço científico e tecnológico da medicina, bem como inúmeras transformações socioeconómicas que se traduzem numa melhoria da qualidade de vida e do bem – estar do indivíduo. Ora, este conjunto de transformações permitem que a vida humana seja cada vez mais prolongada.

Contudo, o aumento da longevidade, nem sempre é sinónimo de uma vida funcional, independente e ausente de problemas de saúde. Segundo Santos (2004) *cit.* por Guerra, Oliveira & Queirós (2007) o que se verifica é precisamente, a prevalência de doenças crónicas e incapacitantes que leva o indivíduo à perda de autonomia e independência.

Em presença do que foi referido, podemos afirmar que apesar do aumento da esperança média de vida e do avanço da ciência, continua-se a verificar uma disparidade entre longevidade e qualidade de vida. É ainda de salientar, que as situações de dependência afetam indivíduos de todas as idades não se restringindo apenas a um determinado grupo etário, sendo que nas faixas etárias mais jovens a dependência resulta de situações de deficiência congénita ou adquirida, enquanto na população idosa advém também das situações anteriormente referidas, mas sobretudo, como consequência do processo gradual de envelhecimento humano, no entanto é certo que se verifica uma maior prevalência na população idosa (Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social, 2009).

Assim, ao longo do ciclo vital vamos sendo alvo do cuidado ou prestadores do mesmo. É nesta linha de pensamento, que nos referimos ao ato de cuidar como uma atividade humana tão antiga como a humanidade, tendo a sua génese, para os cristãos, na metáfora da criação do homem, na ideia de que Deus Entidade Superior, criou o homem e a mulher para que se cuidem mutuamente, independentemente da sua condição humana, sejam pais, filhos, novos, velhos, sábios ou ignorantes (Costa, s/d).

Segundo Pinheiro (2009) desde a Grécia Antiga que o cuidar era exercido no interior das famílias, estando limitado à esfera doméstica e privada, representado pela figura feminina, a quem ao longo dos tempos foi sendo associado o papel de cuidadora, cujas tarefas remetiam para o cuidado da casa, filhos, escravos e doentes. Este cuidado não era mais do que um saber prático adquirido de geração em geração.

Histórica e culturalmente, a prática do cuidar está assim interligada à mulher que também na área da saúde incorporou o ato de cuidar através da enfermagem e cuja essência pertence a Florence Nightingale (1820-1910). Esta autora considerava que os cuidados deveriam ser entendidos holisticamente, no qual a família, a higiene e o ambiente constituem fatores chave no cuidado ao ser humano (Santos & Radünz, 2011).

O termo cuidar nas palavras de Collière (1999, p. 235) significa “ (...) um acto individual que prestamos a nós próprios, desde que adquirimos autonomia (...) ”. Representa também, o acolhimento, a atenção especial, a preocupação intrínseca a todos os indivíduos para com o bem-estar e a satisfação das necessidades do outro, permanecendo o objetivo de proteger e melhorar a sua condição humana (Honoré, 2004).

Para Boff (1999), *cit.* por Freitas (2003, p. 1) o cuidar é “mais que um acto, é uma atitude (...). Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento efetivo como o outro”.

No âmbito da saúde o cuidar consiste uma atividade que irá permitir que a vida continue e se desenvolva, é ir ao encontro do outro, é entendê-lo como um ser único, é colocar ao seu dispor os recursos que lhe permitirá lidar com a dependência de uma forma adaptativa (Grelha, 2009).

De acordo com Gineste e Pellissier (2008) existem dois princípios fundamentais do cuidar, ***o respeito da autonomia***, isto é, um adulto independentemente da sua idade, não é um bebé, logo não o devemos considerar como tal, a maneira como lhe falamos, tocamos e o olhamos deve assumir um carácter respeitador da sua autonomia, da sua sensibilidade e dos seus desejos. O segundo princípio diz respeito à ***especificidade do cuidar***, no sentido em que o cuidador não pode ignorar os conhecimentos que ao longo do seu desenvolvimento foi adquirindo, nomeadamente as diferentes maneiras de tocar, de olhar e de falar com o outro. Estas indicações que nos foram transmitidas

constituem “pistas” para a elaboração de maneiras de agir, que segundo os autores Gineste e Pellissier (2008, p. 23) “permitem trazer bem-estar àquele que as recebe, mostrar-lhe que se respeita a sua humanidade e que se tem em conta a sua vulnerabilidade”.

Ainda neste sentido, o autor George, (2000) *cit.* por Francisca (2011) refere que no ato de cuidar é fundamental que o cuidador considere a complexidade de cada situação, bem como a satisfação do outro, uma vez que o cuidar tem por base uma visão holística da pessoa essa satisfação só se atinge a partir de uma visão integral do ser humano, nos seus aspetos biológicos, fisiológicos, sociais, culturais e espirituais, ou seja, como um ser que tem toda uma vida, uma história.

Nesta ordem de ideias não pode-mos deixar de mencionar a teoria das *Necessidades Humanas Fundamentais* proposta por Virgínia Henderson na prestação do cuidado, onde através do atendimento individual pretende alcançar a manutenção da saúde, a recuperação ou simplesmente uma morte pacífica. Henderson propõe assim 14 necessidades fundamentais, nomeadamente, respirar normalmente, comer e beber adequadamente, eliminar os resíduos orgânicos, mover-se e manter uma postura desejável, dormir e descansar, vestir-se e despir-se, manter a temperatura corporal em nível normal, manter o corpo limpo e proteger tegumentos, evitar os perigos ambientais, comunicar-se, aprender, praticar de acordo com sua fé, proporcionar sentido de realização e participar em atividades recreativas (Francisca, 2011).

Deste modo, Virgínia Henderson defende que o indivíduo é um ser bio-psico-socio-culturo-espiritual, com necessidades fundamentais, e que quando uma destas necessidades não está satisfeita, o indivíduo não está completo, inteiro e independente (Francisca, 2011).

4. CUIDADORES FORMAIS

As progressivas alterações na estrutura familiar, ou seja, a passagem do modelo de família alargada para família nuclear, a indisponibilidade de tempo ou incapacidade dos elementos que a constituem para responder às necessidades da pessoa dependente, também a sobrecarga física, emocional e socioeconómica da família correspondem a algumas das razões para que as famílias, não prestem ao seu familiar em situação de dependência o cuidado necessário para a satisfação das suas necessidades diárias.

As respostas sociais em Portugal têm vindo paulatinamente a reforçar não só a capacidade instalada, como os meios físicos, técnicos e humanos de apoio, uma vez que lhes cabe a responsabilidade de complementar ou de substituir a família nos cuidados (Santa Casa da Misericórdia de Santarém, 2004).

Em Portugal, podemos distinguir dois tipos de cuidadores ou redes de apoio, designadamente, as redes informais que segundo o ex.- Instituto para o Desenvolvimento Social (2002) *cit.* por Ministério do Trabalho e Solidariedade Social (2009) em que o cuidado é realizado por uma pessoa podendo ser familiar ou outra pessoa próxima que sem preparação profissional prévia, ou qualquer vínculo contratual presta cuidados a outra numa base de solidariedade, sem esperar contrapartidas pecuniárias ou outra. Referindo seguidamente as redes formais, em que o cuidador é o profissional que presta cuidados qualificados numa base contratual mediante uma remuneração pelo exercício das suas funções.

O cuidado formal é então prestado pelas instituições e serviços de saúde, cujo profissional assume formalmente o exercício de uma profissão pela qual optou de livre vontade e para a qual obteve formação específica para a execução dos mesmos (Sequeira, 2007). Assim, os cuidadores formais ou prestadores do cuidado são definidos por Gineste e Pellissier (2008) como sendo:

“Um profissional que cuida de uma pessoa (ou de um grupo de pessoas) com preocupações ou problemas de saúde, para ajudar a melhorar ou a manter a saúde, ou para acompanhar essa pessoa até à morte. Um profissional que não deve, em caso algum, destruir a saúde dessa pessoa”.

Gineste & Pellissier (2008, p. 266)

A pessoa do cuidador no entender da autora Souza, M (s/d), representa a pessoa que diariamente através dos cuidados de higiene e conforto, de alimentação, e de estímulo para com as atividades de reabilitação, e interagindo com a equipa terapêutica cuida da pessoa dependente.

Assim, o cuidador é o agente que promove o cuidado, torna-se então fundamental que exista uma relação de confiança entre este e o utente. Criar laços de confiança significa entender o doente como uma pessoa e não como um objeto de cuidados, torna-se crucial compreender a pessoa no seu todo, isto é respeitar a sua história de vida, as suas dores, incapacidades e as suas emoções, tendo em vista a qualidade e excelência do cuidar (Fernandes, 2011).

Segundo a autora supracitada é igualmente importante que o cuidador estabeleça uma relação próxima com a família da pessoa alvo dos cuidados, para garantir uma sintonia favorável, de bem-estar para quem cuida e principalmente para quem é cuidado.

O ato de cuidar implica que os cuidadores prestem cuidados instrumentais (higiene, alimentação, vestuário, eliminação, mobilização), técnicos (terapêuticos, curativos, preventivos) e outros mais práticos (vigilância, medicação), expressivos, ou seja, os cuidados afetivos (companheirismo, conforto, carinho, satisfação da vontade e das necessidades) e relacionais (convívio e estimulação social, distração, comunicação e individualização do cuidado). Assim, cuidar ou apoiar orienta-se para a necessidade de colmatar as necessidades fisiológicas, psicológicas e sociais da pessoa doente, assumindo-se uma visão holística da mesma, como um ser biopsicossocial (Imaginário, 2008).

Ao refletirmos sobre o que pode afetar o cuidado, e segundo a Santa Casa da Misericórdia de Santarém (2004) inventar-se-iam algumas categorias que assumem grande importância, designadamente: o cuidador (ele próprio); a pessoa (o beneficiário); as frustrações; o coping e o suporte. Relativamente ao cuidador (ele próprio); salienta-se as suas experiências pessoais, crenças, autoavaliação; o confronto do desacordo com a pessoa cuidada, a insatisfação profissional. Segundo Hesbeen (2006) a profissão de cuidador exige, preocupação e respeito pelo outro.

Os elementos relacionados *com a pessoa (o beneficiário)* e que podem afetar o cuidado são: a penosidade do cuidar e o que a pessoa espera da ação de cuidar. E neste sentido o autor Hesbeen (2006) refere que muitos profissionais, quer por hábito quer

pontualmente, não estão verdadeiramente atentos à singularidade da pessoa à qual se dirige o cuidado. Nesta linha de pensamento, o autor supracitado considera a ajuda prestada pelo profissional de saúde (que não convém descurar) limitada no sentido em que o cuidar é sobretudo dirigido ao corpo e não verdadeiramente à pessoa.

As frustrações que podem incluir: a falta de tempo; o ambiente físico; o *stress* pessoal; os conflitos interpessoais.

No que concerne ao coping e ao suporte, isto é, as estratégias que cada cuidador adota de modo a permitir lidar com a situação de *stress* de uma forma saudável, ajustando-se às adversidades e garantindo uma melhor adaptação às circunstâncias remetem para a focalização na tarefa seguinte; a necessidade de falar sobre os próprios problemas e dificuldades, a importância do conforto e suporte na gestão do processo de cuidar. Deste modo, ser cuidador implica corresponder a um conjunto de “pré-requisitos”, nomeadamente o conhecimento, a paciência, a honestidade, a confiança, a humildade, a esperança, a coragem e a troca de experiências (Santos & Radünz, 2011).

O autor Hesbeen (2006, p. 9) considera que o cuidar implica também por parte do cuidador “encontrar e colher em si a energia e os recursos adequados para oferecer ao outro, mas também a si mesmo, uma atenção ao mesmo tempo respeitosa e particular, compatível com um agir que se pretende sensato”.

Nesta ordem de ideias a autora Fernandes (2011) refere que o cuidador deve estabelecer relações de confiança, de dignidade, ser capaz de assumir responsabilidades, de mostrar empatia, ter competências técnicas (conhecimentos teóricos e práticos), éticas e morais, manter a sua própria integridade física, estabilidade e equilíbrio emocional, pois só assim existe um efetivo cuidado.

5. RELAÇÃO DE AJUDA

A relação de ajuda teve a sua origem, a partir da filosofia do diálogo que se estabelece na relação “Eu-Tu” desenvolvida pelo autor Martin Buber no final dos anos 70 (Almeida, 2012). O autor Martin Buber *cit.* por Almeida (2012) considera que:

“A relação de ajuda acontece entre os seres humanos a partir de um encontro onde a relação estabelecida com o outro não deve ser encarada como um meio (pedir ajuda, informação,...), mas também como um fim, existindo reciprocidade e a visibilidade do ser humano como um todo”.

Martin Buber *cit.* por Almeida (2012, p. 25)

Tal filosofia influenciou no início da década de 60, do século passado o pensamento de um dos pioneiros no desenvolvimento deste conceito, referimo-nos certamente a Carl Rogers, que através da teoria da relação de ajuda, perspetivou uma nova forma de entender o Homem (Almeida, 2012).

Contrastando com a ideia de que a existência do Homem é condicionada por fatores que lhe são internos (impulsos inerentes ou características herdadas) e externos (por exemplo pressões sociais ou culturais), Rogers perceciona o ser humano como inerentemente dotado de liberdade e de poder de escolha considerando que tais fatores nada interferem com a sua capacidade de livre-arbítrio (Santos, 2004).

Do ponto de vista Rogeriano mesmo nas condições mais adversas e sem subestimar o impacto negativo que as diferentes situações podem ter sobre o desenvolvimento e o bem-estar do indivíduo, este continua a preservar, em algum grau, a capacidade de autonomia e autodeterminação, não se limitando a reagir aos acontecimentos e a ser por eles conduzido (Santos, 2004).

Deste modo, Rogers trouxe para a psicoterapia uma nova forma de encarar a pessoa que pede ajuda (Santos, 2004). Neste pressuposto, a abordagem centrada na pessoa materializada na relação de ajuda é concebida pela teoria Rogeriana como sendo “uma relação na qual pelo menos uma das partes procura promover na outra o crescimento, o desenvolvimento, a maturidade, um melhor funcionamento e uma maior capacidade de enfrentar a vida” (Rogers, 1961, p. 43).

A autora Lazure (1994, p. 14) utiliza a seguinte afirmação para se referir à relação de ajuda “uma relação na qual o que ajuda fornece ao cliente certas condições de que ele necessita para satisfazer as suas necessidades básicas”. Segundo Margot Phaneuf (2005) representa “uma troca tanto verbal como não-verbal”, uma relação com determinados objetivos:

“ (...) favorece a criação do clima de compreensão e o fornecimento de apoio de que a pessoa tem necessidade (...) permite à pessoa compreender melhor a sua situação, aceitá-la melhor e, conforme o caso, abrir-se à mudança e à evolução pessoal, e tomar-se a cargo para se tornar mais autónoma”

(Phaneuf, 2005, p. 324).

A relação terapêutica segundo a autora supracitada estabelece-se através de uma importante redefinição do papel do terapeuta, desenvolvendo capacidades intelectuais, afetivas, físicas, sociais e espirituais, afirmando assim a necessidade deste ter uma visão holística do utente, atestando que “qualquer que seja o seu estado é um parceiro no processo dos cuidados: nós prestamo-los, ele recebe-os e colabora neles, segundo as suas possibilidades. Sem a sua colaboração, (...) não podemos nada, a nossa missão de ajuda perde o seu sentido” (Phaneuf, 2005, p. 322).

Ainda neste sentido, o autor Nunes (1999) *cit.* por Nero (2008, p. 15) acrescenta que a relação de ajuda se estabelece num plano de igualdade em que o papel do profissional não consiste em solucionar ou fornecer as soluções pré-definidas para o problema atual da pessoa mas sobretudo procurar que esta compreenda melhor o problema, bem como a si mesma, de modo a capacitá-la para resolver dificuldades futuras.

Com origem na psicologia humanista, a relação de ajuda foi sendo desenvolvida no decurso da prática clínica do autor Carl Rogers, que procurou observar, sentir, compreender e, posteriormente interpretar as relações de ajuda que foi estabelecendo (Pacheco, 2005). Todo este processo desenvolvido pelo autor culminou num conjunto de vários pressupostos teóricos, princípios e atitudes que o terapeuta deverá conhecer, necessitando de desenvolver capacidades que contribuam para um maior saber neste domínio (Brito, 2010).

Nestes pressupostos, Lazure (1994) e Phaneuf (2005) nas suas obras sistematizam os conceitos mais importantes apresentados por Rogers, estas autoras

referem que as atitudes fundamentais da relação de ajuda são: a **empatia**, um sentimento de compreensão profunda do outro, que para Phaneuf (2005, p.346) está na base de uma relação de ajuda eficaz, “ (...) a empatia é um profundo sentimento de compreensão da pessoa que ajuda que percebe a dificuldade da pessoa ajudada como se ela penetrasse no seu universo, como se ela se colocasse no seu lugar (...) ”.

