

Curso: Mestrado em Cuidados Continuados

**Humanidade: Uma ferramenta de trabalho em Cuidados
Continuados Integrados**

RAFAELA REBELO LEITE

Relatório Final de Estágio apresentado à Escola Superior de Saúde para obtenção do
Grau de Mestre em Cuidados Continuados

Orientadora:

PROFESSORA DOUTORA ANA MARIA NUNES GALVÃO

Dezembro, 2015

Curso: Mestrado em Cuidados Continuados

**Humanidade: Uma ferramenta de trabalho em Cuidados
Continuados Integrados**

RAFAELA REBELO LEITE

Relatório Final de Estágio apresentado à Escola Superior de Saúde para obtenção do
Grau de Mestre em Cuidados Continuados

Orientadora:

PROFESSORA DOUTORA ANA MARIA NUNES GALVÃO

Dezembro, 2015

Agradecimentos:

Este foi um trabalho elaborado com bastante dedicação, no entanto e como em qualquer trabalho é pertinente agradecer a quem esteve sempre e incondicionalmente a apoiar-nos.

Agradeço em primeiro lugar à Professora Doutora Ana Maria Galvão que com o seu grande apoio, dedicação, orientação e confiança me ajudou a construir o caminho que percorri desde a idealização até à concretização deste projeto.

Às colegas de mestrado por todo o apoio, mas principalmente à mestranda Cárina Pontes pelo companheirismo e pelo encorajamento transmitido.

Aos meus amigos de sempre Sara Fernandes, Cláudia Baptista, Cristiana Marques, Carla Silva, Paula Castro, Leslie Martins, Tiago Lobo, César Abreu, Pedro Ribeiro, Pedro Vale e Luís Pedro Pereira que sempre se disponibilizaram para me ajudar e sempre conseguiram compreender e reduzir o sentimento de ausência.

Às minhas primas Olga Guimarães e Daniela Guimarães por toda a ajuda e por todas as sugestões efetuadas ao longo de todo este percurso.

Ao Emanuel Oliveira por me acompanhar neste processo longo e por estar sempre do meu lado.

Aos meus pais por todo o esforço que fizeram para eu conseguir realizar o mestrado e por todo o incentivo e força que sempre me foram conduzindo. Ao meu irmão por estar constantemente preocupado e conseguir lidar com a minha ausência.

Por fim mas não menos importante, agradeço à Unidade de Cuidados Continuados de Vizela por me terem recebido da melhor forma possível e por me ter transmitido valores importantes. Agradeço a todos os Profissionais com quem trabalhei, mas principalmente à Doutora Ana Correia, por toda a orientação, incentivo e acompanhamento que sempre demonstrou para comigo, ao Enfermeiro Jorge devido a todo o “à vontade” que me proporcionou dentro da Instituição e à Doutora Sílvia e à Doutora Vânia por toda a conduta de trabalho que me harmonizaram.

Resumo

A ferramenta de trabalho “Humanidade” ao dispor do cuidado, tem produzido mudanças assinaladas na cultura vigente nos estabelecimentos de saúde onde foi implementada e obtidos resultados muito significativos na promoção de qualidade dos cuidados. Esta ferramenta promove o respeito pela pessoa cuidada, enfatiza técnicas que profissionalizam e facilitam a relação entre o cuidador e a pessoa cuidada, favorecendo o estabelecimento de uma verdadeira relação de confiança, promotora do bem-estar da pessoa cuidada e do cuidador.

O presente trabalho, é estabelecido em duas partes, uma em que há um aspeto de carácter empírico e outra parte de carácter prático. No que diz respeito à estrutura prática, refere-se a um estágio curricular, onde se desenvolveu uma investigação e esse período de estágio teve duração de 240 horas. O estágio decorreu na Unidade de Cuidados Continuados Integrados António Francisco Guimarães, pertencente à Santa Casa da Misericórdia de Vizela. Na sequência do estágio foi elaborado um estudo que possuía como objetivos, avaliar os conhecimentos dos profissionais de saúde numa equipa de UCCI acerca da metodologia “Humanidade” e evidenciar a utilidade da ferramenta “Humanidade” em Cuidados Continuados Integrados.

Trata-se de um estudo observacional e descritivo de carácter quantitativo.

A população da instituição era de 71 profissionais, no entanto, a nossa amostra é constituída por 28 cuidadores formais. Optamos por, observar apenas profissionais a desempenhar funções na UCCI, na valência de Unidade de Media Duração e Reabilitação que estivessem em contacto direto com os utentes. Como critérios de exclusão colocámos, todos os profissionais de saúde da UCCI de Vizela que se encontravam fora de serviço por motivo de férias, doença, licença de maternidade/paternidade, ou na Unidade de Longa Duração e Manutenção. A amostra foi definida pelas observações conseguidas em período de estágio que decorreu do dia 23 de fevereiro de 2015 a 14 de abril de 2015

A recolha de dados procedeu-se através de um guião elaborado, em que, na primeira parte, questionava as características sociodemográficas, de seguida incluía questões sobre a área profissional e, por fim, uma checklist preenchida mediante a observação dos investigadores.

Os resultados obtidos no estudo revelam que ainda existe desconhecimento sobre os cuidados em “Humanidade”, onde da amostra seleccionada, apenas 35,7% tem

conhecimento desta ferramenta do cuidar, porém não têm formação na área. De acordo com os resultados, é também denotada a prestação de cuidados de forma tão mecânica por parte dos profissionais que após terem recebido informações da investigação em questão, continuavam a prestar os cuidados de saúde como sempre faziam e não com a informação que tinham obtido anteriormente da ferramenta “Humanidade”. Apesar de nem sempre os profissionais trabalharem tendo por base os cuidados em “Humanidade”, estes percebem a sua vantagem quer para o utente quer para o profissional que o pratica.

Palavras-chave: Humanidade, Educação Social, Cuidados Continuados, Humanização dos cuidados, relação de ajuda.

Abstrat

The working tool "Humanidade" to dispose care, have produced marked changes in the current culture in health establishments where it was implemented and obtained very significant results in promoting quality of care. This methodology promotes respect for the cared person, emphasizes techniques that professionalize and facilitate the relationship between the caregiver and the cared person, favoring the establishment of a real relationship of trust, welfare promoter of cared person and the caregiver.

This work is set in two parts, in the first one there is an empirical character and the second one is a practical. It says respect to the practical structure and refers to a study stage, where it has a research and this period was 240 hours. The stage took place in the Continuous Care Unit António Francisco Guimarães, belonging to the Santa Casa da Misericórdia Vizela. This study aims to evaluate the knowledge of health professionals in a team about the methodology "humanidade" and demonstrate the usefulness of the tool "Humanidade" in Long-Term Care.

This is an observational and descriptive qualitative study.

The number of professionals working in the Long-Term Care Unit António Francisco Guimarães belonging to the Santa Casa da Misericórdia Vizela was 71, however our sample is constituted 28 formal caregivers to perform duties in the institution.

We choose to observe only professionals to perform functions in the institution, in the valence Unit Media Duration and Rehabilitation who were in direct contact with patients. As we put exclusion criteria, all health professionals in the institution that were out of service due to vacation, illness, maternity / paternity, or Unit of Long Duration and Maintenance. The sample was defined by the observations obtained in training period which took place the day 23 February 2015 the April 14, 2015.

The results obtained in the study reveal that there is still lack of knowledge of care in "humanidade" where the selected sample, only 35.7% are aware of this tool of care, but have no training in the area. According to the results, it is also denoted the care of such mechanical form from professionals that they have received research information in question, continued to provide health care as they always did and not with the information they had previously obtained the "humanidade" tool. Although not

Humanitude: Uma ferramenta de trabalho em Cuidados Continuados Integrados

always professionals to work on the basis of care in "humanitude" these have their advantage, either for the user or for the professional who practices it.

Keywords: Humanitude, Social Education, Long-Term Care, Humanization of care, Supportive relationship.

Résumé

L'outil "humanitude" de travail pour fournir(en ayant) des soins, produit des changements marqués dans la culture qui prévaut dans les établissements de santé où il a été mis en œuvre et réalisé beaucoup des résultats significatifs dans la promotion de la qualité des soins. Cet outil favorise le respect de la personne prudente, souligne techniques qui professionnalisent et facilitent la relation entre le soignant et la personne soigné, en favorisant la mise en place d'une véritable relation de confiance, promoteur de bien-être de la personne soignée et du personnel soignant.

Ce travail est réglé en deux parties: l'une dans laquelle il ya un caractère empirique et un autre de nature pratique. En ce qui concerne la structure pratique, c'est un stage académique, où il a présenté une étape de recherche dans un période de 240 heures. Le stage a eu lieu dans l'unité de soins continus António Francisco Guimarães, appartenant à la Santa Casa da Misericórdia Vizela. Pendant le stage, nous avons conçu une étude qui avait pour objectif d'évaluer les connaissances des professionnels de la santé dans une équipe UCCI sur la méthodologie "humanitude" et mettre en évidence l'utilité de l'outil "humanitude" dans les soins continus.

Ceci est une étude observationnelle et descriptive de caractère quantitatif.

L'institution est constituée par 71 professionnels, cependant, notre échantillon se compose de 28 soignants professionnels. Nous choisissons d'observer seulement les professionnels qui exercent des fonctions au UCCI, dans la valence de l'Unit de Moyenne Durée et de Réhabilitation qui étaient en contact direct avec les patients. Par rapport au critères d'exclusion, nous mettons tous les professionnels de la santé UCCI de Vizela qui étaient hors service en raison de vacances, de maladie, de maternité / paternité, ou dans L'Unit de Longue Durée et Maintenance. L'échantillon a été fait pendant le période de stage qui a eu lieu du 23 février au 14 avril 2015.

La collecte des données a été procédé par un script complexe, dans la quel questionnait les caractéristiques sociodémographiques, puis comprenait des questions sur le domaine professionnel et, enfin, une liste de contrôle remplie par l'observation des chercheurs.

Les résultats obtenus dans l'étude révèle qu'il y a encore un manque de connaissances des soins dans "humanitude" où l'échantillon sélectionné, seulement 35,7% sont au courant de cet outil de soins, mais ont aucune formation dans le domaine.

Selon les résultats, il est également noté le soin mécanique de professionnels. Ils ont reçu l'information de recherche mais ont continué à fournir des soins de santé comme ils l'ont toujours fait et pas avec l'information dont ils avaient précédemment obtenu - "Humanidade". Même si les professionnels n'utilisent pas l'outil "Humanidade", ils connaissent leur avantage que ce soit pour lui même ou pour le patient.

Mots-clés: humanidade, l'éducation sociale, de soins continus, humanisation des soins, relation de soutien.

