



**ASSOCIAÇÃO DE POLITÉCNICOS DO NORTE (APNOR)
INSTITUTO POLITÉCNICO DE BRAGANÇA**

**PERCEÇÃO DOS ENFERMEIROS ACERCA DA METODOLOGIA DE
TRABALHO HUMANITUDE NA GESTÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE**

OLÍVIA DA CONCEIÇÃO COSTA MARIA

Dissertação apresentada ao Instituto Politécnico de Bragança, para a obtenção do Grau de
Mestre em Gestão das Organizações - Ramo de Gestão de Unidades de Saúde

Orientada por:

PROFESSORA DOUTORA ANA MARIA GALVÃO

1.

BRAGANÇA, MARÇO, 2014



**ASSOCIAÇÃO DE POLITÉCNICOS DO NORTE (APNOR)
INSTITUTO POLITÉCNICO DE BRAGANÇA**

**PERCEÇÃO DOS ENFERMEIROS ACERCA DA METODOLOGIA DE
TRABALHO HUMANITUDE NA GESTÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE**

OLÍVIA DA CONCEIÇÃO COSTA MARIA

Dissertação apresentada ao Instituto Politécnico de Bragança, para a obtenção do Grau de
Mestre em Gestão das Organizações - Ramo de Gestão de Unidades de Saúde

Orientada por:

PROFESSORA DOUTORA ANA MARIA GALVÃO

BRAGANÇA, MARÇO, 2014

RESUMO

A presente dissertação debruça-se sobre a gestão de cuidados, no que concerne, à temática da aplicação da metodologia de trabalho humanidade. Na inquieta conjuntura socioeconómica atual, reconhecida a perceção da riqueza subjacente a esta ferramenta de trabalho pela equipa de enfermagem é exequível perspetivar intervenções a nível de gestão de cuidados de saúde que visem o otimizar da qualidade de serviços prestada ao utente e, conseqüentemente, o aumento da satisfação e motivação dos profissionais envolvidos na relação do cuidar.

Face ao objetivo major de perceber o conhecimento dos enfermeiros relativamente à humanidade, optou-se por um estudo exploratório, descritivo numa abordagem quantitativa do processo metodológico. A população abrangida pelo estudo foi de 40 enfermeiros. Como instrumento de colheita de dados utilizou-se um questionário elaborado pela investigadora para o referido estudo. As principais conclusões obtidas apontam que 60% dos enfermeiros inquiridos afirmam desconhecer esta metodologia de trabalho. A “Palavra”, o “Toque” e o “Conforto” são as dimensões/os pilares em que, em termos médios, a % é mais elevada relativamente ao conhecimento das boas práticas da metodologia de trabalho humanidade. Em termos médios, são os enfermeiros que afirmaram terem conhecimento da metodologia humanidade quem melhores resultados apresentam, na aplicabilidade desta ferramenta.

As possíveis estratégias interventivas a adotar incidem na sensibilização junto da gestão para políticas mais humanizadas e humanizantes, tais como a formação em humanidade, a criação de estímulos ao nível do desempenho, adequar recursos humanos em termos de rácio enfermeiro/utente, revigorar a comissão de humanização, além do envolvimento dos colaboradores na organização, atentando nas suas propostas e solicitações e colmatando as suas necessidades.

PALAVRAS-CHAVE: Humanidade, cuidados de enfermagem, estratégias de gestão.

ABSTRACT

This dissertation focuses on the management of care, in relation, to the issue of application of the methodology of humanitude work. In restless current socio-economic situation, recognized the perception of underlying this tool work for nursing staff wealth is feasible perspective level interventions for managing health care aimed at optimizing the quality of services provided to the user and, consequently, increased satisfaction and motivation of professionals involved in the care relationship.

Given the major goal of perceiving the knowledge of nurses regarding humanitude, we opted for an exploratory, descriptive study in a quantitative approach to the methodological process. The target population for the study was 40 nurses. As an instrument of data collection used a questionnaire prepared by the researcher for this study. The main conclusions show that 60% of respondents stated they were not nurses this methodology. The "Word", the "Touch" and "Comfort" are the dimensions / pillars that, on average, the% is higher relative to the knowledge of the best practices methodology humanitude work. On average, are nurses who claimed to have knowledge of the methodology humanitude who have better results, the applicability of this tool.

The possible interventional strategies to adopt focus on awareness among management to more humanized and humanizing policies, such as training in humanitude, creating stimuli in performance, fit human resources in terms of nurse / patient ratio, reinvigorate the committee humanization, besides the involvement of employees in the organization, paying attention in their proposals and requests and filling their needs.

KEYWORDS: Humanitude, nursing care, management strategies.

RESUMEN

Esta tesis se centra en la gestión de la atención, en relación, a la cuestión de la aplicación de la metodología de trabajo Humanitud.

En la actual situación socio-económica, reconociendo la riqueza de esta herramienta de trabajo para el personal de enfermería lleva a perspectivar intervenciones a nivel de la gestión de la atención de la salud cuyo objetivo es optimizar la calidad de los servicios prestados al usuario y, en consecuencia, una mayor satisfacción y motivación profesionales implicados en la relación asistencial.

Teniendo en cuenta el objetivo principal de perfeccionar los conocimientos del personal de enfermería en relación con Humanitud, optamos por un estudio exploratorio, descriptivo con un enfoque cuantitativo para el proceso metodológico. La población objetivo del estudio fue de 40 enfermeros. Como instrumento de recolección de datos se utilizó un cuestionario elaborado por el investigador de este estudio. Las principales conclusiones muestran que el 60% de los enfermeros dicen que no conocen esta metodología. La "Palabra", el "Touch" y "Confort" son las dimensiones/pilares que, en promedio, el % es mayor en relación con el conocimiento de la mejor metodología de trabajo prácticas Humanitud. En promedio, son los enfermeros que demandaron tener conocimiento de la metodología Humanitud que tienen mejores resultados, la aplicación de esta herramienta.

Las posibles estrategias de intervención para adoptar el enfoque de la conciencia entre la gestión de las políticas más humanizadas y humanizadoras, como la formación en Humanitud, creando estímulos en el rendimiento, los recursos humanos adecuados en términos de relación enfermera / paciente, revitalizar el comité humanización, además de la implicación de los trabajadores en la organización, prestando atención en sus propuestas y peticiones, y que llenan sus necesidades.

PALABRAS CLAVE: Humanitud, cuidados de enfermería, estrategias de gestión.

AGRADECIMENTOS

Expresso o meu sentido reconhecimento e gratidão à Professora Doutora Ana Maria Galvão, que através da sua preciosa orientação científica, disponibilidade demonstrada e apurado senso humano, considerando e entendendo o ritmo possível de trabalho, tornou exequível o desenvolvimento desta investigação.

À Unidade Local de Saúde do Nordeste pela possibilidade da aplicação do instrumento de colheita de dados entre a sua equipa de profissionais de enfermagem do Centro de Saúde de Bragança.

Aos colegas, profissionais do Centro de Saúde de Bragança, que participaram no estudo sem os quais não teria sido possível a concretização do mesmo.

A todos os profissionais, utentes, professores e colegas académicos, com quem, ao longo do meu percurso partilhei experiências, vivências e saberes e que contribuíram para o meu enriquecimento individual e profissional.

A todos aqueles que de forma direta ou indireta contribuíram para a realização deste estudo e sem os quais este não poderia ser possível.

Aos meus amigos que souberam dar-me força e coragem em momentos mais delicados das vivências do quotidiano.

Por último, mas não de somenos importância, aos meus pais e às minhas filhas, que tantas vezes contestaram a minha presença e concomitantemente apelaram à minha serenidade, o meu reconhecimento pelo estímulo e alento, pela inspiração e pelo amor incondicional!

A todos... o meu mais sincero e profundo agradecimento.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

AEG – Alteração do Estado Geral

AQR – Atendimento de Qualidade Reconhecida

ASSTSAS – Associação para a Saúde e a Segurança no Trabalho do Setor Assuntos Sociais

CAP – Comportamentos de Agitação Patológica

CS – Centro de Saúde

DGS- Direção Geral de Saúde

DQS- Departamento da Qualidade em Saúde

EPE- Entidade pública empresarial

IGM – Instituto Gineste-Marescotti

INE – Instituto Nacional de Estatística

MGM- Método Gineste e Marescotti

OE – Ordem dos Enfermeiros

PE – Perceção dos Enfermeiros

PNS – Plano Nacional de Saúde

REPE – Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem

SCM – Síndromas Cognitivos – mnésicos

SEPCH – Sequência Estruturada de Procedimentos Cuidativos de Humanidade

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SPSS - Statistical Package for Social Sciences

UCC- Unidade de Cuidados na Comunidade

UCCI – Unidade de Cuidados Continuados Integrados

UCSP- Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

ULS - Unidade Local de Saúde

*"Tenho pensamentos que, se pudesse revelá-los e fazê-los viver,
acrescentariam nova luminosidade às estrelas,
nova beleza ao mundo e maior amor ao coração dos homens."*

Fernando Pessoa

ÍNDICE GERAL

Índice de figuras	IX
Índice de tabelas	X
INTRODUÇÃO	11
PARTE I – CONSTRUTO TEÓRICO	15
CAPÍTULO I. HUMANITUDE	16
1.1 - Humanitude- Conceito	17
1.2 - Humanitude/O método Gineste e Marescotti - ferramenta do cuidar	21
1.3 - Investigações realizadas no âmbito da Humanitude	25
CAPÍTULO II. A HUMANIZAÇÃO E OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM	32
2.1 - O enfermeiro e o utente na relação do cuidar	35
CAPÍTULO III. GESTÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE	39
3.1 - Novas estratégias de Gestão em saúde	39
PARTE II. ESTUDO EMPÍRICO: Perceção dos enfermeiros acerca da metodologia de trabalho humanitude na gestão de cuidados de saúde.	44
CAPÍTULO I. ASPETOS METODOLÓGICOS	45
1.1. Descrição do Instrumento de Recolha de Dados Utilizado	50
1.2. Procedimento de Recolha de Dados e Aspetos Éticos	58
1.3. Modelo de Análise e tratamento de dados	59
CAPÍTULO II. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS	61
2.1. Análise Descritiva e Inferencial dos Dados	61
CAPÍTULO 3. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	75
CONCLUSÕES	82
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	86

ANEXOS

ANEXO I -	Autorização para aplicação do questionário no Centro de Saúde de Bragança pela ULS Nordeste.	93
ANEXO II -	Instrumento de Recolha de dados	96

ÍNDICE DE FIGURAS

	Pág.
<i>Figura 1.</i> Caraterização dos motivos que impedem a prática da humanidade	73

ÍNDICE DE TABELAS

	Pág.
Tabela 1: <i>Unidades do CS envolvidas no estudo</i>	50
Tabela 2: <i>Procedimentos cuidadosos de Humanitude</i>	52
Tabela 3: <i>Descrição das dimensões de percepção sobre Humanitude</i>	53
Tabela 4: <i>Descrição do conteúdo dos itens da escala</i>	55
Tabela 5: <i>Caraterísticas sociodemográficas e profissionais da amostra</i>	62
Tabela 6: <i>Onde adquiriu conhecimentos de Humanitude</i>	63
Tabela 7: <i>Descrição do conteúdo dos itens de escala</i>	64
Tabela 8: <i>Pontuação da escala por item</i>	65
Tabela 9: <i>Caraterização dos pilares e total escala</i>	68
Tabela 10: <i>Correlação (Person) entre pilares e total escala</i>	69
Tabela 11: <i>Resultados obtidos para pilares e total escala em função da faixa etária</i>	70
Tabela 12: <i>Resultados obtidos para pilares e total escala em função das habilitações profissionais</i>	71
Tabela 13: <i>Resultados obtidos para pilares e total escala em função da unidade</i>	72
Tabela 14: <i>Resultados obtidos para pilares e total escala em função do conhecimento da Humanitude</i>	72
Tabela 15: <i>Sugestões visando a prática em excelência da metodologia de Humanitude</i>	74

INTRODUÇÃO

A enfermagem, enquanto ciência em contínuo desenvolvimento e maturação, identifica que os atuais problemas de saúde tem vindo a assumir um cariz complexo e diferenciado. Deste modo, propõe implicitamente aos seus profissionais, dimensões diferenciadas de competências capazes de dar resposta às inúmeras situações que resultam do íntimo contacto com o utente e possibilitam cuidados de maior qualidade e abrangência aos indivíduos, família e comunidade tal como aponta o regulamento do exercício do profissional de enfermagem (Decreto – Lei n.º 161/96, de 4 de setembro de 1996).

Em Portugal, consolidadas, que estão, a cobertura territorial e a universalidade da prestação de cuidados de saúde, o desafio da qualidade surge, em primeiro plano, como uma das principais prioridades do sistema de saúde português. Nesse âmbito, o Departamento da Qualidade na Saúde (DQS) tem como missão promover e disseminar, nas instituições prestadoras de cuidados de saúde, uma cultura de melhoria contínua da qualidade (Decreto – Lei n.º 71/2012, de 21 de março de 2012).

Inseridas neste contexto, têm vindo a ocorrer modificações a nível institucional visando promover a aproximação ao utente e criando-se uma nova cultura organizacional na qual as organizações devem estar efetivamente orientadas para a obtenção da satisfação dos utentes e das suas vastas exigências, pelo que a aposta na qualidade, consequência da lógica de mercado, será um imperativo das novas gestões (Rego, 2011).

Neste fio condutor, com a reforma experienciada na última década pelos cuidados de saúde primários, foram constituídas várias unidades funcionais cuja missão assenta no contribuir para a melhoria da qualidade do estado de saúde da população visando a obtenção em ganhos em saúde a todos os níveis. Nessas unidades as suas amplas carteiras de serviços são asseguradas por equipas de enfermagem cujo desempenho de funções se traduz em cuidados de máxima proximidade, abarcando assim o utente, numa perspetiva holística e integrada (Decreto – Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro de 2008).

O estatuto da Ordem dos Enfermeiros, no artigo 76º contempla ainda o seguinte: “Os enfermeiros são obrigados a exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, com o respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-

estar da população devendo adotar todas as medidas que visem melhorar a qualidade de cuidados e serviços de enfermagem” (Decreto – Lei n.º 104/98, de 1 de abril de 1998).

Segundo expõe a Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes, “esta representa, assim, mais um passo no caminho da dignificação dos doentes, do pleno respeito pela sua particular condição e da humanização dos cuidados de saúde, caminho que os doentes, os profissionais e a comunidade devem percorrer lado a lado” (Direção Geral da Saúde, 2011).

A humanização do cuidar, em enfermagem, tem acompanhado esta ciência desde os primórdios da sua criação como escola (Henderson, 2004).

O Cuidar profissional é efetuado por inúmeras e diferentes profissões, mas é sempre na enfermagem que o conceito ganha maior expressão (Carvalho, 2009).

Mas, face à manipuladora vertente da técnica e da ciência, os enfermeiros, cuidadores de proximidade, nem sempre conseguem ficar imunes à tendência de desvalorização dos aspetos humanos e assim, à perspetiva holística do indivíduo. Facto este indiciante de um possível vigente período de perda de humanismo na enfermagem (Carvalho, 1996).

Além de que, atualmente a gestão das organizações de saúde está focada na orientação para a eficiência, a produtividade e para o lucro. Isto pode não ser considerado disfuncional desde que não sejam suplantados, ou eliminados, o valor do ethos e do cuidado humanístico. Ao invés, os utentes sentir-se-ão negligenciados, não respeitados e insatisfeitos (Garber, 2009). Tendo ainda presente que, a enfermagem constitui um grupo profissional fortemente visado com as alterações e reestruturações ocorridas nas instituições de saúde (Carvalho, 2009).

No entanto, os utentes esperam dos profissionais um conhecimento técnico e um atendimento humanizado (Vieira, 2005).

O saber dos cuidados em humanidade enfatiza o valor da ligação relacional e fator humano (Simões, Rodrigues & Salgueiro, 2008).

Quando cuida em espaços de intimidade e impulsiona a pessoa doente à grandeza da dignidade humana, o profissional de enfermagem, compreende a verdadeira dimensão do padecimento humano (Vielva, 2002). Além de que, uma correta interpretação das emoções, da corporalidade e da linguagem poderá revelar-se essencial, na medida em que, o estar consciente das suas emoções, ser capaz de colocar questões poderosas a si próprio sobre o seu desempenho e desejos profissionais e pessoais constituirá uma mais valia no processo de construção da sua identidade profissional (Galvão & Neves, 2012).

Dúvidas oriundas de uma semântica muito próxima poderão surgir, aquando de uma análise mais incisiva que compare os conceitos de humanismo e humanidade. No entanto, enquanto humanismo se revela um conceito filosófico que nos mostra a importância do lugar do homem no mundo, a humanidade, de natureza antropológica, descreve as raízes da condição humana e declara a sua essência (Phaneuf, 2005).

Humanidade, termo criado por Freddy Klopfenstein para se referir a inquietude, solitude, habitude (Klopfenstein, 1980) ou paradigma que representa o tesouro de compreensões, de emoções e particularmente de exigências que existe mercê da condição humana e que desaparecerá se nós desaparecermos, pelo que o Homem tem a tarefa entre mãos de aproveitar esse tesouro, já acumulado, e continuar a enriquece-lo (Jacquard, 1986) na medida em que esta, indubitavelmente, marca a relação do cuidar.

Humanidade, surge-nos definida ainda, como proximidade relacional entre os humanos, que se vai ampliando e complexificando ao longo da vida, proporcionando um sentir-se ser de espécie humana e ao mesmo tempo uma perceção do outro como sendo da mesma espécie (Gineste & Pellissier, 2007)

Segundo Phaneuf (2007), os cuidados prestados pelo profissional de enfermagem assimilam a filosofia da Humanidade. Na medida em que o enfermeiro a aplica na sua práxis quotidiana, assente em pilares de ação como o olhar, palavra, tocar, verticalidade, vestuário (Gineste & Pellissier, 2007).

Os enfermeiros desenvolvem a sua prática na arte de ajudar as pessoas doentes a conservar padrões de humanidade, mesmo nos instantes de mais elevado grau de limitação e dependência. Fazem-no através de um processo que implica uma aproximação ao espaço de intimidade da pessoa doente, onde se valorizam os mais ténues sinais de pedidos de ajuda destas pessoas, e se convertem em ajuda terapêutica os mais finos e delicados gestos técnicos e relacionais do enfermeiro (Simões, Rodrigues & Salgueiro, 2011).

A circunstância de abraçar este tema e o respetiva investigação desenvolvida na equipa de enfermeiros com funções de gestão e prestação de cuidados nas várias valências de atuação do Centro de Saúde em estudo, aplica-se pelo interesse pessoal e também devido ao facto de o exercício profissional da investigadora se desenvolver neste campo de ação. Reconhecida a perceção que este grupo profissional tem desta temática, contextualizada num ambiente organizacional complexo fruto das modificações económicas e sociais e das novas políticas de gestão, será possível perspetivar intervenções dirigidas e cabais que visem o otimizar da qualidade de serviços prestada ao utente e, conseqüentemente, a satisfação e

motivação dos profissionais em questão na aplicação da metodologia de trabalho humanidade.

A voz dos profissionais de enfermagem na prática pode ser uma fonte importantíssima de dados que ainda tem de ser plenamente explorada (Streubert & Carpenter, 2002).

Assim, neste contexto, o objetivo principal do presente trabalho de investigação consiste em identificar os conteúdos representacionais com maior predomínio que os enfermeiros construíram sobre a temática, com o intuito de conhecer as suas perceções sobre a ferramenta do cuidar: humanidade. Pelo que se formulou a seguinte questão de investigação “ Qual a perceção dos enfermeiros acerca da metodologia de trabalho humanidade? “

Desenvolveu-se um estudo de natureza exploratória, descritiva de carácter quantitativo e correlacional. Foram respeitados os princípios éticos e deontológicos da investigação científica na efetivação da recolha de dados. Como instrumento de recolha de dados foi utilizado um questionário elaborado para o efeito pela investigadora, cuja construção atende à vasta bibliografia consultada, bem como a estudos já realizados nesse âmbito selecionados através de indagação na base de dados b-on. A pesquisa no banco de dados foi efetuada utilizando as terminologias (palavras chave): humanidade, cuidados de enfermagem e estratégias de gestão. Destinando-se a recolher informação referente à perceção dos profissionais no âmbito da metodologia de trabalho: humanidade.

Em termos de estrutura, este trabalho divide-se em seis capítulos. Os três primeiros correspondem à revisão da literatura e compreendem o enquadramento concetual sobre a temática abordada, constituindo assim, o construto teórico. Os três últimos capítulos incidem nos aspetos metodológicos, onde para o tratamento e análise dos dados recolhidos foi utilizado o programa estatístico SPSS- Statistical Package for Social Sciences, versão 20.0 para Windows, e na discussão dos resultados que se apuraram. São ainda apresentadas conclusões, limitações do estudo e sugestões futuras face aos dados evidenciados pelo estudo.

PARTE I

CONSTRUTO TEÓRICO

CAPÍTULO 1. HUMANITUDE

A pesquisa documental é uma etapa fundamental à indagação de um domínio de investigação. A consulta de diversas fontes documentais não só faculta ao investigador uma oportunidade para verificar o estado dos conhecimentos no domínio da investigação a cursar, como também lhe permite ampliar o seu campo de conhecimentos, estruturar o problema de investigação e estabelecer pontos de conexão entre o projeto individual e os trabalhos de investigação efetivados por outros investigadores (Fortin, 1999).

O processo de cuidar é inerente ao ser humano (Fitzsimons et al., 2007).

O estabelecimento da relação de cuidar instituída entre o profissional de saúde e o doente exige a adoção de uma conduta e postura humanizante e observadora dos princípios e valores de ambos, velando para que continuem a sentir-se pessoas como até então, preservando a sua identidade e singularidade. Em termos da unicidade de cada pessoa pode aludir-se a uma constante assimetria na relação estabelecida, uma vez que se trata de uma ligação ou encontro entre duas pessoas únicas e distintas. No entanto, de acordo de Gineste e Pellissier (2007, p. 248) esta relação deve ser “...uma relação de igualdade: igualdade em humanidade e em cidadania”.

Goleman (2012), alerta-nos também para a inadvertida simplicidade social contemporânea e para a forma como o homem se conecta também através das emoções, sendo crucial perceber o que o outro sente, ou saber o que está a pensar ou pretende fazer visando garantir uma ação frutuosa dessa conexão.

Segundo o autor, é necessário uma sincronia, uma apresentação, a influência e o interesse, o interesse que se traduz no facto de agirmos em consequência perante as necessidades dos outros.

Cuidar implica interagir com os demais num processo de autêntica comunicação, requisito que prezamos essencial à praxis da enfermagem, pois como nos diz Phaneuf (2005, p 23) “... é um processo de criação e de recriação de informação, de troca, de partilha e de colocar em comum sentimentos e emoções entre pessoas”.

O cuidar não tem início na pessoa do cuidador para ver o seu término na pessoa cuidada, mas antes conjuga subtilmente estes dois seres humanos, os outros e o mundo numa ação responsável, sensata, respeitadora e comprometida com a liberdade (Hesbeen, 2001).

O cuidar, na presente conjuntura, deve ser percebido como um cuidar científico, em que não haja lugar para a rotina irresponsável e o domínio da técnica sobre outras dimensões da pessoa que é alvo dos cuidados (Tomey & Alligood, 2004).

Ao cuidar em excelência reporta-se ainda o disposto no Código Deontológico do Enfermeiro, especialmente no artigo 82º - Dos Direitos à Vida e à Qualidade de Vida, alínea a) – que atribui à vida de qualquer pessoa igual valor, pelo que protege e defende a vida humana em todas as circunstâncias. Esta perspetiva do cuidar remete também para o artigo 81º - Dos Valores Humanos, alínea a) – cuidar da pessoa sem qualquer discriminação económica, social, política, ideológica e religiosa e ao artigo 89º - Da Humanização dos Cuidados, de forma a dar sustentabilidade à alínea b) - concorrer para criar o ambiente favorável ao desenvolvimento das potencialidades da pessoa. O enfermeiro deve considerar estes aspetos desenvolvendo a sua atuação fomentando uma relação recíproca que procure minimizar a vulnerabilidade daquele a quem se cuida, e que potenciando-o numa conceção holística restrinja possíveis assimetrias (Decreto-Lei n.º 104/98, de 1 de abril de 1998).

1.1. Humanidade- Conceito

A comparação dos conceitos humanismo e humanidade poderão, numa análise menos ponderada, originar interrogações fruto da similar semântica. No entanto, enquanto humanismo se revela um conceito filosófico que nos conduz à importância do lugar do Homem no mundo, a humanidade, de natureza antropológica, remete-nos às raízes da condição humana e declara a sua essência (Phaneuf 2005).