No que concerne ao respeito, **capacidade de se respeitar a si e ao outro**, Rogers coloca a questão “Serei capaz de ter uma atitude positiva para com o outro - atitudes de calor, de atenção, de afeição, de interesse, de respeito?” nas palavras de Lazure (1994) a resposta a esta questão traduz-se na confiança no outro, no respeito pelas suas capacidades e potencialidades, admitindo que ele é único, e que possui a capacidade para aprender a viver da forma mais satisfatória que lhe é possível (Briga, 2010); a **autenticidade ou congruência** – também aqui Rogers (1961, p. 54) coloca uma questão “Poderei conseguir ser de uma maneira que possa ser aprendida pelo outro como merecedora de confiança, como segura ou consistente no sentido mais profundo do termo?”. Acrescentando que estabelecer uma relação de ajuda “obriga” a que o profissional se mostre tal como é “ (...) se eu puder estar afetivamente consciente dos meus próprios sentimentos e aceitá-los é grande a probabilidade de poder vir a formar uma relação de ajuda com uma outra pessoa” (Rogers, 1961, p. 54). Espera-se do terapeuta um comportamento espontâneo e sincero sobre o que se diz e o que se sente, na opinião de Lazure (1994, p. 24) “...a concordância entre o que se vive interiormente e a expressão dessa vivência, permite ao utente aperceber-se de que o enfermeiro é uma pessoa de confiança, segura, sincera, incidindo positivamente na qualidade da relação.”; a capacidade de **escuta ativa**, a única via de acesso à compreensão da pessoa que procura ajuda e que segundo Lazure (1994, p. 20) contempla a capacidade de ouvirmos o outro com todos os nossos sentidos, acrescentando que “...o ser humano tem necessidade de se sentir importante aos olhos dos outros. O estado de vulnerabilidade provocado por um problema de saúde aumenta de tal forma na pessoa esta necessidade que só uma escuta atenta (...) a pode satisfazer”. Também o autor Queirós (1999) cit. por Rosário (2009, p. 64) escreve que “ (...) apenas escutar não é suficiente...escutar com empatia é essencial”; e a **aceitação positiva incondicional**, que se traduz na aceitação incondicional do outro, ou seja, aceitar a pessoa tal como ela é, sem juízos de valor ou críticas, à priori.

Segundo Santos (2004) o que efetivamente dá sentido à intervenção terapêutica são as atitudes, a participação individualizada que o terapeuta transporta para a relação mais do que as técnicas ou instrumentos que utiliza, e que constituem o verdadeiro fator impulsionador da mudança.

Para Phaneuf (1995) e Adam (1994) *cit.* por Pacheco (2005, p. 38) a relação de ajuda resume-se à “capacidade da pessoa que ajuda saber escutar, procurar compreender a dinâmica subjacente ao que vive esta pessoa (captar os índices, mesmo que discretos de mensagens afetivas, verbais ou não verbais), e chegar a uma interpretação lógica”. Permitindo, segundo os autores atrás mencionados, que a pessoa ajudada consiga efetivamente explorar “ (...) os seus sentimentos para confirmar ou infirmar o que lhe transmite quem ajuda, pela sua empatia; na fase final, a pessoa que ajuda leva a pessoa ajudada a identificar as suas próprias capacidades” (Pacheco (2005, p. 38).

O que se pretende através da metodologia utilizada na relação de ajuda é que esta seja limitada, no espaço e no tempo. É partindo deste pressuposto, que referimos a relação de ajuda como a “essência” do cuidar, uma técnica fundamental dentro das relações interpessoais.

6. HUMANITUDE /DESENVOLVIMENTO DO CONCEITO

O termo “*humanitude*” surgiu a partir de um ensaio designado de *humanitude, L’home, La vie, La mort, Dieu, L’absurd, Le bonheur, Le rêve, La politique*, Genève, publicado nos anos 80 pelo autor Freddy Klopfenstein (Phaneuf, 2010).

Léopold Senghor (1906-2001) político e escritor senegalês que desenvolveu e popularizou a Negritude outrora proclamada pelo poeta Aimé Césaire utilizou o conceito de *humanitude* como “ um termo novo para designar o conjunto das contribuições das civilizações da África Central, o conjunto das dádivas oferecidas pelos homens de pele negra aos outros homens: a negritude¹” (IGM França, 2010).

Em 1987, o professor Albert Jacquard inspirado no conceito de Negritude, de Léopold Senghor reflete sobre a cultura da diferença e as questões da negritude, integrando o conceito de *humanitude* na sua obra “ *L’Heritage de la liberté: de l’animalité à l’Humanitude*”. Segundo Jacquard (1988) *cit.* por Pereira, Gomes & Galvão (2012) a *humanitude*:

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

Pereira, Gomes & Galvão (2012, p. 86)

Este princípio filosófico é para Jacquard uma construção da humanidade, em que o contributo individual de cada Homem é fundamental para a riqueza do universo, contudo este tesouro de compreensões, de emoções e sobretudo de exigências que existe graças a nós também desaparecerá se nós desaparecermos, o que faz com que deva ser aproveitado e constantemente enriquecido pelo próprio Homem (Simões, Salgueiro & Rodrigues, 2011a).

No ano de 1989, Lucien Mias, geriatra francês, introduziu pela primeira vez o conceito de *humanitude* nos cuidados a idosos. Contudo, o trabalho mais relevante no cuidado a doentes dependentes e vulneráveis surgiu em 1975 a partir do conceito

¹ Movimento literário que exaltava a identidade negra, lamentando o impacto negativo que a cultura europeia teve junto das tradições africanas.

“*Viver e morrer de pé*” desenvolvido por Yves Gineste et Rosette Marescotti (Simões, Salgueiro & Rodrigues, 2008).

O estudo sistemático destes dois professores de ginástica permitiu-lhes no ano de 1995, escrever uma nova filosofia do cuidar que denominaram de “filosofia de cuidar em humanidade”.

O conceito de *humanitude* provém da natureza antropológica que descreve as raízes da condição humana, e nos declara a sua essência. O autor Hesbeen (2006, p. 28) acrescenta que “a humanidade de cada um é natural, pelo simples facto de se ser um humano entre os humanos, a humanidade não é “natural”, ela trabalha-se, deseja-se, faz-se nascer e crescer em nós, parte de uma intenção consciente e acompanha-nos para sempre”. No entender do autor supracitado, é através da preocupação do ser humano com a humanidade que “ (...) uma pessoa dá às suas características inatas de humano outras formas adquiridas e em constante aquisição, as de um humano sensível, autêntico e atentamente preocupado com a humanidade ” (Hesbeen, 2006, p. 28).

Neste sentido, Gineste e Pellissier autores da filosofia *humanitude* referem que desde o nascimento, o recém-nascido é envolvido pelos outros seres humanos numa rede de trocas e estimulações que lhe vão permitir desenvolver as características da *humanitude* (Gineste & Pellissier, 2008, p. 18). Ora, a *humanitude* constitui assim uma rede de partilha de atitudes, gestos e compreensões que aumenta cada vez que uma pessoa abraça ou manifesta outro gesto carinhoso. Tais gestos e atitudes permitem reconhecer que são as relações de *humanitude* que existem entre nós que reforçam a nossa identidade humana, e que caso não exista uma atitude afetiva para com o outro, podemos acabar por duvidar do sentimento de sermos seres humanos. A filosofia da *humanitude* segundo os seus principais embaixadores consiste sobretudo em:

“ (...) respeitar a pessoa: nos seus gostos, necessidades, desejos, na sua história e nos seus hábitos, no direito à sua intimidade (...), a fazer escolhas e tomar decisões livres e conscientes, no direito a ser ajudada a melhorar ou manter a sua autonomia, e no seu desejo de se superar, de bem-estar, de uma melhor qualidade de vida e de evoluir na sua Humanitude” (IMG Portugal, s/d).

Segundo o autor Hesbeen (2004), a *humanitude* constitui a essência do cuidado, como uma fragrância que se impregna de harmonia, nas maneiras de ser, nas

intenções, nos gestos, nos lugares. É uma fragrância que anima os sentidos, acalma os ânimos, ilumina o olhar, convida à serenidade e suscita esperança.

A *humanitude* é uma filosofia do cuidar que permite situar todos os nossos atos no quadro do cuidar de uma pessoa singular, que permite tomar em conta o facto de esta possuir necessidades e desejos interligados, o facto de viver de um modo diferenciado das outras pessoas, conduz-nos a colocar no centro do cuidar, não o objetivo da resposta às necessidades, mas o objetivo de responder ao que permite a cada pessoa, em todos os atos da sua vida (Gineste & Pellissier, 2008).

A aplicabilidade desta ferramenta permite verificar um amplo conjunto de benefícios, segundo estudos realizados em países desenvolvidos, esta metodologia tem revelado uma baixa significativa da taxa de absentismo, por esgotamento profissional e lesões músculo-esqueléticas nos prestadores de cuidados (Gineste & Pellissier, 2008). Estes ganhos apresentam também uma importância indiscutível na recuperação da qualidade de vida de doentes idosos acamados, com demência e outras situações de fragilidade (Gineste & Pellissier, 2008). Concluíram ainda, uma diminuição acentuada dos episódios de Comportamentos de Agitação Patológica (CAP), que segundo os autores da filosofia *humanitude* consistem numa forte oposição quer verbal (gritos, insultos) quer física (bater, morder, arranhar) perante os cuidados e que mesmo que se continuem a verificar são menos intensos e duradouros (Simões, Salgueiro & Rodrigues, 2012).

Ainda neste sentido, Phaneuf (2007) salienta a importância dos cuidados efetuados numa abordagem *humanitude*, segundo a autora contribui na progressão do doente para o equilíbrio psicológico, para a conservação das suas capacidades humanas, para um maior bem-estar e mesmo, quando é possível, a um retorno à saúde.

6.1. Pilares deste conceito

A *humanidade*, enquanto filosofia e ética, assume um valor teórico e prático no contexto dos cuidados oferecidos em espaços de intimidade, a pessoas doentes vulneráveis e dependentes, em condições de respeito e igualdade. (Simões, 2005, p. 9).

O cuidado deve tranquilizar e promover a confiança, mobilizando de uma forma integrada os pilares da *humanidade*, a *verticalidade*, o *olhar*, a *palavra*, o *sorriso*, o *toque* e o *vestuário*. A conjugação equilibrada dos pilares da *humanidade*, de acordo com os autores e as suas experimentações clínicas, referem que estes permitem a aproximação às boas memórias afetivas das pessoas doentes e vulneráveis, uma via importante de acesso e apaziguamento, em situações de limitações psíquicas e dificuldades mnésicas (Simões, Salgueiro & Rodrigues, 2008).

- **Palavra**

A palavra assume uma especial importância, uma vez que atribuí às nossas relações humanas um verdadeiro significado, que sem a palavra, seriam no entender de Phaneuf (2010) reduzidas a trocas utilitárias, a comunicação revela-se assim vital na vida do indivíduo.

A palavra representa um apelo de *humanidade* que pode certamente fazer a diferença entre a estagnação e a evolução do indivíduo. O diálogo estabelecido entre o cuidador e o utente é essencial, pois só assim, poderão estabelecer quais as melhores estratégias para uma reabilitação de sucesso, e para que o doente possa exprimir o seu sofrimento, aliviando assim a sua tristeza (Pereira, Gomes & Galvão, 2012).

Segundo Phaneuf (2010, p. 16) a palavra “é um meio que está sempre ao nosso alcance e cabe-nos a nós utiliza-lo adequadamente”, pois permite a ligação, entre o cuidador e a pessoa alvo dos cuidados.

- **Toque**

Um outro pilar da *humanidade* é o toque, dimensão não-verbal presente e fundamental para os profissionais de saúde. Segundo Pereira, Gomes & Galvão (2012) em *humanidade* o toque é abordado na forma de substituir o toque utilitário pelo toque carinhoso. Todo o toque envolve um aspeto afetivo que se faz presente a partir da maneira como nos aproximamos para tocar, o tempo usado no contacto, o local onde tocamos as pessoas e a pressão que exercemos na mesma, depende da cultura, das experiências prévias que o utente tenha tido. É importante salientar que se possível, o contacto físico deve ser iniciado pelo ombro, braço ou mãos, locais mais aceites para que o toque ocorra.

- **Verticalidade**

A verticalidade constitui a primeira característica que distingue o homem dos animais. Esta posição (verticalidade) traz inúmeros ganhos em saúde nomeadamente, no que diz respeito ao funcionamento cardíaco e circulatório, estimula o apetite, favorece a digestão, o tónus muscular entre outros benefícios (Phaneuf, 2010).

Segundo os autores Gineste e Pellissier (2008) o cuidar deve promover o maior tempo possível a verticalidade, “mourir debout” isto é, fazer os possíveis para manter o doente de pé, a andar, contrariando a tendência de limitação motora, e de uma postura anquilosante, não permitindo que o utente perca totalmente a sua independência, um elemento essencial para a sua qualidade de vida.

A verticalidade tem ainda o “poder” de nos permitir estabelecer o contacto visual com o outro, tornando-se também um símbolo que define a espécie humana, a sua dignidade e a sua própria essência (Phaneuf, 2010).

- **Olhar**

As relações interpessoais iniciam-se com o contacto visual recíproco face a face, olhos nos olhos, assinalando o desejo e a intenção de interagir. O olhar permite estabelecer o primeiro contacto, captar a atenção e manter a focagem. Segundo Rosário (2009) manter sempre o contacto visual com o utente é de extrema importância, uma vez que em determinadas situações só assim o cuidador poderá receber a mensagem e dar *feedback*. A expressão facial do cuidador pode transmitir

estímulos positivos ou negativos para o doente, pelo que deverá esforçar-se por ser congruente, tendo sempre presentes princípios como a sinceridade e a honestidade (Rosário, 2009).

Através do olhar que dirigimos ao doente, podemos dar indicações de que estamos disponíveis para estar com ele, sentir-se valorizado e aceitar sentindo confiança para desabafar e mencionar as suas necessidades (Rosário, 2009).

- **Sorriso**

Segundo o autor Pereira, Gomes & Galvão (2012) na *humanidade* o sorriso e o riso surgem como uma “terapia natural”, na medida em que o sorriso manifesta partilha, felicidade, prazer, confiança, bom humor, relaxamento, diversão... O riso no entender de Phaneuf (2010) é o remédio mais eficaz para combater o *stress* e relaxar, tendo o poder de curar certas doenças. O humor é também um tipo de comunicação verbal, que pode facilitar a relação dos cuidadores com a pessoa que cuidam.

Para além disso, comportamentos humorosos deverão estar presentes no contexto de trabalho dos profissionais de saúde, constituindo uma importante forma de desdramatizar situações mais embaraçosas para os profissionais e para os doentes, ajudando-o a restabelecer a sua autoestima, sentindo-se mais alegre e fortalecido (Rosário, 2009).

Consideramos pertinente concluir a abordagem ao presente pilar, acrescentando uma breve nota redigida por Gineste e Pellissier (2008, p. 140) em que nos esclarecem quanto ao verdadeiro significado da utilização do sorriso e do riso na interação com o outro “Rir de uma pessoa é uma humilhação; rir com uma pessoa é um prazer partilhado”.

- **Vestuário**

Segundo Pereira, Gomes & Galvão (2012) o vestuário e adornos contêm uma grande carga simbólica, pois, contribuem para construir a nossa identidade, tornando-se algo imprescindível na nossa condição humana, representando assim as características essenciais na *humanidade* dos indivíduos (pessoas idosas e doentes).

De acordo com a autora Phaneuf (2010, p. 18) o vestuário “tornou-se uma característica verdadeiramente humana, profundamente enraizada na nossa maneira de

viver” (...) que não podemos negligenciá-la nos cuidados (...) ”. Neste sentido importa acrescentar que a “apresentação exterior de um doente, a sua limpeza, o seu penteado correcto e, se necessário, uma maquilhagem discreta e uma barba bem-feita, são de facto atributos necessários à sua dignidade” (Phaneuf, 2010, p.18).

Também Woltz e Carvalho (s/d) consideram que a partir do momento e independentemente do motivo que leva a que uma pessoa fique privada de usar as roupas de que gostaria, resulta numa perda da capacidade de expressar a sua personalidade por meio do vestuário. Deste modo, a sua capacidade de interação com os outros indivíduos é diminuída, uma vez que o vestuário é uma forma de demonstrar a concordância de um indivíduo com os outros.

7. ESTUDOS REALIZADOS NO ÂMBITO DA METODOLOGIA DE TRABALHO “HUMANITUDE”

De forma a reunirmos a literatura científica relevante para a elaboração da presente investigação consultamos bases de dados informatizadas, nomeadamente:

- B-on (Biblioteca do conhecimento *online*) usando como palavra-chave – “*humanitude*”; obtivemos um total de 14 artigos, analisamos apenas 4, uma vez que se referiam concretamente à metodologia *humanitude*.
- Biblioteca Digital do IPB – Repositório, foi encontrada uma referência ao termo *humanitude*, num capítulo do livro “*Teoria e Prática da Gerontologia*”.

As informações provenientes dos artigos que analisamos foram reunidas em quadros adaptados da Cochrane Database of Systematic Reviews, uma vez que nos permite apresentar a informação de um modo objetivo (Henderson (2008) *cit.* por Almeida et al. (2010)).

Em Portugal os estudos científicos realizados no âmbito da metodologia de trabalho *humanitude* foram desenvolvidos pelos enfermeiros Mário Simões, Manuel Rodrigues e Nídia Salgueiro (enfermeira aposentada) (quadro, 1, 2, 3 e 4). Os quadros que se seguem foram elaborados pelo próprio autor.