SIGLAS

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

UCCI – Unidade de Cuidados Continuados Integrados

ULDM – Unidade de Longa Duração e Manutenção

UMDR – Unidade de Media Duração e Reabilitação

AVC`s – Acidentes Vasculares Cerebrais

UP`s – Úlceras de Pressão

TCE – Traumatismo Crânio Encefálico

ELA – Esclerose Lateral Amiotrófica

EGA – Equipa de Gestão de Alta

MGM – Método Gineste e Marescotti

PIC – Plano Individual de Cuidados

PII – Plano Individual de Intervenção

Índice Geral

Índice de esquemas.....	xi
Índice de gráficos.....	xi
Índice de quadros.....	xi
Índice de tabelas	xi
Introdução.....	1
Parte I – Relatório de estágio.....	5
1 – Caracterização da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.....	7
2 - Papel do Educador Social numa UCCI.....	12
3 – Descrição do contexto de estágio da Unidade de Cuidados Continuados António Francisco Guimarães	13
3.1. - População Institucionalizada durante o período de estágio	15
4 – Atividades observadas e desenvolvidas	17
4.1 - Atividade de Investigação.....	20
Parte II – Estudo empírico: “Humanidade: Uma ferramenta de trabalho em Cuidados Continuados Integrados”	23
Capítulo 1 – Enquadramento teórico	25
1.1 - Humanidade: Definição e Pilares	25
1.2.- Descrição de evidências	34
Capítulo 2 – Aspetos metodológicos	39
2.1. - Objetivos, Questão de partida, Tipo de estudo	39
2.2 - População e amostra	39
2.3 – Instrumento de recolha de dados	40
2.4 - Considerações éticas	41
2.5 - Tratamento estatístico	41
3 - Apresentação e análise dos dados	41
3.1. - Discussão de resultados	53
Conclusão	59
Referências Bibliográficas.....	63
Anexos.....	65
Anexo I – Guia de observação	66

Anexo II – Cronograma Anual das Atividades de Animação Social, Cultural e Recreativa	68
Anexo III – Folheto explicativo da “Humanidade” aos profissionais da UCCI de Vizela	71

Índice de esquemas

Esquema 1 Estrutura da RNCCI.....	9
-----------------------------------	---

Índice de gráficos

Gráfico 1 Patologias dos utentes institucionalizados na UCCI de Vizela.....	16
---	----

Índice de quadros

Quadro 1 Resumo dos artigos e dissertações analisadas	34
---	----

Índice de tabelas

Tabela 1 Distribuição dos participantes por sexo, idade, habilitações literárias e profissão	41
Tabela 2 - Experiência profissional dos Cuidadores Informais.....	43
Tabela 3 - Observação realizada quando da prestação de cuidados	44

Introdução

O aumento da longevidade e o envelhecimento da população portuguesa são uma evidência nos nossos dias, donde emergem novas necessidades em cuidados de saúde, implicando necessariamente problemas familiares e sociais.

Surgem as doenças crónicas incapacitantes e pessoas com doenças incuráveis num estágio avançado para as quais as famílias não têm capacidade de lidar.

O recurso a serviços de saúde é uma situação bastante frequente para estes doentes e, quando avaliados critérios a opção é muitas vezes o ingresso na Rede de cuidados Continuados Integrados.

A Unidade de Cuidados Continuados Integrados da Santa Casa da Misericórdia de Vizela foi a escolhida para desenvolver o trabalho de investigação. Esta dispõe das seguintes tipologias: UMDR - Unidade de Média Duração e Reabilitação, e ULDM - Unidade de Longa Duração e Manutenção.

A nossa escolha por este local para realização do estágio prende-se com dois aspetos: por se constituir numa aprendizagem enriquecedora, pois nunca houve contacto com contextos de cuidados continuados e, também, o aspeto de proximidade geográfica com a nossa residência.

Objetivamos para este estágio, adquirir competências a nível da educação social em contexto de cuidados continuados, integrar a equipa de cuidados continuados e desenvolver um trabalho empírico ao longo do estágio.

O presente relatório de estágio descreve num primeiro momento as atividades, por nós desenvolvidas, no período de 23 de fevereiro a 14 de abril do ano de 2015 (que foram compreendidas em 240 horas de trabalho), em função dos objetivos de estágio definidos.

Num segundo momento, apresentamos um estudo empírico por nós desenvolvido durante o decorrer do estágio. A temática eleita para a investigação foi-nos apresentada na unidade curricular de Relação de Ajuda e Intervenção Terapêutica durante as aulas teóricas. Suscitou-nos particular interesse e pareceu-nos oportuno o seu estudo em contexto de unidade de cuidados continuados. Esta temática intitula-se: “Humanidade: Uma ferramenta de trabalho em Cuidados Continuados Integrados”.

A ferramenta “Humanidade” pode constituir-se como um método de trabalho aplicado aos cuidados continuados, de forma a desenvolver o contacto com os utentes,

qualquer que seja a sua idade ou problema de saúde e restituir a dignidade à prestação de cuidados, que frequentemente pareçam muito banais e monótonos. Esta metodologia de cuidados tem produzido mudanças assinaláveis na cultura vigente, essencialmente nos estabelecimentos de saúde onde foi implementada e onde foram obtidos resultados significativos e eficazes na qualidade dos cuidados. Assim, este método promove o respeito pela pessoa cuidada e enfatiza técnicas que profissionalizam e facilitam a relação entre o cuidador e a pessoa cuidada, emergindo uma verdadeira relação de ajuda, baseada na confiança, empatia, congruência e respeito.

O estabelecimento da relação de cuidar e inerentemente de ajuda, instituída entre o profissional de saúde e o utente, exige a adoção de uma conduta e postura humanizante, 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 com Gineste e Pellissier esta relação deve ser "...uma relação de igualdade: igualdade em humanidade e em cidadania..." (Ginest, 2007).

Como objetivos para este estudo propomos: Avaliar os conhecimentos dos profissionais de saúde numa equipa de UCCI acerca da metodologia "Humanidade"; Evidenciar a utilidade da ferramenta "Humanidade" em cuidados continuados.

Com os objetivos delineados anteriormente, pretendemos dar resposta à questão de investigação: Quais os conhecimentos dos profissionais de saúde numa equipa de Cuidados Continuados acerca da "Humanidade"?

No desenvolvimento do trabalho e para dar resposta à questão elencada, definiu-se que teria um método quantitativo, uma vez que, se pretende compreender uma realidade holística e é de carácter observacional e descritivo. Para este estudo temos uma amostragem de 28 participantes de um total de 71 profissionais, esta amostragem é não probabilística por conveniência. O instrumento de recolha de dados baseou-se num documento dividido em três partes em que, na primeira parte é estabelecida a caracterização sociodemográfica do cuidador, na segunda parte é a bordada a experiência profissional e na terceira parte são estabelecidas as 24 questões de observação.

A par desta investigação, pesquisamos evidências científicas na revisão da literatura que realizamos, ao apresentarmos os resultados que obtivemos no estudo empírico, procedemos à discussão dos mesmos mencionando os estudos encontrados.

Os objetivos inicialmente referidos foram atingidos com sucesso, tornando-se este estágio um motor da nossa aprendizagem que nos permite desenvolver a nossa atividade profissional num contexto idêntico.

Parte I – Relatório de estágio

Para o desenvolvimento deste estágio, como objetivos gerais propusemos:

- Descrever a caracterização do campo de estágio;
- Expor as atividades desenvolvidas durante o estágio;
- Analisar refletivamente as atividades realizadas ao longo do estágio.

1 – Caracterização da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

O envelhecimento populacional observado nos últimos anos e as alterações demográficas levaram à necessidade de criar alternativas e estratégias. Juntamente a estes fenómenos verificavam-se outras alterações como a entrada da mulher no mundo do trabalho, o que levou a que os sujeitos doentes não tivessem a sua esposa/mãe disponível diariamente para responder ao apoio que estes necessitavam e, em consequência disto, foi necessário criar respostas para colmatar a ajuda a pessoas em situação de dependência. Foi, portanto, necessário observar o que estava disponível para os cidadãos a nível da Saúde e da Segurança Social para então se proceder à criação de respostas para os problemas existentes.

A parceria estabelecida entre o Ministério da Saúde e o Ministério do Trabalho e Solidariedade Social facultou a criação de respostas diversificadas para diversas áreas com o objetivo de progredir com a continuidade de prestação de cuidados a todos os cidadãos em situação de dependência.

“A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, criada pelo Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho, constitui-se como o modelo organizativo e funcional para o desenvolvimento da estratégia enunciada. Representa um processo reformador desenvolvido por dois sectores com responsabilidades de intervenção no melhor interesse do cidadão: o Serviço Nacional de Saúde (SNS) e o Sistema de Segurança Social.” (RNCCI - Ministério da Saúde, 2010)

A Rede centraliza instituições e organizações, públicas ou privadas, com objetivos partilhados, estabelecendo como área primordial a saúde e a área social a indivíduos que tenham sofrido algum tipo de dependência. A dependência é tida de forma involuntária, o que faz com que estes, necessitem forçosamente de auxílio e ajuda

de profissionais. A meta a atingir nesta rede, por todos os profissionais, é alcançar a reabilitação, readaptação e a reinserção social e familiar do sujeito para, assim que possível, voltar ao seu quotidiano o mais autónomo possível.

Na criação da Rede, os problemas que levantaram mais interesse foram o envelhecimento demográfico progressivo, prevalência de doenças crónicas incapacitantes, sistema de saúde assente em paradigmas de doença aguda e/ou numa filosofia de intervenção, escassa cobertura de serviços de cuidados continuados integrados a nível nacional e a inexistência de uma política integrada de Saúde e de Segurança Social para responder às duas necessidades. Como noutra situação qualquer, foi implementada uma intervenção, que foi a criação de novas respostas ajustadas aos diferentes sujeitos em situação de dependência e aos diferentes momentos da evolução da própria doença. Devido a estas intervenções, seriam previstos ganhos em saúde, aumento da cobertura da prestação de serviços de cuidados continuados integrados a nível nacional, manutenção das pessoas com dependência no domicílio, redução da procura de hospitais em situação aguda por parte dos dependentes e a melhoria das condições de vida e de bem-estar das pessoas dependentes.

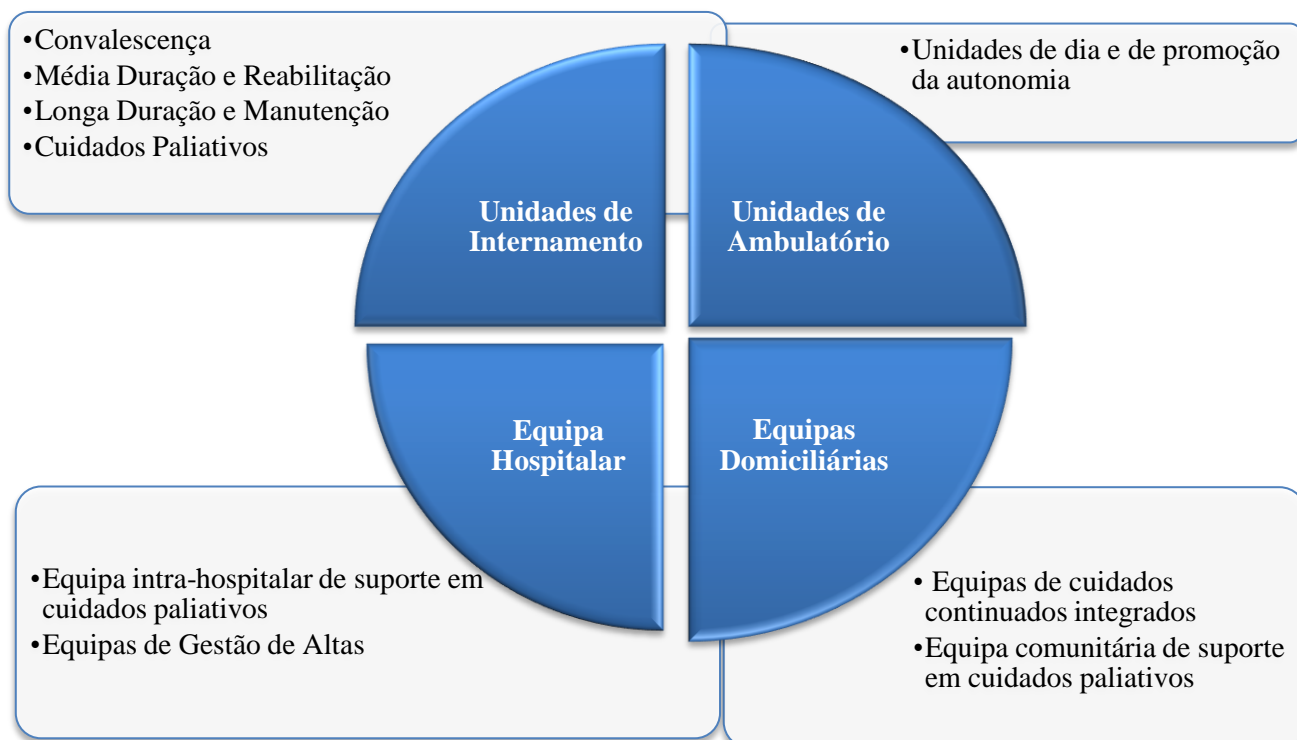
O objetivo primordial da RNCCI é *“a prestação de cuidados continuados integrados a pessoas que, independentemente da idade se encontrem em situação de dependência”* (Ministério da Saúde, 2009).