Humanidade, surge-nos como uma conceção desenvolvida por Freddy Klopfenstein para se reportar a inquietude, solitude, habitude (Klopfenstein, 1980) ou arquétipo que representa o tesouro de compreensões, de emoções e particularmente de exigências que existe mercê da condição humana e que tenderá a desaparecer se nós desaparecermos, pelo que o Homem tem a tarefa entre mãos de aproveitar esse tesouro, já acumulado, e perpetuar o

seu enriquecimento (Jacquard, 1986) na medida em que esta, indubitavelmente, marca a relação do cuidar.

Desde então, este autor, fortaleceu uma possante reflexão acerca do conceito de humanidade, centrando-se na perspectiva evolucionista do desenvolvimento humano. Destacando que a partir de certo momento da sua evolução, a sua complexidade era tal que o Homem em interação começou a criar redes coletivas das quais faz parte e com as quais completa as redes interiores de cada Homem, uma vez que cada um beneficia da partilha das informações ou descobertas dos outros.

Humanidade, depara-se-nos também, como uma proximidade relacional entre os humanos, que se vai ampliando e complexificando ao longo do ciclo vital, proporcionando um sentir-se ser da espécie humana e ao mesmo tempo uma perceção do outro como sendo da mesma espécie (Gineste & Pellissier, 2007)

Poder alcançar-se humanidade como filosofia de cuidados atribui-se a Yves Gineste e Rosette Marescotti, que a foram edificando a partir das suas observações no terreno das suas vivências quotidianas de trabalho. Estes autores definem humanidade como sendo o “conjunto de elementos que fazem com que uma pessoa se sinta a pertencer à espécie humana, reconheça outro ser humano como pertencendo à mesma espécie e seja reconhecida como tal” (Gineste & Pellissier, 2007).

Inerente a qualquer outra espécie, reconhecer-se e ser reconhecido como membro de uma espécie é uma necessidade vital, de sobrevivência imediata (Gineste & Marescotti, 2007). Mas como reconhecer e reconhecer o outro como pertencente à espécie humana que nos identifica?

É evidente que há particularidades, singularidades, sinais, que emitidos funcionam, na nossa existência, como apelos ou estímulos ao intrínseco desenvolvimento humano, à nossa humanidade, concebendo, ao longo das gerações, o homem na sua conceção holística que hoje somos e temos. E venha o mais “douto e ciente” dizer da dispensabilidade desta evidência, que imediatamente encalhará numa imponderada e inconsequente esgrima de considerações advindas do imediatismo das singulares vivências que raramente acautela os fundamentos e raciocínios válidos e lúcidos e deturpará a realidade.

Simões, Rodrigues e Salgueiro (2011), apontam que a humanidade, transversalmente a actos concretos de estimulação da pessoa presente na relação inter-pessoal, com os quais promove um reconhecimento imediato de pertença de espécie, se centra na autonomia

enquanto serve beneficência e não maleficência. Desta forma, a humanidade tende a ser um cuidado essencial na construção harmoniosa do humano e potencia a excelência da pessoa.

A pessoa aparece-nos sob uma estrutura relacional que é capaz de uma suficiência conseguida e mantida continuamente por uma dinâmica de actos, de um eu e um tu, acontecidos sob uma atividade emocional e racional constantes (Diniz, 2003).

Este autor refere ainda que interiormente o indivíduo tem a capacidade de pensar, decidir e agir sem estar condicionado a atitudes reativas a estímulos que lhe são produzidos, pois atribui significados, decide em consciência e age ou não. Na sua exterioridade a pessoa é um apelo ao outro por necessidades de suficiência da sua vulnerabilidade. Deste modo, a pessoa vive uma situação de relações significativas, em conjunturas de tempo e espaço, que integra a sua própria estrutura relacional, pois influencia-a constantemente no seu próprio desenvolvimento e evolução.

Magalhães (1996), evidencia-nos que os contextos familiares e de espaço e tempo da vida da pessoa, as suas coresponsabilidades sociais e políticas, as suas crenças e a sua capacidade de percepção destes agentes não podem ser descurados, na medida em que influenciam tanto o seu desenvolvimento como a sua capacidade de influenciar. Porque a pessoa se traduz como atividade efetiva e apelo crescente de mais e melhor, no caminho relacional de ser pessoa, na conceção do seu sentido, e no seu aperfeiçoamento contínuo.

Humanidade é “a contribuição de todos os homens, de outrora ou de hoje, para cada homem” (Jacquard, 1986, p.173). Do ponto de vista pragmático, em conformidade com o autor, a humanidade representa uma preciosidade inerente à espécie humana que necessita de ser aproveitada e perpetuada.

Analogamente, a natureza humana, identificadora da espécie, só a torna razoável quando existe uma atenção da espécie dirigida aos seus próprios actos para que demonstrem uma preocupação com a humanidade e a sua sobrevivência. Esta preocupação é visível na atenção que cada ser humano dá a si próprio e ao outro associado à sua situação (Hesbeen, 2000, pp. 28-30).

Esta preocupação de “mise en humanidade” é nitidamente visível quando após o nascimento de um ser humano os outros seres humanos o envolvem num “banho” de estimulação sensitiva e emocional, iniciando permutas comunicacionais ao nível mais básico entre os humanos em relação, utilizando o toque, o olhar, o sorriso, a palavra, o vestuário e a verticalidade.

Esta, já referida, instigação relacional entre os humanos, que se vai desenvolvendo e complexificando ao longo da vida, proporciona um sentir-se ser de espécie humana e ao mesmo tempo confere uma percepção do outro como sendo da mesma espécie (Gineste & Pellissier, 2007). Os autores denominam os referidos gestos como pilares de Humanidade, “(...) qui puisse liers science et conscience; qui nous interroge sur ce qu’est une relation de prendre-soin entre des personnes, pour ne jamais oublier ces précieuses caractéristiques qui permettent à un homme de se sentir humain et de rester un humain dans le regard de ses semblables” (Gineste & Pellissier, 2007, p. 194).

As particularidades da humanidade (Margot, 2010) têm a ver com a verticalidade, o olhar partilhado, a inteligência, a capacidade de tocar o outro, o sorriso e o riso, o reagrupamento familiar, a refeição e a socialização. Estas características, que nos sugerem banalidades da vida quotidiana, são essenciais para a nossa qualidade de vida e crescimento pessoal, reproduzindo-as de geração em geração (Galvão, Gomes e Pereira, 2012, p.86).

Os seres humanos ao voltarem-se para o outro, a fim de o compreender e interagir com ele, estão a dar consistência ao conceito de humanidade que apresenta este interesse de nos mostrar como comportamentos e ações simples vão ao encontro do ser no que ele tem de mais essencialmente humano, advindo-lhe a sua eficácia da correspondência com o seu próprio desenvolvimento (Phaneuf, 2007).

Para Gineste e Marescotti (2007), ao nascimento fisiológico, o parto ou primeiro nascimento, deve ocorrer um segundo nascimento, ou seja o nascer para a espécie, o ser posto em humanidade. Na história da humanidade pululam os relatos de casos de crianças que privadas destes estímulos e vivências relacionais iniciais, apesar de reconhecidos incitamentos, foram incapazes de adquirir a fala, a verticalidade e outras particularidades inerentes à espécie humana. Ou seja, o ser humano tem, assim, faculdades, características, necessidades específicas dos seres humanos, formas particulares de saciar os seus desejos e necessidades, que não sendo respeitados e impedindo-o de usar essas faculdades ou de as desenvolver, conduz a alterar ou destruir a sua humanidade.

Desta forma, a humanidade potencia a transcendência da pessoa e tende a ser um cuidado essencial na construção do humano.

1.2. Humanidade/O método Gineste e Marescotti - ferramenta do cuidar

O saber dos cuidados de Humanidade enfatiza o valor da ligação relacional e fator humano (Simões, Rodrigues & Salgueiro, 2008).

Uma revisão sistemática da literatura permite-nos identificar algum corpus de trabalhos desenvolvidos em torno do conceito filosófico de Humanidade e da sua aplicação aos cuidados de pessoas doentes em sofrimento profundo (Simões, Rodrigues & Salgueiro, 2008). No entanto, Gineste e Marescotti (2007) evidenciam-se pelo contributo do seu método de cuidados de Humanidade- Método Gineste e Marescotti (MGM). Este foi oriundo da sua vasta experiência acumulada e estudos realizados, o que lhes permitiu assim, conceber a Filosofia da Humanidade.

O MGM tem dado provas da sua excelência, através de cuidados onde o valor dignificante do gesto está simultaneamente conjugado à técnica e ao calor humano (Phaneuf, 2007). Pois, conservar os padrões de humanidade em pessoas dependentes e vulneráveis é inerente à natureza dos cuidados de enfermagem (Rappo, 2007) e é essencial à construção do humano (Simões, Rodrigues & Salgueiro, 2011).

De acordo com Simões, Rodrigues e Salgueiro (2012), o MGM tem revelado assim, ganhos indesmentíveis na recuperação da qualidade de vida de doentes idosos acamados, com demência e outras situações de fragilidade. Traduziu também uma diminuição acentuada dos episódios de comportamentos agressivos perturbadores que os autores denominam de Comportamentos de Agitação Patológica (CAP), e quando ocorrem são menos intensos e menos duradouros, bem como uma menor oposição aos cuidados. Estes ganhos em bem-estar e acalmia, facultam um ambiente de serenidade na realização dos cuidados, que aliada a uma série de técnicas de manutenção, muito suaves, se reflete positivamente na saúde dos cuidadores, na satisfação dos técnicos e no sentimento de realização profissional dos mesmos. Em consequência, verifica-se uma redução significativa da taxa de absentismo, por esgotamento profissional e lesões laborais do tipo músculo-esqueléticas, nas instituições onde está implantado o MGM.

O impacto social do MGM foi de tal modo importante que rapidamente se expandiu em França e a nível internacional, através de uma rede de Institutos Gineste-Marescotti (IGM) que promovem o desenvolvimento da filosofia da humanidade.

Através do IGM são inicialmente realizadas intervenções formativas, em contexto de cuidados reais, que obedecem a uma estrutura muito próxima da investigação ação, abrangendo todos os intervenientes, diretos ou indiretos, nos cuidados, a começar pelos dirigentes: diretor do estabelecimento, diretor clínico, enfermeiro diretor, enfermeiro chefe e outros. É também implantado no terreno um grupo de acompanhamento. Outro de referentes, que são recrutados pelo seu perfil para esta função, de entre os que fizeram a formação em humanidade. Recebem formação especial, formação de referentes, muito focada nas técnicas suaves de manutenção, a fim de no terreno as implantarem e procederem à correção de técnicas inadequadas (Instituto Gineste Marescotti Portugal, 2012).

Relativamente ao MGM o Instituto Gineste Marescotti (2012) na sua página online, facultamos uma breve resenha histórica onde especifica o surgir da referida metodologia.

Em 1979, dois professores de ginástica, Yves Gineste e Rosette Marescotti foram solicitados para ministrar formação aos técnicos/cuidadores de um hospital, sobre «técnicas de manutenção» a fim de mobilizar, transferir e deslocar doentes (sobretudo com problemas dorsolombares, que se traduziam como altamente frequentes naquela instituição). Nesta intervenção, os autores, observaram que os doentes deixados no leito deslizavam rapidamente para um síndrome a que vêm a denominar de imobilismo, com alteração rápida do seu estado geral. Estes doentes que lhe eram apresentados com Alteração do Estado Geral (AEG), entre três dias a três semanas tornavam-se acamados, com todo um cortejo de degradações resvalando para a morte. Gineste e Marescotti concebem, resultado desta experiência, o conceito e o documento «Viver e morrer de pé» (1982). Observando e questionando chegam a conclusões como a de que os cuidados de higiene (banho no leito) eram feitos como os que haviam sido ensinados há muitos anos atrás, baseados em princípios que os exames bacteriológicos e outros estudos demonstravam serem falsos. Em verdade, os cuidadores demonstravam não dispor de outras técnicas alternativas, o que evidenciava o muito trabalho que haveria a desenvolver.

Estes autores empenharam-se em estudar também outros tipos de cuidados que foram pondo em prática. A observação atenta revelou-lhes a pobreza de olhares e de palavras recebidos pelos doentes e um toque que não passava do utilitário. Por exemplo, a média de comunicação de um doente idoso com perda das suas capacidades cognitivas foi de 120 segundos (equivalente a 10 palavras) nas 24 horas, sendo que algumas fitas magnéticas utilizadas em gravações, desenvolvidas num dos seus estudos de investigação prática, ficaram virgens. Destas vivências, os autores, concebem a metodologia de cuidados a que

chamam na altura «manutenção relacional» (Gineste & Marcotti, 1985). Este estudo foi repetido recentemente, revelando, igualmente a pobreza da palavra, dos olhares, dos sorrisos, do toque não utilitário, que denominam toque-ternura.

Os estudos sistemáticos permitem-lhes conceber a captura sensorial e diminuir entre 75 e 90 % os chamados na altura Comportamentos Agressivos Perturbadores (CAP), que viriam a substituir por Comportamentos de Agitação Patológica, advertindo que a classificação de doentes «Agressifs plus, plus, plus»/agressivos + + + registada nos processos clínicos deveria ser substituída por defensivos + + +.

Gineste e Marcotti (1998), chegaram, então, à conclusão que a ausência de comunicação verbal advém do nosso esquema de comunicação natural, retroalimentado pelo feedback, criando o conceito técnico de auto-feedback para os doentes a que chamam «acomunicativos». A experiência acumulada nas vivências quotidianas e as inúmeras observações e estudos permitem-lhes assim conceber a Filosofia da Humanidade.

Respondendo a um repto da Associação para a Saúde e a Segurança no Trabalho do Setor Assuntos Sociais (ASSTSAS) devido aos problemas de saúde, às agressões que os cuidadores sofrem dos doentes deslocam-se ao Canadá. E aí propõem uma mudança de perspectiva a começar pela mudança de denominação Comportamentos Agressivos Perturbadores para Comportamentos de Agitação Patológica, como acima referido e da de «síndrome de imobilização» para «síndrome de imobilismo».

Nestes contactos com o Canadá surge a sugestão de protegerem a Metodologia e a Filosofia da humanidade, registando-a, para que fosse preservado o seu nível de qualidade e criassem os IGM. Assim, foram criados os Institutos Gineste-Marcotti, cuja missão é formar e divulgar a metodologia, velando para que esta continue a evoluir e não se adultere.

O MGM está protegido em França e no estrangeiro com marca registada ®, assim como os direitos de autor alusivos aos conceitos de «Toucher-tendresse®; Philosophie de l'humanité®; Capture sensorielle®; Manutentionrelationnelle®; Mourirdebout®».

O cuidar não tem início na pessoa do cuidador para ver o seu término na pessoa cuidada, mas antes conjuga subtilmente estes dois seres humanos, os outros e o mundo numa ação responsável, sensata, respeitadora e comprometida com a liberdade (Hesbeen, 2000).

Segundo Phaneuf (2007), os cuidados prestados pelo profissional de enfermagem assimilam a filosofia da Humanidade e aplicam-na na prática clínica e assentam em pilares de ação (olhar, palavra, tocar, verticalidade, vestuário).

Os enfermeiros desenvolvem a sua perícia na arte de ajudar as pessoas doentes a conservar padrões de humanidade, mesmo nos momentos de mais elevado grau de limitação e dependência. Fazem-no através de um processo que implica uma aproximação ao espaço de intimidade da pessoa doente, onde se valorizam os mais subtis sinais de pedidos de ajuda destas pessoas, e se convertem em ajuda terapêutica os mais finos e delicados gestos técnicos e relacionais do enfermeiro (Simões, Rodrigues & Salgueiro, 2011).

Esta metodologia, bastante objetiva e simples de operacionalizar, estabelece um paralelismo entre o desenvolvimento das nossas capacidades como humanos através dos tempos e das diversas vertentes da nossa vida nos dias de hoje. É orientada para o sentido profundo de ações/cuidados de saúde que prestamos ao outro em situação de dependência. Mostra-nos como o olhar partilhado, o sorriso, o toque, podem ser fundamentais na comunicação e relacionamento interpessoal. Mostra-nos também o poder da palavra como geradora de pensamentos e comportamentos ao serviço do cuidar (Galvão, Gomes e Pereira, 2012, p.89).

Galvão, Gomes e Pereira (2012), apoiados em MargotPhaneuf, referem que na aplicação desta metodologia, cada um dos seus pilares assume extrema importância. A “verticalidade”, característica que define o homem é essencial para a manutenção da sua qualidade de vida, devendo o cuidador possibilitar que o utente permaneça “de pé” o maior número de horas possível. O “toque”, por vezes alivia mais do que qualquer palavra. Sendo o gesto afectuoso um ato de encorajamento e conforto. O “olhar” revela-se de muita importância, isto porque é no olhar dos outros que nos apercebemos de quem somos e que valemos, desenvolvendo assim a nossa identidade. O “sorriso” é tido como uma terapia natural que possibilita a desdramatização de situações de sofrimento do doente, ajudando a restabelecer a sua autoestima e bom humor, sentindo-se este, assim, mais alegre e mais fortalecido. Os autores referenciam a “palavra” com especial importância, dado que a comunicação é tida como vital na existência humana. Na relação de cuidar, através do diálogo, as estratégias de intervenção podem ser aferidas entre o cuidador e o utente. Por último, mas não menos importante, o vestuário e os adornos que promovem conforto e promovem a nossa identidade juntos dos demais. Ou seja, determinam em parte que nós somos e como os outros nos percebem.

Cuidar em humanidade, é ser solidário, é ajudar o próximo com dignidade, é ver o utente como um homem por inteiro, com necessidades, desejos, objectivos, limitações, defeitos e qualidades, é proporcionar bem estar, equilíbrio e satisfação a quem deles necessita (Galvão, Gomes e Pereira, 2012, p89).

1.3. Investigações realizadas no âmbito da humanidade

Realizando uma revisão sistemática à bibliografia existente, são relativamente escassas listagens estruturadas de referências a livros ou outros documentos, designadamente artigos de periódicos, com menções específicas à temática da humanidade.

Neste processo de resposta seguindo a metodologia metódica e com base numa estratégia de pesquisa refinada e exaustiva a bases de dados relevantes, poucas respostas se obtiveram às pesquisas relacionados com cuidados de enfermagem, que intersetassem o conceito humanidade.

No entanto, através de motores de busca e sugestão a investigadores nacionais e estrangeiros, foi possível recolher um pequeno acervo de documentos, que revelam a pertinência da questão de investigação e indicam a existência de algum trabalho avançado, muito significativo, na aplicação da filosofia da humanidade aos cuidados de enfermagem.

O trabalho mais relevante é, sem dúvida, o Método de Gineste e Marescotti, no cuidado a doentes dependentes e vulneráveis, desde 1975. A grandiosidade do contributo do seu método de cuidados de Humanidade teve o seu reconhecimento aquando da sua publicação por Gineste e Pellissier em 2007.

Empreendendo e atentando para realidade do nosso contexto, em Portugal em 2008, Mário Simões, Nídia Salgueiro e Manuel Rodrigues realizam um estudo que formulando a seguinte questão: “Qual o significado do conceito integrador de humanidade, no contexto dos complexos e delicados cuidados que os enfermeiros prestam, a pessoas doentes vulneráveis e dependentes?” marca indubitavelmente o desenvolvimento da exploração desta temática. Com este estudo de revisão, observa-se uma nova oportunidade de investigação, através da implementação e monitorização do método, com uma população de pessoas doentes dependentes, em Portugal. As suas conclusões renovam a perspectiva de que a filosofia dos cuidados de humanidade enfatiza o valor da ligação relacional e fator humano (Simões, Rodrigues & Salgueiro, 2008). Contributo este deveras significativo.

Em 2011, os mesmos autores, divulgam nova investigação publicada na conceituada Revista de Enfermagem Referência: “Importância e aplicabilidade aos cuidados de enfermagem do Método de Cuidados de Humanidade Gineste – Marescotti”. Os objetivos deste estudo incidiram: na perceção sobre conhecimento da importância que os enfermeiros atribuíam aos cuidados baseados na filosofia da humanidade no método de Gineste e Marescotti; na identificação de que em que medida os enfermeiros referiam que aplicavam na prática os princípios do método de Gineste e Marescotti.

A metodologia utilizada traduziu um estudo descritivo desenvolvido com dados recolhidos numa amostra de 160 enfermeiros, da população abrangida pela Secção Regional do Centro da Ordem dos Enfermeiros e que voluntariamente responderam a uma indagação eletrónica.

O instrumento de colheita de dados construído e validado, foi constituído por 28 itens nas dimensões “aproximação sintonia” e “consolidação proação”, dimensões estas fulcrais na aplicação do método Gineste e Marescotti. Os resultados apontaram para que os enfermeiros auscultados indicassem ser muito e muitíssimo importantes os procedimentos de “aproximação sintonia” (90,31%) e de “consolidação proação” (85,47%). Somente 2,21% desvalorizam o método. Na prática de cuidados, os enfermeiros referiram aplicar frequentemente, ou sempre, os princípios de “aproximação sintonia” (83,05%) e “consolidação proação” (69,69%).

Estes resultados não surpreenderam, eram até esperados. Demonstraram que os procedimentos iam ao encontro dos valores profissionais que os enfermeiros perfilham, que estão inscritos numa lógica prática que lhes faz sentido.

Longe de ficarem tranquilos, estes resultados foram motivo de análise mais refinada por parte dos autores que detetando, nos procedimentos menos contemplados no estudo, marcas de tradições e de formatações, os conduziram a estar mais atentos ao que se passava no seu próprio contexto de trabalho e a tomar as suas notas de campo que lhe mostravam uma realidade bem diferente.

Assim, deste estudo ficou o mote para uma próxima futura investigação, em que seguindo uma estratégia observacional em contexto, se pretendesse verificar a coerência entre a opinião expressa e a prática efetiva relativamente aos inquiridos.

Neste seguimento, em 2012 e reiterando a sua contribuição no panorama português para a implementação efetiva da riqueza inerente a esta ferramenta de trabalho, Simões, Salgueiro e Rodrigues apresentam nova abordagem dando continuidade aos trabalhos publicados no ano transacto e divulgam também na Revista de Enfermagem Referência o estudo: “Cuidar em Humanidade: estudo aplicado em cuidados continuados”.

Este estudo de investigação ação envolveu uma equipa de cuidadores e uma população de idosos dependentes internados, de uma Unidade de Cuidados Continuados Integrados (UCCI), com o objetivo de desenvolver as competências dos cuidadores na aplicação do MGM, em contexto, e avaliar as respostas físicas, cognitivas e emocionais dos doentes cuidados de acordo com esse método.

Pela sua extrema importância, pela utilização e demonstração da ferramenta de trabalho-MGM e por ter servido de impulso e de sustento ao desenvolvimento do estudo que aqui se apresenta, é feita uma referência mais detalhada a esta investigação, em particular, de todas as realizadas pelos referidos autores.

Os instrumentos de medida incluíram as duas escalas de percepção do valor e aplicabilidade do MGM, já utilizadas no estudo anterior, e uma grelha de observação direta sistematizada, validada para este estudo.

Os investigadores dispunham assim de uma grelha de observação sistematizada. Esta grelha constava da descrição da Sequência Estruturada de Procedimentos Cuidativos de Humanidade (SEPCH). Esta sequência de procedimentos assenta nas etapas propostas pelos autores, preliminares/captura sensorial, rebouclage sensorial e consolidação emocional (Gineste e Pellissier, 2008). Os procedimentos inscrevem-se nos pilares da filosofia da humanidade: olhar, palavra, toque, verticalidade, vestuário, tendo por base os princípios éticos e geriátricos e as regras de arte da profissão.

Os resultados de diagnóstico inicial onde se aplicaram as duas escalas de percepção do valor e aplicabilidade do MGM, foram coincidentes com o estudo anterior, indicando uma percepção elevada de valor e aplicação na práxis diária da sequência de procedimentos, no entanto os dados observacionais revelaram grandes desvios entre percepção e realização efectiva.

Apurou-se, em relação à importância que estes enfermeiros atribuem aos procedimentos, um score global de 77%. Em relação à percepção de os realizarem na sua prática quotidiana apurou-se um score global de 69%. Pelos resultados, podemos concluir que estes enfermeiros valorizavam e se reviam na grande maioria dos procedimentos cuidadosos descritos e consideravam que os aplicavam na sua prática quotidiana, voltando a demonstrar que os enfermeiros compreendem o sofrimento humano quando em intimidade, cuidam da pessoa dependente e vulnerável, procurando promovê-la à altura da dignidade humana (Vielva, 2002), numa relação de respeito e igualdade (Simões, 2005). Os procedimentos menos cotados, permitiram perceber o peso das tradições. No entanto, as notas de observações ocasionais e da observação do investigador, davam uma outra visão, os cuidadores estavam longe de trabalhar de acordo com o MGM, faltava-lhes a técnica. Justificava-se colher dados, por observação direta, em contexto real, como tinham planeado. O confronto dos resultados apurados pelos dois métodos permitir-lhes-ia um diagnóstico mais preciso e aos cuidadores tomarem consciência das suas formatações, pela reflexão destes resultados.