Quadro 1 - O significado da filosofia *humanitude*, no contexto dos cuidados de enfermagem à pessoa dependente e vulnerável

Base de Dados	B-on
Título-Autores	O significado da filosofia <i>humanitude</i> , no contexto dos cuidados de enfermagem à pessoa dependente e vulnerável. Simões, Mário; Salgueiro, Nídia; Rodrigues, Manuel. (2008).
Notas	Objetivo do estudo: Compreender qual o significado do conceito integrador de <i>humanitude</i> , no contexto dos complexos e delicados cuidados que os enfermeiros prestam, a pessoas doentes vulneráveis e dependentes. Conceitos centrais: Filosofia da <i>humanitude</i> ; Cuidados de enfermagem; <i>Humanitude</i> holística.
Método	Revisão sistemática seguindo a metodologia dos sete passos do Cochrane Handbook.
Intervenções	Pesquisa refinada e exaustiva a bases de dados relevantes; Contacto com investigadores nacionais e estrangeiros.
Resultados	Os autores concluíram que através deste estudo de revisão surge uma nova oportunidade de investigação, através da implementação e monitorização do método, com uma população de pessoas doentes dependentes, em Portugal.

O estudo de revisão sistemática apresentado no quadro 1, centrou-se numa primeira fase na pesquisa de teses de mestrado e/ou doutoramento acessíveis em bases de dados portuguesas sobre humanização dos cuidados. Num universo de 390 dissertações de mestrado em ciências de enfermagem seis referiam-se especificamente ao conceito de humano ou humanização.

A segunda fase também ela eletrónica foi realizada através do portal B-on, na Medline, Wos e Cinahl. No portal B-on a pesquisa baseou-se nas palavras – chave “cuidados de enfermagem” e em cada um dos pilares da *humanitude* – tocar, falar, olhar, vestir, verticalidade, o número de documentos obtidos foi bastante elevado.

Quando os investigadores conjugaram os conceitos de enfermagem, com os diferentes pilares de *humanitude*, não obtiveram resultados. Quando inserido apenas o termo *humanitude* apenas obtiveram um trabalho. Numa última fase recorreram a diversos motores de busca, nomeadamente da Web, livrarias, bibliotecas escolares, bem como contactos com investigadores na área em estudo nacionais e estrangeiros.

Deste modo, verificaram a existência de inúmeros trabalhos, sobre os conceitos de olhar, tocar, falar, verticalidade, vestuário que embora fundamentem modelos integradores não discutem o conceito *humanitude*. Concluíram que os estudos que correspondiam ao critério específico *humanitude*, como conceito integrador, são escassos, o que por si, evidência a necessidade de investigação da problemática, e construção de um novo conhecimento na área em questão.

Quadro 2 - Humanitude, ligação interpessoal e cuidados

Base de Dados	B-on
Título-Autores	<i>Humanitude</i> , ligação interpessoal e cuidados. Simões, Mário; Salgueiro, Nídia; Rodrigues, Manuel (2011a).
Notas	Objetivo do estudo: Compreender a relevância da <i>humanitude</i> no contexto das ligações interpessoais de relação e cuidado. Conceitos centrais: Pessoa; Relação; <i>Humanitude</i> ; Cuidado.
Intervenções	Estudo de revisão da literatura
Resultados	A <i>humanitude</i> potencia a transcendência da pessoa e tende a ser um cuidado essencial na construção do ser humano.

A revisão da literatura incidiu na visão humanista onde é realizada uma breve contextualização do ser humano como um ser pertencente à espécie homo sapiens, com determinadas capacidades, nomeadamente, de socializar, dom da palavra,

desenvolvimento intelectual, capacidade reflexiva e simbolizadora. É realizada ainda uma breve reflexão sobre a relevância da *humanidade* no contexto das ligações interpessoais de relação e cuidado, assumindo a partilha dos contributos de todas as pessoas de outrora e de hoje e que assim potenciam o desenvolvimento do próprio Homem.

Quadro 3 - Importância e aplicabilidade aos cuidados de enfermagem do método de cuidados de humanidade

Base de Dados	B-on
Título-Autores	Importância e aplicabilidade aos cuidados de enfermagem do método de cuidados de <i>humanidade</i> . Simões, Mário; Salgueiro, Nídia; Rodrigues, Manuel (2011b).
Notas	Objetivo do estudo: Conhecer a importância que os enfermeiros atribuem aos cuidados baseados na filosofia <i>humanidade</i> e no método de Gineste e Marescotti; Identificar em que medida os enfermeiros referem que aplicam na prática os princípios do método de Gineste e Marescotti. Conceitos centrais: Filosofia da <i>humanidade</i> ; Cuidar em <i>humanidade</i> ; Cuidados de enfermagem; idosos.
Método	Estudo descritivo.
Participantes	116 Enfermeiros.
Intervenções	Inquérito eletrónico constituído por 28 itens nas dimensões “aproximação sintonia” e “consolidação proação”.
Resultados	Os autores chegaram a conclusão de que os enfermeiros inquiridos indicam ser muito e muitíssimo importantes os procedimentos de “aproximação sintonia” (90,31%) e de “consolidação proação” (85,47). Apenas 2,21% desvalorizam o método. Na prática de cuidados, os enfermeiros dizem aplicar frequentemente, ou sempre, os princípios de “aproximação sintonia” (83,05%) e “consolidação proação” (69,69%).

O estudo referido na tabela 3 foi desenvolvido a partir de uma amostra constituída por 124 enfermeiras (77,5%) e 36 enfermeiros (22,5%) com idades compreendidas entre os 30 e 40 anos em que o grau académico era maioritariamente de licenciatura (84,4%) e (66,3%) pertenciam à categoria de enfermeiro graduado.

A amostra foi inquirida através de um instrumento de recolha de dados disponível *online* entre maio e outubro de 2009. O instrumento de recolha de dados era constituído pela primeira parte, cujas questões eram relacionadas com os aspetos sociodemográficos, na segunda parte, foram apresentadas duas escalas em resposta ordinal, uma relativa à importância atribuída ao método *humanidade* e outra sobre a perceção de aplicarem esta metodologia na prática de cuidados de enfermagem, estava organizada em duas categorias “aproximação sintonia” e “consolidação proação”.

De forma geral os autores do estudo, verificaram que a maioria dos enfermeiros considera valorizar e aplicar, de um modo rigoroso, a cadeia de procedimentos das duas categorias de “aproximação sintonia” e “consolidação proação”. Não obstante, os autores consideram pertinente a necessidade de confirmar na prática clínica, se a apreciação subjetiva está em coerência com a ação concreta.

Quadro 4 - Cuidar em humanidade: estudo aplicado em cuidados continuados

Base de Dados	B-on
Título-Autores	Cuidar em <i>humanidade</i> : estudo aplicado em cuidados continuados. Simões, Mário; Salgueiro, Nídia; Rodrigues, Manuel (2012).
Notas	Objetivo do estudo: 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. Conceitos centrais: <i>Humanidade</i> ; Cuidados continuados; Investigação.
Método	Estudo de investigação ação.
Participantes	Equipa de cuidadores e uma população de idosos dependentes internados.
Intervenções	2 Escalas de perceção do valor e aplicabilidade do MGM; 1 grelha de observação direta sistematizada.
Resultados	Os autores chegaram à conclusão de que existe uma perceção elevada de valor e aplicação na prática clínica da sequência de procedimentos, no entanto os dados observacionais revelam grandes desvios entre perceção e realização efetiva.

A partir do primeiro estudo científico realizado em Portugal por Simões, Salgueiro & Rodrigues (2011b) em que verificaram que os enfermeiros inquiridos atribuíam uma grande importância aos procedimentos cuidadosos *humanidade* e uma grande perceção de os utilizarem na sua prática clínica. Neste sentido, com o intuito de perceber a distância entre a perceção e a prática efetiva, os autores procederam à investigação por observação, de uma equipa de enfermagem, aquando dos procedimentos focados na prestação de cuidados de higiene a uma população de idosos dependentes internados, numa UCCI.

Os procedimentos cuidadosos foram observados a partir de uma grelha de observação sistematizada sequencial. Através da grelha tornou-se possível comparar as práticas efetivas com as percecionadas e verificar se existem desvios entre os procedimentos inscritos nela e os realizados.

De acordo com os resultados obtidos através dos questionários e da observação, estes evidenciaram uma grande aceitação e valorização dos procedimentos cuidadosos

humanidade, contudo, por outro lado verificaram grandes desvios entre a prática percebida e a efetiva.

A pesquisa realizada através da Biblioteca Digital do IPB possibilitou a análise ao capítulo – Ética e *Humanidade* no Cuidado do Idoso – inserido no livro “Teoria e Prática da Gerontologia”.

Quadro 5 - Ética e Humanidade no cuidado ao idoso

Base de Dados	Biblioteca Digital do IPB – Repositório
Título-Autores	Teoria e Prática da Gerontologia – Ética e <i>Humanidade</i> no Cuidado ao idoso. Pereira, Gomes & Galvão (2012).
Notas	Artigo de revisão: Breve contextualização da metodologia <i>humanidade</i> como ferramenta do cuidado ao idoso.

O capítulo “Ética e Humanidade no Cuidado ao Idoso” aborda a dignidade humana como um referencial no cuidado ao idoso, a partir de três prismas distintos, nomeadamente filosófico, biológico e psicológico. Apresenta ainda uma breve explanação das teorias éticas centradas no idoso e envelhecimento. A *humanidade* é analisada pelos autores como uma filosofia do cuidar que deve estar presente nos procedimentos cuidativos da pessoa idosa.

8. O OLHAR DO EDUCADOR SOCIAL

A educação assume um papel de destaque no processo de desenvolvimento do ser humano. Já o filósofo Kant considerado como o último grande filósofo dos princípios da era moderna referia que é somente a partir da educação que o homem pode alcançar, com plenitude a sua humanidade, pois é a educação que o constrói. Seguindo o pensamento de Kant, o papel da educação é aperfeiçoar as disposições que o homem já traz dentro de si. Acrescentando em linhas gerais, que a educação se resume a um passaporte para a perfeição da humanidade (Zatti, 2007).

Também o filósofo Descartes parte da constatação e da aceitação de que o homem tem conhecimentos erróneos, o que não significa que esteja condenado a permanecer neste estado, e que dele não se possa libertar, o que, em caso afirmativo, conduziria necessariamente ao ceticismo (Marcelino, 1995).

Ainda nesta linha de pensamento, Gineste & Pellissier (2008, p. 21) salientam o facto de o Homem ser “o animal mais inacabado à nascença e o mais lento a desenvolver-se” isto porque “ (...) ele é uma formidável soma de potencialidades e de possibilidades (...) ele é concebido para aprender, para se modificar, para se recriar permanentemente”. Ora, a tarefa central da educação é orientar um ser que não pode ser conhecido por não ter essência determinada e que, por isso, pode tomar diferentes direções, uma vez que o homem é livre e pode ser educado (Zatti, 2007).

De acordo com o autor Gadotti (2005) a educação constitui um dos requisitos fundamentais para que os indivíduos tenham acesso ao conjunto de bens e serviços disponíveis na sociedade é um direito de todo ser humano como condição necessária para ele usufruir de outros direitos constituídos numa sociedade democrática.

A educação não-formal estendeu-se de forma impressionante nas últimas décadas em todo o mundo como “educação ao longo de toda a vida” (Gadotti, 2005).

A educação não-formal (em oposição à educação formal) é também uma atividade educacional organizada e sistemática, o facto de não ter um currículo único não significa que não seja um processo de aprendizagem estruturado, baseado na identificação de objetivos educativos, com formatos de avaliação efetivos e atividades preparadas e implementadas por educadores qualificados. Contudo, apresenta um formato diferenciado no que diz respeito ao tempo e localização, número e tipo de

participantes, equipas de formação, dimensões de aprendizagem e aplicação dos seus resultados (Pinto, 2005). Também a formação realizada em contexto de trabalho vai permitir uma maior aproximação entre os colaboradores e a sua realidade profissional, ao abordar as competências necessárias para o desempenho cabal da sua profissão.

No que diz respeito à área da saúde, partindo do ato de cuidar como algo intrinsecamente humano e cuja capacidade está enraizada na sua natureza, o autor Honoré (2004, p. 21) questiona o facto de utilizarmos tantas vezes a expressão “*cuidar bem*” se cuidar significa desde logo, fazer o que é bom para o outro, o que lhe é conveniente. Então segundo o autor referido anteriormente, o que significa cuidar mal? Claramente, uma ação de cuidar que não é satisfatória, contudo não representa a negação da ação de cuidar mas a sua inadequação.

Neste contexto é de salientar o papel fundamental que o profissional de educação social desempenhando o papel de um agente de mudança social pode efetivamente contribuir para o desenvolvimento comunitário, para a construção de projetos de vida, envolvendo-se nas necessidades formativas da população-alvo em diversos contextos sociais e desenvolvendo ainda a adaptação sócio laboral.

O profissional da área social é um elemento fundamental na qualidade do cuidar, uma vez que através da realização de ações sociopedagógicas (educação não-formal e de formações) que impulsionem a consciencialização dos cuidadores, motivando-os a participarem ativamente para o seu próprio desenvolvimento, ou seja, permite que o cuidador construa um saber terapêutico ocorrendo assim a profissionalização da capacidade humana de cuidar através da aquisição e aplicação de conhecimentos, atitudes e habilidades centradas na pessoa cuidada como sujeito ativo no processo de cuidados (Santa Casa da Misericórdia de Santarém, 2004). Não obstante, a autora Gomes (2009) refere que no ato de cuidar e de prestar apoio não existem modelos detentores da verdade, contudo é na interação, na articulação e na complementaridade, que podemos prestar um serviço de qualidade, não só adequado às reais necessidades das pessoas, mas também às suas expectativas e exigências.

Consideramos pertinente acrescentar que na intervenção do profissional de Educação Social anteriormente referida deve em nossa opinião ter por base a relação de ajuda como metodologia que deve ser permanentemente utilizada na sua atuação, bem como a metodologia *humanidade* que embora se tenha vindo ao longo dos últimos

anos a destacar na prática da enfermagem e na prática gerontológica, também integra a prática do Educador Social.

**PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO – HUMANITUDE: UMA FERRAMENTA
DO CUIDAR EM CUIDADOS CONTINUADOS – O OLHAR DO EDUCADOR
SOCIAL**

1. METODOLOGIA

A metodologia é uma fase do processo de investigação em que se determina as etapas a seguir num processo, com o objetivo de descrever e explicar o tipo de investigação, a amostra ou população em estudo, as questões de investigação, bem como o instrumento de colheita de dados. Tal como refere Fortin (1999, p.131) “ (...) a fase metodológica consiste em precisar como o fenómeno em estudo será integrado num plano de trabalho que ditará as actividades conducentes à realização da investigação”. O autor Gil (1991, p.19) acrescenta que a metodologia é “um processo racional e sistemático que tem como finalidade proporcionar respostas aos problemas propostos”.

Questão de investigação

Quais os conhecimentos dos cuidadores formais numa unidade de Cuidados Continuados relativos à ferramenta de trabalho *humanidade*?

Justificação do tema

A motivação pela temática em apreço prende-se com o nosso interesse em estudar a importância que os cuidadores formais atribuem aos procedimentos cuidadosos *humanidade*. É uma temática que pretendemos continuar a investigar uma vez que consideramos este estudo inovador na área de Educação Social.

Objetivos gerais do estudo

Para Fortin (1999) o objetivo é um enunciado declarativo que demonstra as variáveis utilizadas, a população e o assunto da investigação. Nas palavras de Freixo (2010) o objetivo indica o que o investigador pretende fazer ao longo do processo de investigação. Deve ser elaborado “...com grande economia de palavras, ou seja, (...) deve estabelecer uma relação causa/efeito que se pretende obter com o projeto de intervenção” (Freixo, 2010, p. 164). Os objetivos num estudo surgem então com o

intuito de conferir o valor e pertinência da investigação. Assim, para esta investigação pretende-se:

- Conhecer a prática da metodologia *humanidade* no cuidado aos doentes em Cuidados Continuados Integrados;
- Implementar a metodologia do cuidar, recorrendo à ferramenta *humanidade*.

Tipo de Estudo

Após a revisão da literatura relativamente aos métodos de investigação optou-se por um estudo de caso, exploratório e descritivo, num plano transversal e de índole qualitativa e quantitativa.

Segundo Yin (2001) um estudo de caso apresenta-se com o objetivo de se compreender os diferentes fenómenos sociais, em que não há uma definição substancial sobre os limites entre o fenómeno e o contexto. Para o autor, o estudo de caso apresenta características qualitativas, contudo na sua perspetiva este não deve ser considerado exclusivamente qualitativo, uma vez que pode também envolver características quantitativas. A recolha de dados no estudo de caso pode ser realizada de diversas formas, nomeadamente questionário, entrevista, observação e diário de bordo.

A investigação descritiva visa descobrir novos conhecimentos, descrever fenómenos já existentes, determinar a frequência da ocorrência de um fenómeno numa dada população ou ainda categorizar a informação recolhida. Recorre-se a este tipo de estudo quando existe pouca ou nenhum conhecimento sobre um determinado assunto. Para recolher os dados junto dos participantes num estudo descritivo, recorre-se à observação, à entrevista ou a um questionário (Fortin, Côté, & Fillion, 2009).

Tendo em atenção as características pelas quais se pauta o estudo de caso e uma investigação descritiva utilizamos a entrevista para obtenção de dados qualitativos e quantitativos. No instrumento de recolha de dados utilizamos questões diretas, dicotómicas e sob a forma de afirmações.

Segundo Tuckman (2000) é possível questionar o entrevistado através de uma pergunta direta ou formular uma questão em forma de afirmação, ou seja, constitui

uma forma alternativa para se obter informação. É utilizada ainda na medição das atitudes, segundo o autor neste tipo de estudo é mais comum apresentarem-se afirmações do que fazerem-se perguntas.