A Rede é extensa e complexa, porém, representa sempre cuidados de saúde tendo em vista as necessidades do sujeito e da sua família/cuidador (RNCCI - Ministério da Saúde, 2010).

A RNCCI assegura quatro tipos de resposta para a prestação de cuidados de saúde e de apoio social, nomeadamente, unidades de internamento, unidades de ambulatório, equipas hospitalares e equipas domiciliárias. Neste sentido, e para clarificar melhor os quatro tipos de respostas, pode-se observar no esquema seguinte as tipologias neles inseridos.

Esquema 1 Estrutura da RNCCI

(Ministério da Saúde, 2009)



O processo de referenciação de um doente para integrar a Rede tem que ser apresentado pelas equipas de gestão de altas, equipas coordenadores regionais, equipas coordenadoras locais mas também pelo Hospital onde o doente está inserido ou então pelo centro de saúde a que pertence.

O processo de referenciação de doentes para a RNCCI acata ao princípio fundamental de oferecer as melhores condições possíveis de reabilitação aos cidadãos que dela requerem (Ministério da Saúde, 2009).

Para o ingresso na Rede, as Equipas Coordenadoras Locais são responsáveis pela avaliação do estado de saúde e da parte social do doente comparativamente aos critérios de referenciação, neste sentido, é necessário que o doente ou cuidador formalize o consentimento informado e, no caso de o doente integrar uma UMDR ou uma ULDM é preciso que sejam aceites as condições de participação (Ministério da Saúde, 2009).

De acordo com o que está redigido no Decreto – Leite 101/2006 no Artigo 31.º podem ingressar à Rede as pessoas que se encontrem em situação de dependência funcional transitória decorrente de processo de convalescença ou outro, em situação de dependência funcional prolongada, idosos com critérios de fragilidade, pessoas portadoras de incapacidades graves com forte impacto psicossocial e podem ser referenciadas para as UCCI pessoas que possuem doenças severas, em fase avançada ou terminal (Diário da República - I Série - A, 2006).

A primeira legislação sobre a RNCCI foi redigida em 2006, porém a 10 de setembro de 2014 foram elaboradas alterações à referida legislação, o que levou a uma mudança considerável no que diz respeito aos critérios de referência nas Unidades de Internamento.

É visível no Artigo 19º do Diário da República, 1ªsérie – Nº17 – 10 de Setembro de 2014 as alterações no que concerne às UMDR, nesta o período previsível é de 30 dias a 90 dias a pessoas que requerem:

- ✓ Cuidados médicos diários, de enfermagem permanentes;
- ✓ Reabilitação intensiva;
- ✓ Medidas de suporte respiratório, como oxigenoterapia e aspiração de secreções e ventilação não invasiva;
- ✓ Prevenção ou tratamento de úlceras;
- ✓ Manutenção e tratamento de estornas;
- ✓ Cuidados por síndromes, potencialmente recuperáveis a médio prazo, designadamente, depressão, confusão, desnutrição, eficiência e ou segurança da locomoção;
- ✓ Programa de reabilitação funcional com duração previsível até 90 dias;
- ✓ Tratamento por síndrome de imobilização.

Nas ULDM o período de internamento é superior a 90 dias e os doentes requerem de:

- ✓ Cuidados médicos regulares e cuidados de enfermagem permanentes;
- ✓ Cuidados de saúde, por patologia aguda e ou crónica estabilizada e défice de autonomia nas atividades da vida diária, com previsibilidade de internamento superior a 90 dias;
- ✓ Cuidados por patologia crónica de evolução lenta, com previsão de escassa melhoria clínica, funcional e cognitiva;

- ✓ Medidas de suporte respiratório, como oxigenoterapia e aspiração de secreções e ventilação não invasiva;
- ✓ Internamento, por apresentar algum dos seguintes síndromes: depressão, confusão, desnutrição/ problemas na deglutição, deterioração sensorial ou compromisso da eficiência e ou segurança da locomoção;
- ✓ Internamento por dificuldades de apoio familiar ou necessidade de descanso do principal cuidador, não podendo a duração do(s) respetivo(s) internamento(s) ser de duração superior a 90 dias consecutivos, com o limite anual de 90 dias;
- ✓ Programa de reabilitação funcional ao nível da manutenção.

A partir desta seleção é necessário referir que não têm admissão em unidades de cuidados continuados doentes com episódio de doença em fase aguda, pessoas que necessitem exclusivamente de apoio social, doentes cujo objetivo do internamento seja o estudo do caso e também não é admitido nas unidades doentes infetados, onde o regime terapêutico inclua antibióticos de uso exclusivo hospitalar.

O maior impacto que esta legislação tem nas unidades de internamento de média duração e reabilitação e nas unidades de longa duração e manutenção são os critérios redefinidos, ou seja, em 2014 definiu-se que não são admitidos nas ULDM doentes com úlceras de pressão, doentes com necessidades de medidas de suporte respiratório de forma permanente ou quase permanente e doentes com débitos de oxigénio igual ou superior a 31/min (Diário da República, 1ª série N°174, 2014).

Por sua vez, estes doentes são remetidos para as UMDR e o que até agora se verificava nestas unidades com pessoas maioritariamente capacitadas para praticarem atividades mais dinâmicas, com esta nova regulação, os doentes têm sido cada vez mais dependentes e com mais necessidades quer de conforto como de saúde.

2 - Papel do Educador Social numa UCCI

Perante as realidades vividas numa UCCI, são muitos os profissionais que nela trabalham, porém será salientado o papel do Educador Social nestas valências, uma vez que foi com essa atividade profissional que foi desenvolvido o estágio.

Educação é dos aspetos mais importantes em todo o desenvolvimento e evolução do ser humano. De acordo com o que é desenvolvido por Araújo, a educação aperfeiçoa todas as disposições que o sujeito traz dentro de si e é a educação que vai evoluindo o sujeito (Araújo R. , 2014). A educação deve ser um processo dinâmico e em constante evolução que permita ao Homem desenvolver-se como ser humano.

No que diz respeito à área social, esta concentra em si todos os aspetos referentes a uma sociedade. A área social é fundamental em qualquer processo de desenvolvimento nos seres humanos.

Os profissionais de Educação Social salientam estratégias contextualizadas para cada sujeito, daí serem profissionais que mantêm a diferença. Na maioria das vezes, os Educadores Sociais são postos em causa, uma vez que o seu trabalho é confundido com o trabalho de outros profissionais da área social, daí ser necessário cada trabalhador perceber qual a sua área de intervenção (Afonso, 2012).

O Educador Social caracteriza-se pela notável aptidão de perceber a realidade, refletir e adaptar-se às adversidades e encontrar saídas para os diversos problemas com os quais se depara. Este intervém numa prática educativa e pedagógica desenvolvida em contextos sociais, valorizando a aprendizagem ao longo da vida (Afonso, 2012).

Baseando-nos no provérbio “Não lhe dê o peixe, ensina-o a pescar” o Educador Social não resolve os problemas dos sujeitos, no entanto, ajuda-os a identificar as origens dos mesmos com o objetivo de juntos encontrar soluções para eles (Henriques, 2012).

O Educador Social pode intervir com pessoas de diferentes faixas etárias durante a vida, como também, em diversas realidades sociais, económicas, culturais e educativas. Este considera a pessoa como um ser completo e vê o sujeito na sua essência, adaptando-se às limitações de cada um, para assim criar as estratégias mais específicas para cada situação (Henriques, 2012).

O Profissional é membro de equipas multidisciplinares de forma a encontrar mais rapidamente uma estratégia para resolução de problemas.

A principal preocupação para os Educadores Sociais é o desenvolvimento do sujeito, quer a nível social, quer a nível pessoal. Os profissionais que praticam a educação social devem ajudar o indivíduo a “ser” e a interagir com outros.

De acordo com Ricardo, educação social pode ser interpretada como um cargo que é o necessário para a educação de valores e para a educação, no que diz respeito a viver numa sociedade, e não apenas olharmos para nós e desenvolvermos unicamente o que queremos (Ricardo, 2013).

Portanto, o Educador Social deve promover a capacitação do sujeito a nível de empatia e relacionamento pessoal com o outro.

Numa UCCI o trabalho de um Educador Social, na perspetiva da “Humanidade”, é dar apoio ao utente e perceber as suas necessidades, mas sobretudo no contacto direto ser intermediário entre o utente, família e outros profissionais da equipa multidisciplinar, humanizando o internamento.

3 – Descrição do contexto de estágio da Unidade de Cuidados Continuados António Francisco Guimarães

A Unidade de Cuidados Continuados António Francisco Guimarães é parte integrante da Santa Casa da Misericórdia de Vizela, por isso é conhecida como a UCCI de Vizela. Esta é composta por duas tipologias, nomeadamente a ULDM e a UMDR.

A Unidade tem como missão, assegurar saúde e apoio social, promovendo a autonomia e melhorando a funcionalidade da pessoa em situação de dependência, através de um processo ativo e contínuo, em tempo útil para com a humanidade e com uma perspetiva de solidariedade social onde tem como objetivo ajudar o doente a ultrapassar os obstáculos que lhe são deparados.

Um dos objetivos institucionais é prestar os seus cuidados com qualidade para ajudar o sujeito a melhorar o seu quotidiano.

A UCCI de Vizela faculta de instalações físicas próprias e equipamentos especializados e da melhor qualidade para a prestação dos seus serviços e de quem usufrui da Unidade. A Unidade de Vizela é recente, abriu as portas no dia 11 de abril de 2011. Todas as divisões foram feitas de raiz a pensar no bem-estar de quem por lá passar, quer utentes, familiares/cuidadores ou profissionais. A UCCI de Vizela é

composta por 60 camas, 30 na ULDM e 30 na UMDR, gabinetes médicos, gabinetes técnicos, salas de enfermagem, salas de atividades, refeitórios, cozinha, ginásio da fisioterapia e um oratório, uma vez que esta Unidade está inserida numa Santa Casa da Misericórdia, apesar da Rede Nacional de Cuidados Continuados não ter qualquer carácter religioso.

São vários os profissionais que se dedicam a esta instituição permanentemente, nomeadamente médicos (medicina geral e familiar, medicina fisiatra e medicina interna), enfermeiros, terapeuta da fala, terapeuta ocupacional, fisioterapeutas, psicóloga, nutricionista, assistente social, auxiliares de ação direta, auxiliares de serviços gerais, entre outros serviços prestados mas semanalmente como a pedologista e cabeleireira. Foi uma equipa multidisciplinar pensada ao pormenor, pois contém profissionais especializados nas mais diversas áreas da saúde, o que faz com que os resultados e a confiança entre os profissionais e a prestação de cuidados seja de alto nível.

O trabalho realizado na UCCI de Vizela é catalogado como referência na região do Norte de Portugal, e isto deve-se ao facto de os profissionais terem as respostas adequadas nas mais diversas situações de problemas, no entanto, e como em qualquer instituição que seja observada com mais profundidade, são denotadas necessidades, que apesar de serem sentidas, não põe em causa o objetivo da instituição.