A construção do questionário usado possibilitou-lhes, construir a grelha de observação sistematizada. Esta grelha constava, como já referido, da descrição da Sequência Estruturada de Procedimentos Cuidativos de Humanidade (SEPCH) tendo sido submetida à apreciação de um grupo de peritos portugueses e da perita internacional Margot Phaneuf e permitia registar a presença ou ausência de cada um dos 27 procedimentos, cuja descrição se inclui na sua constituição, se o procedimento não se aplicava ou não foi observado ou se foi observado o contrário do procedimento descrito e outras ocorrências que o observador considere significativas.

A partir dos dados colhidos, através desta grelha, foi possível comparar as práticas efetivas com as preconizadas e verificar se há desvios entre os procedimentos inscritos nela e os realizados.

Os desvios encontrados foram coincidentes com os achados dos autores: as abordagens-surpresa; a pobreza de palavras e de olhares; as conversas de dois cuidadores entre si, deixando a pessoa doente de fora; a não-consolidação; o toque inadequado; a não-verticalidade.

Já em 2004 apoiando-se em Gineste e Marescotti, o estudo de Océane, para obtenção de diploma universitário, vem confirmar estes resultados (Gineste & Pellissier, 2008).

A razão está no sistema de comunicação humana que é retroalimentado pelo feedback. Quando este sistema não é retroalimentado por uma comunicação interativa, morre. Então criaram o auto-feedback, em que a retroalimentação é feita pela comunicação não-verbal da pessoa doente, detetando informações muito subtis, por meio de uma percepção muito fina do cuidador e é ele próprio que alimenta o sistema, através de uma mensagem descritiva.

Um outro aspeto, e que neste estudo também se verificou, é uma certa formatação profissional de concentração na execução do procedimento. A consolidação emocional em doentes com Alzheimer ou outros Síndromas Cognitivo-mnésicos (SCM) é da máxima importância, visto que valorizar o encontro, com palavras positivas e gestos de ternura deixam um Priming em memória emocional.

A verticalidade é um importante pilar da humanidade, podemos destruir irremediavelmente a humanidade de uma pessoa deixando-a acamada. Para os autores estar as 24h do dia acamada, ou 12h na cama e 12h no cadeirão, produz síndromas de imobilismo, com repercussões desastrosas a nível dos nossos sistemas vitais. Deixada nesta estabilidade de posição a pessoa vai perdendo progressivamente o esquema corporal e a inteligência sensorio-motora, afetando mesmo a inteligência conceptual. É do conhecimento geral que uma pessoa acamada perde por semana 10 a 15% da sua força muscular, e num idoso de 80

anos acamado pode ir aos 40%, tornando-se definitivamente acamado em menos tempo. Daí que os autores afirmarem que quem faz os dependentes (acamados, rígidos, com úlceras de pressão...) são as instituições e os próprios cuidadores, produzindo uma invalidez iatrogénica. Em 1982 criam o conceito de «Viver e morrer de pé». Grumbach (1988), afirma que a síndrome de imobilização é o opróbrio da medicina. Gineste & Pellissier (2007) afirmam que a geriatria é uma medicina de pé, o cuidado gerontológico é tanto quanto possível um cuidado de pé. A longa experiência de Gineste e Marescotti, permite-lhes afirmar que bastam 20 minutos por dia sobre as suas pernas para que um idoso não se torne um acamado, com as consequências bem conhecidas.

Criaram, em 1993 os Programas de Atividade Mínima que transformam os gestos dos cuidadores em ações de reabilitação orientadas, valorizando os procedimentos durante as toilettes e outros.

O toque que observámos era duro, as mobilizações em força, a mão era utilizada em garra e o puxar em pinça. Tudo isto desperta sensações punitivas, e é contrário a um toque suave, carinhoso (toque ternura) e mobilizações suaves, que despertam sensações de ternura, e se comunica de forma não verbal com o corpo para despertar as suas forças de vida. Os cuidadores necessitam de pelo menos um ano de treino e correções diárias para o conseguir (Gineste & Pellissier, 2008).

O auto-feedback, o mergulho retrógrado, a estimulação e utilização das capacidades restantes e forças de vida da pessoa, o pedir o consentimento e esperar autorização, o anunciar e descrever os gestos, e a compreensão do seu impacto positivo e de destruição quando não forem respeitados.

Esta é uma reflexão ética a fazer juntamente com o respeito pela regra da não-interrupção do cuidado, assim como a forma como a pessoa doente é tratada, para não agredir a sua identidade.

A nível internacional, em 2012, nos Estados Unidos da América é publicado no periódico *Work* (Reading, Massachusetts): “Cuidados de dar e de enfermagem, condições de trabalho e humanidade” da autoria de Sylvain Biquand e Benoit Zittel. O estudo resulta da constatação de que o aumento da expectativa de vida nas sociedades ocidentais conduz ao aumento de internamentos na velhice, especialmente para utentes que mostram formas de demência, incluindo doença Alzheimer. E de que nem sempre a relação estabelecida entre estes utentes e os seus cuidadores, onde se destacam os enfermeiros, se pauta por assentar

na verdadeira essência do cuidar e na dignidade da pessoa humana. Encontrando-se lamentavelmente referências a ocorrências de maus-tratos.

Depois de vários estudos em hospitais geriátricos, para avaliar aspectos psicossociais e ergonômicos do trabalho, os autores apresentam uma análise da diferença entre a lógica do cuidado humano e a lógica de organização hospitalar, incluindo as condições de trabalho dos funcionários e o seu bem-estar psicológico. Na medida em que, a prestação de cuidados não é apenas uma relação com o paciente "one to one", mas precisa ser integrada em toda a organização. Assim as instituições deverão para o atingir de pleno cuidado humano é crucial a aplicabilidade de ótimas condições de trabalho para os cuidadores na área da saúde.

Em 2010, encontra-se publicado em, Gerontologia National Library of Medicine, um artigo de Yves Gineste e Rosette Marescotti- "Juros da filosofia da humanidade no atendimento de pacientes com doença de Alzheimer", focando o interesse na filosofia da humanidade no tratamento da doença de Alzheimer.

Nesse trabalho as autoras apontam para que a humanidade se desenvolve em experiências e vivências relacionais entre humanos. Nesses relacionamentos, o ser humano, vivencia um "segundo" nascimento, aí sem o seu reconhecimento com a espécie, o seu desenvolvimento é profundamente comprometido.

As pessoas afetadas por demência podendo encontrar-se isoladas de contato com o olhar, a fala o toque e os demais pilares de humanidade como resultado tendem a desenvolver o síndrome de imobilização.

A metodologia da assistência de enfermagem Gineste-Marescotti, que se baseia na humanidade e na aplicação dos seus pilares, incluiu técnicas de cuidados de enfermagem e permite que os pacientes passem por um "terceiro" nascimento. De acordo com as autoras, ao aplicar-se na enfermagem que visa cuidados a este grupo de utentes, a metodologia Gineste-Marescotti permite-se que os pacientes vivenciem um "terceiro" nascimento.

Recentemente, já em 2013, foi publicado um artigo na revista norte americana NPG- Neurologia Psiquiatria – Geriatria, por Ducato, Tabard e Bárbaro. "Descrição da intervenção de um lar de idosos de Alzheimer", que dá impulso à necessidade da contínua investigação nesta vertente humana do cuidar. Os autores descrevem a operacionalidade, funcionalidade de uma instituição, lar de idosos, com utentes afetados por Alzheimer.

Referindo também, como numa fase moderadamente grave da doença de Alzheimer os distúrbios cognitivos afetam seriamente a vida dos utentes e o impacto psicossocial da disfunção cognitiva e especialmente como os distúrbios de comunicação podem ser devastadores para a sua qualidade de vida.

Desde 2009 que a referida instituição, na unidade de apoio a utentes com Alzheimer, tem como principal objetivo o seu manter da autonomia física e bem estar mental. Adotando para tal, métodos que enfatizam o bem-estar dos idosos dependentes, nomeadamente o que se reporta à aplicação da filosofia da humanidade de Gineste e Marescotti.

Segundo Ducato, Tabard e Bárbaro a estratégia adaptada nessa instituição parece eficazmente adequada para a pessoa afetada pela doença de Alzheimer moderadamente severa. No entanto, referem ainda os autores, que se afigura necessário e extremamente pertinente a realização de estudos de investigação, a fim de fornecer a prova estatística para a eficácia do acompanhamento e referidas estratégias utilizadas no organismo institucional de apoio mencionado.

CAPITULO 2. A HUMANIZAÇÃO E OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

A humanização do cuidar, em enfermagem, tem acompanhado esta ciência desde os primórdios da sua conceção como escola (Henderson, 1955). Ao cuidar em espaços de intimidade e impulsionando a pessoa doente à grandeza da dignidade humana, o profissional de enfermagem, compreende a verdadeira dimensão do padecimento humano (Vielva, 2002). Uma correta interpretação das emoções, da corporalidade e da linguagem poderá revelar-se essencial, além de que o estar consciente das suas emoções, ser capaz de colocar questões poderosas a si próprio sobre o seu desempenho e desejos profissionais e pessoais constituirá uma mais valia no processo de construção da sua identidade profissional (Galvão & Neves, 2012). No entanto, face à manipuladora vertente da técnica e da ciência, os enfermeiros, cuidadores de proximidade, nem sempre conseguem ficar imunes à tendência de desvalorização do fator humano e assim à perspectiva holística do indivíduo. Facto este indiciante de um possível período de perda de humanismo na enfermagem (Carvalho, 1996).

Em saúde, a prestação de cuidados de elevada qualidade carece que todos os intervenientes no processo tenham em consideração a dignidade da pessoa, exigindo competência, dedicação, atenção e apoio dirigidas às reais necessidades individuais de cada cliente/utente, indiciando que neste âmbito a qualidade está subjacente à humanização.

Graber e Mitcham (2004) consideram que a cultura organizacional pode ser o componente chave para promover um cuidado humanizado. Pela extrema importância atribuída a este aspeto, foram, há já várias décadas, criadas inclusive comissões de humanização em unidades de cuidados, sendo constituída em Portugal a Comissão de Humanização e Qualidade em 1994, pelo Despacho de 16 de Janeiro de 1993. Esta considera a qualidade como um objetivo estratégico e fulcral e define qualidade global como resultado da interação entre a humanização e a excelência técnica.

Nos serviços de saúde os clientes apresentam indubitavelmente características particulares inerentes à Pessoa Humana, que o são. Perante esta premissa, torna-se primordial que as organizações sejam maleáveis visando a resposta às expectativas e globalidade das

necessidades dos utentes que servem, e não apenas às respostas relativas ao diagnóstico e tratamento, não descurando ainda a eficiência e tempo dos profissionais.

De acordo com o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) (REPE, 1996) a Enfermagem é a profissão que, na área da saúde, tem como objetivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível. Atentando, este documento estabelece uma interação entre o enfermeiro e o utente, a qual se funda numa relação de ajuda, como fundamento dos cuidados de enfermagem.

Na perspectiva de Watson (2002), o cuidar é o foco mais central e unificador da prática de enfermagem, pelo que o papel de enfermagem é, sem dúvida, baseado no cuidar.

Os cuidados de enfermagem são as intervenções autónomas ou interdependentes a realizar pelo enfermeiro no âmbito das suas qualificações profissionais, e caracterizam-se por terem um fundamento entre enfermeiro e utente, indivíduo, família, grupos e comunidade, e ainda por estabelecerem uma relação de ajuda com o utente (REPE, 1996). Assim, no âmbito do exercício profissional, este profissional de saúde distingue-se pela formação e experiência que lhe permite compreender e respeitar os demais numa perspectiva multicultural, num quadro onde procura abster-se de juízos de valor relativamente à pessoa cliente dos cuidados de enfermagem (Conselho de Enfermagem, 2001).

Em 2011, a Direcção Geral de Saúde (DGS) aponta o primado do cidadão, considerando-o como o aspecto central de todo o Sistema de Saúde e realça ainda o promover a humanização no atendimento a todos os doentes, principalmente aos grupos vulneráveis.

De acordo com o Plano Nacional de Saúde (PNS) 2012-2016 na sua prática, os profissionais de saúde devem incrementar a prestação de cuidados individualizados e personalizados, com a participação do cidadão no processo de decisão terapêutica e considerar e avaliar o contexto socioeconómico e cultural adequando os cuidados de saúde à realidade do cidadão, família e comunidade.

No entanto, por vezes, a cultura organizacional das instituições nem sempre valoriza o utente como ser humano livre e portador de sentimentos colocando a rotina e o procedimento como valor supremo. A rotina por sua vez despersonaliza o trabalho e leva a que as pessoas se tornem frias e insensíveis, apenas com a preocupação do cumprimento da sua carga de trabalho.

Com a tendencial “empresarialização” as instituições de saúde, ao apadrinharem maior ênfase na gestão empresarial, descentralizam a atenção do essencial, o doente e a prestação dos cuidados de saúde, comprometendo a adoção de estratégias de eficiência capazes de responder simultaneamente à necessidade de melhorar desempenhos e conter custos, só exequíveis em contextos de elevada excelência clínica com as naturais repercussões na qualidade dos cuidados.

Estando na base do conceito de qualidade a adequação dos cuidados às necessidades e expectativas dos doentes, é fundamental entender as tendências de evolução dessas necessidades e expectativas, a forma como os próprios cuidados de saúde se estão a desenvolver e como isso condiciona a procura de cuidados e o que se está a passar na interface entre doentes e prestadores de cuidados (Campos & Pinheiro, 2010).

Atualmente, uma boa gestão na área da saúde deve focar a sua centralidade no doente adquirindo um conjunto de políticas e estratégias baseado na qualidade, de forma a assegurar uma melhoria contínua no modo como se cuida e trata os doentes, na forma como presta contas à comunidade e à tutela e na eficiência como se administra os recursos que lhe são confiados. Além de que, “humanização na área da saúde é uma forma profissional e organizacional de vida que se concentra no utente e familiares, nas suas necessidades e interesses, por meio de cuidados de saúde de qualidade, empatia, advocacia e dedicação ao serviço dos outros” (Graber, 2009, p39).

Em saúde torna-se urgente e indispensável humanizar a prestação de cuidados de saúde. Asserção unânime, as instituições reconhecem a justiça da afirmação, até mesmo os responsáveis políticos o declaram, a própria lei consagra esta noção ao criar Comissões de Humanização nas instituições de saúde em diálogo e articulação com a Comissão Nacional de Humanização e Qualidade dos Serviços de Saúde (Osswald, 2002).

Mezomo (2001), diz que quem labora no hospital necessita ter o toque humano da compaixão e do amor, pois este, é capaz de realizar milagres mesmo quando as competências técnicas dos profissionais não podem fazer nada. Estes aspetos não só mostram, como provam, a importância do regresso da humanização ao contexto da saúde.

Independentemente da tecnologia envolvida no diagnóstico e tratamento, o aperto de mão continua a ser capital.

O Cuidar profissional é efectuado por diferentes técnicos, mas é essencialmente na enfermagem que o conceito ganha maior expressão (Carvalho, 2009).

A enfermagem olha para o doente de modo holístico vendo-o como um todo, e aqui, é importante voltar a referir que o todo é mais do que a soma das partes (Carvalho, 2002).

A humanização dos cuidados de enfermagem dilata-se, pela ética em enfermagem, pela relação entre o doente e o enfermeiro e pelo respeito dos direitos dos doentes (Conselho de Enfermagem, 2001). O estatuto da Ordem dos Enfermeiros (1998) no artigo 76º, tal como já referido, observa que: “Os enfermeiros são obrigados a exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, com o respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar da população devendo adoptar todas as medidas que visem melhorar a qualidade de cuidados e serviços de enfermagem”

Os enfermeiros como prestadores de cuidados tal como os seus colegas na equipa multidisciplinar, aplicam o cuidar nas suas múltiplas dimensões e em toda a sua complexidade. No entanto, os enfermeiros dispõem de alguns “meios muito particulares” que lhes proporcionam uma relação privilegiada que lhes confere momentos muito especiais e de grande proximidade com as pessoas de quem cuidam, e é aqui, que pode ser acrescentado valor aos cuidados. Para além do carácter técnico inerente aos cuidados de enfermagem, estes abrangem uma imensidão de “coisas” no meio de “pequenas coisas”. Conferindo-lhes o grau de especialistas das “pequenas coisas”. Não se trata de pequenos actos mas sim das “pequenas coisas” da vida, aquelas que para uma determinada pessoa, dão sentido e qualidade à vida e são importantes. E a atenção disponibilizada pelo profissional a essas “pequenas coisas” mostra preocupação com o outro, na sua existência, o que por sua vez transmite bem-estar às pessoas que recorrem ao sistema de cuidados (Hesbeen, 2001). Isto porque estas “pequenas coisas” jamais são banais para quem recebe os cuidados pois estão-lhe inerentes uma grande atenção por parte destes profissionais sendo esta, por sua vez, uma exigência por parte do seu profissionalismo.

2.1. O enfermeiro e o utente na relação do cuidar

O utente/ cliente de cuidados de saúde é antes de tudo pessoa, assim sendo, deve-se ter em atenção que cada pessoa é um ser complexo que não se reduz ao momento presente, mas trás sempre consigo a sua história, a sua circunstância e o seu contexto (Coelho, 2000).

Na enfermagem, a pessoa, desde sempre foi o centro de atenção, visto que no seu ciclo vital “da concepção até à morte” carece de cuidados que não consegue prestar a si própria,

quer devido à fase de desenvolvimento em que se encontra, cujos processos de transição exigem capacidade, conhecimento ou vontade que não possui, quer devido à doença ou enfermidade que a afecta (Vieira 2007).

Segundo o Conselho de Enfermagem (2001), a pessoa é um ser social e fator intencional de comportamentos baseados nos valores, nas crenças e nos desejos da natureza individual, o que torna cada pessoa num ser único, com dignidade própria e direito a auto-determinar-se. Os comportamentos da pessoa são influenciados pelo ambiente no qual ela vive e se desenvolve. Toda a pessoa interage com o ambiente: modifica-o e sofre a influência dele durante todo o processo de procura incessante do equilíbrio e da harmonia. Na medida em que cada pessoa, na procura de melhores níveis de saúde, desenvolve processos intencionais baseados nos valores, crenças e desejos da sua natureza individual, podemos atingir um entendimento no qual cada um de nós vivencia um projecto de saúde. A pessoa pode sentir-se saudável quando modifica e integra as alterações da sua vida quotidiana no seu projecto de vida, podendo não ser feita a mesma apreciação desse estado pelo próprio e pelos outros.

O desenvolvimento da autonomia do indivíduo como pessoa é influenciado por fatores biológicos, psicológicos e sociais. E “ (...) apesar dos condicionantes biológicos, psicológicos e sociais, o ser humano pode agir dentro de uma margem própria de ação e deliberação” (Sá & Oliveira, 2007,p.13). A autonomia da pessoa, em alguns momentos e situações de crise poderão interferir na sua capacidade de escolha. Assim a influência externa de fatores sócioeconómicos e culturais interferem na autonomia, na medida que diminuem as possibilidades de escolha, podendo reduzir ou mesmo inviabilizar a margem própria de ação e deliberação (Sá & Oliveira, 2007).

A autonomia do indivíduo decorre da doutrina da dignidade humana, que afirma a dignidade do Homem em si mesmo, recusando a sua instrumentalização ou utilização como um simples meio, sendo explícitos na Carta dos Direitos do Doente alguns direitos com vista à sua autonomia sendo centrais os direitos à informação e ao consentimento (Simões & Martins, 2007).

A pessoa é também centro de processos não intencionais. As funções fisiológicas, enquanto processos não intencionais, são fator importante no processo de procura incessante do melhor equilíbrio. Apesar de se tratar de processos não intencionais, as funções fisiológicas são influenciadas pela condição psicológica das pessoas, e, por sua vez, esta é influenciada pelo bemestar e conforto físico. Esta inter-relação torna clara a

unicidade e indivisibilidade de cada pessoa; assim, a pessoa tem de ser encarada como ser uno e indivisível (Conselho de Enfermagem, 2001).

Assim sendo, no campo da saúde a pessoa tem direito a cuidados individualizados e personalizados. Face a estes requisitos, Douglas (2010), defende ainda que os gestores dos profissionais do Cuidar devem ter em conta a parte emocional dos seus colaboradores visto que o desgaste emocional e a possível fadiga representam uma ameaça não apenas para a sua própria saúde mas também para a saúde dos que servem, o que vai influenciar a qualidade dos serviços prestados.

Falar de humanização nos cuidados de saúde é fazer referência a uma relação humana capaz em toda a prestação de cuidados, sendo esta uma exigência necessária para quem cuida de pessoas (Rodrigues, 2003). Humanizar os cuidados de saúde e dessa forma colaborar para a elevação da qualidade desses mesmos cuidados, deve ser um objectivo a perseguir por todos os profissionais de saúde (Santos, 2002).

Como referia Kant, o homem não pode ser tratado por nenhum homem, nem sequer por si próprio, como um simples meio ou instrumento mas sempre como um fim. Por este motivo, o doente nunca deve ser diminuído a uma cama, a um número ou a uma pulseira de identificação.

Não se deve considerar o doente como “algo”, mas sim como “alguém” respeitado na sua dignidade e na sua liberdade e que não abdicou de nenhum dos seus direitos apenas por ter assumido a condição de doente” (Osswald, 2002). Ao cuidar em excelência reporta-se ainda o disposto no Código Deontológico do Enfermeiro (1998), tal como já anteriormente referido, onde se evidencia que o enfermeiro deve considerar a inúmera multiplicidade de aspetos que abarcam o indivíduo e desenvolver a sua atuação fomentando uma relação recíproca que procure minimizar a vulnerabilidade daquele a quem se cuida, e que potenciando-o numa conceção holística restrinja possíveis assimetrias.

Assim, para melhor cuidar, todos os profissionais de saúde devem refletir sobre as suas práticas, adotando uma estratégia de intervenção centrada nas necessidades da pessoa, focalizando a promoção da sua autonomia, e consequentemente o seu bem-estar e sentimento de integração/valorização pessoal e naturalmente social. “As intervenções em cuidados de enfermagem surgem, assim, diretamente relacionadas com qualidades de quem cuida, pelo que a influência das crenças e valores é importante nas atitudes e comportamentos dos enfermeiros” (Costa, 1998. p. 73).

A Humanização dos cuidados tem que ser vista como uma atividade global de todas as organizações de saúde, estendendo-se essa vertente do cuidar a todos os membros dessas mesmas organizações. É astuciosamente fulcral incluir os administradores e corpos de gestão, para que estes implementem políticas, estratégias e métodos de organização do trabalho que permitam, e que fomentem, a humanização dos cuidados de saúde pelos profissionais de enfermagem, pois que são quem mais diretamente contacta com o doente.

Felizmente, embora existam algumas organizações e implicitamente, deste modo os seus colaboradores, que olham para o utente como objeto de ganho e de sobrevivência no mercado sob uma perspectiva economicista da saúde, porém existem outras que estão marcadamente preocupadas em devolver-lhe o respeito como pessoa humana que é. (Mezomo, 2001). “Acabou o tempo de ver em cada pessoa um cliente; chegou a hora de ver em cada cliente uma pessoa” (Jan Carlson citado por Mezomo, 2001).

CAPITULO 3. GESTÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE

Acompanhando a reorganização da Administração Pública na Europa a partir do final dos anos 80 do século XX, os governos contestaram a estrutura da administração dos seus sistemas de saúde, desenvolvendo-se processos de reforma neste setor (Simões, 2009). Assim, nos últimos anos temos presenciado colossais reformas no setor da saúde, das quais salientamos a reorganização dos cuidados de saúde primários, reconhecendo aos centros de saúde constituir o primeiro acesso dos cidadãos à prestação de cuidados de saúde.

Esta mutação evolucionista está associada a modificações socioculturais e demográficas, mudanças tecnológicas e científicas que influenciam a procura de serviços (cada vez maior, mais personalizada, e a oferta de serviços (mais flexível, abrangente e controlada) (Biscaia, 2007).

Além de que, por exemplo em Portugal, segundo Pisco (2011), o Serviço Nacional de Saúde (SNS) é uma estrutura altamente centralizada e burocrática, não existindo incentivos para o bom desempenho ou para a qualidade, onde subsiste a insatisfação profissional que se traduz como um desafio e uma ameaça para o desenvolvimento dos cuidados de saúde primários.