Amostra

Segundo Coutinho (2011, p. 85) a amostra pode ser entendida como um conjunto de dados ou observações recolhidas a partir de um subconjunto da população, ou seja “é o processo de selecção do número de sujeitos que participam num estudo”.

Na presente investigação, a amostra em estudo são 26 cuidadores da Unidade de Longa Duração e Manutenção Santa Maria Maior, constituída por uma equipa multidisciplinar, designadamente, 8- Enfermeiros; 1- Técnico Superior de Serviço Social; 1- Administrativo; 1- Psicólogo; 1- Fisioterapeuta; 6- Auxiliares de Serviços Gerais; 6- Auxiliares de Ação Médica; 1- Diretora Técnica e 1- Médico.

Aspetos éticos

A investigação efetuada junto de seres humanos pode, por vezes, levantar questões éticas e morais. Assim, os aspetos éticos tornam-se determinantes, uma vez que, sem um código de ética que pautar os passos da investigação, poderá ser a própria investigação a ser colocada em causa (Ribeiro, 2010).

Neste sentido, e para se proceder à aplicação do instrumento de recolha de dados, foi elaborado por escrito o pedido de autorização à ULDM Santa Maria Maior de Miranda do Douro, tendo sido obtida autorização (anexo I).

De acordo com os códigos de ética o consentimento livre e esclarecido, é o princípio ético segundo o qual a pessoa tem o direito de decidir por ela própria a sua participação numa investigação, bem como a faculdade de se retirar do estudo a qualquer momento sem incorrer em nenhuma sanção ou em qualquer pena. Considera-se que este princípio é respeitado quando o participante é informado de todos os aspetos da investigação e dá livremente o seu consentimento, por escrito (Fortin, Côté, & Filion, 2009).

Perante tais pressupostos, após aprovação para a realização do estudo e antes de se proceder à recolha dos dados, foi tido em consideração o anonimato e a confidencialidade dos dados, uma vez que não lhes era solicitada a sua identificação aquando do preenchimento do instrumento de recolha de dados e entregue ao cuidador formal o consentimento informado (anexo II).

Descrição do instrumento de recolha de dados

A recolha de dados, como etapa fundamental de um trabalho de investigação, requer a elaboração de um instrumento apropriado que vá ao encontro dos objetivos inicialmente traçados e às características da população (Fortin, 1999).

Neste estudo, tendo em atenção os seus objetivos recorremos a uma entrevista estruturada baseada nas fontes teóricas pesquisadas. Esta é constituída por duas partes, na primeira parte são efetuadas questões relativas à caracterização sociodemográfica e profissional dos cuidadores formais; nomeadamente, *idade, sexo, habilitações literárias*. As questões relativas à caracterização profissional são de resposta aberta relacionadas com o *tempo de experiência profissional, e se tem conhecimento da metodologia de trabalho humanitude*.

A segunda parte da entrevista tem como objetivo específico conhecer a prática do cuidar dos cuidadores formais, integrando os pilares da *humanitude* (Palavra, Toque, Verticalidade, Olhar, Sorriso e Vestuário). Estudamos a prática do cuidar a partir da formulação de 9 afirmações seguidas de pergunta direta e de resposta aberta, 8 afirmações seguidas de pergunta direta, cotadas de 1 a 5, numa escala ordinal tipo *Likert* e 3 questões diretas de resposta dicotómica (sim/não) (anexo III).

Procedimento de recolha de dados

Após as formalidades relativas aos pedidos de autorização, procedeu-se à recolha de dados através de entrevistas presenciais realizadas no período compreendido entre os meses de junho e julho de 2013.

No início de cada uma das entrevistas, foi solicitado aos participantes a leitura do consentimento informado, no qual referimos os objetivos do presente estudo, bem

como os motivos que nos levaram a fazê-lo e esclarecemos os cuidadores formais que a colaboração neste estudo era de caráter confidencial de modo a garantir o anonimato dos mesmos.

As referidas entrevistas foram transcritas na íntegra, tendo a duração (cerca de 15 a 20 minutos) considerada necessária para que os cuidadores formais respondessem às questões colocadas de um modo ponderado e reflexivo.

Modelo de análise e tratamento de dados

Segundo Bardin (1977, p. 31) a análise de conteúdo é não só um instrumento de colheita de dados, mas um “leque de apetrechos; ou, com maior rigor, um único instrumento, marcado por uma grande disparidade de formas e adaptável a um campo de aplicação muito vasto”. Deste modo permite que o investigador recorra a pesquisas de natureza quantitativa ou qualitativa.

As categorias foram por nós identificadas aquando da pesquisa bibliográfica sendo elas: Palavra, Toque, Verticalidade, Olhar, Sorriso e Vestuário. As unidades de registo são baseadas nas respostas dos entrevistados. No que concerne à apresentação dos resultados utilizamos quadros e tabelas com a sua respetiva descrição.

Para analisarmos os dados obtidos utilizamos o programa Estatístico SPSS versão 19.

2. APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

2.1. Caracterização da amostra

A caracterização da amostra em estudo resulta das entrevistas realizadas a 26 cuidadores formais de ambos os sexos, integrados na equipa multidisciplinar da ULDM de Santa Maria Maior.

Tabela 1- Caracterização sociodemográfica dos cuidadores entrevistados

Variáveis	N	%
Sexo		
Feminino	21	80,8
Masculino	5	19,2
Total	26	100,0
Idade		
<30	9	35
31-40	8	31
41-50	6	23
>51	3	11
Total	26	100,0
Habilitações Literárias		
Ensino Básico	6	23,1
Ensino Secundário	8	30,8
Licenciatura	8	30,8
Mestrado	4	15,3
Total	26	100,0
Tempo de experiência profissional		
<5	14	53,8
6-10	9	34,6
11-15	2	7,7
>16	1	3,9
Total	26	100,0

Através da tabela 1 podemos verificar que os cuidadores formais são maioritariamente do sexo feminino 80,8%, enquanto os cuidadores do sexo masculino correspondem a 19,2 % da amostra.

Relativamente à idade, a maioria dos cuidadores situa-se na faixa etária dos 20 aos 30 anos. No que concerne ao grau académico a maioria dos cuidadores tem

habilitações de ensino secundário (30,8%) e de licenciatura, o que corresponde a 30,8%.

Quanto ao tempo de experiência profissional 53,8% dos cuidadores formais têm 5 ou menos anos de serviço.

Os resultados obtidos vão ao encontro do estudo de caracterização do capital humano do pessoal da RNCCI realizado em 2010, que nos mostra que a maioria dos profissionais são do sexo feminino (85,4%), quanto à idade, mais de metade dos profissionais inquiridos encontram-se na faixa etária inferior aos 35 anos e poucos possuem mais de 50 anos. Estes resultados indicam-nos que a RNCCI incorpora profissionais essencialmente jovens.

No que diz respeito às habilitações, mais de metade dos profissionais, inquiridos, possui bacharelato/licenciatura (51,8%). A seguir, predominam o 3º ciclo de Ensino Básico e o Ensino Secundário.

2.2. Respostas obtidas na metodologia de trabalho *humanitude*

A fim de contextualizarmos o conceito *humanitude*, questionamos os cuidadores formais relativamente ao seu conhecimento sobre esta metodologia do cuidar, cujos resultados obtidos, apresentamos na tabela seguinte.

Tabela 2- Resposta à questão “*Já ouviu falar da metodologia de trabalho *humanitude*?*”

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

Face à questão: “*Já ouviu falar da metodologia de trabalho *Humanitude*?*”. Podemos verificar através da tabela 2, que 65,4% (17) dos cuidadores formais já conheciam a metodologia de trabalho *humanitude*, enquanto 34,6% (9), não tinha conhecimentos relativos a este conceito.

Na tabela 3 podemos observar as respostas dadas pelos inquiridos relativamente ao conceito *humanitude*.

Tabela 3- Respostas dos cuidadores formais face ao conceito *Humanitude*

S^1	“Sim já, através de uma formação dada por uma gerontóloga. Conceito simples mas muito interessante e eficaz”
S^5	“Já. Devemos ser humanos com todas as pessoas”
S^9	“Sim, <i>humanitude</i> considerado por muitos “terceiro nascimento” da espécie humana que envolve essencialmente a verticalidade, o olhar, as palavras, o toque, sorriso...sem privar o utente nos seus cuidados destes estímulos”
S^{23}	“É igual do que o conceito a “terapia da dignidade?”
S^{24}	“Não, mas gostava que alguém me esclarece...nunca é tarde para aprender”
S^{26}	“Sim, é a forma de reconhecermos o outro como um ser humano igual a nós e permitir o seu crescimento”

De acordo com a tabela 3 podemos efetivamente verificar que os cuidadores S^1 ; S^5 ; S^9 ; S^{23} e S^{26} dizem já ter ouvido falar da metodologia *humanitude*. O S^1 diz ter tido conhecimento “através de uma formação dada por uma gerontóloga”, acrescentando que a *humanitude* representa um “ (...) conceito simples mas muito interessante e eficaz”. O cuidador S^5 define *humanitude* salientando que “ (...) Devemos ser humanos com todas as pessoas”. No entender do cuidador S^9 este conceito é “ (...) considerado por muitos “terceiro nascimento” da espécie humana (...)”.

Ainda neste sentido, o cuidador S^{23} questiona se *humanitude* “É igual do que o conceito a “terapia da dignidade?””. Já no entender do cuidador S^{26} este conceito representa “ (...) a forma de reconhecermos o outro como ser humano igual a nós e permitir o seu crescimento”. O cuidador S^{24} diz não conhecer a metodologia *humanitude*, contudo “ (...) gostava que alguém me esclarece-se...nunca é tarde para aprender”. A este respeito, os autores Gineste & Pellisier (2008, p. 284) dizem que o cuidar representa um artesanato rico que pressupõe a existência de inúmeros conhecimentos, o que exige uma verdadeira e longa aprendizagem.

Segundo os autores supracitados a filosofia *humanitude* resume-se a uma ação de prestação de cuidados, respeitadora da pessoa, segundo a sua vontade, desejos, ao valor que a pessoa atribui a determinadas ações, ou seja, em todos os atos da sua vida.

- **Palavra**

No que reporta ao pilar palavra, apresentamos uma afirmação e posteriormente uma questão para que os cuidadores refletissem e se pronunciassem sobre qual seria a sua atuação numa situação idêntica.

Tabela 4- Análise de conteúdo das respostas relativas ao pilar “Palavra”: “Um estudo permitiu verificar aos investigadores que em 113 entradas nos quartos dos utentes os prestadores de cuidados bateram à porta 11 vezes e em nenhuma vez esperaram pela resposta. Como prestador de cuidados qual a sua atuação?”

Unidade de contexto	Unidade de registo
“De facto bato à porta poucas vezes, no entanto, é devido ao facto de geralmente elas estarem abertas, então anuncio-me ao entrar”	S ¹
“Depende da pessoa que está no quarto se for uma pessoa que não fale, ou fale baixo, normalmente bato à porta e pergunto se posso entrar”	S ²
“Bato sempre à porta antes de entrar, mesmo quando sei que não vou obter resposta. É um hábito que tenho”	S ³ ; S ¹⁹
“Quando o utente tem capacidade de responder tento sempre que possível aguardo por resposta”	S ⁴ ; S ⁶
“Nunca entrar sem bater à porta. Esperar por breves segundos por resposta para abrir a porta”	S ⁸
“Bato à porta e espero pela resposta antes de entrar”	S ⁵ ; S ¹² ; S ²²
“Bato e entro sem resposta”	S ¹⁶ ; S ¹⁷ ; S ¹⁸ , S ²⁰ ; S ²⁵
“Depende da situação clínica do utente”	S ⁷ ; S ¹⁰ ; S ¹³ ; S ¹⁴ ; S ²¹ ; S ²³ , S ²⁴
“O quarto do utente é um local muito privado dos utentes, sempre que vamos entrar nos quartos estamos a entrar na privacidade/intimidade destes. Pelo que devemos respeitar o seu espaço. Eu bato à porta dos quartos e espero pela resposta dos utentes quando estes estão conscientes e orientados, se estiverem inconscientes e desorientados ou afásicos, bato à porta para sinalizar a minha entrada no quarto”	S ⁹ ; S ¹¹ ; S ¹⁵
“Normalmente se souber que estão sós, chamo-os pelo nome, no caso de que haja visitas bato à porta e peço licença para entrar”	S ²⁶
Total	26

Esta afirmação permitiu-nos verificar que o cuidador formal (S¹) bate à porta poucas vezes, justifica a sua atuação, devido ao facto de geralmente estarem abertas, e que perante tal situação apenas se anuncia ao entrar “De facto bato à porta poucas

vezes, no entanto, é devido ao facto de geralmente elas estarem abertas, então *anuncio-me ao entrar*". Os cuidadores (S⁷;S¹⁰;S¹³;S¹⁴;S²¹;S²³;S²⁴) consideram que *"Depende da situação clínica do utente"*. O cuidador (S²) acrescenta que *" (...) se for uma pessoa que não fale, ou fale baixo, normalmente bato à porta e pergunto se posso entrar"*. Os cuidadores (S⁴;S⁶) dizem que *"Quando o utente tem capacidade de responder tento sempre que possível aguardo por resposta"*. Os cuidadores (S³;S¹⁹) consideram que independentemente da porta estar aberta ou fechada pedem autorização ao utente para entrar *"Bato sempre à porta antes de entrar, mesmo quando sei que não vou obter resposta (...)"*, na opinião do cuidador (S⁸) *"Nunca entrar sem bater à porta. Esperar por breves segundos por resposta para abrir a porta"* também os cuidadores (S⁵;S¹²;S²²) referem que *"Bato à porta e espero pela resposta antes de entrar"*, no entender dos cuidadores (S⁹; S¹¹; S¹⁵) *"O quarto do utente é um local muito privado (...). Pelo que devemos respeitar o seu espaço. Eu bato à porta dos quartos e espero pela resposta dos utentes quando estes estão conscientes e orientados, se estiverem inconscientes e desorientados ou afásicos, bato à porta para sinalizar a minha entrada no quarto"*. Já os cuidadores (S¹⁶; S¹⁷;S¹⁸;S²⁰;S²⁵) não partilham da mesma opinião *"Bato e entro sem resposta"*. O cuidador (S²⁶) refere que bate à porta e pede licença para entrar apenas quando o utente tem visitas.

Segundo os autores da metodologia *humanitude*, Gineste & Pellissier (2008, p. 225) *"Bater a uma porta, aberta ou fechada, antes de entrar em casa de alguém (...) permite solicitar a sua autorização e, se a pessoa não tiver condições de a dar, permite anunciar a nossa chegada"*. Segundo as respostas dos inquiridos podemos verificar que grande parte dos cuidadores entrevistados tem o cuidado de anunciar a sua entrada nos quartos dos utentes. A este respeito salientamos um estudo realizado em 1998 num estabelecimento de longa duração, em que os autores Gineste & Pellissier (2008) concluíram que cerca de 40% dos residentes eram capazes de responder quando os prestadores de cuidados solicitavam a sua autorização para entrar no seu quarto e esperavam pela resposta antes de entrar, referindo também que no início do estudo o tempo médio de resposta era de 20 segundos e um mês depois, tinha decrescido para 3 segundos.

Tabela 5- Análise de conteúdo das respostas relativas ao pilar “Palavra”: “A senhora F estava sentada na sua cadeira de rodas, diante da janela. O prestador de cuidados sem lhe falar, agarra a cadeira e começa a virá-la e a empurrá-la rapidamente. O que acha deste procedimento?”

<i>“A senhora F estava sentada na sua cadeira de rodas, diante da janela. O prestador de cuidados sem lhe falar, agarra a cadeira e começa a virá-la e a empurrá-la rapidamente. O que acha deste procedimento?”</i>	Nº	%
Nada adequado	25	96,2
Pouco adequado	1	3,8
Total	26	100,00

Através da leitura da tabela 5 podemos verificar que os cuidadores formais consideram na sua maioria 96,2% (25) o comportamento mencionado na afirmação apresentada “Nada adequado” e 3,8% (1) consideram ser “Pouco adequado”. Os dados por nós obtidos não vão ao encontro de um estudo realizado por Simões, Salgueiro & Rodrigues (2011 b) em que verificaram, que em 27 observações realizadas numa UCCI em nenhuma foi expresso o pedido de consentimento e esperada a resposta aquando da realização de procedimentos cuidativos. Ainda neste sentido, num estudo realizado por Gineste & Pellissier (2008) em 2004 permitiu-lhes verificar que em média, em 7 minutos de consulta, os médicos falaram aos pacientes imobilizados durante 1,2 segundos, já no decurso dos cuidados de enfermagem com duração de cerca de 10 minutos, o enfermeiro falou 5,4 segundos, e no decurso da refeição, de aproximadamente 10 minutos a comunicação resumiu-se a algumas palavras.

Tabela 6- Análise de conteúdo das respostas relativas ao pilar “Palavra”: “Como costuma chamar ou cumprimentar o utente?”