Ao cumprir os objetivos da Rede, a UCCI de Vizela, preocupa-se não só com o doente mas também com a sua família/cuidadores. Nessa linha de pensamento, a UCCI de Vizela trabalha com o doente ao mesmo tempo que trabalha com a família agendando reuniões frequentemente onde se analisa a situação do doente, da família, da existência de um cuidador e suas competências, e se gerem expectativas. Numa fase próxima da alta os profissionais juntamente com os cuidadores analisam quais as dificuldades e possíveis respostas para o regresso a casa/instituições. No período final do internamento, os profissionais da Unidade marcam uma reunião com os futuros cuidadores do doente para lhes garantir ensinamentos, explicando todos os procedimentos a ter, de forma a prestar os melhores cuidados. As tarefas do cuidador vão desde, a higiene da manhã, posicionamentos, alimentação, fazer o levante, ingestão de medicamentos entre outros procedimentos básicos que fomentam a qualidade de vida do doente. O trabalho dos profissionais da instituição para com a família e o doente surge com o objetivo de lhes orientar uma melhor reinserção nos seus quotidianos e ajudar na readaptação a possíveis mudanças devido às diversas fragilidades existentes.

Embora não seja uma exigência, de forma a perceber os resultados do trabalho efetuado durante o internamento com o utente e famílias/cuidadores formais e/ou informais, a Psicóloga da instituição após alguns dias da alta do doente, contacta os mesmos com o objetivo de saber se estes estão a conseguir a sua adaptação no domicílio.

A Unidade de Vizela foi a escolhida para desenvolver o estágio curricular do mestrado em Cuidados Continuados uma vez que, o feedback era positivo e outras instituições não deram resposta atempadamente para o início do mesmo. Ao longo deste período, o trabalho desenvolvido foi muito, em termos de quantidade e em termos de qualidade porque os profissionais faziam os seus procedimentos e ensinamentos da melhor forma possível. Todos os profissionais têm a seu encargo determinadas tarefas, o que simboliza organização.

3.1. - População Institucionalizada durante o período de estágio

A análise da população da Unidade de Cuidados Continuados Integrados de Vizela é feita num tempo específico e contínuo, realizado durante o estágio curricular que decorreu desde o dia 23 de fevereiro a 14 de abril. Este período foi coincidente com várias altas e admissões dos utentes, e por isso foi um período óptimo para constatar a realidade do trabalho efetivado com os utentes e famílias em internamento na RNCCI. Ou seja, com isto, foi possível observar desde entradas de utentes, utentes a meio do seu internamento e o processo de preparação da alta, bem como os procedimentos tido em conta no próprio dia da alta.

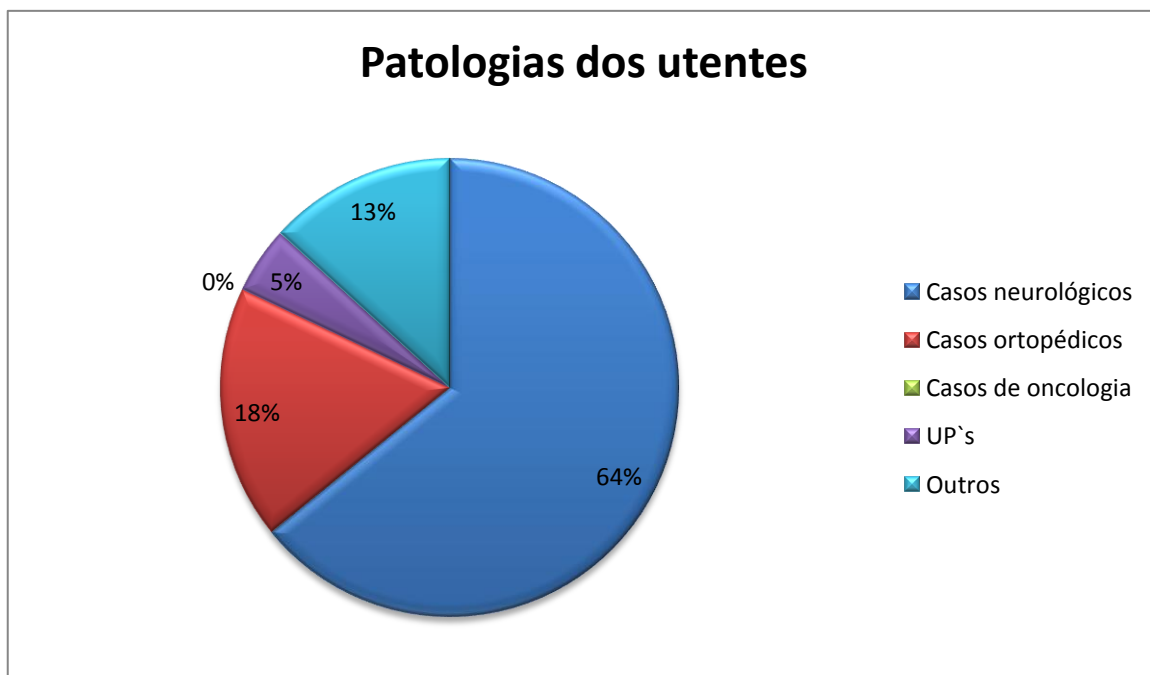
Uma vez que, o estágio decorreu maioritariamente inserido na UMDR, houve a oportunidade de observar todos os movimentos ocorridos desde a admissão na valência até ao momento da alta. Este é um processo complexo onde o primeiro passo após a entrada na Unidade é a avaliação de todos os profissionais, há a inserção da mesma no programa GESTCARE (programa da RNCCI) e no programa dos processos clínicos na Unidade. Após uma reunião com todos os profissionais das diferentes áreas, procede-se ao PIC e de seguida procede-se ao PII. Este é apresentado à família e 15 dias depois o doente é reavaliado por todos os profissionais. A partir deste ponto, há 90 dias para trabalhar com o utente e a sua família até ao início da preparação da alta. Nesta fase é importante perceber para onde é que o doente vai, confirmar se vai para o domicílio, se

vai para um Lar, se vai para outras respostas da RNCCI (exemplo: ULDM) ou se vai para outras respostas de internamento. Caso vá para o domicílio é preciso saber quem é o cuidador e garantir-lhe ensinos, verificar se necessitam de respostas sociais (exemplos: Serviço de Apoio Domiciliário e Centro de Dia), analisar a necessidade de produtos de apoio (exemplos: cadeira de rodas e cama articulada) e é também necessário aconselhar, caso seja preciso, aquando às barreiras arquitetónicas no domicílio. Nos últimos dias, procede-se à entrega do questionário de satisfação e no dia da alta há a entrega da nota de alta juntamente com as receitas dos medicamentos que deve continuar a tomar e a situação clínica onde consta os dias e locais das próximas consultas.

No decorrer de todo este período passaram pela UCCI de Vizela 106 utentes que residiam nas mais variadas zonas da região Norte de Portugal. Dentro desta população o género masculino estava em número inferior, com 47 utentes, comparativamente aos doentes do género feminino que eram 59 utentes.

De acordo com os diagnósticos de cada utente, existiam várias patologias associadas ao internamento, no entanto, e para ser mais fácil a sua compreensão, realizou-se um gráfico com as patologias e estas serão enquadradas em cinco grupos gerais, nomeadamente casos neurológicos, casos ortopédicos, casos de oncologia, UP's e outras patologias.

Gráfico 1 Patologias dos utentes institucionalizados na UCCI de Vizela



Todas as informações referidas anteriormente foram de consentimento da direção da Unidade de Cuidados Continuados Integrados de Vizela.

4 – Atividades observadas e desenvolvidas

Objetivamos para este estágio:

- Adquirir competências a nível da educação social em contexto de cuidados continuados;

- Integrar a equipa de cuidados continuados;

- Desenvolver um trabalho empírico ao longo do estágio.

As instituições têm um objetivo geral que é fornecer o maior bem-estar ao sujeito que usufrui dos seus serviços, no entanto, esse bem-estar pode estar presente e faltarem outras competências para a institucionalização. Como em qualquer instituição, também na UCCI de Vizela foram observadas algumas necessidades, tais como:

- Necessidade de apoio prático aos profissionais, reestruturando o serviço com o objectivo de diminuir a carga física e número de tarefas em curto espaço;

- Necessidade de promover o relacionamento interpessoal positivo, entre profissionais, que facilite a comunicação e fomente a motivação no trabalho em equipa;

- Necessidade de aquisição de material para o desenvolvimento de dinâmicas de carácter recreativo e ocupacional;

- Necessidade de um profissional que se ocupe exclusivamente das atividades lúdicas, facilitando a adaptação dos utentes ao contexto de internamento, facilitando a socialização e auxiliando na regulação da parte emocional, pois evita o isolamento e que a atenção esteja sempre centrada na doença e dependência.

Os profissionais tentam colmatar essas necessidades, além de outras tarefas que lhes são exigidas no seu desempenho profissional, daí, as necessidades não colocarem em causa a recuperação da estabilidade do doente, uma vez que estamos a falar de uma equipa multidisciplinar.

Procedemos ao levantamento das atividades realizadas pelos utentes com os objetivos de as observarmos.

Observação das atividades desenvolvidas pelos utentes na UMDR: as atividades estavam semanalmente organizadas por dias e áreas, às segundas-feiras e às

quartas-feiras haviam atividades de estimulação cognitiva, atividades de estimulação da memória, da atenção e da linguagem através de jogos. Às sextas-feiras eram realizadas atividades recreativas.

Observação das atividades desenvolvidas pelos utentes na ULDM: as atividades estavam semanalmente organizadas por dias e áreas, às terças-feiras haviam atividades de estimulação cognitiva, atividades de estimulação da memória, da atenção e da linguagem através de jogos. Às quintas-feiras eram realizadas atividades recreativas.

A par desta organização, a sala de atividades estava disponível para os utentes que quisessem usufruir desta autonomamente.

Uma das atividades que existia sem dia marcado era a passagem pelos quartos sem ser em horário de atividades e questionar se alguém queria realizar atividades individuais tais como, fazer “tratamento” de unhas, tricô, croché, leitura de revistas e jornais ou livros.

No entanto, durante o ano, há alturas de quadras/dias festivos em que a decoração da sala e os adereços são realizados nas atividades recreativas e de grupo. Os dias festivos relativos ao ano em que ocorreu o estágio (2015) estão disponíveis no anexo 2 onde está referido o Cronograma Anual das Atividades de Animação Social, Cultural e Recreativa.

Alguns desses dias festivos foram, o Dia da Mulher em que se decoraram molas de madeira com laços de pano feitos à mão e na ponta da mola tinha um cartão pequeno com um texto de agradecimento às mulheres pertencentes à UCCI de Vizela por toda a dedicação e em que as profissionais ficaram com uma mola para colocar na sua farda nesse dia. Na comemoração do Dia da Mulher foi também desenvolvida outra atividade, que se baseava em reunir as senhoras existentes na UCCI de Vizela e com imagens impressas de mulheres que viviam nos anos 80, debater o tema “O que é a Mulher nos dias de Hoje”, como viviam e o que faziam. Uma vez que as senhoras institucionalizadas eram de idade avançada, esta atividade servia para se debater as duas formas de uma Mulher viver na sociedade, ou seja, durante os anos 80 e a actualidade, e permitia também que fossem expostos exemplos e vivências.

Outra atividade desenvolvida foi alusiva à quadra da Páscoa em que se fizeram ramos artesanais em papel, onde este rodeava seis amêndoas forradas em película aderente e tudo era apertado com um arame fino para conseguir suportar o peso e ficar sempre com o mesmo formato. Este ramo era para oferecer aos utentes da Unidade e

apesar de a maior parte dos utentes não poder ou não dever degustar das amêndoas ficam com um trabalho realizado pelos mesmos e com uma recordação da data festiva. Para a mesma data foram também pintados pratos e ovos da Páscoa para se colocarem na receção para quem por lá passasse e quisesse comprar. Desta forma, ajudar a Unidade na compra de mais material para desenvolverem novas tarefas.