No entanto, a reconfiguração dos Centros de saúde (CS) conduziu à possibilidade de dotar os atuais CS de um enquadramento organizacional e de estruturas de apoio, que lhes permitissem aumentar a qualidade dos serviços prestados, maximizando os recursos e preservando a sua identidade, passando de uma lógica de tutela para uma lógica de prestação de serviços, otimização dos fluxos de informação e valorização da pessoa humana.

3.1. Novas estratégias de Gestão em Saúde

Em Portugal, no início da primeira década deste novo milénio verificou-se uma superior pressão a nível político para a redução do défice público. Invocou-se o aumento da eficiência, o atentar no valor do dinheiro e conseqüente controlo da despesa pública.

As pressões e constrangimentos sobre a despesa pública, particularmente devido ao envelhecimento da população, à escassez de recursos resultado das novas exigências europeias e critérios de convergência reconhecidos em Portugal como em outros países europeus, implicaram a necessidade de repensar sobre o papel do Estado na Administração Pública (Corte Real, 2008). Os governos de muitos países questionaram a estrutura da administração dos seus sistemas de saúde, desenvolvendo-se processos de reforma neste setor (Simões, 2009).

Assim, além da prossecução das reformas no setor da saúde, já iniciadas no término do século passado, os governos, um pouco por toda a Europa, passaram a adotar uma abordagem de intervenção influenciada por uma nova filosofia de gestão a qual resulta de uma combinação de mecanismos de mercado e de ideias e técnicas de gestão do setor privado (Carapeto & Fonseca, 2005). Se bem que quando aplicado ao setor da saúde há quem defenda que a designação de “mercado” tem uma conotação demasiado económica para estar associada a um bem com particularidades tão específicas.

Esta nova perspetiva implicou que se não ficasse alheio a estas tendências, constatando-se assim uma pressão para a melhoria da governação na saúde, verificando-se consequentemente em alguns países a privatização da gestão ou mesmo a privatização da propriedade.

Em Portugal, corolário desta nova postura de gestão, foram adotadas pelo governo medidas de contenção de gastos e a aplicação de mecanismos de melhoria da eficiência técnica no funcionamento dos serviços de saúde de forma a promover a eficiência económica num cenário de maior disciplina orçamental e de controlo da despesa pública (Simões, 2009).

Para atingir estes objetivos foram adotados conceitos de gestão privada que englobam a descentralização, a definição de objetivos mensuráveis, a avaliação do desempenho e a responsabilização (Carvalho, 2009).

Nesta conjuntura, ocorrem transformações a nível organizacional que se traduzem pelo atendimento a um maior número de utentes, os quais são “tratados” ao mesmo tempo utilizando a mesma quantidade de recursos, instalações, tecnologia e trabalho (Bolton, 2002), ou seja, constata-se um aumento do volume de trabalho o que poderá colocar em causa a qualidade dos serviços prestados.

As novas posturas políticas e as orientações de gestão aí imbuídas proporcionam também a criação de uma nova cultura organizacional na qual as organizações devem estar cada vez orientadas para a obtenção da satisfação dos clientes o que tornou os consumidores de

serviços de saúde presentemente cada vez mais exigentes, pelo que como sugere Rego (2011) a aposta na qualidade, consequência da lógica de mercado, será um imperativo.

Numa perspetiva psicossociológica as organizações são realidades criadas pelo homem, que se multiplicaram para conceder resposta a um elevado leque de necessidades, difíceis de satisfazer individualmente, necessitando para tal da colaboração de vários indivíduos. Assim as organizações são grupos constituídos por pessoas que contribuem para a realização dos seus objetivos, de forma corporativa (Tavares, 2011).

No contexto da saúde, o grupo profissional de enfermagem é considerado o mais representativo nas instituições, pelo que este estudo integra inevitavelmente a perspetiva deste grupo profissional.

De facto, “a enfermagem constitui um grupo profissional fortemente visado com as alterações e reestruturações ocorridas nas instituições de saúde” (Carvalho, 2009). No entanto, os utentes esperam dos profissionais um conhecimento técnico e um atendimento humanizado (Vieira, 2005).

Sendo premissa que um cuidado humanizado pressupõe cuidar de forma personalizada, na medida em que cada ser humano é único pelo que não se aplicam procedimentos terapêuticos estandardizados e como tal é necessário tempo, o qual se mostra cada vez mais reduzido. Isto leva a que os profissionais de enfermagem se depararem mediante uma dualidade; por um lado estão submetidos à pressão ditada pelas exigências de uma gestão marcadamente orientada para os indicadores e resultados, por outro, aos apelos dos utentes para a satisfação das suas necessidades de uma forma cada vez mais exigente em amplitude e especificidade.

Brunetto e Far-Wharton (2004) defendem que as novas políticas de gestão tiveram um impacto negativo nas condições de trabalho do grupo profissional de enfermagem, o que por sua vez teve consequentemente implicações na procura de alcançar a eficiência e a eficácia a nível de políticas governamentais. Se por um lado se conseguiu maior eficiência através da redução de custos, por outro lado, obteve-se uma menor eficácia no trabalho dos enfermeiros, os quais viram aumentado o número de doentes a serem tratados e o aumento da incidência de doentes com maior gravidade.

Brunetto e Far-Wharton (2004) defendem também que, se o governo estiver realmente interessado em conseguir uma gestão mais eficaz dos recursos de saúde, a adoção de um modelo baseado na obtenção de resultados positivos nos utentes será provavelmente a melhor alternativa.

As mudanças verificadas no contexto dos recursos humanos na saúde só podem ser analisadas tendo por referência as restantes medidas para diminuir os custos da prestação de cuidados, contudo, este constitui um dos campos mais controversos e simultaneamente mais pertinentes na análise das reformas (Carvalho, 2009).

Um estudo realizado a nível hospitalar por Carvalho e Santiago (2009), em Portugal, demonstrou que os enfermeiros perceberam uma intensificação significativa de trabalho resultante de mudanças de gestão de recursos humanos, causado: pela redução orçamentária para contratação de novos enfermeiros; da introdução de práticas do setor privado; da flexibilidade e mobilidade; dos contratos individuais e precárias condições, que conduziram a uma nova organização do trabalho.

Torna-se então fulcral, motivar estes profissionais para melhor satisfazerem o elevado grau de requisitos que lhe são de momento solicitados.

Tavares (2011), define como motivação “o processo de ativação e direção do comportamento com o intuito de satisfazer uma necessidade”.

Para Jorge e Silva (2000), motivação é o complexo de variáveis situacionais e organizacionais que explicam a atividade e a orientação da experiência e comportamento dos indivíduos.

Traduzindo-se o comportamento como, o conjunto de operações fisiológicas, motoras, verbais e mentais, que determinam ações, atitudes e relações do indivíduo, por força de um impulso motivacional de natureza psicológica (Jorge & Silva, 2000).

Chiavenato (2000), menciona que o homem é pró-ativo e social. Pró-ativo porque o seu comportamento é orientado pela satisfação das suas necessidades pessoais e para atingir os seus objetivos e ambições. Pelo que, reage e responde ao contexto ambiental, na organização e fora desta. E é social, porque a participação em organizações leva ao envolvimento, relacionamento com outros indivíduos em grupo.

O mesmo autor refere que o grau de motivação dos colaboradores influencia o clima organizacional. Quando é elevada traduz-se em relações de satisfação, de interesse e colaboração.

Porém, as razões ou motivações que desencadeiam e norteiam os comportamentos nem sempre são fáceis de conhecer quer para quem os vivencia como para quem os observa (Tavares, 2011).

O desempenho é a conjugação da competência e do empenho. A competência é conseguida pelos conhecimentos, formação e experiência. O empenho provém de dois

fatores: a auto confiança (segurança em saber fazer e fazer bem) e a motivação (interesse e satisfação conseguida através da realização da tarefa).

Assim, enfermeiros motivados serão enfermeiros satisfeitos. Segundo Graça (1999), a satisfação profissional é um relevante indicador do clima organizacional e, mais do que isso, um elemento determinante da avaliação da qualidade das empresas e demais organizações, a par da satisfação dos clientes. No entanto, a relação entre a satisfação e os resultados do desempenho individual e organizacional não se traduz linear, embora muitos estudos apontem para uma associação ou correlação entre a satisfação, certas variáveis sociodemográficas (por ex., antiguidade, cargo ou função) e certos comportamentos ou intenções comportamentais, sendo disso exemplo o desempenho.

As atuais políticas de gestão devem assim visionar estratégias de gestão que motivem e incluam todos os atores, “conhecendo toda a cultura latente e patente das organizações de saúde aumentando a comunicação, enquadrando, capacitando, automatizando e responsabilizando ” para fazer face à complexidade da saúde (Biscaia, 2006, p.63).

PARTE II

**ESTUDO EMPÍRICO: PERCEÇÃO DOS ENFERMEIROS ACERCA DA
METODOLOGIA DE TRABALHO HUMANITUDE NA
GESTÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE**

CAPÍTULO 1. ASPETOS METODOLÓGICOS

A investigação científica traduz-se como um processo que permite solucionar problemas ligados ao conhecimento de fenómenos do mundo real em que vivemos (Fortin, 2000). Este processo comporta certas características inegáveis: é sistemático, rigoroso e leva à aquisição de novos conhecimentos, efetuando-se de uma forma ordenada, seguindo uma série de etapas, Fortin (2009).

Com a elaboração deste capítulo pretende-se descrever a metodologia adotada no desenvolvimento deste estudo visando atingir os objetivos previamente definidos. Esta será exposta através de um conjunto de subcapítulos, onde se apresenta a identificação do problema, a justificação do tema, o tipo de estudo, os objetivos estabelecidos, as variáveis em estudo, a população e o instrumento de recolha de dados. No entanto, iniciamos por contextualizar a instituição de saúde onde se desenvolveu o estudo.

O contexto do Centro de Saúde alvo do estudo.

O Serviço Nacional de Saúde (SNS) encontra-se formalmente estruturado no seu pilar fundamental que é a Lei de Bases da Saúde (Decreto-Lei 48/90, de 24 de Agosto de 1990). Caracteriza-se, como já anteriormente referido, por ser um conjunto ordenado, hierarquizado, de instituições e de serviços oficiais prestadores de cuidados de saúde, funcionando sob a tutela do ministério da Saúde, e que tem como missão garantir o acesso de todos os cidadãos aos cuidados de saúde, nos limites dos recursos humanos, técnicos, financeiros disponíveis, no qual se insere assim a estrutura Centro de Saúde pelo que é imprescindível abranger-se o essencial da sua organização.

O Centro de Saúde é uma instituição onde se ministram cuidados de saúde primários, ou seja, onde se prestam cuidados essenciais de: promoção e vigilância da saúde, a prevenção, o diagnóstico e o tratamento da doença, através do planeamento e da prestação de cuidados, bem como do desenvolvimento de actividades específicas dirigidas, globalmente,

ao indivíduo, à família, a grupos especialmente vulneráveis e à comunidade (artigo 2.º do Decreto-Lei n.º157/99, de 10 de Maio de 1999).

O Centro de Saúde da presente investigação está integrado numa Unidade Local de Saúde do nordeste do país. Integra duas Unidades de Saúde e abrange a população residente no concelho no qual se insere, ainda que temporariamente e todos os que nele se queiram inscrever, com prioridade, havendo carência de recursos, para os residentes na área geográfica abrangente.

Segundo os Censos 2011, o concelho em questão apresentava uma população de 35 319 habitantes (INE, Censos 2011).

Na ordem dos enfermeiros (OE) a 31 de dezembro de 2012 estavam inscritos 65.467 enfermeiros, sendo que 87,4% dos seus membros ativos pertenciam ao sexo feminino. No distrito abraçado pelo estudo, este valor é de 79,2%. Além de que 86,5% dos profissionais em exercício nos centros de saúde em Portugal são mulheres. Quanto à idade, nesta classe profissional, 60% dos enfermeiros tem idade até 40 anos, (OE, 2013).

Mantém um nível de cuidados de saúde acessíveis a todos os indivíduos, famílias e comunidades, num primeiro contacto com o serviço nacional, maximizando a saúde e bem-estar da população. Para tal conta com uma equipa pluridisciplinar, com missões específicas, intercooperações e complementares (Manual da Qualidade Para Atendimento aos Utentes, 2010).

O Centro de Saúde visado está integrado nos Cuidados de Saúde Primários assume um conjunto de atividades, providenciando os cuidados essenciais de promoção da saúde e prevenção da doença, de diagnóstico, tratamento e reabilitação e ligação a outros serviços para a continuidade dos cuidados. Mantém um nível de cuidados acessível a todos os indivíduos, famílias e comunidades, num primeiro contacto com o serviço de saúde, maximizando a saúde e bem-estar da população, enfatizando a saúde como um conceito positivo, valorizando os recursos pessoais e sociais (Ministério da Saúde, 2011). Esta instituição, além de se colocar na vanguarda dos cuidados de uma forma integrada, polivalente e dinâmica, desenvolve também atividades de vigilância epidemiológica, investigação em saúde, controlo e avaliação dos resultados e participa na formação de diversos grupos profissionais nas suas diferentes fases pré graduada, pós graduada e contínua (Manual da Qualidade Para Atendimento aos Utentes, 2010).

No desenvolvimento da sua atividade, o Centro de Saúde e os seus colaboradores regem-se pelos seguintes valores: Dignidade da Pessoa, Responsabilidade Social, Equipa e

Participação. Destes valores, destaca-se o valor Equipa, segundo o qual visa manter e desenvolver um ambiente organizacional que fomente a motivação, a iniciativa e o espírito de equipa.

Em Março de 2011, após candidatura, e o cumprimento dos vários requisitos exigidos foi galardoado com o troféu Marca de Atendimento de Qualidade (AQR).

A Marca de Atendimento de Qualidade Reconhecida AQR ® é uma Marca registada do Ministério da Saúde destinada a evidenciar e reconhecer que o atendimento prestado aos utentes nos Serviços de Saúde atingiu um determinado patamar de qualidade (Christo, 2010). No entanto, é necessário motivar e incluir todos os atores implicados na relação do cuidar, “conhecendo toda a cultura latente e patente das organizações de saúde aumentando a comunicação, enquadrando, capacitando, automatizando e responsabilizando ” para fazer face à complexidade da saúde (Biscaia, 2006, p.63).

Questão de Investigação

Qualquer investigação sugere a descoberta ou resposta a uma situação considerada problemática, num determinado campo do saber ou práxis, numa perspetiva de contribuição para uma superior compreensão do fenómeno em estudo. Neste trabalho de dissertação assente nessa premissa e partindo de uma progressão lógica definida na experiência profissional e académica, na revisão teórica e nos momentos de orientação, formulou-se a seguinte questão de investigação:

-“Qual a perceção dos enfermeiros acerca da metodologia de trabalho: humanidade?”

Justificação do Tema

O interesse da investigadora na temática, que sustenta esta dissertação, incide no facto de a nível do seu exercício profissional desempenhar funções como enfermeira e, ter realizado investimento pessoal em formação/revisão bibliográfica no âmbito metodologia de trabalho humanidade. Assim, pretende-se que o aprofundar de conhecimentos científicos respeitantes a este tema e a aplicação de metodologia de investigação direcionados, contribuam para um aumento do nível de entendimento da humanidade como ferramenta

fulcral de trabalho nas nossas instituições de saúde, visando a excelência da qualidade dos cuidados de enfermagem desenvolvidos.

Além de que a realização deste estudo, assenta também, no pressuposto que um conhecimento mais aprofundado sobre o perfil/caraterização dos profissionais de enfermagem poderá ser uma mais-valia para a gestão/liderança dos recursos humanos do Centro de Saúde no qual incide o presente estudo.

Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo de natureza exploratória, descritivo, de carácter quantitativo e correlacional. Porque procura descrever as características (variáveis) da população e tem como objetivo explorar, determinar, descrever e interpretar a relação existente entre as variáveis em estudo, numa determinada população (Fortin, 1999). Além de que, a investigação quantitativa caracteriza-se por se expressar através de números (entidades abstratas que representam uma contagem, uma medição, um cálculo) (Ribeiro, 2010).

Objetivos do Estudo

Delineou-se o seguinte objetivo geral:

✓ Conhecer as perceções dos enfermeiros sobre a metodologia do cuidar: humanidade;

E como objetivos específicos:

✓ Identificar os conteúdos representacionais com maior predomínio, que os enfermeiros construíram sobre humanidade;

✓ Elaborar uma proposta de intervenção específica na área da gestão dos cuidados de saúde relativa à temática em questão;

✓ Disponibilizar os resultados à equipa de saúde, visando a promoção da excelência dos cuidados de saúde com a aplicação da metodologia: humanidade.

✓ Estabelecer possíveis correlações entre variáveis independentes (sociodemográficas) e os pilares da humanidade.

Variáveis em Estudo

Em investigação, variável é qualquer coisa que seja observável, mensurável, que pode ser susceptível de mudança. As variáveis na pesquisa científica elegem-se um elemento central, pois é em torno das mesmas que a investigação se estrutura.

Variável é uma característica que varia, que se distribui por diferentes valores ou qualidades e é o oposto a uma constante, de acordo com Ribeiro (2010).

De seguida são apresentadas as variáveis identificadas neste estudo:

Variáveis Independentes

A variável independente também denominada explicativa mantém-se a si própria, podendo ser manipulada pelo investigador. Tida como variável experimental é considerada como a causa do efeito produzido na variável dependente, Fortin (2009).

Assim, temos como variáveis independentes:

- ✓ faixa etária, habilitações profissionais, unidade funcional, tempo de serviço, conhecimento reconhecido de humanidade;

Variável Latente

Variável latente é aquela variável hipotética ou teórica que não pode ser diretamente medida – como, por exemplo, qualidade, beleza, satisfação - mas que pode ser representada por outros indicadores, constituídos pelos itens das escalas ou pela observação do pesquisador, que em conjunto permitirão que ele obtenha uma medida razoavelmente precisa da atitude (Hair, Handerson, Tatham & Black, 2005).

Neste sentido, a variável latente no presente estudo é a percepção dos enfermeiros (PE) acerca da metodologia de trabalho humanidade.

Percepção traduzida como conhecimento, que de acordo com Davenport, et al., (1998) é informação combinada com experiência contextualizada, interpretação e reflexão. Encontrando-se o conhecimento classificado em Conhecimento Explícito, ou seja, codificado que se refere a um conhecimento que é transmitido numa linguagem formal e sistemática ou Conhecimento Tácito que se traduz como conhecimento pessoal, concreto, intuitivo, subjectivo que o torna difícil de formalizar e comunicar (Nonaka, 1994).

Como tal, a perceção/ conhecimento não pode ser observada nem medida diretamente, mas que pode ser definida a partir de um conjunto de outras variáveis (possíveis de serem observadas ou medidas) (Hill & Hill, 2005).

População

O investigador, na execução de uma pesquisa, necessita delimitar de forma precisa o universo ou população que a investigação abrange. Em sintonia com Fortin (2009), uma população consiste num conjunto de elementos ou indivíduos que partilham características comuns.

De acordo com os objetivos da presente investigação, pretendia-se a perceção de todos os enfermeiros a exercer funções nas duas Unidades do Centro de Saúde (CS) visado.

A população alvo do estudo abrangeu assim, a totalidade dos 40 enfermeiros a exercer funções nesta instituição.

Relativamente aos critérios de inclusão e exclusão dos indivíduos no estudo, estabeleceu-se como critério de inclusão todos os enfermeiros que exercem funções nas duas Unidades do CS e como critério de exclusão, a investigadora, por aí exercer atividade profissional.

Na Tabela 1 está apresentada a População pertencente às respetivas Unidade A e Unidade B. Pela sua análise, podemos observar que cinco (5) questionários não foram entregues pelos indivíduos em estudo, correspondendo três (3) questionários à Unidade B e dois (2) questionários à Unidade A. Foram recolhidos e validados trinta e cinco (35) questionários

Tabela 1. *Unidade do CS envolvidas no estudo*

Universo	População	Questionário não devolvidos	Questionários recolhidos e validados
Unidade A	24	2	22
Unidade B	16	3	13

1.1. Descrição do Instrumento de Recolha de Dados Utilizado

No decurso da metodologia, o investigador determina os métodos que utilizará para obter as respostas às questões de investigação colocadas ou às hipóteses formuladas. É necessário

escolher um desenho apropriado segundo se trate de explorar, de descrever um fenómeno, de examinar associações e diferenças ou de verificar hipóteses. Após a definição da população é também uma questão fundamental, ser feita a seleção dos instrumentos mais apropriados para efetuar a recolha de dados. Assegurando-se também a fiabilidade e validação dos instrumentos (Fortin, 1999).

Barañano (2004), alude ainda, que a seleção da ferramenta de recolha de dados constitui um passo importante numa investigação e depende de vários aspetos: o tipo de questões de investigação enunciadas, o grau de controlo que o investigador tem sobre os eventos que irão ser observados e do facto do foco da investigação estar dirigido a eventos contemporâneos ou a factos históricos.

De acordo com a metodologia científica, os objetivos do estudo, as características da população alvo e face à inexistência de instrumentos dirigidos à especificidade daí resultante, optou a investigadora, pela elaboração de um questionário direto dirigido em singular ao fenómeno a estudar.

Esta opção baseou-se na operacionalidade que este tipo de instrumento fornece ao investigador e pela comodidade que fornece também aos indivíduos investigados. Deste modo, os inquiridos, possuem tempo e espaço para poderem refletir quando optam por uma determinada resposta.

Assim, a variável latente – perceção dos enfermeiros, será operacionalizada em dimensões, assentes nos pilares da humanidade, de acordo com os estudos de Simões, Salgueiro e Rodrigues (2011), apoiados em Gineste e Pellissier e Gineste e Marescotti.

A investigadora operacionalizou-se o pilar sorriso, pela importância que lhe atribui, enquanto para os autores, este se encontra imbuído nos restantes pilares.

Eis que temos assim, a perceção de humanidade operacionalizada nas seguintes 6 dimensões:

- ✓ Palavra;
- ✓ Toque;
- ✓ Verticalidade

- ✓ Olhar;
- ✓ Sorriso:
- ✓ Vestuário/Conforto.

A operacionalização de cada pilar/dimensão construiu-se de acordo com a grelha-Sequência Estruturada de Procedimentos Cuidativos de Humanidade (SEPCH), elaborada por Simões, Salgueiro e Rodrigues (2011). Os procedimentos, dessa mesma grelha, inscrevem-se nos pilares da filosofia da humanidade: olhar, palavra, toque, verticalidade, vestuário, tendo por base os princípios éticos e geriátricos e as regras de arte da profissão. Esta grelha foi submetida à apreciação de um grupo de peritos portugueses e da perita internacional Margot Phaneuf. Segue-se a tabela 2, onde são descritos procedimentos de cuidar relativos à humanidade.

Tabela 2. *Procedimentos Cuidativos de Humanidade*

N.º	Descrição do procedimento
1	Bate à porta (e/ou nos pés da cama), fica atento e espera a resposta.
2	Aproxima-se e coloca-se à distância de contacto com uma postura ligeiramente inclinada para a pessoa doente.
3	Olha de frente nos olhos da pessoa doente (olhar axial, horizontal, longo, próximo) ...
4	Chama a pessoa doente pelo seu nome, saudando-a, com tom de voz suave, firme, melodiosa.
5	Anuncia-se à pessoa doente (eu sou o/a enfermeiro/a...).
6	Diz à pessoa doente que está ali para lhe dar atenção, para a ajudar, para a cuidar, utiliza palavras positivas.
7	Inicia o toque suavemente, em zona neutra do corpo (ombro, braço...), com a polpa dos dedos, desliza, assenta de imediato a palma da mão em deslize suave e curto (polpar-deslizar-palmar) ...
8	Espera por um sinal da pessoa doente que acuse a aceitação da relação (ex: olhar, falar, ...).
9	Dá continuidade ao toque: palmar amplo, suave, lento, acariciador (toque-ternura até ao fim do cuidado), sem utilizar os dedos em pinça ou a mão em garra...
10	Evita começar o procedimento pelo rosto (especialmente no banho).
11	Anuncia cada gesto que vai executar (ex: Sr. ^a Maria vamos lavar a sua mão direita, ...).
12	Pede à pessoa doente que inicie os movimentos, dando reforços positivos (ex: Sr. ^a Maria levante o seu braço direito (...) Muito bem!).
13	Executa os gestos com movimentos muito suaves, gestos amplos...
14	Descreve pormenorizadamente os gestos que executa (ex: S ^a Maria estou a ensaboar a sua mão direita, o seu dedo polegar, ...).
15	Observa sinais de aceitação e adesão da pessoa doente ao cuidado anunciado e descrito...
16	Evita o uso de palavras que possam estimular sentimentos conflituosos na pessoa doente.
17	Retoma com frequência o nome da pessoa doente (quem não tem nome não existe).
18	Olha com frequência de frente nos olhos da pessoa doente.
19	Responde-se continuamente em voz alta a si próprio(a) quando o doente não tem capacidade de resposta verbal (auto- <i>feedback</i>).