<i>“Como costuma chamar ou cumprimentar o utente?”</i>	
Unidade de contexto	Unidade de registo
“Se o utente tem capacidade de exprimir a sua vontade, de como gosta de ser tratado, respeito a sua vontade. Se não, trato por Sr/D. e último nome”	S ⁴
“Por senhor/senhora”	S ² ; S ³ ; S ⁵ ; S ¹⁰ ; S ¹³ ; S ²² S ⁶ ; S ⁷ ; S ¹² ; S ¹⁴ ; S ¹⁵ ;
“Pelo nome próprio ou pelo apelido”	S ¹⁶ ; S ¹⁷ ; S ¹⁸ ; S ¹⁹ ; S ²⁰ ; S ²¹ ; S ²³ ; S ²⁵ ; S ²⁶
“Pelo nome que ele (a) me disse que preferia ser tratado”	S ¹ ; S ⁸ ; S ⁹ ; S ¹¹
“Chamo-o pelo nome ou por um carinhoso”	S ²⁴
Total	26

A maioria dos cuidadores (S^6 ; S^7 ; S^{12} ; S^{14} ; S^{15} ; S^{16} ; S^{17} ; S^{18} ; S^{19} ; S^{20} ; S^{21} ; S^{23} ; S^{25} ; S^{26}) diz chamar ou cumprimentar o utente “*Pelo nome próprio ou pelo apelido*” outros cuidadores (S^2 ; S^3 ; S^5 ; S^{10} ; S^{13} ; S^{22}) chamam ou cumprimentam por “*Senhor/senhora*”. O cuidador (S^4) acrescenta a importância do utente expressar a sua vontade “*Se o utente tem capacidade de exprimir a sua vontade, de como gosta de ser tratado, respeito a sua vontade (...)*”. O cuidador (S^{24}) refere que “*Chamo-o pelo nome ou por um carinhoso*”. Os cuidadores (S^1 ; S^8 ; S^9 ; S^{11}) aludem que o chamam “*Pelo nome que ele (a) me disse que preferia ser tratado*”. As respostas obtidas são consentâneas com a literatura e com o autor Hesbeen (2000, p.105) ao referir que “*Evocar o nome de alguém, conhecê-lo, lembrar-se dele e chamar pelo seu nome, é uma forma de respeitar, de mostrar consideração*”. No entender de Silva (2002) é importante que o cuidador não trate o utente com terminologias inadequadas, nomeadamente “queridinho, mãezinha, tiazinha”, pois quando estamos a falar de utentes em idade adulta é pertinente lembrarmo-nos que não é por estarem doentes que sofreram uma redução do quociente de inteligência podendo assim se sentir constrangidos perante tal situação.

Tabela 7- Análise de conteúdo das respostas relativas ao pilar “*Palavra*”: “*Como prestador de cuidados como procede perante um utente que não fala (ex.: quando vai prestar cuidados não o cumprimenta)?*”

“Como prestador de cuidados como procede perante um utente que não fala (ex.: quando vai prestar cuidados não o cumprimenta)?”	
Unidade de contexto	Unidade de registo
“Cumprimento, explico o que vou fazer e se tiver dor/desconforto que me dê sinal (ex. mão ou outro consoante a sua capacidade)”	S^1
“Cumprimento sempre”	S^2 ; S^3 ; S^{12} ; S^{16} ; S^{18} ; S^{20} ; S^{21} ; S^{24} ; S^{25}
“Chamo pelo nome, digo o que vou fazer e tento dizer algo do processo”	S^4
“Identificar a minha presença com o toque no utente”	S^7 ; S^{23}
“Começar sempre por dizer bom dia ou boa tarde e tentar estimular verbalmente o utente ao longo do tratamento. Verificar sempre expressões faciais pois transmitem bastante sentimento (dor, alívio)”	S^8
“Ajusto-me às suas incapacidades, cumprimentando na mesma usando a linguagem gestual/corporal adequada e esperando um feedback”	S^5 ; S^6 ; S^9 ; S^{19} ; S^{22}
“Falo como se ele fosse responder, dizendo o que vou fazer”	S^{10} ; S^{13} ; S^{14} ; S^{15}
“Um utente afásico pode entender o que eu digo, pelo que a minha postura e conduta com este tipo de utentes é a mesma que com os utentes que falam”	S^{11}
“Falo normalmente com eles, mas o meu olhar tento fixa-lo neles, para que compreendam que estou a falar para eles”	S^{26}
“Com educação, com humanidade”	S^{17}
Total	26

De acordo com as respostas obtidas a maioria dos cuidadores (S²; S³; S¹²; S¹⁶; S¹⁸; S²⁰; S²¹; S²⁴; S²⁵) dizem “*Cumprimento sempre*”.

O cuidador (S¹) esclarece dizendo que “*Cumprimento, explico o que vou fazer e se tiver dor/desconforto que me dê sinal (...)*”. Também os cuidadores (S⁵; S⁶; S⁹; S¹⁹; S²²) falam da importância de ir ao encontro das necessidades do utente “*Ajusto-me às suas incapacidades, cumprimentando na mesma usando a linguagem gestual/corporal adequada e esperando um feedback*”.

Acrescentando os cuidadores (S¹⁰; S¹³; S¹⁴; S¹⁵) que “*Falo como se ele fosse responder, dizendo o que vou fazer*”. Também o cuidador (S¹¹) partilha a mesma opinião que os cuidadores anteriormente referidos, explicando que “*Um utente afásico pode entender o que eu digo, pelo que a minha postura e conduta com este tipo de utentes é a mesma que com os utentes que falam*”. Ainda neste sentido, o cuidador (S²⁶) diz “*Falo normalmente com eles, mas o meu olhar tento fixa-lo neles, para que compreendam que estou a falar para eles*”. O cuidador (S⁴) refere que perante tal situação “*Chamo pelo nome, digo o que vou fazer e tento dizer algo do processo*”. O cuidador (S⁸) salienta a importância de estimular verbalmente o utente, e procura estar atento às expressões faciais ao longo do cuidado “*(...) tentar estimular verbalmente o utente ao longo do tratamento. Verificar sempre expressões faciais pois transmitem bastante sentimento (dor, alívio)*”. Os cuidadores (S⁷; S²³) referem que utilizam o toque para comunicar com o utente “*Identificar a minha presença com o toque no utente*”. O cuidador (S¹⁷) salienta a importância da educação na execução dos procedimentos “*Com educação, com humanidade*”.

Através da análise das respostas obtidas verificamos que os cuidadores têm o cuidado de cumprimentar o utente, caso este ato de saudar não aconteça, tal como referem os autores Gineste & Pellissier (2008), quando entramos no quarto de um utente que não interage connosco, ou seja, não nos olha, não nos fala e que não nos toca leva-nos inconscientemente a agir do mesmo modo (não falamos, olhamos ou tocamos alguém que não nos retribuí) o que naturalmente conduz a pessoa alvo do cuidado e o cuidador a uma conseqüente perda do sentimento de *humanidade*. Referem ainda, um estudo realizado entre 1982 e 1984 que posteriormente foi retomado em 2004, no qual concluíram que os cuidadores comunicam em média com as pessoas

imobilizadas e institucionalizadas 120 segundos em cada 24 horas (Gineste & Pellissier (2008).

- **Toque**

No que concerne ao pilar “toque” recorreremos a uma pergunta direta e a duas afirmações seguidas de uma pergunta também ela direta, para que os cuidadores refletissem relativamente à importância que estes atribuem ao pilar em questão.

Tabela 8- Análise de conteúdo das respostas relativas ao pilar “Toque”: “*Num lar os prestadores de cuidados foram proibidos de manifestar sinais de afeto aos utentes (tocar-lhes na mão, beijá-los à chegada...) por uma questão de profissionalismo. Qual a sua opinião?*”

<i>“Num lar os prestadores de cuidados foram proibidos de manifestar sinais de afeto aos utentes (tocar-lhes na mão, beijá-los à chegada...) por uma questão de profissionalismo. Qual a sua opinião?”</i>	Nº	%
Discordo	16	61,5
Concordo pouco	4	15,5
Concordo	5	19,2
Concordo muito	1	3,8
Total	26	100,00

A tabela 8 permite-nos observar que perante a situação apresentada 61,5% (16) “Discordam”, 15,5% (4) “Concordam pouco”, 19,2% (5) “Concordam” e 3,8% (1) “Concorda muito”. As respostas dos cuidadores formais entrevistados não são consentâneas com a literatura, de acordo com Gineste & Pellissier (2008, p.207) durante anos foi transmitido aos cuidadores que o sentar-se ao pé de um paciente para falar com ele ou pegar-lhe na mão representava uma perda de tempo ou uma falta de profissionalismo.

Também Pinto e Rocha (2002, p.2) cit. por Lima (s/d) “consideram o toque como parte fundamental e essencial do cuidado, sendo também, uma necessidade básica do ser humano que precisa ser satisfeita para que o organismo sobreviva”.

Ainda nesta linha de pensamento, o autor Lima (s/d) acrescenta que o toque é considerado como um meio de comunicação não-verbal, que vai para além de um

mero contato físico, ele é uma porta aberta à troca energética entre dois seres, compreendendo uma das linguagens corporais.

Tabela 9- Análise de conteúdo das respostas relativas ao pilar “*Toque*”: “*Quando está a prestar cuidados ao utente, costuma tocá-lo suavemente, em zona neutra do corpo (ombro, braço...)?*”

<i>“Quando está a prestar cuidados ao utente, costuma tocá-lo suavemente, em zona neutra do corpo (ombro, braço...)?”</i>	Nº	%
Sim	23	88,5
Não	3	11,5
Total	26	100,00

De acordo com a tabela 9 verificamos que 88,5% (23) refere que “*Sim*” e 11,5% (3) alegam que “*Não*” realizam tal procedimento aquando da prestação do cuidado.

Quanto às respostas afirmativas, vão ao encontro da revisão da literatura, segundo Pereira, Gomes & Galvão (2008, p. 91) o toque representa um elemento importante na comunicação, bem como na interação pessoal. Segundo o autor, o toque é normalmente entendido como sendo um sinal de afeto e de consideração pelo outro e que neste sentido potencia a relação pessoal e/ou profissional entre o cuidador e a pessoa alvo do cuidado.

As 11,5% das respostas negativas corroboram as observações levadas a cabo por Simões, Salgueiro & Rodrigues (2011 b) ao verificarem num estudo por eles realizado, que o toque não é mantido ao longo do cuidado, verificaram ainda a necessidade deste ser profissionalizado, ou seja, não utilizar “*mão em garra*” e “*preensão com os dedos em pinça*” nas mobilizações.

Tabela 10- Análise de conteúdo das respostas relativas ao pilar “Toque”: “O senhor B é acordado bruscamente durante a noite para mudar a fralda. O senhor começou a gritar e a impedir o procedimento. Como cuidador como procedia?”

Unidade de contexto	Unidade de registo
“Acender uma luz ténue, tocar no antebraço, ombro e falar suavemente explicando que é a hora de mudar a fralda, então (possivelmente) o comportamento do utente será diferente”	S ¹
“Tentaria acalmar o utente, explicava o procedimento que ia fazer. Assim que se apresentasse mais calmo faria o procedimento”	S ³ ; S ⁵ ; S ¹⁰ ; S ²⁶
“Primeiro esta situação não deve acontecer (...). Se aconteceu, através do toque e da fala com o utente, tentar acalmá-lo e reverter a situação”	S ⁴ ; S ¹²
“Procurava acalmá-lo”	S ² ; S ⁶ ; S ¹⁴ ; S ¹⁷ ; S ²³ ; S ²⁴ ; S ²⁵
“Com o toque tentava acalmá-lo”	S ⁷
“Tentava acordar o utente com delicadeza, se não conseguisse, e caso não houvesse urgência em mudar a fralda esperava algum tempo mais”	S ⁸
“Respeitaria a sua vontade e para prevenir que tal acontecesse informar-me-ia dos seus hábitos e interesses, identificando-se a necessidade (de mudar a fralda), falaria num tom meigo, com tranquilidade, acompanhando o seu ritmo e dando algumas instruções/comandos verbais; tocando-o suavemente no ombro ou braço, integrando na sua dignidade de vida, enquanto ser humano, com desejos e necessidades”	S ⁹
“Voltava a cobrir o utente e tentava tranquilizá-lo. Explicando-lhe o procedimento que ia realizar e esperava que ele me autorizasse a realizá-lo”	S ¹¹
“Conversava com ele e tentava acalmá-lo e explicava-lhe que era preciso mudar a fralda”	S ¹³ ; S ¹⁵
“Tentar acalmá-lo e continuar com o procedimento”	S ¹⁹ ; S ¹⁶ ; S ¹⁸ ; S ²⁰
“Peço desculpa”	S ²¹
“Não mudo fraldas”	S ²²
Total	26

Os cuidadores formais entrevistados consideram que a sua principal preocupação seria acalmar o utente recorrendo a outro método de abordagem, nomeadamente o toque e a palavra. Como referem os cuidadores (S²; S⁶; S¹⁴; S¹⁷; S²³; S²⁴; S²⁵) “Procurava acalmá-lo”. Os cuidadores (S¹⁹; S¹⁶; S¹⁸; S²⁰) partilham da opinião anteriormente citada acrescentando que tentariam “ (...) acalmá-lo e continuar com o procedimento”. Também os prestadores de cuidados (S³; S⁵; S¹⁰; S²⁶) consideram que perante tal situação “ (...) explicava o procedimento que ia fazer. Assim que se apresentasse mais calmo faria o procedimento”. O cuidador (S⁷) acrescenta o toque como meio adequado para acalmar o utente “Com o toque tentava acalmá-lo”. Na

perspetiva dos cuidadores (S^4 ; S^{12}) *“Primeiro esta situação não deve acontecer (...). Se aconteceu, através do toque e da fala com o utente, tentar acalmá-lo e reverter a situação”*. Outros cuidadores (S^{13} ; S^{15}) utilizam a palavra para explicar o procedimento que pretendem realizar, *“Conversava com ele e tentava acalmá-lo e explicava-lhe que era preciso mudar a fralda”*. O cuidador (S^{11}) explica que *“Voltava a cobrir o utente e tentava tranquilizá-lo. Explicando-lhe o procedimento que ia realizar e esperava que ele me autoriza-se a realizá-lo”*. O cuidador formal (S^1) alega que perante a situação apresentada a sua atuação passaria por *“Acender uma luz ténue, tocar no antebraço, ombro e falar suavemente explicando que é a hora de mudar a fralda, então (possivelmente) o comportamento do utente será diferente”*. Através da análise das respostas obtidas verificamos que a maioria dos cuidadores tentaria acalmar o utente recorrendo sobretudo ao toque e à palavra, posteriormente explicar-lhe-ia o procedimento que pretendia realizar. Segundo o autor Soares, (2007) *cit.* por Custódio & Lopes (s/d) o toque revestido de espontaneidade, intuição e conhecimento é uma forma poderosa de comunicação.

Também os cuidadores formais entrevistados questionam a pertinência de se proceder à muda da fralda, segundo o cuidador (S^8) é importante perceber se de facto é necessário realizar o procedimento *“Tentava acordar o utente com delicadeza, se não conseguisse, e caso não houvesse urgência em mudar a fralda esperava algum tempo mais”*. O cuidador (S^9) acrescenta que *“Respeitaria a sua vontade e para prevenir que tal acontecesse informar-me-ia dos seus hábitos e interesses, identificando-se a necessidade (de mudar a fralda), falaria num tom meigo, com tranquilidade, acompanhando o seu ritmo e dando algumas instruções/comandos verbais; tocando-o suavemente no ombro ou braço, integrando na sua dignidade de vida, enquanto ser humano, com desejos e necessidades”*. Ainda de acordo com os cuidadores entrevistados o cuidador (S^{21}) considera que pedir desculpa seria a sua forma de atuação *“Peço desculpa”*, já o cuidador (S^{22}) refere que as suas funções na unidade não se enquadram na afirmação mencionada *“Não mudo fraldas”*. De acordo com as respostas obtidas verificamos que a atuação dos cuidadores entrevistados corresponde com as observações realizadas nos últimos anos e que nos indicam que acordar uma pessoa, para além de perturbar o seu bem-estar e a sua qualidade de vida, poderá também provocar um agravamento das perturbações neurológicas e comportamentais

(Gineste & Pellissier, 2008). De acordo com os autores anteriormente referidos, o que se torna realmente prejudicial nesta situação é o facto de acordar o utente que dorme e não de o mudar, dizem que só no caso de a pessoa acordar em desconforto, é que se impõe evidentemente propor-lhe a muda, como também no caso de existir uma úlcera de pressão que justifique a necessidade.

- **Verticalidade**

A verticalidade constitui um dos pilares que integram a filosofia do cuidar *humanidade*, assim com o intuito de obtermos a opinião decorrente da prática efetiva dos cuidadores formais questionamo-los a partir de uma pergunta direta e duas afirmações seguidas de uma pergunta direta.

Tabela 11- Análise de conteúdo das respostas relativas ao pilar “*Verticalidade*”: “*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?*”

Unidade de contexto	Unidade de registo
“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”	S ¹
“Os cuidados devem dentro das possibilidades do serviço adaptar-se o máximo possível às necessidades do utente”	S ³ ; S ⁴
“Proceder a alteração do cuidar”	S ⁵ ; S ⁶ ; S ⁷ ; S ⁹ ; S ¹⁰ ; S ¹³ ; S ¹⁴ ; S ¹⁵ ; S ¹⁶ ; S ¹⁸ ; S ¹⁹ ; S ²⁰ ; S ²¹
“Incentivar sempre o utente a sair do leito e interagir sempre nas AVD’s segundo as suas capacidades”	S ⁸
“As equipas deverão proceder ao levante do utente sempre que ele assim o aceitar”	S ¹¹ ; S ²⁶
“Não, deve tentar falar com ele e dizer-lhe que fica melhor e mais relaxado e começar aos poucos, dia sim, dia não”	S ¹²
“Proceder da melhor forma para o utente”	S ¹⁷ ; S ²³
“Demorar mais tempo mas envolve-lo no procedimento”	S ² ; S ²² ; S ²⁴ ; S ²⁵
Total	26

Os cuidadores formais (S^{17} ; S^{23}) referem que se deve “*Proceder da melhor forma para o utente*”. Os cuidadores (S^5 ; S^6 ; S^7 ; S^9 ; S^{10} ; S^{13} ; S^{14} ; S^{15} ; S^{16} ; S^{18} ; S^{19} ; S^{20} ; S^{21}) consideram que se deve “*Proceder a alteração do cuidar*”, mesmo que o procedimento segundo os cuidadores (S^2 ; S^{22} ; S^{24} ; S^{25}) possa “*Demorar mais tempo mas envolve-lo no procedimento*”.