No dia do Pai foram elaborados postais alusivos à data com cartolinas decoradas e enfeitadas pelos utentes, onde continham frases dedicadas aos Pais. Havia também latas pintadas, sacos de papel com frases escritas referentes ao dia do pai, molduras enfeitadas e porta-chaves feitos de tecido à mão pelas utentes com diferentes formatos, como por exemplo, bigodes, corações e gravatas.

No Dia dos Ramos ou Dia das Madrinhas foram decoradas dezenas de latas com a técnica do guardanapo, onde de seguida se colocavam vasilhinhos de flores com a intenção de oferecer às madrinhas, visto que é uma tradição.

Uma atividade desenvolvida que era diretamente referente ao utente, foi a criação da árvore genealógica, em que cada utente dizia o nome dos seus familiares mais próximos, esses nomes eram escritos a computador para uma imagem com formato de folha de árvore. De seguida, num papel de cartolina era desenhado um tronco de uma árvore em que os doentes tinham que a pintar e sucessivamente tinham de pintar as folhas com os vários nomes referidos anteriormente e decorar a sua árvore genealógica da forma como lhe agradasse. Nesta atividade permitiu que os participantes abordassem um pouco a sua história de vida e experiências passadas. Foi uma atividade fácil de concretizar, porém os doentes ficavam emocionados porque, em todas as famílias existia alguém que já tinha falecido, e por isso, era difícil abordar o tema, visto que, os participantes ficavam fragilizados.

Das últimas atividades desenvolvidas na Unidade, e uma vez que já estava a acabar o período de estágio, foi no 4º aniversário da Unidade de Cuidados Continuados Integrados de Vizela, que em parceria com outros profissionais foi realizada uma caminhada por vários pontos da cidade de Vizela, onde no final se fez um piquenique. Esta última atividade tinha como objetivo desenvolver a aproximação entre os profissionais, visto que era uma necessidade observada durante o estágio.

Tivemos oportunidade de colaborar na realização dos MiniMentalExam.

Todas as outras atividades foram realizadas com o intuito de minimizar as outras necessidades sentidas na Unidade de Vizela. E todas as atividades iam de encontro ao que os doentes conseguiam fazer, pois existiam muitas patologias e nem

todas as pessoas institucionalizadas tinham as mesmas capacidades, daí serem atividades adequadas aos sujeitos, caso um indivíduo não conseguisse realizar determinada tarefa, iniciava outra.

No início da planificação de atividades foram pensadas e descritas outras, contudo, não foram possíveis de realizar, pois não havia verbas disponíveis, e existiam atividades de carácter mais cognitivo e foi aconselhável deixar uma outra estagiária de Terapia Ocupacional realizar, visto que era mais adaptado às suas tarefas enquanto profissional da instituição.

As atividades foram produzidas com o apoio de outros profissionais da instituição, contudo os doentes participaram ativamente o que levou a uma satisfatória realização das mesmas. Estando integrados numa equipa multidisciplinar, era necessário realizar atividades de carácter similar o que favoreceu o nosso trabalho visto que nunca tínhamos estado inseridos numa equipa de UCCI. Estas atividades foram igualmente propostas para responder a algumas necessidades observadas pelos investigadores e o feedback foi positivo.

4.1 - Atividade de Investigação

A atividade que se realizou desde o início do estágio, foi a observação do comportamento dos profissionais para responder à questão de investigação "Quais os conhecimentos dos profissionais de saúde numa equipa de cuidados continuados acerca da "Humanidade"? " elencada no estudo empírico. A temática em questão era a ferramenta "Humanidade", esta está diretamente relacionada com o processo de cuidar, daí a opção de observar os profissionais durante todo o dia mas principalmente na higiene individual na parte da manhã.

Sendo esta temática relativamente recente no que diz respeito à sua prática, foi necessário elaborar um folheto para que os profissionais de saúde tivessem contacto com o que seria objeto de estudo, uma vez que a temática "Humanidade" era desconhecida por parte de alguns cuidadores formais. O folheto foi divulgado pela UCCI e todos os profissionais tiveram acesso, de uma forma simples e breve, a toda a informação e aspetos fundamentais dos cuidados em "Humanidade". Este documento está disponível no Anexo 3.

A partir do pressuposto que os profissionais tinham conhecimento da ferramenta “Humanidade” procedeu-se à investigação. Uma vez que, os profissionais sabiam que a nossa presença era sinónimo de investigação, estes refugiavam-se e ficavam mais reticentes com a nossa presença, estes tendiam a ficar mais preocupados na sua prestação de cuidados e não interagiam de forma natural. Com a visualização deste problema, foi necessário adotar novas estratégias para o resolver e o que sugerimos foi, participar de forma ativa em todas as tarefas/atividades que os profissionais iam desenvolvendo ao longo do período de observação, de forma a criar uma maior ligação e relação, fazendo com que os profissionais nos vissem como profissional similar e se esquecessem da ideia de estarem a ser observados para investigação.

Foi uma atividade abrangente, pois, realizamos vários tipos de tarefas desde cuidados de higiene, administração de suplementos alimentares, colaboração na alimentação até transporte dos doentes para outras valências.

Parte II – Estudo empírico: “Humanidade: Uma ferramenta de trabalho em Cuidados Continuados Integrados”

Capítulo 1 – Enquadramento teórico

1.1 - Humanidade: Definição e Pilares

O processo de cuidar é intrínseco ao ser humano (Fitzsimons, et al., 2007). Daí, cuidar implica interagir com os sujeitos num processo de autêntica comunicação, pois como nos diz Phaneuf “...cuidar é um processo de criação e de recriação de informação, de troca, de partilha e de colocar em comum sentimentos e emoções entre pessoas” (Phaneuf, 2005).

O estabelecimento da relação de cuidar e inerentemente de ajuda, instituída entre o profissional de saúde e o utente, exige a adoção de uma conduta e postura humanizante, 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 com Gineste e Pellissier esta relação deve ser “...uma relação de igualdade: igualdade em humanidade e em cidadania...” (Ginest, 2007).

Esta metodologia, bastante objetiva e simples de operacionalizar, estabelece um paralelismo entre o desenvolvimento das nossas capacidades como humanos através dos tempos e das distintas vertentes da nossa vida no quotidiano, sendo orientada para o sentido profundo de ações/cuidados de saúde que prestamos ao outro em situação de dependência (Galvão, Gomes, & Pereira, 2012).

O conceito de “Humanidade”, não sendo recente e até já detentor de algumas décadas, só há poucos anos se viu explanado com o devido valor e profundidade.

“Humanidade”, termo criado por Freddy Klopfenstein, em 1980, para se aludir a inquietude, solitude, habitude 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, 1999). Desde então, este autor, fortalece uma 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” é-nos definida por Gineste & Pellisier, 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 é uma perceção do outro como sendo da mesma espécie (Ginest, 2007).

Simões, Rodrigues e Salgueiro, apontam a “Humanidade”, transversalmente a atos concretos de estimulação da pessoa presente na relação interpessoal, com os quais se promove um reconhecimento imediato de pertença de espécie e 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 (Simões, Salgueiro, & Rodrigues, 2011).

No entanto, é fundamental acautelar uma qualquer abordagem mediática que poderá originar dúvidas oriundas de uma semântica muito próxima, aquando da comparação dos conceitos de Humanismo e “Humanidade”. Enquanto Humanismo se revela um conceito filosófico que nos mostra a importância do lugar do Homem no mundo, ao invés, “Humanidade”, de natureza antropológica, descreve as raízes da condição humana e declara a sua essência (Phaneuf M. , 2010) abraçando o Homem numa perspetiva holística.

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 de trabalho. De acordo com vários autores, “Humanidade” não é apenas um cuidar, esta metodologia, enfatiza a importância da ligação relacional e o fator humano (Galvão, Baptista, & Costa, 2014).

Em Portugal, a metodologia “Humanidade” alcançou visibilidade e relevância através dos estudos elaborados pelos Enfermeiros Nídia Salgueiros, Mário Simões e Manuel Rodrigues. Foram estes três investigadores, os pioneiros da realização de investigações a nível nacional, que explorando a aplicação e os procedimentos inerentes a esta metodologia, deram o mote para que instituições a adotassem tendo em conta os resultados benéficos para quem a usufrui e aplica. Hoje já existe uma maior abrangência nesta área, porém ainda é algo que está em desenvolvimento e em constante investigação por diversos investigadores.

“Humanidade” está diretamente relacionada com o cuidar e com a relação de ajuda que um prestador de cuidados tem perante uma pessoa fragilizada (pessoa dependente, vulnerável e em situação crítica ou paliativa), de forma a tentar melhorar a sua situação dependente e de assegurar da melhor maneira possível o seu bem-estar (Simões, Salgueiros, & Rodrigues, 2008).

Para que a prestação de cuidados tenha ganhos em saúde, é necessário que haja confiança entre o cuidador e o cuidado. Esta relação tem que estar bem sólida para não influenciar os tratamentos nem ultrapassar a relação profissional/doente (Simões, Rodrigues, & Salgueiro, 2011).

O estabelecimento da relação de cuidar instituída entre o cuidador e o cuidado exige a adoção de uma conduta e postura humanizante e observadora dos princípios e valores de ambos. Quando o cuidador não é próximo do doente, é importante que se construa uma relação e quando bem estruturada denomina-se por relação de ajuda e esta é entendida como uma ligação significativa entre os dois elementos (Barroso & Fonseca, 2009). Há a criação de vínculos, onde o objetivo primordial é auxiliar a pessoa fragilizada e estabelecer a sua autonomia. A relação de ajuda quando bem estruturada permite ao doente identificar sozinho o melhor mecanismo para solucionar os seus problemas e enfrentá-lo com uma maior assertividade (Barroso & Fonseca, 2009).

A relação de ajuda é nada mais do que uma relação terapêutica, onde há uma pessoa que necessita da outra para conseguir ter uma melhor qualidade de vida, porém existem ganhos para os dois lados pois há troca de ensinamentos, pensamentos e sentimentos (Barroso & Fonseca, 2009).

Araújo refere no seu trabalho, que a relação de ajuda não tem soluções pré-definidas para os doentes, mas sim, ajuda-os a encontrar essas respostas e tenta organizá-los para resolver situações futuras (Araújo R. , 2014). De acordo com a autora mencionada anteriormente, esta ideia centrada na metodologia “Humanidade” deve ser limitada no tempo e no espaço.

Cuidar em “Humanidade” é demonstrar para com o outro gestos e atitudes fundamentais que façam reconhecer o doente como um ser humano na sua totalidade. Este conceito de “Humanidade” é defendido por Phaneuf como uma ferramenta essencial para o ser humano, pois foram adotados novos comportamentos na prestação de cuidados que com o decorrer do tempo levaram a uma evolução e tornaram-nos numa população distinta (Phaneuf, 2010).

O ser humano desenvolve uma autonomia aquando da construção de componentes físicos, emocionais e intelectuais, como também pela capacidade de relação com o outro, fazendo assim, com que seja um ser humano com características específicas e únicas (Simões et al. 2011).

Segundo Phaneuf (2007), os cuidados prestados pelo profissional de enfermagem assimilam a filosofia da “Humanidade”, aplicam-na na prática clínica e assentam em pilares de ação (olhar, palavra, tocar, verticalidade, vestuário). Pilares esses, que Gineste e Pallisier abraçam como os pilares da “Humanidade”.

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 et al. 2011).