Tabela 2. *Procedimentos Cuidativos de Humanidade (Cont.)*

N.º	Descrição do procedimento
20	Procura ajudar a pessoa doente a tomar uma postura vertical. (ex: erguer o tronco, o segmento torácico da cama, sentar no cadeirão, pôr de pé).
21	Dá atenção à apresentação física (ex: vestuário, penteado, ...) da pessoa doente, de acordo com as suas preferências.
22	Utiliza as capacidades restantes da pessoa doente estimulando-lhe gestos e dando-lhe reforços positivos.
23	Está atento às respostas de satisfação da pessoa doente com os cuidados recebidos (ex: sem rigidez muscular, sem agitação, fâcies sereno, fâcies sorridente, lágrima de emoção).
24	Fala à pessoa doente da experiência agradável que foi prestar-lhe aquele cuidado.
25	Reforça positivamente os esforços da pessoa doente, por mínimos que tenham sido.
26	Diz à pessoa doente que tem todo o interesse em ajudá-la nos cuidados.
27	Agradece à pessoa doente aquele momento de relação no cuidado e despede-se.

Fonte: Simões, Salgueiro e Rodrigues (2011)

Para cada dimensão a investigadora concebeu possíveis situações, inerentes à práxis quotidiana do enfermeiro, assentes nos anteriores procedimentos cuidativos de humanidade que, como também referido anteriormente, haviam sido legitimados por investigadores nacionais. Intrínseco a cada situação está uma atitude/comportamento. E, relativamente a cada hipotética situação gerada pela investigadora o inquirido deverá avaliar atitudes e comportamentos que se traduzem mais ou menos adequados de acordo com a sua perceção de humanidade. Fá-lo-á numa escala de Likert para adequabilidade.

As dimensões, abrangidas pela investigadora, que integram a perceção avaliada estão descritas na tabela 3.

Tabela 3. *Descrição das dimensões da perceção sobre humanidade*

DIMENSÕES (Pilares)		APRECIÇÃO/CONCEITO
Palavra	1	Bate à porta (e/ou nos pés da cama), fica atento e espera a resposta
	2	Chama a pessoa doente pelo seu nome, saudando-a, com tom de voz suave, firme, melodiosa. Anuncia cada gesto que vai executar (ex: Sr.ª Maria vamos lavar a sua mão direita, ...).
	3	Anuncia-se à pessoa doente (eu sou o/a enfermeiro/a...) Evita o uso de palavras que possam estimular sentimentos conflituosos na pessoa doente.
	4	Espera por um sinal da pessoa doente que acuse a aceitação da relação (ex: olhar, falar, ...). Diz à pessoa doente que está ali para lhe dar atenção, para a ajudar, para a cuidar, utiliza palavras positivas.

Tabela 3. *Descrição das dimensões da percepção sobre humanidade (Cont.)*

DIMENSÕES (Pilares)	APRECIÇÃO/CONCEITO	
Toque	5	Dá continuidade ao toque: palmar amplo, suave, lento, acariciador (toque-ternura até ao fim do cuidado), sem utilizar os dedos em pinça ou a mão em garra...
	6	Inicia o toque suavemente, em zona neutra do corpo (ombro, braço...), com a polpa dos dedos, desliza, assenta de imediato a palma da mão em deslize suave e curto (polpar-deslizar-palmar) ...
	7	Anuncia cada gesto que vai executar (ex: Sr. ^a Maria vamos lavar a sua mão direita, ...). Inicia o toque suavemente, em zona neutra do corpo (ombro, braço...), com a polpa dos dedos, desliza, assenta de imediato a palma da mão em deslize suave e curto (polpar-deslizar-palmar) ...
	8	Dá continuidade ao toque: palmar amplo, suave, lento, acariciador (toque-ternura até ao fim do cuidado), sem utilizar os dedos em pinça ou a mão em garra...
Verticalidade	9	Procura ajudar a pessoa doente a tomar uma postura vertical. (ex: erguer o tronco, o segmento torácico da cama, sentar no cadeirão, pôr de pé).
	10	Procura ajudar a pessoa doente a tomar uma postura vertical. (ex: erguer o tronco, o segmento torácico da cama, sentar no cadeirão, pôr de pé).
	11	Utiliza as capacidades restantes da pessoa doente estimulando-lhe gestos e dando-lhe reforços positivos.
	12	Está atento às respostas de satisfação da pessoa doente com os cuidados recebidos (ex: sem rigidez muscular, sem agitação, fâcies sereno, fâcies sorridente, lágrima de emoção).
Olhar	13	Olha com frequência de frente nos olhos da pessoa doente.
	14	Observa sinais de aceitação e adesão da pessoa doente ao cuidado anunciado e descrito. Aproxima-se e coloca-se à distância de contacto com uma postura ligeiramente inclinada para a pessoa doente.
	15	Observa sinais de aceitação e adesão da pessoa doente ao cuidado anunciado e descrito...
	16	Chama a pessoa doente pelo seu nome, saudando-a, com tom de voz suave, firme, melodiosa. Anuncia-se à pessoa doente (eu sou o/a enfermeiro/a...).
Sorriso	17	Utiliza as capacidades restantes da pessoa doente estimulando-lhe gestos e dando-lhe reforços positivos.
	18	Aproxima-se e coloca-se à distância de contacto com uma postura ligeiramente inclinada para a pessoa doente. Espera por um sinal da pessoa doente que acuse a aceitação da relação (ex: olhar, falar, ...). Utiliza as capacidades restantes da pessoa doente estimulando-lhe gestos e dando-lhe reforços positivos.
	19	Espera por um sinal da pessoa doente que acuse a aceitação da relação (ex: olhar, falar, ...). Utiliza as capacidades restantes da pessoa doente estimulando-lhe gestos e dando-lhe reforços positivos.
	20	Fala à pessoa doente da experiência agradável que foi prestar-lhe aquele cuidado. Utiliza as capacidades restantes da pessoa doente estimulando-lhe gestos e dando-lhe reforços positivos.

Tabela 3. *Descrição das dimensões da percepção sobre humanidade (Cont.)*

DIMENSÕES (Pilares)		APRECIÇÃO/CONCEITO
Vestuário/ Conforto	21	Diz à pessoa doente que tem todo o interesse em ajudá-la nos cuidados. Reforça positivamente os esforços da pessoa doente, por mínimos que tenham sido. Utiliza as capacidades restantes da pessoa doente estimulando-lhe gestos e dando-lhe reforços positivos.
	22	Dá atenção à apresentação física (ex: vestuário, penteado, ...) da pessoa doente, de acordo com as suas preferências.
	23	Dá atenção à apresentação física (ex: vestuário, penteado, ...) da pessoa doente, de acordo com as suas preferências.
	24	Dá atenção à apresentação física (ex: vestuário, penteado, ...) da pessoa doente, de acordo com as suas preferências.

Fonte: Adaptado de Simões, Salgueiro e Rodrigues (2011)

A Tabela 4, em baixo apresentada, expõe as sete dimensões, baseadas nos pilares, agora operacionalizadas por itens.

Os itens traduzem situações hipotéticas da prática quotidiana de enfermagem dirigidas a uma atenta interpretação e consciencialização das emoções, da corporalidade e da linguagem, conduzindo o profissional a uma reflexão poderosa relativamente a si próprio e sobre o seu desempenho.

Tabela 4. *Descrição do conteúdo dos itens da escala*

Pilar	Item	Conteúdo
Palavra	1	Estudos indicam que a maioria dos prestadores de cuidados quando se dirige ao quarto do utente não bate à porta e quando o faz não espera pela resposta. Como prestador de cuidados qual a sua opinião sobre este comportamento?
	2	A senhora M, com demência vascular, está sentada na sua cadeira de rodas aguardando a realização do penso diário de uma úlcera varicosa infetada. Apresentando desorientação espaço temporal, repetidamente questiona o enfermeiro X. sobre o que irá este fazer-lhe. O enfermeiro calmamente, identifica-se e em cada uma das vezes, explica o procedimento.
	3	O enfermeiro A. nunca permite que o utente lhe coloque qualquer questão fora da índole profissional.
	4	O senhor F., utente consciente e orientado em fase terminal, submete-se à realização de todos os cuidados sem qualquer troca de palavras. Perante este utente a enfermeira J. apenas o cumprimenta e efetua os procedimentos adequados.

Tabela 4. *Descrição do conteúdo dos itens da escala (Cont.)*

Pilar	Item	Conteúdo
Toque	5	Numa unidade de cuidados, os enfermeiros foram proibidos de manifestar sinais de afeto aos utentes (tocar-lhes na mão, beijá-los à chegada...) por uma questão de “higiene e profissionalismo”. Considera esta medida institucional...
	6	Quando está a prestar cuidados ao utente em que impreterivelmente a dor está presente pela realização de procedimentos, a enfermeira J, costuma tocá-lo suavemente, em zona neutra do corpo (ombro, braço...).
	7	O senhor B, idoso de 88 anos, é acordado bruscamente para a realização de um injetável. O senhor começou a gritar e a impedir o procedimento. A enfermeira M. pede a colaboração da família para “imobilizar” o utente.
	8	A enfermeira F. cumprimenta sempre os utentes com um aperto de mão e luvas colocadas.
Verticalidade	9	O senhor Z. refere já não querer levantar-se da cama. Como tal procedimento requer que o enfermeiro despenda o dobro do tempo que tem disponível para os cuidados ao senhor, este reforça a importância do levantar do utente junto da família.
	10	O enfermeiro P. nos utentes acamados aos seus cuidados, estimula e ajuda a pessoa a adotar uma postura vertical (erguer o tronco, sentar-se com uma postura correta no cadeirão, pôr-se de pé...).
	11	Uma enfermeira, que sempre teve um comportamento irrepreensível foi advertida pela coordenação da instituição para atentar na postura profissional por dançar com uma utente aquando da alta da mesma. Em sua opinião o desempenho da instituição esteve...
	12	A senhora A, idosa acamada, estando a dormir é acordada para a realização de um penso na mão esquerda. A utente prefere permanecer na cama como é seu hábito, mas a enfermeira V. usufruindo do momento e apesar de contrariar a utente, sentou a senhora A na sala junto do neto.
Olhar	13	A senhora A está posicionada em decúbito lateral. Aproveitando o posicionamento em que a utente se encontrava inicialmente o enfermeiro S realiza os respetivos cuidados. Após o seu término posiciona a senhora e pede desculpa por ainda não ter podido ver... os seus lindos olhos azuis.
	14	Quando se aproxima do utente a enfermeira A evita colocar-se à distância de contacto e adota uma postura ligeiramente hirta para impedir que o utente não percecione...” mais do que deve”.
	15	M, jovem de 25 anos a quem a quimioterapia provocou alopecia parcial, não permite o “olhar face a face”. Aproveitando a realização dos tratamentos o enfermeiro C. confronta-a e propõe-lhe estratégias de ajuda.
	16	O enfermeiro M. tenta sempre expressar “um olhar atencioso” perante os utentes.
Sorriso	17	Alguns autores reportam-se ao sorriso (referindo-me, neste caso, ao sorriso do enfermeiro) <i>como o remédio mais eficaz, tendo o poder de curar certas doenças</i> . Considera essa estratégia...
	18	Para impedir contactos de maior proximidade a enfermeira M. evita manter o “rosto aberto” durante os cuidados que executa.
	19	O enfermeiro T utiliza o humor como uma estratégia para interagir com os utentes. Essa mesma estratégia parece-lhe...
	20	Diz o provérbio popular "O sorriso é a distância mais curta entre duas pessoas". No desempenho do seu exercício, o enfermeiro G. que utiliza o humor como uma estratégia para interagir com os utentes é advertido pela chefia para adequar a postura profissional aprimorando o brio institucional. Em sua opinião, esta postura da instituição afigura-se-lhe...

Tabela 4. *Descrição do conteúdo dos itens da escala (Cont.)*

Pilar	Item	Conteúdo
Vestuário/ Conforto	21	O senhor P. apresenta artroses acentuadas nas mãos e vive só. Não conseguindo engraxar os sapatos com os quais gostaria de receber um amigo de longa data, pede à enfermeira F., enquanto prestadora de cuidados diários devido a uma úlcera varicosa, ajuda para tal. Esta alega não ser sua função e despede-se do senhor até ao dia seguinte.
	22	Embora a senhora T. prefira permanecer com o pijama vestido, a enfermeira V. estimula a utente a utilizar o seu próprio vestuário quando do levantar para o cadeirão.
	23	O senhor R nas suas escolhas de vestuário não prima por um gosto requintado. A enfermeira C. opta por retirar do armário sempre peças de vestuário de acordo com as suas preferências e não as do utente.
	24	A enfermeira B. insiste em persuadir o senhor José a cortar o grisalho bigode farfalhado que ele mantém há mais de vinte anos porque, a seu ver, este não o favorece, não se adaptando ao rosto do senhor. Esta atitude parece-lhe...

As seis dimensões (pilares da humanidade) utilizadas para medir a variável latente constituíram um fio condutor para sustento do enquadramento do presente estudo.

O questionário elaborado pela investigadora “Questionário - Perceção dos enfermeiros acerca da metodologia de trabalho humanidade” (Anexo II), é de auto preenchimento e resposta direta, apresentando algumas indicações sobre esse mesmo modo de preenchimento.

Na primeira parte deste instrumento de recolha de dados são realizadas questões relativas à Caracterização Sócio Demográfica e Profissional e uma questão que concerne ao conhecimento da metodologia de trabalho humanidade pelos enfermeiros.

Numa segunda parte, face a cada dimensão, fundamentada em cada um dos seis pilares da metodologia de trabalho humanidade, foram considerados quatro itens que traduzem hipotéticas situações da práxis profissional a classificar numa escala de Likert pelos inquiridos. Pretendendo-se que cada enfermeiro inquirido manifeste, numa escala que varia de um a cinco, o nível de adequabilidade da situação descrita.

Como já referido a escala varia de um a cinco, representando um (1) a situação “Nada Adequada” e cinco (5) a situação tida como “Ótima”. Cujas configurações são as seguintes:

1	2	3	4	5
Nada adequada	Pouco adequada	Adequada	Muito adequada	Ótima

Assim quanto maior o valor da média, mais elevada a percepção de cuidados em humanidade considerada pela amostra relativamente ao comportamento em análise.

Achando pertinente evidenciar já, neste momento, que face aos itens assinalados na tabela 8 com (*) refira-se a pertinência de serem posteriormente invertidos, uma vez que atendendo à metodologia de trabalho humanidade descrevem situações com comportamentos e atitudes nada adequados. Assim sendo, ao realizar a inversão das pontuações e determinando os resultados obtidos em cada pilar e total da escala é possível concluir que quanto mais elevada a pontuação obtida em cada pilar e escala maior o conhecimento das ótimas práticas da metodologia de trabalho humanidade.

Para finalizar, de modo a perceber as limitações, em contexto, traduzidas pelos enfermeiros à aplicação desta ferramenta de trabalho e a perspetivar possíveis intervenções a nível da gestão de cuidados são aplicadas duas questões, respetivamente, sendo a última aberta proporcionando ao auscultado a possibilidade de fazer sugestões e propostas.

1.2. Procedimento de Recolha de Dados e Aspetos Éticos

Segundo Ribeiro (2010), os aspetos éticos são determinantes em investigação já que sem um código de ética que indigite limites e oriente os passos da investigação, é a própria investigação que fica em causa.

Qualquer investigação efetuada englobando seres humanos destaca questões éticas e morais sendo que a própria escolha do tipo de investigação, determina diretamente a natureza dos problemas que se podem colocar, alude Fortin (2009).

Para que fosse possível a aplicação do instrumento de recolha de dados, foi elaborado por escrito o respetivo pedido de autorização ao Conselho de Administração da Unidade Local de Saúde em estudo (Anexo I). Após aprovação e antes de se proceder à recolha de dados, foram tidos em consideração alguns aspetos éticos. Foram contactados os enfermeiros com função de chefia das duas Unidades do CS, visando a sua elucidação acerca dos objetivos e relevância do estudo. Foi ainda garantido o anonimato e a confidencialidade dos dados sendo a participação no estudo de carácter voluntário por parte de cada um dos enfermeiros envolvidos, na medida em que não lhes era solicitada identificação aquando do preenchimento do instrumento de recolha de dados.

Após as formalidades relativas aos pedidos de autorização, procedeu-se à recolha de dados no período compreendido entre os dias 4 e 9 de outubro de 2013.

Visando a recolha dos dados, foram distribuídos 40 questionários pelas duas Unidades do CS, no sentido de abranger toda a população envolvida. Assim, depois de agendada a data, procedeu-se à entrega dos questionários em envelopes individuais aos enfermeiros que após o seu preenchimento selaram o envelope entregando-o ao enfermeiro com funções de chefia em cada Unidade.

1.3. Modelo de Análise e Tratamento de Dados

Depois de efetuada a recolha de dados, procedeu-se à sua análise e interpretação.

A análise estatística dos dados relativa ao estudo desenvolvido foi realizada através do programa informático Statistical Package for the Social Sciences – SPSS for Windows, versão 20.0.

Os dados serão apresentados através de tabelas e figuras onde omitimos as respetivas fontes, pelo facto de todos os dados apresentados terem sido obtidos através do Instrumento de Recolha de Dados elaborado para este mesmo estudo de investigação, já referenciado no desenvolver do trabalho.

Com vista a descrever e a caracterizar a população em estudo, foi realizada uma análise descritiva dos dados em função da natureza das variáveis importantes no estudo. Recorreu-se às medidas estatísticas: frequências absolutas, frequências relativas, média, desvio padrão, mínimo, máximo, mediana e gráficos de barras visando descrever as características: sociodemográficas, profissionais, itens da escala desenvolvida, pilares e total da escala.

Relativamente à análise inferencial efetuada e dada a natureza das variáveis em estudo (escalares) utilizaram-se sempre que possível testes paramétricos. Para testar a normalidade das distribuições utilizou-se o teste Kolmogorov – Smirnov. Dado que as distribuições obtidas para os pilares e total da escala são aproximadamente normais, então para estudar a relação entre os resultados obtidos para os pilares e total da escala recorreu-se ao coeficiente de correlação de Pearson. De forma a comparar os resultados obtidos para os pilares e total da escala relativamente às variáveis: faixa etária, habilitações profissionais, unidade de trabalho e conhecimento da metodologia humanitude, recorreu-se ao teste paramétrico t. Sempre que as condições deste teste (amostras de grande dimensão ou se de

pequena dimensão provenientes de população normal) não foram verificadas utilizou-se o teste não paramétrico Mann-Whitney.

Relativamente à consistência interna da escala utilizada no instrumento de recolha de dados, esta foi avaliada pelo α de Cronbach. (Aceitável a partir de 0,60, pelo que se verifica que a consistência interna da escala é boa ($\alpha = 0,855$).)

CAPÍTULO 2. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Este capítulo reporta-se à apresentação descritiva e análise dos resultados obtidos, sendo a sua discussão apresentada no capítulo seguinte.

Os resultados apresentados referem-se às análises estatísticas efetuadas com base nos dados recolhidos, organizados de acordo com os objetivos inicialmente formulados. Esta apresentação de resultados reveste-se de carácter meramente descritivo, uma vez que a sua discussão dos resultados será feita no capítulo da Discussão de Resultados. No entanto, apresentam-se alguns tratamentos inferenciais que no desenvolver do procedimento surgiram como pertinentes para o estudo e objetivos propostos, pelo que aqui se encontram presentes

Depois de trabalhados os dados informaticamente, segue-se a sua análise utilizando a estatística inferencial que visa avaliar a relação existente entre as variáveis dependente e independentes, permitindo dar resposta à questão de investigação enunciada e o atingir dos objetivos do estudo. O tratamento estatístico é um caminho ou método utilizado, para o investigador apresentar os dados obtidos, de forma a facilitar a sua análise e interpretação Tuckman (2002).

2.1. Análise Descritiva e Inferencial dos Dados

Caracterização sócio- demográfica dos inquiridos

Como já anteriormente referido a população do nosso estudo é composta por quarenta (40) enfermeiros, tendo sido recolhidos e validados 35 questionários.

Pela análise da tabela 5 tem-se que 97,1% dos inquiridos são do sexo feminino e apenas 1 elemento é do sexo masculino.

Verifica-se que a idade média é de 40,63 anos com desvio padrão de 6,66 anos a partir de um mínimo de 31 anos e máximo de 60 anos, ou de outro modo, 60% (21 enfermeiros) tem idade até 40 anos e 40% (14 enfermeiros) tem idade superior a 40 anos.

A maioria dos inquiridos é casado ou vive em união de fato (85,7%; 30), 2 dos enfermeiros são solteiros e 3 são divorciados.

Relativamente às habilitações literárias verifica-se que a maioria (85,7%; 30) dos enfermeiros possui unicamente licenciatura e que 5 enfermeiros (14,3%) concluíram o mestrado.

No que se reporta às habilitações profissionais tem-se que 42,9% (15 enfermeiros) possuem a formação base, ou seja, licenciatura, 11,4% (4 enfermeiros) realizaram pós graduação e 45,7% (16 enfermeiros) concluíram pós licenciatura de especialização - especialidade. Esta variável foi posteriormente operacionalizada em duas classes: formação de base (licenciatura) e formação pós licenciatura de modo a proceder-se à análise inferencial.

Quanto ao tempo de serviço verifica-se que apenas 14,3% (5 enfermeiros) dos enfermeiros inquiridos tem entre 6 a 12 anos, os restantes 85,7% (30 enfermeiros) possuem mais de 12 anos de serviço.

Relativamente à unidade onde exercem a atividade de enfermagem verifica-se que a maioria, 73,5% (25 enfermeiros), pertencem à UCSP, 17,6% (6 enfermeiros) está na UCC e 8,8% (3 enfermeiros) na USP.

Tabela 5. *Caraterísticas sociodemográficas e profissionais do grupo*

Variáveis sociodemográficas e profissionais		Frequência	
		N	%
Sexo (n=35)	Feminino	34	97,1
	Masculino	1	2,9
Idade (n=35)	Até 40 anos	21	60,0
	Mais de 40 anos	14	40,0
	<i>Min = 31 Max = 60 $\bar{X} = 40,63$ $s = 6,66$</i>		
Estado civil (n=35)	Solteiro	2	5,7
	Casado/União de fato	30	85,7
	Divorciado/Separado	3	8,6
Habilitações Literárias (n=35)	Licenciatura	30	85,7
	Mestrado	5	14,3
Habilitações Profissionais (n=35)	Formação base	15	42,9
	Pós graduação	4	11,4
	Pós licenciatura de especialização -	16	45,7
	Especialidade		

Tabela 5. *Caraterísticas sociodemográficas e profissionais do grupo (cont.)*

Variáveis sociodemográficas e profissionais		Frequência	
		N	%
Tempo experiência (n=35)	De 6 a 12 anos	5	14,3
	Mais de 12 anos	30	85,7
Unidade (n=34)	UCC	6	17,6
	UCSP	25	73,5
	USP	3	8,8
Conhece Humanidade (n=35)	Sim	14	40
	Não	21	60

No que concerne à questão sobre o conhecimento da metodologia de trabalho Humanidade verifica-se que a maioria, 60% (21 enfermeiros), afirmou que desconhece e que os restantes 40% (14) afirmaram conhecer tal metodologia.

Relativamente ao local onde adquiriu conhecimento de Humanidade temos que 54% referem que em contexto académico e 46% em contexto de serviço.

Tabela 6. *Onde adquiriu conhecimento de Humanidade*

	Frequência absoluta	Frequência relativa
Contexto académico		
Formação base/especialidade	7	54%
Contexto serviço	6	46%
Total	13	100%

Na tabela 7, apresenta-se a descrição do conteúdo dos quatros itens atribuídos a cada dimensão da escala, desenvolvida conforme já explicado anteriormente.