No entender dos cuidadores (S^{11} ; S^{26}) “*As equipas deverão proceder ao levantar do utente sempre que ele assim o aceitar*”. Para os cuidadores (S^3 ; S^4) “*Os cuidados devem dentro das possibilidades do serviço adaptar-se o máximo possível às necessidades do utente*”. O cuidador (S^8) salienta a importância de incentivar o utente “*(...) a sair do leito e interagir sempre nas AVD's segundo as suas capacidades*”. Acrescentando o cuidador (S^1) 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*”, também o cuidador (S^{12}) salienta que “*(...) deve tentar falar com ele e dizer-lhe que fica melhor e mais relaxado e começar aos poucos, dia sim, dia não*”.

As respostas por nós obtidas na presente entrevista, vão ao encontro da opinião de Gineste & Pellissier (2008, p.299) ao referirem que “*praticar um cuidar de pé, (...) constitui uma das bases das abordagens gerontológicas e humanistas no cuidar de idosos*”. Sem esta noção do cuidar e independentemente da vontade do cuidador, os cuidados no leito não estimulam as capacidades do utente, mas sim o favorecimento de certas doenças, nomeadamente, imobilizações e as síndromas de imobilismo.

Neste sentido, os autores acrescentam ainda que em grande parte das instituições o bom prestador de cuidados é cada vez mais aquele que executa o máximo de tarefas e de atos num mínimo de tempo possível. Também Lazure (1975) acrescenta que na relação de ajuda é importante que o cuidador forneça à pessoa alvo dos cuidados as condições de que ela necessita para satisfazer as suas necessidades básicas.

No que reporta à questão “*Ajuda a pessoa a tomar uma postura vertical (erguer o tronco, sentar-se com uma postura correta no cadeirão, pôr de pé...)?*”. Os cuidadores formais perante a questão colocada 100% (26) dizem ter essa preocupação.

Estes dados são partilhados pela filosofia *humanidade*, estudada por Gineste & Pellissier (2008) segundo os autores, a marcha sobre “duas patas” não constitui apenas

um privilégio do género humano (os pássaros também andam sobre duas patas), não obstante, já a aptidão para se manter de pé, caminhar, sentar, deitar e escolher uma destas posições é uma característica própria do ser humano, torna-se então conveniente que o cuidador ajude a pessoa alvo do cuidado a pelo menos manter estas características que o tornam pertencente à espécie humana.

Os autores supracitados salientam ainda a importância de ajudar o utente a ter uma postura vertical correta, uma vez que irá multiplicar as suas capacidades de melhorar ou de manter a sua saúde, favorecendo o recrutamento de unidades motoras.

Tabela 12- Análise de conteúdo das respostas relativas ao pilar “Verticalidade”: “A senhora A foi impedida de arrumar o quarto, uma vez que, àquela hora decorria na instituição uma sessão de ginástica. Qual a sua opinião?”

<i>“A senhora A foi impedida de arrumar o quarto, uma vez que, àquela hora decorria na instituição uma sessão de ginástica. Qual a sua opinião?”</i>	Nº	%
Discordo	15	57,7
Concordo pouco	5	19,2
Concordo	6	23,1
Total	26	100,00

Perante a afirmação apresentada registamos que a maioria dos cuidadores 57,7% (15) “Discordam”, 19,2% (5) “Concordam pouco” e 23,1% (6) dizem “Concordo”. Os dados recolhidos permitem afirmar que o cuidador formal numa situação idêntica, centrar-se-ia num dos princípios fundamentais do cuidar, no *respeito da autonomia* do utente, definidos por Gineste & Pellissier (2008).

De acordo com os autores referidos anteriormente, Gineste & Pellissier (2008) atualmente as instituições apenas avaliam o trabalho do cuidador em termos organizacionais, administrativos, não tendo em atenção a importância de melhorar ou manter as capacidades do utente, respeitando as atividades que indubitavelmente beneficiam a qualidade de vida da pessoa em situação de dependência.

Tabela 13- Análise de conteúdo das respostas relativas ao pilar “Verticalidade”: “Uma prestadora de cuidados, que sempre teve um comportamento irrepreensível foi chamada atenção por dançar com uma utente. Qual a sua opinião?”

<i>“Uma prestadora de cuidados, que sempre teve um comportamento irrepreensível foi chamada atenção por dançar com uma utente. Qual a sua opinião?”</i>		
	Nº	%
Discordo	22	84,6
Concordo pouco	3	11,5
Concordo	1	3,9
Total	26	100,00

É de salientar que os dados analisados na tabela 13 referem que 84,6% (22) dos cuidadores “Discorda” 11,5% (3) “Concorda pouco” e 3,9% (1) “Concordo”. Os cuidadores formais entrevistados partilham do ponto de vista de Phaneuf (2005) ou seja, é fundamental numa relação de ajuda desenvolver as capacidades intelectuais, afetivas, físicas, sociais e espirituais do utente. Não obstante, na perspetiva de Gineste & Pellisier (2008), a relação, bem como a troca de afetos para com as pessoas de quem se cuida, são frequentemente consideradas como inúteis e dispendiosas.

- **Olhar**

A fim de compreendermos a importância e o significado que o “Olhar” adquire no ato de cuidar, formulamos três questões baseadas na revisão da literatura.

Tabela 14- Análise de conteúdo das respostas relativas ao pilar “Olhar”: “Quando fala com o utente costuma olhá-lo nos olhos?”

<i>“Quando fala com o utente costuma olhá-lo nos olhos?”</i>	
Unidade de contexto	Unidade de registo
“Sim, tento, principalmente quando necessita de ser ouvido e de ouvir de nós algo que o conforte”	S ¹
“Sim. Sempre”	S ² ; S ³ ; S ⁴ ; S ⁹ ; S ¹¹ ; S ²⁴ ; S ²⁵
“Sim”	S ⁵ ; S ⁶ ; S ⁷ ; S ¹⁰ ; S ¹² ; S ¹³ ; S ¹⁵ ; S ¹⁶ ; S ¹⁷ ; S ¹⁹ ; S ²⁰ ; S ²¹ ; S ²² ; S ²³
“Quase sempre”	S ⁸ ; S ¹⁴
“Sim, por vezes o olhar diz muita coisa”	S ¹⁸ ; S ²⁶
Total	26

Relativamente à questão formulada, os cuidadores (S⁵; S⁶; S⁷; S¹⁰; S¹²; S¹³; S¹⁵; S¹⁶; S¹⁷; S¹⁹; S²⁰; S²¹; S²²; S²³) responderam “Sim”. Acrescentando os cuidadores (S²; S³; S⁴; S⁹; S¹¹; S²⁴; S²⁵) “Sim. Sempre”. Também o cuidador (S¹) refere, “Sim, tento, principalmente quando necessita de ser ouvido e de ouvir de nós algo que o conforte”. Os cuidadores (S¹⁸; S²⁶) salientam a importância do olhar no ato de cuidar “Sim, por vezes o olhar diz muita coisa”. Já os cuidadores (S⁸; S¹⁴) dizem “Quase sempre”. De acordo com as respostas dadas pelos cuidadores podemos constatar que estes atribuem ao “olhar” um grande significado em comparação com as observações realizadas numa Unidade de Cuidados Continuados Integrados (UCCI) por Simões, Salgueiro & Rodrigues (2008) cujas conclusões nos mostram que o olhar dos cuidadores não era axial, horizontal, longo, próximo de acordo com a metodologia *humanidade*, o olhar do cuidador e do utente não se cruzavam.

Tabela 15- Análise de conteúdo das respostas relativas ao pilar “Olhar”: “Quando se aproxima do utente que tipo de comportamento adota (ex.: coloca-se à distância de contacto com uma postura ligeiramente inclinada)?”

Unidade de contexto	Unidade de registo
“Tenho o hábito de contactar com o utente, geralmente no ombro, aproximando-me e colocando-me inclinada à altura do olhar”	S ¹
“Coloco-me de forma a que o utente me consiga ver e ouvir bem”	S ² ; S ⁴ ; S ⁹ ; S ¹¹
“Tento manter-me de maneira a colocar-me numa posição de maneira a estar a nível do utente”	S ³ ; S ¹⁰ ; S ²¹
“Sim, porque não sei qual vai ser a sua reação”	S ⁵
“Posição de proximidade, a distância de contacto”	S ⁶
“Coloco-me em frente do utente na mesma posição do utente (se estiver sentado sento-me também)”	S ⁷
“Falar o mais próximo possível, pois por norma eles têm dificuldades auditivas, falar de frente para a pessoa”	S ⁸
“Não”	S ¹² ; S ¹³ ; S ¹⁵ ; S ¹⁶ ; S ²⁰ ; S ²³
“Falar com modos e educadamente”	S ¹⁴ ; S ¹⁷
“Não, sempre frente ao utente”	S ¹⁸ ; S ²⁵ ; S ²⁶
“Sim”	S ¹⁹ ; S ²² ; S ²⁴
Total	26

A maioria dos entrevistados (S¹²; S¹³; S¹⁵; S¹⁶; S²⁰; S²³) respondeu que “Não”, acrescentando os cuidadores (S¹⁸; S²⁵; S²⁶) que se colocam “ (...) sempre frente ao utente”, o cuidador (S⁶) coloca-se numa “Posição de proximidade, a distância de

contacto”. Os cuidadores (S¹⁴; S¹⁷) “Falar com modos e educadamente”. Os cuidadores (S¹⁹; S²²; S²⁴) referem que “Sim”, adotam uma postura ligeiramente inclinada, o cuidador (S⁵) partilha da opinião anterior, acrescentando “ (...) porque não sei qual vai ser a sua reação ”.

Na perspetiva dos cuidadores (S³; S¹⁰; S²¹) é importante o prestador de cuidados se colocar ao mesmo nível do utente “Tento manter-me de maneira a colocar-me numa posição de maneira a estar a nível do utente”. Também o cuidador (S¹) acrescenta “Tenho o hábito de contactar com o utente, geralmente no ombro, aproximando-me e colocando-me inclinada à altura do olhar” o cuidador (S⁷) “Coloco-me em frente do utente na mesma posição do utente (se estiver sentado sento-me também). Os cuidadores formais (S²; S⁴; S⁹; S¹¹) justificam as respostas dadas pelos cuidadores anteriores “Coloco-me de forma a que o utente me consiga ver e ouvir bem”. E o cuidador (S⁸) acrescenta “Falar o mais próximo possível, pois por norma eles têm dificuldades auditivas, falar de frente para a pessoa”.

Como podemos verificar a maioria dos cuidadores não adota uma postura inclinada, contudo comunica com o utente colocando-se de frente para este. Segundo, Gineste & Pellissier (2008) na maior parte das vezes em que o cuidador realiza um cuidado, fá-lo pela parte lateral da cama ou da poltrona, o que não permite que o utente consiga ver o cuidador chegar e deste modo poderá ser desagradavelmente surpreendida. Deste modo também o cuidado é realizado sem que o olhar do cuidador se cruze com o olhar da pessoa cuidada.

Tabela 16 - Análise de conteúdo das respostas relativas ao pilar “Olhar”: “ Costuma expressar um olhar atencioso face ao utente?”

<i>“Costuma expressar um olhar atencioso face ao utente?”</i>	Nº	%
Por vezes	1	3,8
Muitas vezes	11	42,4
Sempre	14	53,8
Total	26	100,00

De acordo com as respostas obtidas registamos na tabela 16 que 53,8% (14) dos cuidadores expressa “Sempre” um olhar atencioso face ao utente, 42,4% (11) referem que o fazem “Muitas vezes” e 3,8% (1) refere que “Por vezes”. Os dados obtidos vão ao encontro da autora Rosário (2009) quando defende que, por vezes, o primeiro olhar

dirigido ao doente “aproxima-o” ou “afasta-o” do cuidador. Segundo Bernardo (1984) cit. por Rosário (2009: p.38) “*O contacto do olhar activa o outro e encoraja-o, se mostra interesse, e destrói-o se mostra indiferença*”.

- **Sorriso**

Estudamos o pilar “Sorriso” através da formulação de duas perguntas diretas e uma afirmação seguida de uma pergunta de resposta direta.

Os cuidadores formais quando questionados se “*Mantem o rosto aberto quando fala para o utente?*”, referem na sua totalidade, 100% (26) que mantêm o rosto aberto quando falam com o utente, o que vai de encontro às observações realizadas por Simões, Salgueiro & Rodrigues (2008) que nos elucidam que durante o cuidado, não observaram sorrisos, sendo que a principal preocupação era a execução do cuidado.

Tabela 17- Análise de conteúdo das respostas relativas ao pilar “Sorriso”: “*Alguns autores referem-se ao sorriso (neste caso refiro-me ao sorriso do cuidador) como o remédio mais eficaz, tendo o poder de curar certas doenças. Qual a sua opinião?*”

<i>“Alguns autores referem-se ao sorriso (neste caso refiro-me ao sorriso do cuidador) como o remédio mais eficaz, tendo o poder de curar certas doenças. Qual a sua opinião?”</i>	Nº	%
Concordo pouco	1	3,8
Concordo	5	19,2
Concordo muito	8	30,8
Concordo totalmente	12	46,2
Total	26	100,00

A tabela 17 permite-nos afirmar que 3,8% (1) concorda pouco, 19,2% (5) concordam, 30,8% (8) concordam muito e 46,2% (12) concordam totalmente com a questão colocada. A este respeito a autora Phaneuf (2010) salienta que o sorriso e o riso desde sempre foram associados a uma boa saúde, surgindo neste contexto como “uma terapia natural” que segundo as investigações realizadas neste âmbito mostram-no, com provas dadas que o riso ajuda e pode mesmo prevenir certas doenças.

Tabela 18 - Análise de conteúdo das respostas relativas ao pilar “Sorriso”: “*Utiliza o humor como estratégia para interagir com o utente?*”

“Utiliza o humor como uma estratégia para interagir com o utente?”	
Unidade de contexto	Unidade de registo
“Sim, muito. É de facto terapêutico”	S ¹
“Sempre que possível, dependendo muitas vezes do utente em questão”	S ² ; S ³
“Nas situações adequadas”	S ⁴
“Sim, sempre”	S ⁵
“Sim”	S ⁶ ; S ⁷ ; S ¹³ ; S ¹⁴ ; S ¹⁶ ; S ¹⁷ ; S ¹⁸ ; S ¹⁹ ; S ²⁰ ; S ²¹ ; S ²² ; S ²³ ; S ²⁴ ; S ²⁵
“Por vezes, se sentir recetividade e empatia para tal”	S ⁸ ; S ⁹ ; S ¹⁰
“Sim. Um humor cuidado, tendo em conta que cada utente é único e pode não aceitar algum humor”	S ¹¹ ;
“Sim, brincando com ele ou falando com ele acerca de nada”	S ¹²
“Sim utilizo o bom humor visto que o utente sente-se mais à vontade e descontraído”	S ¹⁵ ; S ²⁶
Total	26

Os cuidadores (S⁶; S⁷; S¹³; S¹⁴; S¹⁶; S¹⁷; S¹⁸; S¹⁹; S²⁰; S²¹; S²²; S²³; S²⁴; S²⁵) respondem “*Sim*”. O cuidador (S⁵) acrescenta que recorre sempre ao humor “*Sim, sempre*”. O cuidador formal (S⁴) diz utilizar “*Nas situações adequadas*”. Os cuidadores formais (S⁸; S⁹; S¹⁰) referem que utilizam mediante a recetividade que recebem por parte do utente “*Por vezes, se sentir recetividade e empatia para tal*”. Ainda neste sentido, o cuidador (S¹¹) acrescenta “*Um humor cuidado, tendo em conta que cada utente é único e pode não aceitar algum humor*”. Os cuidadores (S²; S³), referem que “*Sempre que possível, dependendo muitas vezes do utente em questão*”.

Os cuidadores salientam ainda o facto do humor cuidado leva a que o utente se sinta mais à vontade e que de facto é terapêutico. O cuidador formal (S¹) refere que “*Sim, muito. É de facto terapêutico*”. O cuidador (S¹²) considera que “*Sim, brincando com ele ou falando com ele acerca de nada*”, como também acrescentam os cuidadores (S¹⁵; S²⁶) “*Sim utilizo o bom humor visto que o utente sente-se mais à vontade e descontraído*”.

As respostas obtidas corroboram a opinião de José (2003) *cit.* por Rosário (2009) ao salientarem que o humor pode ser entendido como um meio de “quebrar o gelo”, as barreiras sociais, reduz o medo, aumenta a segurança, encoraja um sentimento de

verdade e de confiança reduz o embaraço e o desconforto de profissionais e doentes em situações de exposição corporal, banho....

- **Vestuário**

O vestuário ao longo da evolução da espécie humana tornou-se uma característica verdadeiramente sua, neste sentido e com o intuito de despoletar nos cuidadores entrevistados, uma breve reflexão acerca da pertinência deste “símbolo social” elaboramos com base na literatura pesquisada uma afirmação seguida de uma pergunta direta e duas questões de resposta igualmente direta.