De acordo com Cardoso, quando se necessita de cuidados, os que os prestam têm que ter visíveis capacidades como afetos, estímulos, reconhecimento para que assim veja o sujeito com humanidade. Caso contrário, o doente vai demonstrar comportamentos negativos, não vai existir relação, o que leva a que não exista relação de ajuda pelas duas partes (Cardoso, 2014).

Na utilização da nova filosofia do cuidar seja qual for a natureza da doença do paciente, os profissionais de saúde têm que ver o sujeito como um todo e não ter a perceção de que é apenas um corpo fragilizado, pois mesmo diminuído pelas suas debilidades, continua a ser um ser humano na sua totalidade (Phaneuf, 2010).

As particularidades da “Humanidade”, de acordo com Phaneuf (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 parecem banais na vida quotidiana, são essenciais para a nossa qualidade de vida e crescimento pessoal, reproduzindo-as de geração em geração (Galvão et al. 2012).

Araújo (2014), apoiada em Salgueiros, Rodrigues e Simões, refere que na aplicação desta metodologia, cada um dos seus pilares assume extrema importância. Esta realça seis como sendo os mais relevantes sendo eles:

- A “verticalidade” é a característica que define o Homem e é essencial para a manutenção da sua qualidade de vida. O que nos distingue dos outros seres vivos é

o facto de termos a capacidade de nos levantarmos, de nos erguermos e caminhar sobre dois membros inferiores. Esta foi uma das maiores conquistas do Homem, uma vez que permitiu que este conseguisse manusear instrumentos com os membros superiores, acariciasse, embalasse e ter cuidados com os que estão em seu redor. Daí a verticalidade ser um dos primeiros pilares defendidos pelo conceito “Humanidade”. De acordo com Cardoso (2014) apoiado em Gineste e Marescotti, o cuidar geriátrico é possível de pé, excluindo pessoas acamadas. De acordo com este investigador, os profissionais prestam relação de ajuda aos doentes, porém, verificado na resposta de Apoio Domiciliário, foi constatado que os cuidadores formais tentam responder estritamente às necessidades básicas dos doentes como a alimentação, higiene, tratamento de roupa e convívio, e disponibilizam pouco tempo para ter em conta a capacidade primordial do ser humano (Cardoso, 2014). Tendo este um peso elevado na autoestima e no bem-estar do doente, o cuidador deve possibilitar que o utente permaneça “de pé” o maior número de horas possível. De acordo com Phaneuf, mesmo que o cuidador esteja subcarregado ou que o facto de colocar o sujeito na vertical traga dificuldades para as suas rotinas, este deve fazê-lo pois os benefícios do levantar na verticalidade é importante e primordial para o doente (Phaneuf M. , 2010). O posicionamento na vertical de um doente que costuma passar horas no leito, trás benefícios para ele, na linha de pensamento do autor mencionado anteriormente, a verticalidade acarreta benefícios para a respiração, vantagens musculares, ação sobre as articulações, benefícios para o coração, estimula a circulação e trabalha a saúde dos ossos.

- O “toque”, de acordo com Cardoso (2014) é um ato que pode ser entendido como invasão da privacidade caso o doente não seja próximo dos profissionais. Este ato tem que ser seguido a um contacto pelo olhar e/ou palavra de forma a não ser interpretada de forma errada. Quando a relação está definida e estabelecida, o toque alivia mais do que qualquer palavra, sendo um gesto afetivo um ato de encorajamento e conforto. Para Phaneuf, o “toque” é um fenómeno ligado ao desenvolvimento humano, este durante os antepassados da pré-história era visto como gesto de solicitude e de cuidados para pessoas próximas e para os doentes. Hoje aperfeiçoamos este gesto e repetimo-lo no nosso dia-a-dia infinitamente. No mesmo seguimento, este gesto também é um meio de comunicação, o toque em situação de fragilidade por vezes um tranquilizante para quem o recebe, demonstra um sentimento de compreensão do seu sofrimento e que se está a dar atenção. No

entanto, os profissionais nem sempre estão disponíveis para ter o gesto a que os doentes estão habituados a receber e aí comunicam tristeza ou indiferença para com o cuidador. O toque para as pessoas doentes tem uma importância elevada, pois a mão cuidadora leva-lhes calor ao mesmo tempo que lhes transmite alívio, sentimento de segurança e conforto (Phaneuf M. , 2010). *“O toque é para o doente (...) uma estimulação para se querer curar ou para continuar presente no mundo.”* (Phaneuf M. , 2010)

- O “olhar” é um meio de comunicação e o seu conceito pode esconder em si vários significados e revela-se de grande valor, isto porque é no olhar dos outros que nos apercebemos de quem somos e o que valemos, desenvolvendo assim a nossa identidade. É um ato importante na metodologia “Humanidade” e defende quatro características das quais: olhar axial que é olhar na pessoa em frente; olhar horizontal, quando estamos a olhar ao mesmo nível para que a pessoa que está à nossa frente não sinta constrangimento; olhar longo, é um olhar que permanece, dura e não é fugidio, fazendo com que a pessoa se sinta com confiança; e o olhar próximo que é estar perto da pessoa estabelecendo maior comunicação e confiança sem ser evasivo (Cardoso, 2014). Para Phaneuf, e dependendo da forma como comunicamos com o olhar, este pode transmitir para o outro atenção ou indiferença.

- 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 (Cardoso, 2014). Na linha de pensamento de Phaneuf, o sorriso pontuou e continua a pontuar momentos felizes na nossa vida. Esta define que o riso e o sorriso são benéficos para um bom desenvolvimento do sujeito. No momento em que o cuidador sorri para o doente, está a transmitir disponibilidade, este gesto afetuoso transmite a satisfação do encontro e a vontade de partilhar em conjunto aquele momento. O sorriso é definido pela autora como um ótimo remédio e o método mais eficiente de alívio do stress. Phaneuf apoiada noutros autores defende a ideia de que o riso é um bom tranquilizante, toma-se com facilidade, é gratuito, não tem contra indicações nem efeitos secundários, não é alérgico e não tem prazo de validade (Phaneuf M. , 2010). Com toda a teoria, é importante que o profissional saiba em que situação pode sorrir ou rir e de que forma o pode fazer mediante as circunstâncias e o doente.

- O “vestuário” e os adornos promovem conforto e difundem a identidade de cada um juntos dos demais. Ou seja, determinam em parte o que nós somos e como os outros nos percebem.

- Autores referenciam a “palavra” com especial importância, dado que a comunicação é tida como vital na existência humana. Na relação de cuidar, utilizando o diálogo, as estratégias de intervenção podem ser afetadas entre o cuidador e o utente. A palavra é um gesto de ternura e pode fazer a diferença no que diz respeito à estagnação ou evolução de qualquer processo de fragilidade. Phaneuf defende que a palavra/comunicação está ao alcance de qualquer cuidador, no entanto estes é que têm de utilizá-la adequadamente (Phaneuf M. , 2010).

- Outros pilares que são realçados por Simões (2013) é a aproximação e a sintonia, estes vão de encontro a todos os cuidados da “Humanidade”, isto porque a sintonia é proporcionada quando a aproximação entre o cuidador e o cuidado é bem trabalhada. A conjugação equilibrada entre todos os pilares e experiência clínica dos profissionais leva à aproximação e ao alcance de memórias afetivas das pessoas vulneráveis, que por sua vez e trabalhando a relação profissional/doente constroem um sentimento de sintonia. Este aspeto baseia-se no respeito que o profissional tem ao exercer cada cuidado prestado ao doente, desde bater à porta antes de entrar no quarto do doente até colocar em prática todos os pilares dos cuidados em “Humanidade”. Para este autor (Simões M. , 2013), a sintonia/aproximação está dividida por cinco aspetos básicos, dos quais:

- Pré-preliminares que se caracteriza pelo início da aproximação, ou seja é uma aproximação física, visual e por palavra (exemplo: bater à porta e esperar pela resposta);

- Preliminares que se denomina como sendo o início da prestação de cuidados no consentimento e no incentivo do auto cuidado, ou seja, o doente é estimulado para ser ele próprio a fazer o que poder. O profissional vai estabelecendo contacto através do toque, palavra e olhar sempre que necessário (exemplos: anunciar-se, chamar pelo nome do doente, iniciar o toque...);

- Rebouçage é a realização dos cuidados, o doente deu o consentimento para a sua realização (exemplos: o profissional descreve o que está a fazer, Pede ao doente que inicie os movimentos, observa sinais de aceitação...).

- Captura sensorial traduz-se pela comunicação partilhada com o objetivo de o doente chegar à sua memória afetiva e desencadear boas sensações vividas anteriormente (exemplo: o profissional reforça positivamente os esforços do doente);
- Consolidação é quando há valorização da experiência e há progressos no doente permitindo desta forma a continuidade da prática dos cuidados de saúde (exemplo: o profissional diz à pessoa que tem todo o interesse em ajudá-la e agradece o momento da relação que estruturaram durante o processo do cuidado).

É necessário realçar a importância de todos os pilares e definir que estes são frágeis na relação doente/profissional, daí ser necessário dar tempo e estabelecer confiança entre ambos. Cada indivíduo assume valores e princípios diferentes dos restantes seres humanos daí ser importante clarificar que os pilares são trabalhados com o sujeito e para o sujeito.

Resumindo, os pilares mencionados anteriormente estão ajustados aos cuidados de “Humanidade” visto que este conceito conduz-nos para a vulnerabilidade dos seres humanos que procura o apoio e a proteção (Phaneuf M. , 2010).

Costa, apoiada em Galvão et al. (2012), afirma que estes pilares dos cuidados em “Humanidade” são gesto simples e banais, no entanto são conotadas para uma melhor qualidade de vida e para um crescimento pessoal que vai sendo transmitido de geração em geração (Costa, 2014).

De acordo com Simões et al. (2012), o Método Gineste Marescotti tem revelado ganhos indelévels 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 e que quando ocorrem são menos intensos e menos duradouros, bem como uma menor oposição aos cuidados. Estes ganhos em bem-estar e acalmia, proporcionam 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 profissional e no sentimento de realização profissional. Em consequência, verifica-se também uma baixa significativa da taxa de absentismo, por esgotamento profissional e lesões músculo-esqueléticas, nas instituições onde está implantada esta ferramenta de trabalho.

A aplicação da referida metodologia, o Método Gineste Marescotti, 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, 2010). Pois,

conservar os padrões de “Humanidade” em pessoas dependentes e vulneráveis é essencial à construção do humano (Simões, Salgueiro & Rodrigues, 2012).

“Cuidar em Humanidade”, é ser solidário, é ajudar o próximo com dignidade, é ver o utente como um homem por inteiro, com necessidades, desejos, objetivos, limitações, defeitos e qualidades, é proporcionar bem-estar, equilíbrio e satisfação a quem deles necessita (Galvão et al. 2012).

Segundo Pereira cuidar em “Humanidade” é um ato solidário que visa ajudar o doente/idoso como um ser humano completo, que tem as suas necessidades, limitações, defeitos, qualidades, objetivos. O objetivo principal do cuidar em “Humanidade” é garantir o seu bem-estar e a satisfação. Esta prática conduz ao término da desumanização de cuidados observada nas instituições pelos profissionais de saúde, que por vezes se preocupam essencialmente com a doença e não com o ser humano, como ator social (Pereira, 2012).

Qualquer que seja a pessoa prestadora de cuidados tem que resolver as necessidades psicológicas, sociais, físicas e espirituais do sujeito que delas necessita, no entanto, os cuidadores devem ter em conta todas as alterações do comportamento do sujeito, da maneira de comunicar e dos seus hábitos, o que remete a que os cuidadores devam cuidar dos mais desprovidos de uma forma particular e não mecanicista, ao que a maioria das instituições de saúde opta (Phaneuf, 2012).