Tabela 7. *Descrição do conteúdo dos itens da escala*

Pilar	Item	Conteúdo
Palavra	1	Estudos indicam que a maioria dos prestadores de cuidados quando se dirige ao quarto do utente não bate à porta e quando o faz não espera pela resposta. Como prestador de cuidados qual a sua opinião sobre este comportamento?
	2	A senhora M, com demência vascular, está sentada na sua cadeira de rodas aguardando a realização do penso diário de uma úlcera varicosa infetada. Apresentando desorientação espaço temporal, repetidamente questiona o enfermeiro X. sobre o que irá este fazer-lhe. O enfermeiro calmamente, identifica-se e em cada uma das vezes, explica o procedimento.
	3	O enfermeiro A. nunca permite que o utente lhe coloque qualquer questão fora da índole profissional.
	4	O senhor F., utente consciente e orientado em fase terminal, submete-se à realização de todos os cuidados sem qualquer troca de palavras. Perante este utente a enfermeira J. apenas o cumprimenta e efetua os procedimentos adequados.
Toque	5	Numa unidade de cuidados, os enfermeiros foram proibidos de manifestar sinais de afeto aos utentes (tocar-lhes na mão, beijá-los à chegada...) por uma questão de “higiene e profissionalismo”. Considera esta medida institucional...
	6	Quando está a prestar cuidados ao utente em que impreterivelmente a dor está presente pela realização de procedimentos, a enfermeira J, costuma tocá-lo suavemente, em zona neutra do corpo (ombro, braço...).
	7	O senhor B, idoso de 88 anos, é acordado bruscamente para a realização de um injetável. O senhor começou a gritar e a impedir o procedimento. A enfermeira M. pede a colaboração da família para “imobilizar” o utente.
	8	A enfermeira F. cumprimenta sempre os utentes com um aperto de mão e luvas colocadas.
Verticalidade	9	O senhor Z. refere já não querer levantar-se da cama. Como tal procedimento requer que o enfermeiro despenda o dobro do tempo que tem disponível para os cuidados ao senhor, este reforça a importância do levantar do utente junto da família.
	10	O enfermeiro P. nos utentes acamados aos seus cuidados, estimula e ajuda a pessoa a adotar uma postura vertical (erguer o tronco, sentar-se com uma postura correta no cadeirão, pôr-se de pé...).
	11	Uma enfermeira, que sempre teve um comportamento irrepreensível foi advertida pela coordenação da instituição para atentar na postura profissional por dançar com uma utente aquando da alta da mesma. Em sua opinião o desempenho da instituição esteve...
	12	A senhora A, idosa acamada, estando a dormir é acordada para a realização de um penso na mão esquerda. A utente prefere permanecer na cama como é seu hábito, mas a enfermeira V. usufruindo do momento e apesar de contrariar a utente, sentou a senhora A na sala junto do neto.
Olhar	13	A senhora A está posicionada em decúbito lateral. Aproveitando o posicionamento em que a utente se encontrava inicialmente o enfermeiro S realiza os respetivos cuidados. Após o seu término posiciona a senhora e pede desculpa por ainda não ter podido ver... os seus lindos olhos azuis.
	14	Quando se aproxima do utente a enfermeira A evita colocar-se à distância de contacto e adopta uma postura ligeiramente hirta para impedir que o utente não percecione...” mais do que deve”.
	15	M, jovem de 25 anos a quem a quimioterapia provocou alopecia parcial, não permite o “olhar face a face”. Aproveitando a realização dos tratamentos o enfermeiro C. confronta-a e propõe-lhe estratégias de ajuda.
	16	O enfermeiro M. tenta sempre expressar “um olhar atencioso” perante os utentes.
Sorriso	17	Alguns autores reportam-se ao sorriso (referindo-me, neste caso, ao sorriso do enfermeiro) <i>como o remédio mais eficaz, tendo o poder de curar certas doenças</i> . Considera essa estratégia...
	18	Para impedir contactos de maior proximidade a enfermeira M. evita manter o “rosto aberto” durante os cuidados que executa.
	19	O enfermeiro T utiliza o humor como uma estratégia para interagir com os utentes. Essa mesma estratégia parece-lhe...
	20	Diz o provérbio popular "O sorriso é a distância mais curta entre duas pessoas". No desempenho do seu exercício, o enfermeiro G. que utiliza o humor como uma estratégia para interagir com os utentes é advertido pela chefia para adequar a postura profissional aprimorando o brio institucional. Em sua opinião, esta postura da instituição afigura-se-lhe...

Tabela 7. *Descrição do conteúdo dos itens da escala (Cont.)*

Vestuário/ Conforto	21	O senhor P. apresenta artroses acentuadas nas mãos e vive só. Não conseguindo engraxar os sapatos com os quais gostaria de receber um amigo de longa data, pede à enfermeira F., enquanto prestadora de cuidados diários devido a uma úlcera varicosa, ajuda para tal. Esta alega não ser sua função e despede-se do senhor até ao dia seguinte.
	22	Embora a senhora T. prefira permanecer com o pijama vestido, a enfermeira V. estimula a utente a utilizar o seu próprio vestuário quando do levante para o cadeirão.
	23	O senhor R nas suas escolhas de vestuário não prima por um gosto requintado. A enfermeira C. opta por retirar do armário sempre peças de vestuário de acordo com as suas preferências e não as do utente.
	24	A enfermeira B. insiste em persuadir o senhor José a cortar o grisalho bigode farfalhado que ele mantém há mais de vinte anos porque, a seu ver, este não o favorece, não se adaptando ao rosto do senhor. Esta atitude parece-lhe...

Na tabela 8, apresenta-se a pontuação obtida relativamente a cada um dos itens da escala.

Para tal recorreu-se às frequências relativas obtidas em cada opção de resposta a cada item, assim como o valor de média e desvio padrão de cada item.

Como já referido a escala varia de um (1) a cinco (5), representando um (1) a situação (atitude/comportamento) “Nada Adequada” e cinco (5) a situação(atitude/comportamento) “Ótima”. Assim, quanto maior o valor da média melhor a perceção e aplicabilidade da metodologia humanidade demonstrada pelos inquiridos relativamente ao comportamento em análise.

Tabela 8. *Pontuação da escala por item*

Pilar	Item	N	NA	PA	A	MA	O	Média	D.P.
Palavra	1*	35	51,2	42,9	2,9	2,9	0,0	1,57	0,70
	2	35	0,0	2,9	8,6	40,0	48,6	4,34	0,76
	3*	35	37,1	34,3	22,9	5,7	0,0	1,97	0,92
	4*	35	48,6	48,6	2,9	0,0	0,0	1,54	0,56
Toque	5*	35	48,6	42,9	8,6	0,0	0,0	1,60	0,65
	6	35	2,9	2,9	28,6	51,4	14,3	3,71	0,86
	7*	35	62,9	37,1	0,0	0,0	0,0	1,37	0,49
	8*	35	60,0	40,0	0,0	0,0	0,0	1,40	0,50
Verticalidade	9*	35	8,6	20,0	37,1	31,4	2,9	3,00	1,00
	10	35	0,0	0,0	31,4	37,1	31,4	4,00	0,80
	11*	35	25,7	65,7	8,6	0,0	0,0	1,83	0,57
	12	35	17,1	45,7	20,0	11,4	5,7	2,43	1,09
Olhar	13	35	22,9	17,1	20,0	34,3	5,7	2,83	1,29
	14*	35	37,1	40,0	17,1	5,7	0,0	1,91	0,89
	15	35	0,0	5,7	40,0	45,7	8,6	3,57	0,74
	16	35	2,9	0,0	20,0	42,9	34,3	4,06	0,91

Tabela 8. *Caraterização da escala por item (Cont.)*

Pilar	Item	N	NA	PA	A	MA	O	Média	D.P.
Sorriso	17	35	0,0	5,7	17,1	48,6	28,6	4,00	0,84
	18*	35	42,9	45,7	8,6	2,9	0,0	1,71	0,75
	19	35	2,9	0,0	45,7	42,9	8,6	3,54	0,78
	20*	35	28,6	51,4	14,3	5,7	0,0	1,97	0,82
Conforto	21*	35	34,3	57,1	8,6	0,0	0,0	1,74	0,61
	22	35	0,0	11,4	37,1	28,6	22,9	3,63	0,97
	23*	35	57,1	42,9	0,0	0,0	0,0	1,43	0,50
	24*	35	65,7	34,3	0,0	0,0	0,0	1,34	0,48

*Pontuação da questão a inverter; N - número de respostas; NA - Nada adequado; PA - Pouco

Adequado; A - Adequado; MA - Muito Adequado; O - Ótimo; D.P - Desvio padrão

Tendo em atenção a tabela 8 e realizando a sua análise por dimensão (pilar da metodologia de trabalho Humanidade) verifica-se que na Palavra o valor médio mais elevado acontece para o item “*A senhora M, com demência vascular, está sentada na sua cadeira de rodas aguardando a realização do penso diário de uma úlcera varicosa infectada. Apresentando desorientação espaço temporal, repetidamente questiona o enfermeiro X. sobre o que irá este fazer-lhe. O enfermeiro calmamente, identifica-se e em cada uma das vezes, explica o procedimento.*”, sendo também para este item que se verificam as maiores percentagens de comportamento muito adequado (40%) e ótimo (48,6%).

Refira-se que os restantes itens desta dimensão apresentam valores médios inferiores a dois pontos e elevadas percentagens de respostas de comportamentos nada adequados ou pouco adequados. Os valores de desvio padrão obtidos revelam moderada a baixa concordância de resposta.

No que trata a dimensão do Toque verifica-se que o item “*Quando está a prestar cuidados ao utente em que impreterivelmente a dor está presente pela realização de procedimentos, a enfermeira J, costuma tocá-lo suavemente, em zona neutra do corpo (ombro, braço...).*” registou o maior valor médio e também a maior dispersão de opinião (desvio padrão mais elevado), este é o item que descreve um comportamento mais adequado na perspetiva dos enfermeiros inquiridos. Por sua vez os restantes itens desta dimensão apresentam valores médios baixos e níveis moderados de concordância de opinião dos enfermeiros. Na realidade os restantes comportamentos desta dimensão foram essencialmente considerados nada ou pouco adequados.

Quanto à dimensão Verticalidade o maior valor médio (4,00) foi obtido no item “*O enfermeiro P. nos utentes acamados aos seus cuidados, estimula e ajuda a pessoa a adotar uma postura vertical (erguer o tronco, sentar-se com uma postura correta no cadeirão, pôr-se de pé...).*” seguindo-se (média de 3,00) o item “*O senhor Z. refere já não querer levantar-se da cama. Como tal procedimento*

requer que o enfermeiro despenda o dobro do tempo que tem disponível para os cuidados ao senhor, este reforça a importância do levantar do utente junto da família.”, estes comportamentos foram maioritariamente considerados adequados e/ou muito adequados.

Relativamente à dimensão Olhar verifica-se que o maior valor médio (4,06) foi obtido para o item “*O enfermeiro M. tenta sempre expressar “um olhar atencioso” perante os utentes.*” seguindo-se o item “*M, jovem de 25 anos a quem a quimioterapia provocou alopecia parcial, não permite o “olhar face a face”. Aproveitando a realização dos tratamentos o enfermeiro C. confronta-a e propõe-lhe estratégias de ajuda.*” Com média de 3,57 pontos.

No que trata a dimensão do Sorriso verifica-se que os itens com valores médios mais elevados foram “*Alguns autores reportam-se ao sorriso (referindo-me, neste caso, ao sorriso do enfermeiro) como o remédio mais eficaz, tendo o poder de curar certas doenças. Considera essa estratégia...*” e “*O enfermeiro T utiliza o humor como uma estratégia para interagir com os utentes. Essa mesma estratégia parece-lhe...*” com 4,00 e 3,54 pontos, respetivamente.

Os restantes itens apresentam valores médios baixos e foram considerados comportamentos menos adequados. Também se verifica em todos os itens moderada concordância de opinião entre os enfermeiros inquiridos.

Por último, na dimensão conforto verifica-se que o item com maior valor médio foi “*Embora a senhora T. prefira permanecer com o pijama vestido, a enfermeira V. estimula a utente a utilizar o seu próprio vestuário quando do levantar para o cadeirão.*” E também é o item com maior discordância de opinião dos enfermeiros. Nos restantes itens os valores médios obtidos são baixos, a concordância de opinião entre enfermeiros é moderada e os comportamentos descritos são considerados maioritariamente nada e/ou pouco adequados.

Refira-se que os itens assinalados com (*) foram posteriormente invertidos, uma vez que atendendo à metodologia de trabalho humanidade descrevem comportamentos nada adequados.

Após a inversão dos respetivos itens assinalados determinou-se a pontuação média obtida em cada pilar (composto por quatro itens) e também para a totalidade da escala (consideram-se todos os itens). Na tabela 4 apresentam-se os resultados que permitem caracterizar os pilares e escala desenvolvida. Na referida tabela apresenta-se o coeficiente “Alpha de Cronbach’s” que permite avaliar a consistência interna obtida (aceitável a partir de 0,60) e apresentam-se as medidas estatísticas descritivas: mínimo, máximo, mediana, média e desvio padrão.

Tabela 9. *Caraterização dos pilares e total escala*

Pilar	N	AlphaCronbach's	Mínimo	Máximo	Mediana	Média	Desvio Padrão
Palavra	35	0,464	3,25	5,00	4,50	4,31	0,46
Toque	35	0,501	3,50	5,00	4,50	4,34	0,41
Verticalidade	35	0,618	2,50	4,75	3,25	3,40	0,61
Olhar	35	0,574	2,25	4,75	3,50	3,64	0,65
Sorriso	35	0,654	2,75	5,00	4,00	3,96	0,56
Conforto	35	0,747	3,50	5,00	4,25	4,28	0,51
Total escala	35	0,885	3,38	4,79	3,96	3,99	0,42

Atendendo à tabela anterior, verifica-se que a consistência interna da escala é boa (0,855) e que os pilares: Verticalidade, Sorriso e Conforto apresentam consistência interna moderada, por sua vez a coeficiente “Alpha de Cronbach’s” dos restantes pilares (Palavra, Toque e Olhar) é inferior a 0,60.

Em termos médios tem-se que os pilares: Palavra, Toque e Conforto apresentam os valores mais elevados: 4,31; 4,34 e 4,28, respetivamente. O que permite concluir que é nestes pilares que, em termos médios, é maior o conhecimento das boas práticas da metodologia de trabalho humanidade.

Os restantes pilares apresentam valores médios mais baixos (inferiores a 4 pontos) nomeadamente o pilar Verticalidade (3,40) o que demonstra um conhecimento mais superficial das boas práticas da humanidade nestas áreas. Relativamente aos valores de desvio padrão tem-se que estes revelam concordância moderada nos resultados obtidos para cada pilar e escala.

Relativamente aos valores de mediana observa-se que estes são elevados nos pilares: Palavra, Toque, Conforto e Sorriso o que demonstra que pelo menos metade dos enfermeiros inquiridos tem perceção das boas práticas da metodologia de humanidade.

Na tabela 10 encontram-se os coeficientes de correlação de Pearson (anteriormente verificou-se a normalidade das variáveis. A correlação de Pearson mede o grau de intensidade da relação entre duas variáveis: inferior a 0,40 significa correlação fraca, de 0,40 a 0,70 significa correlação moderada, de 0,70 a 0,90 correlação forte e acima de 0,90 correlação muito forte.

Tabela 10. *Correlação (Pearson) entre pilares e total da escala*

	Palavra	Toque	Verticalidade	Olhar	Sorriso	Conforto	Total escala
Palavra	1	0,439**	0,475**	0,582**	0,612**	0,470**	0,755**
Toque		1	0,386*	0,443**	0,483**	0,559**	0,674**
Verticalidade			1	0,549**	0,547**	0,566**	0,773**
Olhar				1	0,718**	0,525**	0,840**
Sorriso					1	0,536**	0,843**
Conforto						1	0,774**
Total escala							1

*Significância a 5%; **Significância a 1%

Por análise da tabela 10 verifica-se que todos os coeficientes de correlação são positivos e apresentam significância estatística, ou seja, a correlação determinada entre as variáveis é significativamente não nula.

O facto dos coeficientes de correlação apresentarem sinal positivo revela que melhores resultados num pilar conduzem a melhores resultados noutra pilar.

A intensidade das correlações entre os pilares é essencialmente moderada, destacando-se Verticalidade versus Conforto, Toque versus Conforto e Palavra versus Olhar. Destaca-se também a correlação forte entre Olhar versus Sorriso.

Quanto ao total da escala verifica-se que as correlações obtidas são essencialmente fortes nomeadamente as obtidas para os pilares: Olhar e Sorriso.

Na tabela 11, apresentam-se os resultados obtidos para os pilares e total da escala em função da faixa etária e resultados do teste paramétrico t para amostras provenientes de populações independentes ou, caso não se verifique a normalidade da distribuição e pelo menos uma das amostras seja de pequena dimensão, não paramétrico Mann-Whitney.

Tabela 11. Resultados obtidos para pilares e total da escala em função da faixa etária

		Palavra	Toque	Verticalidade	Olhar	Sorriso	Conforto Vestuário	Total escala
N	Até 40 anos	21	21	21	21	21	21	21
	Mais de 40 anos	14	14	14	14	14	14	14
Média	Até 40 anos	4,35	4,45	3,44	3,69	4,05	4,30	4,05
	Mais de 40 anos	4,27	4,16	3,34	3,55	3,84	4,25	3,90
Desvio padrão	Até 40 anos	0,46	0,33	0,61	0,54	0,51	0,47	0,36
	Mais de 40 anos	0,49	0,46	0,62	0,80	0,62	0,58	0,49
Estatística teste		0,479	2,193	-0,513 ^a	-0,580 ^a	1,082	0,269	1,000
Valor prova p		0,635	0,035*	0,630	0,583	0,278	0,790	0,324

a - Aplicação do teste não paramétrico *Mann-Whitney*; *Significância a 5%; **Significância a 1%

Por análise da tabela 11 verifica-se que, em termos médios, são os enfermeiros com idade até 40 anos, que apresentam melhores resultados em todos os pilares da humanidade assim como no total da escala. Observa-se que a dispersão em ambos os casos é relativamente pequena e próxima entre as duas faixas etárias em estudo. Contudo, a um nível de significância de 5% verifica-se que as diferenças são estatisticamente significativas apenas para o pilar *Toque*.

Na tabela 12 apresentam-se os resultados obtidos para os pilares e total da escala em função das habilitações profissionais e resultados do teste paramétrico *t* para amostras provenientes de populações independentes ou, caso não se verifique a normalidade da distribuição e pelo menos uma das amostras seja de pequena dimensão, não paramétrico *Mann-Whitney*.

Tabela 12. Resultados obtidos para pilares e total da escala em função das habilitações profissionais

		Palavra	Toque	Verticalidade	Olhar	Sorriso	Conforto Vestuário	Total escala
N	Formação base	20	20	20	20	20	20	20
	Pós graduação	15	15	15	15	15	15	15
Média	Formação base	4,34	4,33	3,15	3,64	3,95	4,21	3,94
	Pós graduação	4,28	4,35	3,73	3,63	3,98	4,37	4,06
Desvio padrão	Formação base	0,37	0,35	0,34	0,60	0,56	0,45	0,32
	Pós graduação	0,57	0,49	0,73	0,73	0,58	0,58	0,52
Estatística teste		0,338	-0,177	-2,504 ^a	0,019	-0,172	-0,779 ^a	-0,806
Valor prova p		0,738	0,860	0,013*	0,985	0,865	0,458	0,429

a - Aplicação do teste não paramétrico *Mann-Whitney*; *Significância a 5%; **Significância a 1%

Por análise da tabela 12 verifica-se que, em termos médios, são os enfermeiros com formação pós licenciatura (pós graduação ou especialização) que apresentam melhores resultados nos pilares: *Toque*, *Verticalidade*, *Sorriso*, *Conforto/Vestuário* e total da escala, nos restantes pilares: *Palavra* e *Olhar* são os enfermeiros com formação profissional de base que apresentam resultados ligeiramente superiores.

A um nível de significância de 5% verifica-se que as diferenças apenas são significativas para o pilar *Verticalidade*.

Na tabela 13 apresentam-se os resultados obtidos para os pilares e total da escala em função da unidade onde os enfermeiros exercem a atividade e resultados do teste paramétrico *t* para amostras provenientes de populações independentes ou, caso não se verifique a normalidade da distribuição e pelo menos uma das amostras seja de pequena dimensão, não paramétrico *Mann-Whitney*.

Tabela 13. Resultados obtidos para pilares e total da escala em função da unidade de exercício de funções

		Palavra	Toque	Verticalidade	Olhar	Sorriso	Conforto Vestuário	Total escala
N	UCC/USP	9	9	9	9	9	9	9
	UCSP	25	25	25	25	25	25	25
Média	UCC/USP	4,33	4,47	3,25	3,75	4,19	4,31	4,05
	UCSP	4,30	4,28	3,45	3,55	3,87	4,24	3,94
Desvio padrão	UCC/USP	0,31	0,23	0,48	0,54	0,41	0,50	0,33
	UCSP	0,52	0,45	0,66	0,66	0,60	0,51	0,45
Estatística teste		0,180	-0,976 ^a	-0,713 ^a	0,815	1,789	-0,436 ^a	0,628
Valor prova p		0,858	0,355	0,489	0,421	0,088	0,673	0,534

a - Aplicação do teste não paramétrico *Mann-Whitney*; *Significância a 5%; **Significância a 1%

Por análise da tabela 13 verifica-se que, em termos médios, são os enfermeiros que exercem atividade na UCC ou USP que apresentam resultados superiores com exceção do pilar *Verticalidade*. Novamente se verifica em ambos os casos baixa dispersão de resultados, o que traduz relativa concordância de opinião entre os enfermeiros de cada unidade em estudo. Contudo, a um nível de significância de 5% não existe evidência estatística suficiente para afirmar que as diferenças observadas sejam estatisticamente significativas.

Na tabela 14 apresentam-se os resultados obtidos para os pilares e total da escala em função do conhecimento da metodologia humanidade e resultados do teste paramétrico *t* para amostras provenientes de populações independentes ou, caso não se verifique a normalidade da distribuição e pelo menos uma das amostras seja de pequena dimensão, não paramétrico *Mann-Whitney*.

Tabela 14. Resultados obtidos para pilares e total da escala em função do conhecimento da humanidade

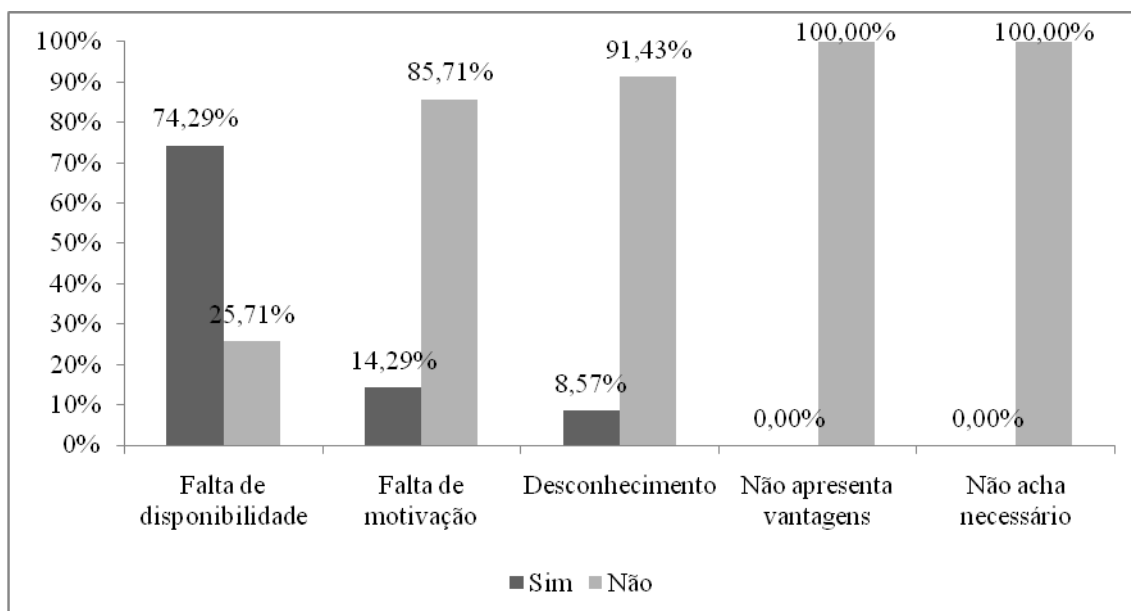
		Palavra	Toque	Verticalidade	Olhar	Sorriso	Conforto Vestuário	Total escala
N	Sim	14	14	14	14	14	14	14
	Não	21	21	21	21	21	21	21
Média	Sim	4,55	4,41	3,55	3,77	3,98	4,39	4,11
	Não	4,15	4,29	3,30	3,55	3,95	4,20	3,91
Desvio padrão	Sim	0,28	0,39	0,65	0,87	0,65	0,47	0,43
	Não	0,50	0,42	0,57	0,45	0,51	0,53	0,39
Estatística teste		3,026	-0,791 ^a	-1,179 ^a	0,873	0,152	-1,146 ^a	1,436
Valor prova p		0,005**	0,454	0,249	0,394	0,880	0,263	0,160

a - Aplicação do teste não paramétrico *Mann-Whitney*; *Significância a 5%; **Significância a 1%

Por análise da tabela 14 verifica-se que, em termos médios, são os enfermeiros que afirmaram terem conhecimento da metodologia humanidade que melhores resultados apresentam. Mais uma vez se observa relativa concordância de opinião entre enfermeiros da mesma classe de conhecimento. Contudo, a um nível de significância de 1% apenas se detetam diferenças estatisticamente significativas para o pilar *Palavra*.