Tabela 19 - Análise de conteúdo das respostas relativas ao pilar “*Vestuário*”: “*Um senhor que não consegue engraxar ele próprio os seus sapatos e que gostaria de receber a família, com os sapatos engraxados, pede-lhe a si enquanto prestador de cuidados ajuda. Perante esta situação, como atuava?*”

“Um senhor que não consegue engraxar ele próprio os seus sapatos e que gostaria de receber a família, com os sapatos engraxados, pede-lhe a si enquanto prestador de cuidados ajuda. Perante esta situação, como atuava?”

Unidade de contexto	Unidade de registo
“Ajudaria com gosto, pedindo a colaboração ativa que ele possa dar”	S ¹ ; S ⁸ ; S ⁹ ; S ²⁵
“Numa altura em que nada no serviço seria afetado, fã-lo-ei. Se não conseguir tento que alguém faça essa tarefa”	S ³ ; S ⁴
“Engraxava os sapatos ao utente, porque não? Se isso o fizesse sentir melhor”	S ¹⁰ ; S ²⁶
“Ajudá-lo-ia a engraxar os sapatos, uma vez que estaria a aumentar a sua autoestima”	S ² ; S ¹¹ ; S ⁷ ; S ¹³ ; S ¹⁴ ; S ²²
“Faria eu esse serviço”	S ⁵ ; S ⁶ ; S ¹² ; S ¹⁵ ; S ¹⁶ ; S ¹⁸ ; S ¹⁹ ; S ²⁰ ; S ²¹ ; S ²³ ; S ²⁴
“Para o bem do utente com educação tudo se resolve”	S ¹⁷
Total	26

Perante a afirmação e posterior questão os cuidadores formais (S⁵; S⁶; S¹²; S¹⁵; S¹⁶; S¹⁸; S¹⁹; S²⁰; S²¹; S²³; S²⁴) referem “*Faria eu esse serviço*”. Também os cuidadores (S¹⁰; S²⁶) acrescentam que para o bem-estar do utente os próprios cuidadores engraxariam os sapatos “*Engraxava os sapatos ao utente, porque não? Se isso o fizesse sentir melhor*”. Os cuidadores (S³, S⁴) consideram que “*Numa altura em que*

nada no serviço seria afetado, fá-lo-ei. Se não conseguir tento que alguém faça essa tarefa”.

Como também refere o cuidador (S¹⁷). “Para o bem do utente com educação tudo se resolve”. É de salientar as respostas dadas pelos cuidadores (S¹; S⁸; S⁹; S²⁵), uma vez que acrescentam a pertinência de envolver o utente no processo “Ajudaria com gosto, pedindo a colaboração ativa que ele possa dar”, como também referem os cuidadores (S²; S¹¹; S⁷; S¹³; S¹⁴; S²²). “Ajudá-lo-ia a engraxar os sapatos, uma vez que estaria a aumentar a sua autoestima”.

Os cuidadores entrevistados revelam uma grande preocupação com a apresentação exterior do utente, o que vai ao encontro da perspetiva da autora Phaneuf (2010) quando refere que esta apresentação exterior de que falávamos constitui um contributo necessário à dignidade do utente e que tê-la em conta, significa estar atento para ajudá-lo a executar o procedimento ou em determinados casos ser o próprio cuidador a realizar estes cuidados no seu lugar. Ainda neste sentido, segundo o Ministério da Saúde e dos Serviços Sociais do Quebeque (2003) cit. por Gineste & Pellissier (2008) torna-se fundamental criar nos estabelecimentos de longa duração “um meio de vida em que sejam dispensados serviços e cuidados de qualidade, partindo das necessidades, dos gostos, dos hábitos e dos valores das pessoas e da sua família”. O que torna indissociáveis os conceitos de qualidade de vida e de qualidade das intervenções.

Tabela 20 - Análise de conteúdo das respostas relativas ao pilar “Vestuário”: “Preocupa-se em manter o utente com o seu próprio vestuário e limpo?”

<i>“Preocupa-se em manter o utente com o seu próprio vestuário e limpo?”</i>	Nº	%
Muitas vezes	5	19,2
Sempre	21	80,8
Total	26	100,00

No que concerne à questão colocada e cujos resultados estão presentes na tabela 20, os cuidadores referem que manter o utente com o seu próprio vestuário e limpo representa uma das suas preocupações, segundo a análise realizada podemos verificar que, 19,2% (5) tem esse cuidado “Muitas vezes” e 80,8% (21) “Sempre”. Os dados

são consentâneos com os achados de Gineste & Pellissier (2008) de acordo com os autores os cuidados que respeitam à higiene do corpo são desvalorizados, como que se a higiene pessoal não fosse mais do que um simples tratamento de superfície, e a limpeza e o vestuário não constituíssem elementos fundamentais da autoestima e da relação com os outros.

Nesta ordem de ideias a autora Phaneuf (2010) salienta que a aparência é mais do que uma questão de estética, de higiene e de dignidade pessoal representa também a aceitação e consideração dos outros.

Tabela 21 - Análise de conteúdo das respostas relativas ao pilar “*Vestuário*”: “*Costuma respeitar o gosto do utente, (vestuário, penteado...) de acordo com as suas preferências?*”

<i>“Costuma respeitar o gosto do utente, (vestuário, penteado...) de acordo com as suas preferências?”</i>	Nº	%
Por vezes	1	3,8
Muitas vezes	6	23,1
Sempre	19	73,1
Total	26	100,00

Os cuidadores formais entrevistados consideram respeitar o gosto e as preferências dos utentes, de acordo com a tabela 21, podemos efetivamente verificar que 73,1% (19) referem “*Sempre*”, 23,1% (6) dizem “*Muitas vezes*” e 3,8% (1) responderam que “*Por vezes*” têm esse cuidado. A atuação dos cuidadores formais entrevistados condiz com a perspectiva de Woltz e Carvalho (s/d) ao salientar que o facto de o indivíduo poder escolher a peça de vestuário, de acordo com as suas próprias expectativas e com as expectativas do seu grupo, sentir-se-á satisfeito com a sua imagem e conseqüentemente, a sua autoestima se elevará, melhorando inclusivamente a sua qualidade de vida.

Aplica-se mais uma vez o evitar generalizar a perda de autonomia em todas as situações, ou seja, o indivíduo pode ser autónomo para decidir o seu lugar de vida, como deseja ser vestido e não o ser para gerir as suas finanças.

No entender de Phaneuf (2010) em contexto de cuidados, principalmente no que diz respeito aos cuidados de longa duração e cuidados domiciliários por vezes estes

resumem-se em ajudar o utente a vestir-se, como uma consequência decorrente de um problema de mobilidade, fraqueza, mas perante um utente com perturbações de foro neurológico, cabe ao prestador de cuidados escolher as roupas limpas, que lhe fiquem bem, apropriadas para o momento do dia, bem como a combinação das cores.

CONCLUSÕES

Como conclusões a destacar deste estudo, referimos que a maioria dos entrevistados (80,8%) era do sexo feminino com a idade localizada na faixa etária dos 20 aos 30 anos, com habilitações literárias de ensino secundário e licenciatura. Quanto ao tempo de experiência profissional é igual ou inferior a 5 anos e a maioria dos cuidadores (65,4%) tinha ouvido falar dos cuidados de *humanidade* como metodologia do cuidar.

Os cuidadores que responderam ter ouvido falar, referem-se à *humanidade* como sendo “ (...) *um conceito simples mas muito interessante e eficaz*” (S¹). E salientam a importância do cuidador “ (...) *ser humano com todas as pessoas*”. Os cuidadores que não tinham ouvido falar da metodologia *humanidade* mostram interesse em conhecer o método “ (...) *Não, mas (...)...nunca é tarde para aprender*”.

Relativamente ao pilar *palavra* destacamos a resposta do cuidador formal (S¹¹) à afirmação “*Um estudo permitiu aos investigadores verificar que em 113 entradas nos quartos dos utentes os prestadores de cuidados bateram à porta 11 vezes e em nenhuma vez esperaram pela resposta. Como prestador de cuidados qual a sua atuação?*”. Na perspetiva do cuidador acima mencionado, “*O quarto do utente é um local muito privado (...), pelo que devemos respeitar o seu espaço. Eu bato à porta dos quartos e espero pela resposta dos utentes quando estes estão conscientes e orientados, se estiverem inconscientes e desorientados ou afásicos, bato à porta para sinalizar a minha entrada no quarto*”. Salientamos ainda a resposta à questão “*Como costuma chamar ou cumprimentar o utente?*” evidenciamos ainda a resposta do cuidador (S⁴) “*Se o utente tem capacidade de exprimir a sua vontade, de como gosta de ser tratado, respeito a sua vontade. Se não, trato por Sr/D. e último nome*”.

Quanto às conclusões obtidas no pilar *toque*, salientamos a questão “*Num lar os prestadores de cuidados foram proibidos de manifestar sinais de afeto aos utentes (tocar-lhes na mão, beijá-los à chegada...) por uma questão de profissionalismo. Qual a sua opinião?*” A maioria dos cuidadores (61,5 %) discorda da atuação, pela qual o lar optou. Salientamos também a questão “*Quando está a prestar cuidados ao utente, costuma tocá-lo suavemente, em zona neutra do corpo (ombro, braço...)?*”, 88,5% dos cuidadores respondam que “*Sim*”.

No que concerne ao pilar *verticalidade* é de referir que os cuidadores formais falam da importância do “cuidar de pé”. Na questão “*Ajuda a pessoa a tomar uma postura vertical (erguer o tronco, sentar-se com uma postura correta no cadeirão, pôr de pé...)?*”, todos os cuidadores (100%) responderam que sim. Destacamos também a questão “*Uma prestadora de cuidados, que sempre teve um comportamento irrepreensível foi chamada atenção por dançar com uma utente. Qual a sua opinião?*” 84,6% dos cuidadores discorda com a repreensão feita à cuidadora.

Quanto ao pilar *olhar* questionamos os cuidadores se “*Quando fala com o utente costuma olhá-lo nos olhos?*”, salientamos a resposta dos cuidadores (S²; S³; S⁴; S¹¹; S⁹; S²⁴; S²⁵) que respondem “Sempre”. Quando questionados os cuidadores sobre se “*Costuma expressar um olhar atencioso face ao utente?*”, 53,8% dos cuidadores tal como na pergunta anterior responderam “Sempre”.

No que respeita ao pilar *sorriso* os cuidadores formais quando questionados sobre se “*Mantem o rosto aberto quando fala para o utente?*”, 100% dos cuidadores responderam afirmativamente. Ainda neste pilar salientamos a pergunta “*Alguns autores referem-se ao sorriso (neste caso refiro-me ao sorriso do cuidador) como o remédio mais eficaz, tendo o poder de curar certas doenças. Qual a sua opinião?*” 46,2% concordam totalmente com a afirmação.

No pilar *vestuário*, 80,8% dos cuidadores formais preocupa-se em manter o utente com o seu próprio vestuário e limpo, e realçamos ainda, que 73,1% respeitam sempre o gosto do utente, (vestuário, penteado) de acordo com as suas preferências.

Os resultados obtidos mostram-nos aceitação e valorização dos procedimentos cuidativos *humanidade*, uma vez que reconhecem a importância de os aplicarem durante o cuidado ao utente. Num próximo estudo, seguindo a mesma metodologia, procurar-se-á saber como os cuidadores formais de um lar de idosos aplica na sua prática profissional os princípios de *humanidade*.

Finalizando, os objetivos propostos, conhecer a prática da metodologia *humanidade* no cuidado aos doentes em Cuidados Continuados e implementar a metodologia do cuidar recorrendo à ferramenta *humanidade*, foram alcançados. O primeiro objetivo está expresso ao longo deste trabalho, para a concretização do segundo objetivo, o estudo foi entregue na ULDM Santa Maria Maior e ficou planeado fazer ações formativas acerca deste tema conforme nos foi solicitado.

BIBLIOGRAFIA

- Almeida, A. I. G.; Ferreira, C. S. P.; Lança, M. M. C.; Rodrigues, M. C. S.; Fonseca, C. J. V.; & Rebelo, T. (2010). *A comunicação enfermeiro-doente como estratégia para alívio do sofrimento na fase terminal da vida: uma revisão da literatura*. Acedido em março de 2014 em: <http://www.associacaoamigosdagrandeidade.com/revista/volume-1-numero-1-2011/comunicacao-enfermeiro/>
- Almeida, E. (2012). *Relação de Ajuda em Pediatria: perspectiva dos pais*. Acedido em 25 de agosto de 2013 em: <http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/1683/1/ALMEIDA%20Elsa%20Margarida%20Magalhaes%20Simoes%20rela%C3%A7%C3%A3o%20de%20ajuda%20em%20pediatria.pdf>
- Andreoli, P. B. A.; Erlichman, M. (2008). *Psicologia e Humanização – Assistência aos Pacientes Graves*. Atheneu. São Paulo.
- Barbosa, S. M. (2010). *Humanização dos cuidados de enfermagem – A perspectiva do enfermeiro*. Universidade Fernando Pessoa- Faculdade de Ciências da Saúde. Acedido em 13 de abril de 2013 em: http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/1934/2/PG_16661.pdf
- Bardin, L. (1977). *Análise de conteúdo*. Edições 70. Lisboa.
- Biquand, S.; Zittel, B. (2012). *Care giving and nursing, work conditions and humanitude*. Acedido em 13 de abril de 2013 em: <http://iospress.metapress.com/content/tj205344nu028266/fulltext.pdf>
- Briga, S. (2010). *A Comunicação Terapêutica Enfermeiro/Doente: Perspectivas de Doentes Oncológicos Entubados Endotraquealmente*. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem. Acedido em 15 de setembro em:

<http://repositorioaberto.up.pt/bitstream/10216/26914/2/Dissertao%20Mestrado%20Snia%20Briga.pdf>

Brito, M. (2010). *Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Relatório de Estágio*. Acedido em 25 de agosto de 2013 em: <http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/7568/1/Relat%C3%B3rio%20final%20-%20Marisa%20Brito.pdf>

Collière, M. F. (1999). *Promover a Vida – Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa.

Collière, M. F. (2003). *Cuidar...A primeira arte da vida* (2ª ed.). Lusociência. Loures.

Costa, A. (s/d). *Aprender a Cuidar: Consonâncias e dissonâncias de um binómio desafiante*. Acedido em 25 de agosto de 2013 em: <http://ice-mac.org/pdf/colectanea/4.pdf>

Coutinho, C.P. (2011). *Metodologia de investigação em ciências sociais e humanas*. Edições Almedina.

Crivaro, E.; Almeida, I. & Souza, I. (2007). *O cuidar humano: articulando a produção académica de enfermagem ao cuidado e ao cuidador*. Acedido em 13 de abril de 2013 em: <http://www.facenf.uerj.br/v15n2/v15n2a15.pdf>

Cuidados Continuados – Saúde e Apoio Social. (2013). *Implementação e Monitorização da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados – Relatório Final*. Acedido em 12 de janeiro de 2014 em: http://www4.seg-social.pt/documents/10152/3735071/Rel_Imple_Monit_RNCCI_2013

Decreto – lei nº101/2006 de 6 de junho. Acedido em 12 de fevereiro de 2013 em: <http://dre.pt/pdf1sdip/2006/06/109A00/38563865.pdf>

- Fernandes, H. (2011). *Aprender a Cuidar em Enfermagem: do diálogo reflexivo aos significados, perspectiva do estudante da licenciatura. Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias*. Acedido em 25 de agosto de 2013 em: http://recil.grupolusofona.pt/jspui/bitstream/10437/2695/1/tese_Final_12_Janeiro.pdf
- Ferreira, M. A. G.; Pontes, M. & Ferreira, N. (2009). *Cuidar em Enfermagem- Percepção dos Utentes*. *Revista da Faculdade de Ciências da Saúde. Porto: Edições Universidade Fernando Pessoa*, 6; 358-366. Acedido em 12 de abril de 2013 em: http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/1288/1/358-366_FCS_06_.pdf
- Ferreira, M.; Tavares, J. & Duarte, J. (2006). *Competências relacionais de ajuda nos Estudantes de Enfermagem*. *Revista Referencia*. II, (2) Acedido em 12 de abril de 2013 em: https://www.esenfc.pt/v02/pa/conteudos/downloadArtigo.php?id_ficheiro=24&codigo=
- Frei Domingues, B. (2003). *É bom promover a saúde e a ética*. Porto
- Freitas, A. (2003). *Cuidados a Idosos, suas Famílias e o suporte Social*. Acedido em 12 de abril de 2013 em: http://www.ktaqui.com/novo_trilhas/index.php?option=com_phocadownload&view=category&download=15:cuidadosaosidososesuasfamilias&id=1:artigos&Itemid=66
- Freixo, M. (2010). *Metodologia científica: Fundamentos, métodos e técnicas* (2ª ed.). Instituto Piaget. Lisboa.
- Fortin, M. F. (1999). *O processo de investigação: da concepção à realização*. Loures.
- Fortin, M. F.; Côté, J.; Fillion, & F. (2009). *Fundamento e etapas do processo de investigação*. Ludodidacta. Lisboa.