“Humanidade” revela conceito e comportamentos próprios à espécie humana e esta deve, não só aproveitar-los como perpetuá-los de forma, a que os cuidados encaminhem cada vez mais para a humanidade e humanização dos sujeitos (Costa, 2014).

A metodologia desenvolvida por Gineste e Marescotti tem vindo a fazer parte da filosofia desenvolvida por algumas instituições em Portugal onde a sua essência é tida como indispensável na prática dos seus cuidados. Como foi enunciado ao longo do trabalho, foram três os profissionais que implementaram esta filosofia neste país porém e observados os benefícios destes cuidados foram e cada vez há mais adeptos desta prática excelente nos cuidados em pessoas fragilizadas. O Instituto Gineste – Marescotti, fundamentado pela filosofia “Humanidade” na cidade de Coimbra é o pioneiro em Portugal e vem na sequência do trabalho de vários profissionais de diversas áreas científicas que se preocupam e valorizam todos os ideais baseados na filosofia “Humanidade” e na prática destes mesmos cuidados. É neste laboratório que as instituições podem solicitar a metodologia “Humanidade” uma vez que laboram lá

profissionais especializados e capacitados para dar todas as formações adequadas e transmitirem o que o ideal “Humanidade” concentra em si (Araújo, et al., 2015).

“Humanidade” é uma ferramenta de trabalho e de acordo com a página do Instituto Gineste-Marescotti em Portugal, são várias as instituições que personalizaram os seus cuidados de forma a concentrar em si cuidados de saúde transformados em cuidados de vida (Araújo, et al., 2015).

1.2.- Descrição de evidências

Procedemos a uma pesquisa nas bases de dados na B-on, SciELO e no RCAAP, utilizando como descritores de busca humanidade, humanização dos cuidados, relação de ajuda e cuidados continuados. Donde selecionamos 8 artigos e teses de mestrado e doutoramento, estes foram lidos e analisados na íntegra e de seguida passamos a descreve-los resumidamente. Como critérios de inclusão abordamos todos os que requeriam informação baseada nos descritores e como critérios de exclusão selecionamos os artigos publicados com data inferior ao ano de 2008 e não concentravam como descritores os referidos previamente.

Quadro 1 Resumo dos artigos e dissertações analisadas

Autores/ Ano	Simões, Salgueiro & Rodrigues (2008)
Objetivo	Verificar o significado do conceito integrador de “Humanidade”, no contexto dos difíceis cuidados que os enfermeiros prestam a pessoas doentes.
Amostra	Seis artigos
Método	Revisão sistemática da literatura
Resultados	A “Humanidade” é uma construção da humanidade. Esta ferramenta implica uma aproximação à intimidade do doente, onde se valorizam os mais simples pedidos de ajuda, e os gestos técnicos do profissional de saúde passam a ser uma ajuda terapêutica.

Autores/ Ano	Simões, Salgueiro & Rodrigues (2011)
Objetivo	Conhecer a importância que os enfermeiros atribuem aos cuidados baseados na “Humanidade” e no MGM. Identificar em que medida os enfermeiros referem que aplicam na prática os princípios do método Gineste e Marescotti.
Amostra	160 enfermeiros
Método	Estudo descritivo baseado em dados recolhidos de um inquérito on-line
Resultados	As respostas dos inquéritos foram semelhantes no ponto de vista da importância e da perceção da aplicabilidade, alguns itens sugerem alguma discrepância entre o valor atribuído e a ação. As políticas e os recursos institucionais tendem a desvalorizar os cuidados de “Humanidade” e a importância da relação dos ganhos em saúde.

Autores/ Ano	Simões, Salgueiro & Rodrigues (2012)
Objetivo	Desenvolver as competências dos cuidadores de acordo com o MGM. Avaliar as respostas físicas, cognitivas e emocionais dos doentes cuidados de acordo com o MGM.
Amostra	Oito enfermeiros Idosos institucionalizados na UCCI de Coimbra
Método	Observação direta Questionários utilizados no estudo anterior
Resultados	Os resultados da investigação são coincidentes com o estudo anteriormente demonstrando, uma perceção elevada do valor e da aplicação na parte clínica do método “Humanidade”, porém, os dados observacionais revelam desvios entre perceção e realização efetiva desses cuidados.

Autores/ Ano	Galvão, Araújo & Martins (2014)
Objetivo	Conhecer a prática da metodologia humanidade no cuidado aos doentes em Cuidados Continuados. Implementar a metodologia do cuidar, recorrendo à ferramenta “Humanidade”.
Amostra	26 cuidadores formais
Método	Entrevista
Resultados	De acordo com o resultado das entrevistas, os profissionais legitimam a importância da ferramenta “Humanidade” no momento em que há a realização do mesmo no cuidado ao doente.

Autores/ Ano	Cardoso (2014)
Objetivo	Inserir a metodologia “Humanidade” num Centro de Dia.
Amostra	Centro Social e Paroquial de São Jorge de Arroios
Método	300 cuidadores
Resultados	

Autores/ Ano	Galvão, Costa & Martins (2014)
Objetivo	Conhecer as percepções dos enfermeiros sobre a metodologia do cuidar em “Humanidade”. Elaborar uma proposta de intervenção específica na área da gestão dos cuidados de saúde.
Amostra	Enfermeiros de um centro de saúde
Método	Questionário
Resultados	Há desconhecimento da ferramenta “Humanidade” por parte de alguns enfermeiros, no entanto, os que conhecem esta ferramenta praticam-na da melhor forma. Quando não o fazem, dizem que é por falta de tempo.

Autores/ Ano	Costa (2014)
Objetivo	Percecionar o conhecimento dos enfermeiros relativamente à filosofia “Humanidade”.
Amostra	40 enfermeiros
Método	Questionário
Resultados	Os inquiridos que conhecem os cuidados em “Humanidade” referem que a “palavra, o toque e o conforto” são os pilares mais importantes.

Autores/ Ano	Galvão, Baptista & Costa (2014)
Objetivo	Ajudar o profissional a uma reflexão poderosa, assente nos pilares da “Humanidade”, relativamente à praxis quotidiana
Amostra	Um centro de saúde da Unidade Local de saúde Nordeste
Método	Questionário
Resultados	Neste artigo, poucos eram inquiridos que conheciam esta prática e para colmatar esta falha, apontam para uma formação a este nível.

Após análise intensiva dos artigos, verifica-se que o conceito de relação de ajuda e o conceito do cuidar estão inevitavelmente integradas nestes artigos, uma vez que estamos a abordar a temática “Humanidade”. É pertinente evidenciar que os cuidados baseados nos Cuidados em “Humanidade”, são cuidados de saúde que qualquer instituição deveria incutir nos seus objetivos e que os profissionais de saúde são os principais atores desta, ao colocar em prática esta ferramenta recente do Cuidar.

No decorrer de todas as investigações analisadas conclui-se que os profissionais de saúde quando confrontados com a questão “Humanidade” têm uma resposta positiva, porém é uma filosofia que ainda nem todos praticam, visto que nem todos os profissionais reconhecem na íntegra os cuidados praticados em “Humanidade”.

Esta é uma temática que está cada vez mais presente nas instituições que proporcionam cuidados de saúde. É importante uma formação mais aprofundada destes profissionais para que se ajuste as respostas de alguns artigos que relaciona investigações observacionais com entrevistas e inquéritos, as respostas favorecem

sempre a prática de cuidados em “Humanidade”, mas em contrapartida, quando se observa na prática os resultados não são os mesmos, os seja, as pessoas valorizam esta ferramenta mas nem sempre conseguem dar a devida aplicação mencionando fatores que impedem a sua execução.

“Humanidade” é um conceito bastante abrangente que quando as suas particularidades são praticadas, os resultados são de caráter positivo e é benéfico tanto para quem presta os cuidados como para quem os recebe. Os cuidados em “Humanidade” são os cuidados ideais para que a relação de ajuda entre profissional/doente seja satisfatória e a situação de fragilidade nunca seja inferior à existente mas sim, que seja progressivamente melhor fazendo com que o doente tenha um melhor bem-estar.

Capítulo 2 – Aspetos metodológicos

2.1. - Objetivos, Questão de partida, Tipo de estudo

A metodologia de investigação surge como um processo sistemático que nos permite observar fenómenos para obter resposta a questões de partida e dar consecução aos objetivos propostos. Neste sentido objetivamos:

- Avaliar os conhecimentos dos profissionais de saúde numa equipa de Unidade de Cuidados Continuados Integrados acerca da metodologia “Humanidade”;
- Evidenciar a utilidade da ferramenta “Humanidade” em Cuidados Continuados.

Como questão de partida colocamos: Quais os conhecimentos dos profissionais de saúde numa equipa de cuidados continuados acerca da “Humanidade”?

Sendo este um trabalho de investigação, é necessário proceder à recolha da informação necessária para responder à questão levantada. Na elaboração deste trabalho definiu-se que teria um método quantitativo, pois entende a realidade de forma holística e tenta compreendê-la em profundidade e transformá-la. É um método de investigação onde se aprende o modo de vida de uma unidade social concreta (Alzina, et al., 2004). A partir da obtenção do método de investigação procedeu-se à delimitação do tipo de estudo e verificou-se que é de carácter observacional e descritivo.

2.2 - População e amostra

A população deste estudo corresponde ao total de profissionais de saúde a exercer funções numa Unidade de Cuidados Continuados no litoral norte do país, 71 profissionais (N=71).

Para a realização da amostra, foi necessário definir os critérios de inclusão e os critérios de exclusão, para ser mais fácil estabelecer os participantes. Como critérios de inclusão propusemos, profissionais de saúde a exercer funções na UCCI de Vizela, na Unidade de Media Duração e Reabilitação que estivessem em contato direto com os

utentes; como critérios de exclusão apontámos os profissionais de saúde da UCCI de Vizela que se encontravam fora de serviço por motivo de férias, doença, licença de maternidade/paternidade, ou na unidade de Longa Duração e Manutenção.

Tendo estabelecidos os critérios, definiu-se a amostra, em que esta é composta por um total de 28 participantes (n=28), tratando-se de uma amostragem não probabilística por conveniência.

Para a realização deste estudo, estipulou-se dois momentos de observação por participante, em que o tempo de intervalo entre essas duas observações não foi bem definido, devido à não estabilização dos horários dos profissionais, porém as duas observações de cada profissional foram realizadas durante a mesma semana.

Os dois momentos de observação a cada profissional, deve-se ao facto de acharmos que num primeiro momento de observação não seria muito pertinente tirar conclusões dos cuidados prestados aos doentes, e daí, nós, juntamente com a orientadora de estágio definimos, observar duas vezes os comportamentos dos profissionais aquando de uma prestação de cuidados.

2.3 – Instrumento de recolha de dados

O material utilizado na recolha de dados é constituído por diferentes partes: na parte inicial inclui uma breve caracterização sociodemográfica do cuidador (idade, sexo, habilitações literárias, área de residência e profissão), na segunda parte é a bordada a experiência profissional e por fim, é elencada uma checklist de observação composta por 24 questões relativas à temática em estudo, baseadas na revisão da literatura. Este documento está disponível no Anexo 1 deste trabalho.

Esta checklist foi por nós elaborada e adaptada, baseada na revisão da literatura e em dois questionários já existentes (Araújo, Galvão, & Martins, 2014) .

Ao iniciar as observações, verificou-se que os profissionais não desempenharem o seu trabalho de forma completa devido ao facto de perceberem que os seus cuidados seriam analisados e então, o que se propôs, foi observar o mesmo profissional duas vezes. Ou seja, cada checklist tem duas observações por participante.