Os enfermeiros foram questionados sobre os motivos que impedem ou dificultam a aplicação da metodologia de trabalho humanidade. No gráfico da figura 1, apresentam-se os resultados obtidos.

Figura 1 - *Caraterização dos motivos que impedem a prática de humanidade*



Por análise do referido gráfico verifica-se que o motivo “Falta de disponibilidade (tempo)” foi indicado pela maioria dos enfermeiros inquiridos (74,29%; 26), o motivo “Falta de motivação” foi referido por 14,29% (5) dos enfermeiros e o motivo “Desconhecimento” foi apresentado por 8,57% (3) dos enfermeiros em estudo. Os restantes motivos “Não apresenta vantagens” e “Não acho necessário” não foram referidos por quaisquer enfermeiro.

Face às sugestões apresentadas pelos enfermeiros para a correta utilização desta metodologia na instituição em que exerce funções e, tendo em vista o possibilitar da sua adoção como uma prática sistemática estas encontram-se na tabela 15.

Tabela 15 - *Sugestões visando a prática em excelência da metodologia de Humanidade*

	Frequência absoluta	Frequência relativa
Formação <i>“Incluir quadros de gestão na formação”</i>	18	55%
Abordagem reuniões de equipa <i>“Troca de experiências”</i>	5	15%
Alteração da avaliação <i>“A produtividade é avaliada em número de atos e não em qualidade”</i>	5	15%
Redução do número de utentes por enfermeiro <i>“Ponderação do grau de dependência e distância”</i> <i>“Mais tempo para a prestação de cuidados”</i>	5	15%
Total	33	100%

Da observação da tabela 15 temos que 55% dos profissionais apontam a Formação, 15% aludem para uma Abordagem da temática em reuniões de equipa, 15% sugerem Alteração da avaliação e os restantes 15% mencionam a Necessidade de redução do número de utentes por enfermeiro.

CAPÍTULO 3. DISCUSSÃO DOS DADOS

O presente capítulo destina-se à discussão dos dados obtidos.

Os resultados advêm dos factos observados no decurso da recolha de dados; estes factos são analisados e apresentados de modo a fornecer uma ligação lógica com o problema de investigação proposto (Jung, 2003).

Sendo a fundamentação teórica importante para a condução de uma investigação, são os resultados que vão permitir materializar o estudo.

Com base nos dados do presente trabalho, procurou-se examinar neste capítulo os principais pontos de discussão que este trabalho de investigação incluiu. Para este objetivo, foi essencial o contributo da literatura científica pesquisada, as reuniões de orientação da dissertação e a experiência profissional. Assim, no sentido de se fazer o enquadramento da discussão dos dados que se apresentaram, de forma sumária complementar-se à com fundamentação sobre o assunto.

Caracterização sócio- demográfica dos inquiridos

* No presente estudo os inquiridos são maioritariamente do sexo feminino, o que se enquadra na realidade nacional da profissão de enfermagem. Na ordem dos enfermeiros este género abraça 87,4% dos seus membros ativos. No distrito ao qual o nosso estudo está afeto este valor é de 79,2%. Além de que 86,5% dos profissionais em exercício nos centros de saúde em Portugal são mulheres (OE, 2013).

* Quanto à idade, 60% dos enfermeiros tem idade até 40 anos, valores exatamente similares aos da classe profissional (OE, 2013).

* Relativamente às habilitações literárias dos enfermeiros verifica-se que a maioria, ou seja (85%), possui unicamente a licenciatura e 14,3% concluiu o mestrado. De certa forma, ao obtermos estes resultados, podemos depreender que os enfermeiros, mostram algum interesse na frequência de cursos, ou seja, na formação com vista à obtenção de novos graus académicos. No entanto, possivelmente pelo facto de não existir nenhuma

compensação remuneratória ao nível da carreira e face à atual conjuntura económica temos que muitos profissionais adiam a decisão de contínua formação.

* No que se reporta às habilitações profissionais tem-se que 42,9% possuem unicamente a formação de base, 11,4% realizaram pós graduação e 45,7% concluíram a pós licenciatura de especialização - especialidade.

A totalidade a nível nacional de enfermeiros com pós licenciatura - especialidade é de 18,8% (OE, 2013).

Atualmente, segundo o Decreto-Lei nº 248/09 de 22 de Setembro, a carreira especial de enfermagem está estruturada em apenas duas categorias: Enfermeiro e Enfermeiro Principal. Porém, ainda não se realizaram as transições para a renovada carreira, pelo que os enfermeiros se reportaram às categorias regulamentadas pelo Decreto-Lei no 437/91 de 8 de Novembro.

* Quanto ao tempo de serviço verifica-se que apenas 14,3% (5 enfermeiros) dos enfermeiros inquiridos tem entre 6 a 12 anos, os restantes 85,7% (30 enfermeiros) possuem mais de 12 anos de serviço.

Ceitel (2006), refere que os recursos humanos no século XXI, serão ativos com bom nível de educação e de qualificações profissionais e pertencentes a diferentes estratos sócio culturais e étnicos, uma grande fluidez nos níveis de aspirações e expetativas, resultante de vínculos profissionais flexíveis e precários.

* Relativamente à unidade onde exercem a atividade de enfermagem verifica-se que a maioria, 73,5% (25 enfermeiros), pertencem à UCSP, 17,6% (6 enfermeiros) está na UCC e 8,8% (3 enfermeiros) na USP.

*No que concerne à questão sobre o conhecimento da metodologia de trabalho Humanidade verifica-se que a maioria, 60% (21 enfermeiros), afirmou que desconhece e que os restantes 40% (14) afirmaram conhecer tal metodologia.

Estes resultados não surpreendem, sendo até espectáveis. Embora esta metodologia esteja imbuída no cuidar dos enfermeiros, indo ao encontro dos valores profissionais que estes reconhecem e abraçam, e que estão inscritos numa lógica prática que lhes faz sentido, a sua terminologia surge muitas vezes distorcida pelo conceito humanismo.

Enquanto humanismo se revela um conceito filosófico que nos mostra a importância do lugar do Homem no mundo, a humanidade, de natureza antropológica, descreve as raízes da condição humana e declara a sua essência (Phaneuf, 2005).Facto também evidenciado,

face à manipuladora vertente da técnica e da ciência, visto que, os enfermeiros, cuidadores de proximidade, nem sempre conseguem ficar imunes à tendência de desvalorização do fator humano e assim à perspectiva holística do indivíduo (Carvalho, 1996).

*Relativamente ao local onde adquiriu conhecimentos relativos à Humanidade temos que 54% referem que em contexto académico e 46% em contexto de serviço. Dado que se tinha como espectável, face à percentagem significativa de enfermeiros (45,7%) com pós licenciatura de especialização e à presença de profissionais com o 2^a ciclo do ensino superior.

Metodologia de trabalho Humanidade

*De acordo com a descrição do conteúdo de cada item atribuído a cada dimensão da escala desenvolvida, conforme exposto no capítulo alusivo à discussão dos dados: para cada um dos seis pilares da metodologia Humanidade foram considerados quatro itens, traduzindo situações da praxis quotidiana do profissional de enfermagem, a classificar numa escala de Likert pelos inquiridos. Na medida em que, a percepção/ conhecimento não pode ser observada nem medida diretamente, mas pode ser definida a partir de um conjunto de outras variáveis (possíveis de serem observadas ou medidas) (Hill & Hill, 2005). Assim é de referir que os dados obtidos face a cada dimensão, assentam na sequência de procedimentos propostos pelos autores, preliminares/captura sensorial, rebouclage sensorial e consolidação emocional (Gineste e Pellissier, 2008) e (Gineste e Marescotti, 2009). Os procedimentos inscrevem-se nos pilares da filosofia da humanidade: olhar, palavra, toque, verticalidade, vestuário, tendo por base os princípios éticos e geriátricos e as regras de arte da profissão. (Simões, Salgueiro e Rodrigues, 2012). As particularidades da humanidade têm a ver com a verticalidade, o olhar partilhado, a inteligência, a capacidade de tocar o outro, o sorriso e o riso, o reagrupamento familiar, a refeição e a socialização (Galvão, Gomes e Pereira, 2012, p.86). Na perspectiva de que, “A Enfermagem é uma arte; e como arte requer uma devoção tão exclusiva, um preparo tão rigoroso, como a obra de qualquer pintor ou escultor. Mas o que é tratar da tela inerte ou do frio do mármore comparado ao tratar do corpo vivo – o templo de espírito de Deus? É uma das mais belas artes, eu quase diria, a mais bela de todas” (Florence Nightingale).

*Relativamente à consistência interna da escala utilizada, esta é boa (0,855). Os pilares: Verticalidade, Sorriso e Conforto apresentam consistência interna moderada, por sua vez a

coeficiente “Alpha de Cronbach’s” dos restantes pilares (Palavra, Toque e Olhar) é inferior a 0,60.

*Em termos médios tem-se que os pilares: Palavra, Toque e Conforto apresentam os valores mais elevados: 4,31; 4,34 e 4,28, respetivamente. O que permite concluir que é nestes pilares, em termos médios, que é maior o conhecimento das boas práticas da metodologia de trabalho humanidade.

Os restantes pilares apresentam valores médios mais baixos (inferiores a 4 pontos) nomeadamente o pilar Verticalidade (3,40) o que sugere para um conhecimento mais deficitário das boas práticas da humanidade nestas áreas. Relativamente aos valores de desvio padrão tem-se que estes revelam concordância moderada nos resultados obtidos para cada pilar e escala.

Para Gineste e Pelissier (2008), a verticalidade é um importante pilar da *humanidade*, podemos destruir irremediavelmente a humanidade de uma pessoa deixando-a acamada.

Relativamente aos valores de mediana, sendo estes elevados nos pilares: Palavra, Toque, Conforto e Sorriso demonstram que pelo menos metade dos enfermeiros inquiridos tem perceção das boas práticas da metodologia de humanidade. Resultados que aprazem face ao que este grupo referiu quando questionado diretamente sobre o conhecimento acerca da metodologia de trabalho humanidade, em que só 40% mencionaram conhecer a metodologia. Todavia, Simões, Salgueiro & Rodrigues (2012), no seu estudo *Cuidar em Humanidade: estudo aplicado em cuidados continuados* refere que em relação à perceção que os enfermeiros tinham de aplicar humanidade na sua prática quotidiana se apurou um total de 69%. Pelos resultados, extrai-se que estes enfermeiros valorizavam e se reviam na grande maioria dos procedimentos cuidadosos descritos e consideravam que os aplicavam na sua prática quotidiana, o que reforça a ideia de que os enfermeiros compreendem o sofrimento humano quando em intimidade, cuidam da pessoa dependente e vulnerável, procurando promovê-la à altura da dignidade humana (Vielva, 2002), numa relação de respeito e igualdade (Simões, 2005).

*Relativamente aos coeficientes de correlação todos são positivos e apresentam significância estatística, ou seja, a correlação determinada entre as variáveis é significativamente não nula.

O facto dos coeficientes de correlação apresentarem sinal positivo revela que melhores resultados num pilar conduzem a melhores resultados noutra pilar.

A intensidade das correlações entre os pilares é essencialmente moderada, destacando-se Verticalidade versus Conforto, Toque versus Conforto e Palavra versus Olhar. Destaca-se também a correlação forte entre Olhar versus Sorriso.

Quanto ao total da escala verifica-se que as correlações obtidas são essencialmente fortes nomeadamente as obtidas para os pilares: Olhar e Sorriso.

*Face aos resultados obtidos para os pilares e total da escala em função da faixa etária e resultados do teste paramétrico *t* para amostras provenientes de populações independentes ou, caso não se verifique a normalidade da distribuição e pelo menos uma das amostras seja de pequena dimensão, não paramétrico Mann-Whitney. Verifica-se que, em termos médios, são os enfermeiros com idade até 40 anos, que apresentam melhores resultados em todos os pilares da humanidade assim como no total da escala. Observa-se que a dispersão em ambos os casos é relativamente pequena e próxima entre as duas faixas etárias em estudo. Contudo, a um nível de significância de 5% verifica-se que as diferenças são estatisticamente significativas apenas para o pilar *Toque*.

*Para os resultados obtidos para os pilares e total da escala em função das habilitações profissionais, verifica-se que, em termos médios, são os enfermeiros com formação pós licenciatura (pós graduação ou especialização) que apresentam melhores resultados nos pilares: *Toque, Verticalidade, Sorriso, Conforto/Vestuário* e total da escala, nos restantes pilares: *Palavra* e *Olhar* são os enfermeiros com formação profissional de base que apresentam resultados ligeiramente superiores.

A um nível de significância de 5% verifica-se que as diferenças apenas são significativas para o pilar *Verticalidade*.

De acordo com os resultados obtidos para os pilares e total da escala em função da unidade onde os enfermeiros exercem a atividade e resultados do teste paramétrico *t* para amostras provenientes de populações independentes ou, caso não se verifique a normalidade da distribuição e pelo menos uma das amostras seja de pequena dimensão, não paramétrico *Mann-Whitney*, temos que em termos médios, são os enfermeiros que exercem atividade na UCC ou USP que apresentam resultados superiores com exceção do pilar *Verticalidade*. Novamente se verifica em ambos os casos baixa dispersão de resultados, o que traduz relativa concordância de opinião entre os enfermeiros de cada unidade em estudo. Contudo, a um nível de significância de 5% não existe evidência estatística suficiente para afirmar que as diferenças observadas sejam estatisticamente significativas.

A UCC é uma unidade que possui uma atuação multidisciplinar, que engloba a prestação de cuidados de saúde e de apoio psicológico e social, de base geográfica e domiciliária, designadamente na identificação e acompanhamento de indivíduos e famílias de maior risco, dependência e vulnerabilidade de saúde que prima pela excelência dos cuidados que presta de acordo com o Decreto – Lei n.º 28/2008, de 22 de Fevereiro de 2008.

*Relativamente aos resultados obtidos para os pilares e total da escala em função do conhecimento da metodologia humanidade e resultados do teste paramétrico *t* para amostras provenientes de populações independentes ou, caso não se verifique a normalidade da distribuição e pelo menos uma das amostras seja de pequena dimensão, não paramétrico *Mann-Whitney*, verifica-se que, em termos médios, são os enfermeiros que afirmaram terem conhecimento da metodologia humanidade que melhores resultados apresentam. Mais uma vez se observa relativa concordância de opinião entre enfermeiros da mesma classe de conhecimento. Contudo, a um nível de significância de 1% apenas se detetam diferenças estatisticamente significativas para o pilar *Palavra*.

Os resultados apontaram para que os enfermeiros auscultados indicassem, em estudos já efectuados, ser muito e muitíssimo importantes os procedimentos de humanidade, Simões, Rodrigues & Salgueiro, (2011).

Os resultados de diagnóstico inicial são coincidentes com estudos anteriores, indicando uma perceção elevada de valor e aplicação na prática clínica de procedimentos em humanidade, Simões, Rodrigues & Salgueiro, (2012).

- ✓ Os enfermeiros foram questionados sobre os motivos que impedem ou dificultam a aplicação da metodologia de trabalho humanidade. Tendo-se o motivo “Falta de disponibilidade (tempo)” foi indicado pela maioria dos enfermeiros inquiridos (74,29%), o motivo “Falta de motivação” foi referido por 14,29% dos enfermeiros e o motivo “Desconhecimento” foi apresentado por 8,57% dos enfermeiros em estudo. Os restantes motivos “Não apresenta vantagens” e “Não acho necessário” não foram referidos por quaisquer enfermeiro.

Falta de disponibilidade tendo em conta que, em Portugal, corolário duma nova postura de gestão, foram adotadas pelo governo medidas de contenção de gastos e a aplicação de mecanismos de melhoria da eficiência técnica no funcionamento dos serviços de saúde de

forma a promover a eficiência económica num quadro de maior disciplina orçamental e de controlo da despesa pública (Simões, 2009).

Além de que as razões ou motivações que desencadeiam e norteiam os comportamentos nem sempre são fáceis de conhecer quer para quem os vivencia como para quem os observa (Tavares, 2011).

- ✓ Face às sugestões apresentadas pelos enfermeiros para a correta utilização desta metodologia na instituição em que exercem funções e, tendo em vista o possibilitar da sua adoção como uma prática sistemática temos que 55% dos profissionais apontam a Formação incluindo quadros de gestão na formação. 15% aludem para uma Abordagem da temática em reuniões de equipaincidindo natroca de experiências. 15% sugerem Alteração da avaliação ondea produtividade seja avaliada em qualidade e não exclusivamente satisfazendo indicadores e os restantes 15% mencionam a Necessidade de redução do número de utentes por enfermeiroonde seja feita a ponderação do grau de dependência e distância e concebido mais tempo para a prestação de cuidados.

A tentativa de humanização dos cuidados tem que ser vista como uma atividade global de todas as organizações de saúde, estendendo-se essa vertente do cuidar a todos os membros dessas mesmas organizações.

É astuciosamente fulcral incluir os administradores e corpos de gestão, para que estes implementem políticas, estratégias e métodos de organização do trabalho que permitam, e que fomentem, a humanização dos cuidados de saúde pelos profissionais de enfermagem, pois que são quem mais diretamente contacta com o doente.

Felizmente, embora existam algumas organizações e implicitamente, deste modo os seus colaboradores, que olham para o utente como objeto de ganho e de sobrevivência no mercado sob uma perspectiva economicista da saúde, porém existem outras que estão marcadamente preocupadas em devolver-lhe o respeito como pessoa humana que é. (Mezomo, 2001). “Acabou o tempo de ver em cada pessoa um cliente; chegou a hora de ver em cada cliente uma pessoa” (Jan Carlson citado por Mezomo, 2001).

No entanto, por vezes a cultura organizacional das instituições nem sempre valoriza o utente como ser humano livre e portador de sentimentos colocando a rotina e o procedimento como valor supremo. A rotina por sua vez desprioriza o trabalho e leva a que as pessoas se tornem frias e insensíveis, apenas com a preocupação do cumprimento dos seus indicadores de trabalho.

CONCLUSÕES

Na finalização deste trabalho, tecem-se algumas considerações relativas ao conteúdo e às conclusões alcançadas, à estratégia utilizada no seu desenvolvimento e também às principais dificuldades que surgiram na sua realização.

Considera-se que os objetivos inicialmente delineados para o desenvolvimento deste estudo, foram alcançados na sua totalidade. Visto que, a realização deste trabalho, permitiu aprofundar conhecimentos ao nível de uma área específica do cuidar e perspetivar intervenções a nível da gestão de cuidados em saúde. Mais se destaca, a elaboração de uma grelha elaborada para a investigação que poderá ser utilizada noutros estudos e contextos.

A pesquisa bibliográfica permitiu compreender novas áreas de conhecimentos, o que para além de ter sido bastante enriquecedor a nível pessoal, direcionou para a consecução dos objetivos. O principal objetivo geral do estudo foi perceber, a nível do Centro de Saúde onde decorreu o estudo, qual o conhecimento dos enfermeiros acerca da metodologia de trabalho humanidade. Com base na análise dos dados podemos concluir que, em termos globais este profissional apesar de não atestar o seu conhecimento relativamente à humanidade, conhece e aplica esta ferramenta de trabalho.

As principais conclusões que obtivemos são:

- * Na nossa amostra, 97,1% dos inquiridos são do sexo feminino.
- * Verifica-se que a idade média é de 40,63.
- * A maioria dos inquiridos é casada ou vive em união de fato (85,7%).
- * Relativamente às habilitações literárias verifica-se que a maioria (85,7%) dos enfermeiros possui a licenciatura e que cinco (14,3%) concluíram o mestrado.
- * No que trata as habilitações profissionais tem-se que 42,9% possuem a formação base, 11,4% realizaram pós graduação e 45,7% concluíram pós licenciatura de especialização.

- * Quanto ao tempo de serviço verifica-se que apenas 14,3% dos enfermeiros inquiridos tem entre 6 a 12 anos, os restantes 85,7% possuem mais de 12 anos de serviço.
- * Relativamente à unidade onde exercem a atividade de enfermagem verifica-se que a maioria, 73,5%, é na UCSP, 17,6% está na UCC e 8,8% na USP.
- * No que concerne à questão sobre o conhecimento da metodologia de trabalho Humanidade verifica-se que a maioria, 60%, afirmou desconhecer e que os restantes 40% afirmaram conhecer tal metodologia.
- * Registou-se de modo global, moderada concordância de opinião entre enfermeiros dentro de cada dimensão no que se refere aos itens descritos e considerados em adequabilidade.
- * Palavra, Toque e Conforto são as dimensões/os pilares em que, em termos médios, é maior o conhecimento das boas práticas da metodologia de trabalho humanidade.
- * A intensidade das correlações entre os pilares é essencialmente moderada, destacando-se Verticalidade versus Conforto, Toque versus Conforto e Palavra versus Olhar. Destaca-se também a correlação forte entre Olhar versus Sorriso.
- * São os enfermeiros com idade até 40 anos, que apresentam melhores resultados em termos de conhecimentos face a todos os pilares da humanidade.
- * São os enfermeiros com formação pós licenciatura (pós graduação ou especialização) que apresentam melhores resultados nos pilares: Toque, Verticalidade, Sorriso, Conforto/Vestuário e total da escala, nos restantes pilares: Palavra e Olhar são os enfermeiros com formação profissional de base que apresentam resultados ligeiramente superiores. A um nível de significância de 5% verifica-se que as diferenças apenas são significativas para o pilar Verticalidade.
- * São os enfermeiros que exercem atividade na UCC ou USP que apresentam resultados superiores com exceção da dimensão/ pilar Verticalidade.
- * Em termos médios, são os enfermeiros que afirmaram terem conhecimento da metodologia humanidade que melhores resultados apresentam.
- * Relativamente aos motivos que impedem ou dificultam a aplicação da metodologia de trabalho humanidade, os enfermeiros referem “Falta de disponibilidade (tempo)” (74,29%), o motivo “Falta de motivação” foi referido por 14,29% dos enfermeiros e o motivo “Desconhecimento” foi apresentado por 8,57% dos enfermeiros em estudo. Os restantes

motivos “Não apresenta vantagens” e “Não acho necessário” não foram referidos por quaisquer enfermeiro.

*55% dos profissionais apontam a Formação, 15% aludem para uma Abordagem da temática em reuniões de equipa, 15% sugerem Alteração da avaliação e os restantes 15% mencionam a Necessidade de redução do número de utentes por enfermeiro.

Na perspectiva da investigadora as possíveis estratégias interventivas a adotar incidem, face à conjuntura socio económica do país, na sensibilização da gestão para políticas mais humanizadas e humanizantes, tal como:

- Formação em humanidade desenvolvida a nível de todos os intervenientes inerentes ao cuidar, com especial enfoque no grupo de cuidadores e a nível dos corpos de gestão;
- Criação de estímulos ao nível do desempenho no sentido de gerar motivação e conhecimento implicitamente (apresentação de trabalhos e estudos de caso; dinâmicas de grupo);
- Adequar recursos humanos em termos de rácio enfermeiro/utente;
- Focalizar a atenção às particularidades do CS estudado e suas condicionantes geográficas e específicas no que se reporta à faixa etária dos seus utentes;
- Revigorar as comissões de humanização do setor da saúde de modo a torná-las mais interventivas;
- Promover o envolvimento dos colaboradores na organização, atentando nas suas propostas e solicitações, colmatando as suas necessidades...

Limitações

Qualquer estudo apresenta sempre um leque de limitações, ou porque é realizado por pessoas, com as imperfeições inerentes à sua própria natureza, seja pelas condições presentes aquando da sua realização.

Apesar do esforço desenvolvido durante a realização deste trabalho, na opinião da investigadora, uma das limitações mais relevantes para o presente estudo prende-se com a elaboração do instrumento de colheita de dados e sua especificidade. Tendo este sido

elaborado para o efeito oferece as imprecisões de um trabalho pioneiro. A percepção relativa ao conhecimento é um fenómeno de difícil operacionalização. Existem já estudos e investigações realizados alusivos à temática, contudo na área da saúde são ainda poucos. Logo o referencial de comparação é pequeno.

Do ponto de vista metodológico são efetivamente necessários mais estudos, para identificar e clarificar melhor os fatores que interferem nesta área do cuidar profissional nomeadamente referentes aos procedimentos assentes nos pilares inerentes à ferramenta de trabalho.

Sugestões para investigações futuras

Neste trabalho efetuou-se uma investigação a profissionais de enfermagem pertencentes a uma única instituição, ou seja, a um único centro de saúde. Seria interessante analisar o mesmo tema nos restantes centros de saúde que constituem a ULS, o que permitiria comparar as especificidades das estratégias de gestão.