- Gil, A.C. (1991). Como elaborar projectos de pesquisa (3ª ed.). Atlas. São Paulo.
- Gineste, Y.; Pellisier, J. (2008). *Humanidade- Cuidar e compreender a velhice*. Instituto Piaget. Lisboa.
- Gomes, A.,M. (2009). *Discurso Directo-Saúde e Apoio Social. Cuidar da Pessoa Dependente. Revista toxicodependências*, 1: 87-89. Acedido em 18 de abril de 2013 em:
http://www.idt.pt/PT/RevistaToxicodependencias/Artigos%20Ficheiros/2009/1/Toxico_N1_2009_discurso.pdf
- Grande, C.M,P,M (2007). *Humanização em questão: o estado da arte*. Revista Portuguesa de Bioética, 1: 47-64.
- Grelha, P. (2009). *Estudo sobre a Influência da Educação para a Saúde na Qualidade de Vida. IV Mestrado em Cuidados Paliativos*. Acedido em 18 de setembro de 2013 em:
http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/1090/1/21226_ulsd057824_td.pdf
- Hesbeen, W. (2001). *Qualidade em enfermagem- pensamento e acção na perspectiva do cuidar*. Lusociência. Loures.
- Hesbeen, W. (2004). *Cuidar neste mundo*. Lusociência. Loures.
- Hesbeen, W. (2006). *Trabalho de fim de curso, trabalho de humanidade- emergir como o autor do seu próprio pensamento*. Lusociência. Loures.
- Hill, M. & Hill, A. (2005). *Investigação por questionário*. Edições Sílabo. Lisboa.
- Honoré, B. (2004). *Cuidar- Persistir em conjunto na existência*. Lusociência. Loures.

- Imaginário, C. (2008). *O idoso dependente em contexto familiar: uma análise da visão da família e do cuidador principal*. Formasau. Coimbra.
- IGM France. (2010). Philosophie de soin de l'Humanitude et Méthodologie de soin Gineste-Marescotti. Acedido em 13 de abril de 2013 em : <http://www.igm-formation.net/>
- IGM Portugal. (s/d). *A Metodologia Gineste-Marescotti: cuidar em Humanitude*. Acedido em 13 de abril de 2013 em : <http://www.humanitude.pt/?tag=igm-portugal>
- Instituto da Segurança Social, I.P. (2013). *Guia Prático Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados*. Acedido em 18 de setembro de 2013 em: http://www4.segsocial.pt/documents/10152/27187/rede_nacional_cuidados_continuados_integrados_rncci
- Knobel, E. ; Andreoli, P. B. A.; Erlichman, & M. R. (2008). *Psicologia e humanização. – Assistência aos pacientes graves*. Edição Atheneu. São Paulo.
- Lazure, H. (1994). *Viver a relação de ajuda- abordagem teórica prática de um critério de competência da enfermeira*. Lusodidacta. Lisboa.
- Marcelino, I. (1995). *Princípios da Filosofia, de R. Descartes*. Porto Editora. Porto.
- Mendes, J. (2006). *A Relação de Ajuda: um instrumento no processo de cuidados de enfermagem*. Acedido em 18 de setembro de 2013 em: <http://dspace.uevora.pt/rdpc/bitstream/10174/3163/1/Artigo%20Rev.%20Informar%20-%202006.pdf>
- Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social. (2009). *Carta Social – Rede de serviços e equipamentos. A dependência: o apoio informal, a rede de serviços e*

equipamentos e os cuidados continuados integrados. Acedido em 25 de agosto de 2013 em: http://www.cartasocial.pt/pdf/estudo_dependencia.pdf

Nero, A. (2008). *A relação enfermeiro médico-contribuição para a gestão de conflitos*. Dissertação elaborada com vista à obtenção do grau de mestre em comunicação em saúde. Acedido em 25 de agosto de 2013 em: <https://repositorioaberto.uab.pt/bitstream/10400.2/737/1/LC449.pdf>

Pacheco, J. E. P. (2005). *A pessoa humana e a doença*. Educação Porto Alegre- 1 (55): 31-44, Jan./Abr. Acedido em 12 de Abril de 2013 em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/faced/article/view/403/300>

Pereira, F. (2012). Ética e Humanidade no cuidado do idoso. In MJ Gomes; AM Galvão (Eds 1ª), *Teoria e Prática da Gerontologia- Um guia para cuidadores de idosos*. Psicosoma. (80-84).Viseu: Psicosoma.

Phaneuf, M. (2001). *Planificação de cuidados- Um sistema integrado e personalizado*. Coleção- Enfermagem (2). Edição Quarteto Editora. Coimbra.

Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Edições Lusociência. Loures.

Phaneuf, M. (2010). *O conceito de humanidade: uma aplicação aos cuidados de enfermagem gerais*. Acedido em 12 de Abril de 2013 em: http://www.infiressources.ca/fer/depotdocuments/O_conceito_de_humanidade_uma_aplicacao_aos_cuidados_de_enfermagem_gerais.pdf

Pinheiro R. (2009). *Cuidado em Saúde. Dicionário da Educação Profissional em saúde*. Acedido em 17 de agosto de 2013 em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/cuisau.html>

Oliveira, M. Queirós, C. Guerra, M. (2007). *Conceito de cuidador analisado numa perspectiva autopoietica: Do Caos à Autopoiése*. Instituto Português de

Oncologia, Porto. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade do Porto. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 8 (2), 181-196. Acedido em 25 de agosto de 2013 em: <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/psd/v8n2/v8n2a03.pdf>

Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (2012). *Estudo de caracterização do capital humano do pessoal da RNCCI*. Acedido em 12 de Março de 2014 em: <http://www.rncci.min-saude.pt/documentacao/Paginas/Estudos.aspx>

Ribeiro, J.L.P. (2010). *Metodologia de investigação em psicologia e saúde*. Editora Legis.

Rogers, R. (1961). *Tornar-se pessoa*. 2ª edição. Moraes editores.

Rosário, E. M.O.C. (2009). *Comunicação e cuidados de saúde comunicar com o doente ventilado em cuidados intensivos*. Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde. Acedido em 12 de Abril de 2014 em: <https://repositorioaberto.uab.pt/bitstream/10400.2/1472/1/PDF%20Disserta%C3%A7%C3%A3o%20Mestrado%20Com.pdf>

Santa Casa da Misericórdia de Santarém (2004). *O Cuidar e o Prestador de Cuidados*. Acedido em 25 de agosto de 2013 em: <http://repositorio.ipsantarem.pt/bitstream/10400.15/85/1/OCuidarEOPrestadorDeCuidados.pdf>

Santos, A.,A. (2002). *Pare, pense e mude!*. Editorial Notícias. Lisboa.

Santos, C. (2004). *Abordagem Centrada na Pessoa- Relação Terapêutica e Processo de Mudança*. Comunicação apresentada no Serviço de Psiquiatria do Hospital Fernando Fonseca. *Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Fernando Fonseca*. Acedido em 24 de agosto de 2013 em: http://www.psilogos.com/Revista/Vol1N2/Indice2_ficheiros/Santos.pdf

Santos, V. Radünz, V. (2011). O Cuidar de si na visão de acadêmicas de enfermagem. Revista de enfermagem UERJ. 19(1):46-51. Acedido em 24 de agosto de 2013 em: <http://www.facenf.uerj.br/v19n1/v19n1a08.pdf>

Sequeira, C. (2007). Cuidar de idosos dependentes (1ª ed). Quarteto Editora. Coimbra

Simões, J. A. R. (2008). *A prestação dos cuidados de saúde em Portugal. A visão de um médico católico português*. Artigo publicado na Revista “Acção Médica”, 72 (2): 95-106.

Simões, M.; Salgueiro, N. & Rodrigues, M. (2008). *O significado da filosofia da humanidade, no contexto dos cuidados de enfermagem à pessoa dependente e vulnerável*. Revista de Enfermagem Referencia. II (7):97-105. Acedido em 12 de Abril de 2013 em: [http://rihuc.huc.min-saude.pt/bitstream/10400.4/482/1/Artigo de Revis%C3%A3o%5B1%5D.pdf](http://rihuc.huc.min-saude.pt/bitstream/10400.4/482/1/Artigo%20de%20Revis%C3%A3o%20B1%20D.pdf)

Simões, M.; Salgueiro, N. & Rodrigues, M. (2011 a). *Humanidade, Ligação Interpessoal de Relação e Cuidado*. Revista Portuguesa de Bioética. (14):213-225. Acedido em 12 de Abril de 2013 em : <http://rihuc.huc.min-saude.pt/bitstream/10400.4/1019/1/Humanidade%20liga%C3%A7%C3%A3o%20interpessoal%20de%20rela%C3%A7%C3%A3o%20e%20cuidado.pdf>

Simões, M.; Salgueiro, N. & Rodrigues, M. (2011 b). *Importância e aplicabilidade aos cuidados de enfermagem do método de Cuidados de Humanidade Gineste-Marescotti*. Revista de Enfermagem Referencia. III (4): 69-79. Acedido em 12 de Abril de 2013 em: [http://rihuc.huc.min-saude.pt/bitstream/10400.4/1065/1/Sim%C3%B5es%20MMM%202011%20Imp](http://rihuc.huc.min-saude.pt/bitstream/10400.4/1065/1/Sim%C3%B5es%20MMM%202011%20Import%C3%A2ncia%20e%20Aplicabilidade%20Humanidade.pdf)

Simões, M.; Salgueiro, N. & Rodrigues, M. (2012). *Cuidar em Humanidade: estudo aplicado em cuidados continuados*. Revista de Enfermagem Referencia. III série- (6) 81-93. Acedido em 12 de Abril de 2013 em:

http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?pid=S087402832012000100008&script=sci_arttext

Souza, M (s/d). Cuidado Infantilizado: Percepção Dos Cuidadores No Processo De Cuidar De Idosos Institucionalizados. Escola Técnica de Saúde da Universidade Federal da Paraíba/UFPB. Acedido em 19 de agosto de 2013: http://www.editorarealize.com.br/revistas/cieh/trabalhos/Comunicacao_oral_idinscrito_935_5693940a9c00f153547ee1b32d2809fe.pdf

Tuckman, B.W. (2000). *Manual de Investigação em Educação*. Fundação Calouste Gulbenkian. Lisboa.

Yin, R. (2001). *Estudo de caso – Ciências sociais- Método- Planeamento* (2ed). Bookman. Porto Alegre

ANEXOS

**Anexo I – Pedido de autorização à Unidade de Longa Duração e Manutenção Santa
Maria Maior**

Rita Marlene Correia Araújo

**Exmo. Sr. Provedor Mário Augusto
Corredeira - Santa Casa da
Misericórdia de Miranda do Douro**

Assunto: Pedido de autorização para realização de entrevistas aos cuidadores formais.

No âmbito do Mestrado em Cuidados Continuados, promovido pela Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança, estamos a realizar um estudo de carácter transversal sobre **“Humanidade: Uma ferramenta do cuidar em Cuidados Continuados- O olhar do Educador Social”** sob a orientação da Prof. Doutora Ana Galvão e coorientado pela Mestre Paula Martins.

O instrumento de recolha de dados que pretendemos aplicar no referido estudo será uma entrevista dirigida a todos os cuidadores formais de utentes internados numa Unidade de Cuidados Continuados Integrados. Através deste instrumento de colheita de dados, pretende-se obter informações relativas à caracterização sociodemográfica dos cuidadores formais, bem como, conhecer a prática da metodologia Humanidade no cuidado aos doentes em Cuidados Continuados.

Os dados fornecidos serão apenas utilizados no presente estudo, garantindo a confidencialidade e anonimato dos entrevistados. Neste sentido, venho por este meio solicitar a V. Excelência autorização para a realização da referida entrevista na Unidade de Longa Duração e Manutenção St^a Maria Maior.

Desde já grata pela atenção dispensada, aguardo resposta o mais breve possível.

Bragança, 24 de Maio de 2013

Pede deferimento,

(Rita Marlene Correia Araújo)

Consentimento Informado

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

Eu, Rita Marlene Correia Araújo, Educadora Social de formação, encontro-me a frequentar um Curso de Mestrado em Cuidados Continuados na Escola Superior de Saúde de Bragança.

Neste momento, estou a realizar um estudo de investigação, inserido no âmbito do meu trabalho de projeto intitulado “ *Humanidade: uma ferramenta do cuidar em Cuidados Continuados – O olhar do Educador Social*”. Com o presente estudo, pretendo obter informações relativas à caracterização sociodemográfica dos cuidadores formais, bem como, conhecer a prática da metodologia Humanidade no cuidado aos doentes em Cuidados Continuados.

Gostaria que colaborasse no mesmo, através de uma entrevista, que não implica quaisquer riscos ou desvantagens 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!

Declaração de Consentimento

Eu, abaixo assinado, compreendi a explicação que me foi fornecida acerca do estudo em que estou a participar, tendo-me sido dada a oportunidade de colocar as questões que considerei necessárias.

Asseguram-me que todas as informações serão confidenciais de forma a garantir o meu anonimato.

Pelo presente documento, consinto a minha participação, respondendo a todas as questões propostas e permito que estas informações sejam utilizadas no estudo, podendo em caso de verificar incumprimento dos requisitos de participação anular a minha colaboração, sem que daí resulte qualquer prejuízo.

(O/a Cuidador (a) Formal)

(A Mestranda)

Miranda do Douro, ____ ,de _____ de 2013

Humanidade: Uma ferramenta do cuidar em Cuidados Continuados
O Olhar do Educador Social

Nº _____

I- PERFIL SÓCIO - DEMOGÁFICO DO CUIDADOR FORMAL

1. Idade _____

2. Sexo

- a) Feminino
- b) Masculino

3. Habilitações Literárias

- a) Ensino Básico
- b) Ensino Secundário
- c) Licenciatura
- d) Pós-Graduação
- e) Mestrado
- f) Doutoramento

4. Tempo de experiência profissional _____

5. Já ouviu falar da metodologia de trabalho Humanidade?

II- GUIÃO DA ENTREVISTA ESTRUTURADA
METODOLOGIA DE TRABALHO: HUMANITUDE

PILARES DE HUMANITUDE

I. PALAVRA

1.1. Um estudo permitiu aos investigadores verificar que em 113 entradas nos quartos dos utentes os prestadores de cuidados bateram à porta 11 vezes e em nenhuma vez esperaram pela resposta.

Como prestador de cuidados qual a sua atuação?

1.2. A senhora F estava sentada na sua cadeira de rodas, diante da janela. O prestador de cuidados sem lhe falar, agarra a cadeira e começa a virá-la e a empurrá-la rapidamente. O que acha deste procedimento?

1	2	3	4	5
Nada adequado	Pouco adequado	Adequado	Muito adequado	Ótimo

1.3. Como costuma chamar ou cumprimentar o utente?

1.4. Como prestador de cuidados como procede perante um utente que não fala (ex: quando vai prestar cuidados não o cumprimenta)?

II. TOQUE

2.1. Num lar os prestadores de cuidados foram proibidos de manifestar sinais de afeto aos utentes (tocar-lhes na mão, beijá-los à chegada...) por uma questão de profissionalismo.

Qual a sua opinião?

1	2	3	4	5
Discordo	Concordo pouco	Concordo	Concordo muito	Concordo totalmente

2.2. Quando está a prestar cuidados ao utente, costuma tocá-lo suavemente, em zona neutra do corpo (ombro, braço...)?

Sim _____

Não _____

2.3. O senhor B é acordado bruscamente durante a noite para mudar a fralda. O senhor começou a gritar e a impedir o procedimento.

Como cuidador como procedia?

III. VERTICALIDADE

3.1. 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?

3.2. Ajuda a pessoa a tomar uma postura vertical (erguer o tronco, sentar-se com uma postura correta no cadeirão, pôr-se de pé...)?

Sim _____

Não _____

3.3. A senhora A foi impedida de arrumar o quarto, uma vez que àquela hora decorria na instituição uma sessão de ginástica.

Qual a sua opinião?

1	2	3	4	5
Discordo	Concordo pouco	Concordo	Concordo muito	Concordo totalmente

3.4. Uma prestadora de cuidados, que sempre teve um comportamento irrepreensível foi chamada atenção por dançar com uma utente.

Qual a sua opinião?

1	2	3	4	5
Discordo	Concordo pouco	Concordo	Concordo muito	Concordo totalmente

IV. OLHAR

4.1. Quando fala com o utente costuma olhá-lo nos olhos?

4.2. Quando se aproxima do utente que tipo de comportamento adota (ex: coloca-se à distância de contacto com uma postura ligeiramente inclinada)?

4.3. Costuma expressar um olhar atencioso face ao utente?

1	2	3	4	5
Nunca	Poucas vezes	Por vezes	Muitas vezes	Sempre

V. SORRISO

5.1. Mantem o rosto aberto quando fala para o utente?

Sim ____

Não ____

5.2. Alguns autores referem-se ao sorriso (neste caso refiro-me ao sorriso do cuidador) como o remédio mais eficaz, tendo o poder de curar certas doenças.

Qual a sua opinião?

1	2	3	4	5
Discordo	Concordo pouco	Concordo	Concordo muito	Concordo totalmente

5.3. Utiliza o humor como uma estratégia para interagir com o utente?

VI. VESTUÁRIO E OS CUIDADOS DO CORPO

6.1. Um senhor que não consegue engraxar ele próprio os seus sapatos e que gostaria de receber a família, com os sapatos engraxados, pede-lhe a si enquanto prestador de cuidados ajuda.

Perante esta situação, como atuava?

6.2. Preocupa-se em manter o utente com o seu próprio vestuário e limpo?

1	2	3	4	5
Nunca	Poucas vezes	Por vezes	Muitas vezes	Sempre

6.3. Costuma respeitar o gosto do utente, (vestuário, penteado...) de acordo com as suas preferências?

1	2	3	4	5
Nunca	Poucas vezes	Por vezes	Muitas vezes	Sempre