A análise da humanidade sobre a perspetiva do utente (cliente) seria também um estudo atrativo e importante para avaliar os parâmetros considerados mais relevantes para quem recebe os cuidados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Barañano, A. (2004). Métodos e Técnicas de Investigação em Gestão: Manual de apoio à realização de trabalhos de investigação. Lisboa: Edições Sílabo

Biscaia, A. (2007). A reforma dos Cuidados de Saúde Primários e a reforma do pensamento. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*. 22:61-79.

Bolton, S. (2002). Consumer as King in the NHS, *International Journal of Public Sector Management* 5.2. U.K.

Brunetto, Y. & Far-Wharton, R. (2004), A case study Examining the Impact of Public-Sector Nurse's Perception of Workplace Autonomy on their Job Satisfaction, *International Journal of Management & Organisational Behaviour*, 8- 5.

Campos, M. & Pinheiro, M. (2010). Segurança dos trabalhadores no Bloco Operatório. *Revista Enfermagem*, 2º serie (8).

Carapeto, C. & Fonseca, F. (2005). Administração Pública: modernização, qualidade e inovação, Lisboa, Edições Sílabo.

Carvalho, M. (2009). Nova Gestão Pública e Reformas da Saúde – O Profissionalismo Numa Encruzilhada, Lisboa: Edições Sílabo

Carvalho, M., Santiago, R. (2009). Gender as a 'strategic action' New Public Management and the professionalization of nursing in Portugal, *Equal Opportunities International* 28.2. International.

Carvalho.M. (1996) – A Enfermagem e o Humanismo. Loures: Lusociência.

Chiavenato,I. (2000). Recursos Humanos. Ed. Compacta. 6ªed. São Paulo. Atlas.

Chiavenato, I. (2005). *Gestão de pessoas: e o novo papel dos recursos humanos nas Organizações*. Rio de Janeiro: Leseviere.

Christo, F. H.(2010). Troféus da Marca AQR distinguem 19 entidades. Revista Missão para os Cuidados de Saúde Primários. Abril.

Coelho, M. (2000). Revista Servir Vol. n.º 48 N.º4 Julho/Agosto.

Conselho de Enfermagem (2001). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento conceptual. Enunciados descritivos, Ordem dos enfermeiros.

Corte Real, I. (2008). Public management reform in Portugal: successes and failures,International Journal of Public Sector Management. 21-2.

Costa, A. (1998). Dos percursos da formação à produção de Cuidados. Lisboa: Fim de Século – Saúde. 1998. 73.

Decreto-Lei n.º 48/90,de 24 de agosto de 1990 (1990). Diário da República n.º/1990-I série. Ministério da Saúde. Lisboa.

Decreto- Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro de 2008 (2008). Diário da República n.º38/2008-I série. Ministério da Saúde. Lisboa.

Decreto-Lei n.º 104/98 (1998), de 1 de abril de 1998 (1998). Diário da República n.º 93/1998-I Série. Ministério da Saúde. Lisboa.

Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de setembro de 1996 (1996). Diário da República n.º 205/96-I série. Ministério da Saúde. Lisboa.

Decreto-Lei n.º 71/2012, de 21 de março de 2012 (2012). Diário da República n.º 58/2012-I série. Ministério da Saúde. Lisboa.

Decreto-Lei n.º 157/99, de 10 de maio de 1999 (1999). Diário da República n.º 108/99-I série. Ministério da Saúde. Lisboa.

Decreto-Lei n.º 104/98 (1998), de 1 de abril de 1998 (1998). Diário da República n.º 93/1998-I Série. Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. Ministério da Saúde. Lisboa.

Decreto-Lei n.º 104/98 (1998), de 1 de abril de 1998 (1998). Diário da República n.º 93/1998-I Série. Código Deontológico de Enfermagem. Ministério da Saúde. Lisboa.

Diniz. A. (2003). Ética e identidade pessoal na perspectiva das ciências cognitivas. in Brotéria 156 .

Direção Geral da Saúde. (2011). Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes. Acedido a 14 de outubro de 2013 em:

<http://www.dgs.pt/pagina.aspx?screenwidth=1600&mlkid=0t23oi55550dryou5jyn44n55&cn=55065716AAAAAAAAAAAAAAAA>

Douglas, K. (2010), When Caring Stops, Staffing Doesn't Really Matter, *Nursing Economics*, November-December, 28-6.

Fitzsimons, D., Mullan, D., Wilson JS., Conway, B., Corcoran, B., Dempster, M., Gamble, J., Stewart, C., Rafferty, S., McMahon, M., MacMahon, J., Mulholland, P., Stockdale, P., Chew, E., Hanna, L., Brown, J., Ferguson, G. & Fogarty, D. (2007). The challenge of patients' unmet palliative care needs in the final stages of chronic illness. *Belfast Palliative Medicine*, 21.

Fortin, M. (1999). *O processo de Investigação. Da concepção à realização*. Loures: Lusociência.

Fortin, M. (2009). *Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação*. Loures: Lusodidacta.

Galvão, A. & Neves, C. (2012) -“ Coaching na intervenção Gerontológica”. In: Correia, F. *Teoria e Prática da Gerontologia*. Viseu. Psico&soma. 258.

Galvão, A., Gomes, M & Pereira, F. (2012) -“Ética e Humanidade no Cuidado do idoso”. In: Correia, F. - *Teoria e Prática da Gerontologia*. Viseu. Psico&soma. 81-92.

Gineste, Y. Pellissier, J. (2007) - *Humanidade, Cuidar e compreender a velhice*. Lisboa. Instituto Piaget. 248.

Graber, D. (2009). *Organizational and Individual Perspectives on Caring in Hospitals*, Spring 2009. 31-40.

Graber, D., & Mitcham, M. (2004). *Compassionate clinicians: Taking patient care beyond the ordinary*, *Holistic Nursing Practice*. 18(2), 87-94.

Graber, K. O. (2009). *Introduction to the symposium-humanism and health care management*, *Journal of Health and Human Services Administration*, Spring, Source Volume: 31, Source Issue: 4, United States.

- Graça, L. (1999) - A satisfação profissional dos profissionais de saúde nos centros de saúde. Instrumentos para a Melhoria Contínua da Qualidade. Lisboa: Direção de Saúde, Subdireção para a Qualidade. (pp. 1-19)
- Graça, L. (1999): Satisfação Profissional: O Melhor do SNS Somos Nós [Human Capital and Job Satisfaction in the Portuguese National Health Service]
- Goldman, D. (2011). Inteligência Social: A Nova Ciência do Relacionamento Humano, Maia: Círculo de Leitores, 2011. ISBN: 978-989-644-117-3
- Hair Jr, J.F., Anderson, R.E., Tatham, R.L., & Black, W.C. (2005). Análise multivariada de dados (5a.ed.). Porto Alegre: Bookman.
- Henderson, V. (2004). Definição de Enfermagem. In. TOMEY. A; ALLIGOOD. M. Teóricas de Enfermagem e Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem). Loures: Lusociência, Edições Técnicas e Científicas, Lda. 111-126.
- Hesbeen, W. (2000). Cuidar no Hospital: Enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva do cuidar, Edições Lusociência, Camarate. 28-30.
- Hesbeen, W. (2001). Qualidade em enfermagem. Pensamento e acção na perspectiva do cuidar. Loures: Lusodidacta. 2001. ISBN: 978-972-8383-20-6
- Hill, M.M. & Hill, A. (2002). Investigação por questionário. Edições Sílabo. Lisboa.
- Instituto Nacional de Estatística (2011). Censos/ Estatísticas da Saúde 2011
- Instituto Gineste- Marescotti Portugal. (2012). Humanitude. Acedido a 14 de outubro de 2013 em: http://www.humanitude.pt/?page_id=31
- Jacquard, A. (1986). L'Homme et l'avenir de l'homme. Liège : Alice Éditions, Bruxelles et RTBF Liège. 173.
- Jorge, F., Silva, P. (2000). Política de Recursos Humanos In Instrumento para Desenvolvimento Organizacional de PME's Programa "Leonardo Da Vinci". Univ. de Évora (Portugal).
- Kant, I. – Fundamentação metafísica dos costumes. Lisboa: Edições 70, 2008. ISBN: 978-972-44-1439-3.

Klopfenstein, F. (1980) – Humanitude, L'home, La vie, La mort, Dieu, L'absurd, Le bonheur, Le rêve, La politique, Genève: Labor et Fides.

Magalhães, V. (1996) – “Ser pessoa: a caminho de uma definição”. In: Bioética.

Manual da Qualidade Para Atendimento aos Utentes (2010). Centro de saúde de Bragança.

Mezomo, J. C. (2001). Gestão da Qualidade na Saúde, Princípios Básicos S.P.

Ministério da Saúde (2011). Orientações para a organização e funcionamento das Unidades de Cuidados de saúde Personalizados.

Nunes, I; Amaral, M & Gonçalves, R. (2005). Código Deontológico do Enfermeiro: dos Comentários à Análise de Casos. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2013). Dados Estatísticos 2000-2011. Acedido a 19 Outubro de 2013 em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/membros/Paginas/DadosEstatisticos.aspx>.

Osswald, W. (2002). Humanização, ética, solidariedade, Cadernos de Bioética, Edição centros de Estudos de Bioética, N°29 Ano XII, Agosto.

Phaneuf, M. (2005). Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação. Loures: Lusociência. 23.

Phaneuf, M. (2007). Le concept d'humanitude: une application aux soins infirmiers généraux [Em linha]. [Consult. 12 Fev 2007]. Disponível na WWW: URL: WWW: URL: <http://pagesperso-orange.fr/cec-formation.net/phaneuf.pdf>.

Pisco, L. (2011). Reforma da Atenção Primária em Portugal em duplo movimento: unidades assistenciais autónomas de saúde familiar e gestão em agrupamentos de Centros de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(6):2841-2852. Disponível a 20 de Setembro de 2011 em www.scielosp.org/pdf/csc/v16n6/22.pdf.

Plano Nacional de Saúde-PNS-(2012-2016). Disponível em: <http://www.pns.dgs.pt>

Rappo, I. (2007) - Comment les soignants en soins infirmiers conservent-ils l'humanité des patients comateux durant leurs interventions? Geneva: Haute École Spécialisée de Suisse Occidentale.

Rego, G. (2011), Gestão Empresarial dos Serviços Públicos – Uma aplicação ao sector da saúde, Editora Vida económica, Agosto, Porto.

REPE. (1996). Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, Decreto-Lei nº161/96 de 4 de Setembro, alterado pelo Decreto-Lei nº104/98 de 21 de Abril.

Ribeiro, J. (2010). Metodologia de Investigação em Psicologia e Saúde. 3ª Edição. Porto: LegisEditora.

Rodrigues, J., Biscaia, J.L., Ministro, L. & Pisco, L. (1999) - MoniQuor - Monitorização da Qualidade Organizacional dos Centros de Saúde, 2ª ed. Lisboa: Direcção-Geral de Saúde, Sub-Direcção-Geral para a Qualidade

Rodrigues, E. (2003), O outro na perspectiva do cuidar, Boletim do hospital de são Marcos, ANO XIX (no2), Braga.

Sá, L. V. & Oliveira, R. A. (2007). Autonomia: uma abordagem interdisciplinar. In Saúde, Ética & Justiça. São Paulo. V. 12, n.º1 e 2. 13-19.

Santos, J. M. O. (2002). Parceria nos cuidados – Uma metodologia de trabalho centrada no doente. Porto: Edições Universidade Fernando Pessoa. ISBN 972-8184-83-2.

Santos, O. Biscaia, A. Antunes, A. R., Craveiro, I., Júnior .A, Caldeira, R., et. Al. (2007). Os centros de saúde em Portugal: a satisfação dos utentes e dos profissionais. Lisboa. Missão para os Cuidados de Saúde Primários;

Simões, J. (2009). Retrato Político da Saúde. Dependência do Percurso da Inovação em Saúde: Da Ideologia ao Desempenho, Edições Almedina S.A.

Simões, J. & Martins, J. (2007). Os médicos de família e os direitos dos doentes à informação e ao consentimento. In Revista Portuguesa de Bioética. 3.

Simões, M.M.M. (2005) - Humanização de cuidados de saúde e educação reflexiva em ensino clínico com recurso ao debate em grupo, Dissertação de Mestrado em Filosofia, área axiologia e ética, especialidade bioética, apresentada à Universidade Católica Portuguesa.

Simões, M; Rodrigues, M. & Salgueiro, N. (2008) – “O significado da filosofia da humanidade, no contexto dos cuidados de enfermagem à pessoa dependente e vulnerável”. In: *Revista Referência*. 2(7). Coimbra. EsenfC: 97-105.

Simões, M.; Rodrigues, M. & Salgueiro, N. (2011) – “Importância e aplicabilidade aos cuidados de Enfermagem do método de Cuidados de Humanidade Gineste- Marescotti”. In: *Revista Referência*. III Série-n.4. Coimbra. EsenfC: 69-70.

Simões, M.; Rodrigues, M. & Salgueiro, N. (2011) – “Humanidade, Ligação Interpessoal de Relação e Cuidados”. In: Revista Portuguesa de Bioética. 1.4.

Simões, M.; Rodrigues, M. & Salgueiro, N. (2012) – “Cuidar em Humanidade: estudo aplicado em cuidados continuados”. In: Revista Referência. III Série-n.6. Coimbra. EsenfC: 81-93.

Tavares, M. M. V. (2011). A Gestão de Pessoas Novos rumos desta função nas organizações. Lisboa. Universidade Lusíada Editora.

Tomey, A. M. & Alligood, M. R. (2004). Teóricas de Enfermagem e a sua obra - Modelos e Teorias de Enfermagem, 5ª edição. Lusodidáctica, Loures.

Strenbert, H. J. & Carpenter, D. R. (2002). Investigação Qualitativa em Enfermagem – Avançando o Imperativo Humanista. 2ª ed. Loures: Lusociência. ISBN: 972-8383-29-0.

Vieira, M. (2005), Representações da Humanização de Cuidados de enfermagem, Informar-Revista de formação contínua em enfermagem, ANO XI, nº 35, publicações semestral, Julho/Dezembro.

Vieira, M. (2007). Ser enfermeiro: Da compaixão à proficiência. Lisboa: Universidade Católica Editora. ISBN: 972-54-0146-8.

Vielva, J. A. (2002) - Ética Profesional de la Enfermería. Bilbao: Editorial Descleé De Brouwer, S.A.

Watson, J. (2002) Enfermagem: ciência humana e cuidar – uma teoria de enfermagem. Loures: Lusociência. ISBN: 972-8383-33-9

ANEXO I
AUTORIZAÇÃO PARA APLICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO NO CENTRO DE
SAÚDE

Olivia da Conceição Costa Maria
Av. Dinastia de Bragança, Lote nº3 3ºDtº
5300-399 Bragança

Sua Referência

Sua Comunicação de
06-09-2013

Nossa Referência

Data
03-10-2013

ASSUNTO: Pedido de autorização para recolha de dados

Em resposta ao pedido efectuado por Vª Ex.ª, informo que de acordo com o parecer da Comissão de Ética da ULSNE, o mesmo foi autorizado, desde que os visados não se importem de responder ao questionário.

Com os melhores cumprimentos

A Responsável do
Serviço de Desenvolvimento e Formação

ANA SANTOS
Responsável do Serviço de
Desenvolvimento e Formação
da ULSNE

ANEXO II
QUESTIONÁRIO

Ex.m.a (o) Colega:

O meu nome é Olívia da Conceição Costa Maria, sou enfermeira na UCC do Centro de Saúde de Bragança, da Unidade Local de Saúde do Nordeste e encontro-me a realizar um Mestrado em Gestão das Organizações – Ramo Unidades de Saúde, da Associação de Politécnicos do Norte (APNOR), no Instituto Politécnico de Bragança e pretendo realizar uma dissertação sobre o tema:

Perceção dos enfermeiros acerca da metodologia de trabalho: Humanidade.
(Gestão de Cuidados de Saúde)

Este estudo aplica-se no Centro de saúde de Bragança e tem como objetivos principais:

- Conhecer as perceções dos enfermeiros sobre a metodologia do cuidar: humanidade;
- Que propostas de intervenção de gestão de cuidados de saúde nesta area do cuidar?

Neste sentido, e para melhor compreensão deste problema, solicito a sua participação, através do preenchimento deste questionário. O questionário é individual e anónimo, como tal não necessita de o assinar.

A sua colaboração é valiosa, pelo que tente não deixar nenhuma questão por responder.

Desde já o meu agradecimento pela colaboração e disponibilidade,

Olívia da Conceição Costa Maria

**PERCEÇÃO DOS ENFERMEIROS ACERCA DA METODOLOGIA
DE TRABALHO: HUMANIDADE.**

Nº _____

I- CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL SÓCIO - DEMOGRÁFICO DO ENFERMEIRO

Por favor não deixe perguntas por responder. Nas perguntas fechadas, coloque uma cruz (x) na resposta que corresponde à sua situação.

1.Idade _____

2.Sexo

a) Feminino b) Masculino

3.Estado Civil

a) Solteiro b) Casado/ União de facto c) Divorciado/ Separado d) Viúvo

4.Habilitações Literárias

a) Licenciatura b) Mestrado c) Doutoramento

5.Habilitações Profissionais

a) Pós graduação b) Pós licenciatura de Especialização-Especialidade

6.Tempo de experiência profissional

a) até 3 anos b) de 3 a 6 anos c) de 6 a 12 anos d) + 12 anos

7. Unidade onde exerce funções

a) UCC

b) UCSP

c) USP

II- QUESTIONÁRIO
METODOLOGIA DE TRABALHO: HUMANITUDE

1. Já ouviu falar da metodologia de trabalho Humanitude?

a) Sim b) Não

Se sim, onde e em que contexto?

Relativamente aos vários Pilares da Humanitude (*Palavra, Toque, Verticalidade, Olhar, Sorriso e Vestuário/Conforto*) são-lhe apresentadas algumas situações possíveis de surgir no âmbito do exercício profissional. Solicito-lhe que leia atentamente cada uma delas e de seguida, utilizando a grelha de adequabilidade apresentada, assinale o número que melhor traduz sua atitude/ opinião.

I. PALAVRA

1.1. Estudos indicam que a maioria dos prestadores de cuidados quando se dirige ao quarto do utente não bate à porta e quando o faz não espera pela resposta. Como prestador de cuidados qual a sua opinião sobre este comportamento?

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

1.2 A senhora M, com demência vascular, está sentada na sua cadeira de rodas aguardando a realização do penso diário de uma úlcera varicosa infetada. Apresentando desorientação espaço temporal, repetidamente questiona o enfermeiro X. sobre o que irá este fazer-lhe. O enfermeiro calmamente, identifica-se e em cada uma das vezes, explica o procedimento.

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

1.3. O enfermeiro A. nunca permite que o utente lhe coloque qualquer questão fora da índole profissional.

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

1.4. O senhor F., utente consciente e orientado em fase terminal, submete-se à realização de todos os cuidados sem qualquer troca de palavras. Perante este utente a enfermeira J. apenas o cumprimenta e efetua os procedimentos adequados.

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

II. TOQUE

2.1. Numa unidade de cuidados, os enfermeiros foram proibidos de manifestar sinais de afeto aos utentes (tocar-lhes na mão, beijá-los à chegada...) por uma questão de “higiene e profissionalismo”. Considera esta medida institucional ...

1	2	3	4	5
Nada adequada	Pouco adequada	Adequada	Muito adequada	Ótima

2.2. Quando está a prestar cuidados ao utente em que impreterivelmente a dor está presente pela realização de procedimentos, a enfermeira J, costuma tocá-lo suavemente, em zona neutra do corpo (ombro, braço...).

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

2.3. O senhor B, idoso de 88 anos, é acordado bruscamente para a realização de um injetável. O senhor começou a gritar e a impedir o procedimento. A enfermeira M. pede a colaboração da família para “imobilizar” o utente.

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

2.4.A enfermeira F. cumprimenta sempre os utentes com um aperto de mão e luvas colocadas.

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

III. VERTICALIDADE

3.1.O senhor Z. refere já não querer levantar-se da cama. Como tal procedimento requer que o enfermeiro despenda o dobro do tempo que tem disponível para os cuidados ao senhor, este reforça a importância do levantar do utente junto da família.

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

3.2.O enfermeiro P, nos utentes acamados aos seus cuidados, estimula e ajuda a pessoa a adotar uma postura vertical (erguer o tronco, sentar-se com uma postura correta no cadeirão, pôr-se de pé...).

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

3.3.Uma enfermeira, que sempre teve um comportamento irrepreensível foi advertida pela coordenação da instituição para atentar na postura profissional por dançar com uma utente aquando da alta da mesma. Em sua opinião o desempenho da instituição esteve...

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

3.4. A senhora A, idosa acamada, estando a dormir é acordada para a realização de um penso na mão esquerda. A utente prefere permanecer na cama como é seu hábito, mas a enfermeira V. usufruindo do momento e apesar de contrariar a utente, sentou a senhora A na sala junto do neto.

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

IV. OLHAR

4.1. A senhora A está posicionada em decúbito lateral. Aproveitando o posicionamento em que a utente se encontrava inicialmente o enfermeiro S realiza os respetivos cuidados. Após o seu término posiciona a senhora e pede desculpa por ainda não ter podido ver... os seus lindos olhos azuis.

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

4.2. Quando se aproxima do utente a enfermeira A evita colocar-se à distância de contacto e adopta uma postura ligeiramente hirta para impedir que o utente não percecione...” mais do que deve”.

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

4.3. M, jovem de 25 anos a quem a quimioterapia provocou alopecia parcial, não permite o “olhar face a face”. Aproveitando a realização dos tratamentos o enfermeiro C. confronta-a e propõe-lhe estratégias de ajuda.

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

4.4. O enfermeiro M. tenta sempre expressar “um olhar atencioso” perante os utentes.

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

V. SORRISO

5.1. Alguns autores reportam-se ao sorriso (referindo-me, neste caso, ao sorriso do enfermeiro) *como o remédio mais eficaz, tendo o poder de curar certas doenças.* Considera essa estratégia...

1	2	3	4	5
Nada adequada	Pouco adequada	Adequada	Muito adequada	Ótima

5.2. Para impedir contactos de maior proximidade a enfermeira M. evita manter o “rosto aberto” durante os cuidados que executa.

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

5.3. O enfermeiro T utiliza o humor como uma estratégia para interagir com os utentes. Essa mesma estratégia parece-lhe...

1	2	3	4	5
Nada adequada	Pouco adequada	Adequada	Muito adequada	Ótima

5.4. Diz o provérbio popular "O sorriso é a distância mais curta entre duas pessoas". No desempenho do seu exercício, o enfermeiro G. que utiliza o humor como uma estratégia para interagir com os utentes é advertido pela chefia para adequar a postura profissional aprimorando o brio institucional. Em sua opinião, esta postura da instituição afigura-se-lhe...

1	2	3	4	5
Nada adequada	Pouco adequada	Adequada	Muito adequada	Ótima

VI. VESTUÁRIO / CONFORTO

6.1. O senhor P. apresenta artroses acentuadas nas mãos e vive só. Não conseguindo engraxar os sapatos com os quais gostaria de receber um amigo de longa data, pede à enfermeira F., enquanto prestadora de cuidados diários devido a uma úlcera varicosa, ajuda para tal. Esta alega não ser sua função e despede-se do senhor até ao dia seguinte.

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

6.2. Embora a senhora T. prefira permanecer com o pijama vestido, a enfermeira V. estimula a utente a utilizar o seu próprio vestuário quando do levante para o cadeirão.

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

6.3.O senhor R nas suas escolhas de vestuário não prima por um gosto requintado. A enfermeira C. opta por retirar do armário sempre peças de vestuário de acordo com as suas preferências e não as do utente.

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

6.4.A enfermeira B. insiste em persuadir o senhor José a cortar o grisalho bigode farfalhado que ele mantém há mais de vinte anos porque, a seu ver, este não o favorece, não se adaptando ao rosto do senhor. Esta atitude parece-lhe...

1	2	3	4	5
Nada adequada	Pouco adequada	Adequada	Muito adequada	Ótima

III- GESTÃO DE CUIDADOS

METODOLOGIA DE TRABALHO: HUMANITUDE

1. A aplicação plena da humanidade como ferramenta de trabalho impele a que o enfermeiro assente adequadamente o seu desempenho nos seis pilares fundamentais desta metodologia (*Palavra, Toque, Verticalidade, Olhar, Sorriso e Vestuário/Conforto*) visando assim, a excelência do seu cuidar.

Reflita no seu exercício profissional e enquadrando-o ainda no contexto institucional, indique quais os motivos que, se aplicar humanidade no seu cuidar, o impedem ou dificultam na aplicação plena desta metodologia.

- a) Falta de disponibilidade (tempo)
- b) Falta de motivação
- c) Desconhecimento
- d) Não apresenta vantagens
- e) Não acha necessário
- f) Outro _____