A duração de cada observação era aproximadamente de duas horas, que coincidiam maioritariamente com os cuidados de higiene na parte da manhã.

2.4 - Considerações éticas

Reunimos no dia 19 de fevereiro com o Enfermeiro Jorge (chefe) e a Dr.^a Ana Correia, onde foi solicitado nesta reunião formal, autorização para aplicação da checklist. A mesma foi concedida com dispensa do documento escrito, motivo pelo qual não se encontra em Anexo 4.

2.5 - Tratamento estatístico

Para apresentação dos dados recorreremos ao programa Excel. Para análise dos mesmos utilizamos a estatística descritiva de forma a descrever e resumir toda a informação para melhor perceção e interpretação da investigação.

A checklist foi preenchida no período de 23 de fevereiro a 14 de abril de 2015.

3 - Apresentação e análise dos dados

Seguidamente são apresentados os dados em tabelas. A análise dos mesmos é feita com recurso à estatística descritiva.

Tabela 1 Distribuição dos participantes por sexo, idade, habilitações literárias e profissão

Variáveis	Número	Percentagem (%)
Sexo		
Feminino	13	46,4%
Masculino	15	53,6%
Total	28	100%
Idade		
18≤25	6	21,4%
26-35	15	53,6%
36-45	5	17,9%
≥46	2	7,1%
Total	28	100%

Habilitações	Número	Percentagem (%)
Ensino Básico	2	7,1%
Ensino Secundário	11	39,3%
Licenciatura	15	53,6%
Mestrado	0	0%
Doutoramento	0	0%
Total	28	100%

Profissão	Número	Percentagem (%)
Auxiliar de Ação Direta	12	42,9%
Psicóloga	1	3,6%
Enfermeiro	8	28,6%
Terapeuta da fala	1	3,6%
Terapeuta Ocupacional	1	3,6%
Fisioterapeuta	4	14,3%
Auxiliar de Serviços Gerais	1	3,6%
Total	28	100%

Através da tabela 1, podemos observar que os inquiridos são maioritariamente do sexo masculino com 15 homens que corresponde a 53,6% comparativamente a pessoas do sexo feminino a que correspondem 13 mulheres (46,4%).

No que diz respeito à faixa etária, a maioria dos cuidadores têm idades compreendidas entre os 26 e os 35 anos com uma percentagem de 53,6%. De seguida, as habilitações literárias têm mais ênfase nos licenciados, a que corresponde 53,6%, ou seja, 15 cuidadores têm o grau de licenciatura.

A quarta característica analisada é a profissão e 12 (42,9%) dos cuidadores são Auxiliares de Ação Direta e de seguida com oito cuidadores (28,6%) são enfermeiros.

Tabela 2 - Experiência profissional dos Cuidadores Informais

Tempo de prestação direta de cuidados	Número	Percentagem (%)
≤ 2 anos	5	17,9%
3 – 5	17	60,7%
≥ 6	6	21,4%
Total	28	100%

É/Foi cuidador informal	Número	Percentagem (%)
Sim	5	17,9%
Não	23	82,1%
Total	28	100%

Tem formação ajustada à prestação de serviços que lhe são propostos	Número	Percentagem (%)
Sim	27	96,4%
Não	1	3,6%
Total	28	100%

Conhece a Filosofia “Humanidade”	Número	Percentagem (%)
Sim	10	35,7%
Não	18	64,3%
Total	28	100%

De acordo com a tabela 2, na questão “*há quanto tempo prestam cuidados diretos*”, maioritariamente, com 17 cuidadores (60,7%) responderam que tinham essa prática entre três a cinco anos. 21,4% (6) dos profissionais prestam cuidados diretos à mais de seis anos e os restantes 17,9% (5) profissionais prestavam cuidados diretos à cerca de dois anos.

Neste estudo, 17 cuidadores (82,1%) referiram que nunca foram cuidadores informais e apenas um cuidador (3,6%) referiu que não tinha a formação ajustada aos serviços que propostos.

Quando questionados se “*Conhecem a filosofia Humanidade*”, 18 cuidadores (64,3%) referiram que não conheciam a Filosofia “Humanidade” relativamente a 10 cuidadores (35,7%) que referiram já ter conhecimento do mesmo, no entanto, afirmaram nunca ter formação na área.

Tabela 3 - Observação realizada quando da prestação de cuidados

	Percentagem do primeiro momento de observação (%)		Percentagem do segundo momento de observação (%)	
	Sim	Não	Sim	Não
1 - Aproxima-se e coloca-se à distância de contacto (proteger o espaço de intimidade) com uma postura ligeiramente inclinada para a pessoa doente.	96,4%	3,6%	96,4%	3,6%
2 - Olha de frentes nos olhos da pessoa doente, com uma expressão facial sorridente.	96,4%	3,6%	96,4%	3,4%
3 - Chama a pessoa doente pelo seu nome, com tom de voz calmo e firme.	96,4%	3,6%	96,4%	3,4%
4 - Anuncia-se à pessoa doente (eu sou o enfermeiro...).	17,9%	82,1%	17,9%	82,1%
5 - Diz à pessoa doente que está ali para lhe dispensar e ajudar nos cuidados.	14,3%	85,7%	10,7%	89,3%
6 - Inicia o toque suavemente, com a polpa dos dedos, em zona neutra do corpo (ombro, braço, antebraço, mão), como que a pedir autorização.	85,7%	14,3%	96,4%	3,6%

7 – Espera por um sinal da pessoa doente que acuse a aceitação da relação (ex: falar, olhar).	75%	25%	78,6%	21,4%
8 – Dá continuidade ao toque pousando delicadamente a palma da mão.	92,9%	7,1%	96,4%	3,6%
9 – Tem cuidado de não tocar/segurar com os dedos em pinça ou a mão em garra.	100%	0%	100%	0%
10 – Depois de iniciar o contacto físico mantém-no durante todo o procedimento (Se tiver de o suspender recomeça o toque como no ponto 6).	75%	25%	92,9%	7,1%
11 – Evita começar o procedimento pelo rosto (especialmente no banho).	64,3%	35,7%	14,3%	85,7%
12 – Anuncia cada gesto que vai executar (ex: S^a Maria vamos lavar a mão direita).	35,7%	64,3%	35,7%	64,3%
13 – Pede à pessoa doente que inicie os movimentos (ex: S^a Maria levante o seu braço direito).	85,7%	14,3%	96,4%	3,6%
14 – Executa os gestos com movimentos muito suaves.	100%	0%	92,9%	7,1%
15–Descreve pormenorizadamente os gestos que executa (ex: S^a Maria estou a ensaboar a sua mão direita, o seu dedo polegar...).	32,1%	67,9%	35,7%	64,3%
16 – Observa sinais de aceitação e adesão da pessoa doente ao cuidado anunciado e descrito (ex: tónus muscular menos tenso, diminuição de agitação, não contrária, colabora).	92,9%	7,1%	92,9%	7,1%

17 – Evita o uso de palavras que possam estimular sentimentos conflituosos na pessoa doente.	92,9%	7,1%	100%	0%
18 – Retoma com frequência o nome da pessoa doente (quem não tem nome não existe).	96,4%	3,6%	92,9%	7,1%
19 – Olha com frequência de frente nos olhos da pessoa doente.	96,4%	3,6%	92,9%	7,1%
20 – Responde-se continuamente em voz alta para si próprio quando a pessoa doente não tem capacidade de resposta verbal (auto-feedback).	96,4%	3,6%	100%	0%
21 – Procura ajudar a pessoa doente a tomar uma postura de verticalidade (ex: por de pé e se não for possível erguer o segmento torácico, sentar no cadeirão, por de pé).	100%	0%	96,4%	3,6%
22 – Dá atenção à apresentação física (ex: vestuário...) da pessoa doente de acordo com as suas preferências.	14,3%	85,7%	14,3%	85,7%
23 – Utiliza as capacidades restantes da pessoa doente estimulando-lhe gestos e mandando-lhe reforços positivos.	100%	0%	100%	0%
24 – Está atento às respostas de satisfação da pessoa doente com os cuidados recebidos (ex: sem rigidez muscular, sem agitação, fâcies sereno, fâcies sorridente, lágrimas de emoção...).	100%	0%	100%	0%

De acordo com os resultados obtidos, verifica-se que na questão “*Aproxima-se e coloca-se à distância de contacto... com uma postura ligeiramente inclinada para a pessoa doente*” os dois momentos de observação foram de igual número, ou seja, 96,4%

dos profissionais (27) corresponderam ao sim, aproximam-se dos doentes da forma mais correta e apenas num profissional (3,6%) esse comportamento não foi observado.

Na questão “*Olha de frente nos olhos da pessoa doente, com uma expressão facial sorridente.*” Durante as duas observações, 27 profissionais (96,4%) olhavam de frente para a pessoa doente de forma sorridente e em apenas um profissional (3,6%) não se observa essa característica, ou seja, este comportamento foi verificado na maioria dos profissionais, o que revela uma importância significativa para estes. Com a mesma distribuição encontra-se a questão “*Chama a pessoa doente pelo seu nome, com tom de voz firme.*”, ou seja, 96,4% dos profissionais chamam pelo nome do doente e um profissional (3,6%) não o faz. Neste aspeto os profissionais dão relevância quase na sua totalidade a este comportamento.

Ao observar se o profissional “*se anuncia à pessoa doente*”, no decorrer das duas observações verifica-se que apenas cinco profissionais (17,9%) se anuncia e 23 profissionais (82,1%) não o fazem, o que faz com que, por vezes os doentes não sabem os nomes dos profissionais. Neste ponto, verifica-se uma desvalorização de se identificar ao doente, no entanto, é importante para que o doente consiga orientar-se e poder estabelecer confiança e interligações com os profissionais. Ao dar o seu nome o profissional transmite ao doente um sentimento de disponibilidade e confiança.

Na questão “*Diz ao doente que está ali para lhe disponibilizar atenção e ajudar nos cuidados*”, na primeira observação apenas 14,3% dos profissionais (4) aborda esse conteúdo e 85,7% dos profissionais (24) não remeteram esse assunto. Na segunda observação, foram apenas 10,7% (3) dos profissionais que justificaram a sua presença comparativamente a 89,3% dos profissionais (25) que não disseram nada a esse propósito. Se durante a primeira observação se verifica uma desvalorização, da parte do profissional, em informar ao doente que está lá para o ajudar no que for necessário, na segunda observação verifica-se um decréscimo desse comportamento, uma vez que existem menos profissionais a tomar essa atitude.

Quando se observava se o profissional “*Inicia o toque suavemente, com a polpa dos dedos, em zona neutra do corpo do doente... como que a pedir autorização*” no primeiro momento de observação verificou-se que 24 dos profissionais (85,7%) têm essa conduta e apenas 14,3% não têm esse cuidado. Na segunda observação verifica-se que a maioria dos profissionais (96,4%) tem esse comportamento ao contrário de um profissional (3,6%) que não tem cuidado ao iniciar o toque. Perante estas duas observações, avalia-se que existe evolução no que diz respeito ao comportamento

mencionado anteriormente. Os profissionais percebem a importância que existe no desencadear deste comportamento, deixando os doentes mais confortáveis.

Na questão **“Espera por um sinal do doente que acuse a aceitação da relação”** na primeira intervenção observa-se que 75% dos profissionais espera esse sinal e somente 25% não espera qualquer tipo de autorização. Na segunda as evidências demonstram uma maior atenção, pois verifica-se que 78,6% dos profissionais esperam por um sinal de aceitação comparativamente a 21,4% dos profissionais. Comparando as duas observações, verifica-se que existiu evolução positiva aquando ao comportamento de esperar por um sinal de aceitação do doente e não iniciar de imediato os cuidados, no entanto, ainda existe uma percentagem de profissionais que não tomou este cuidado em consideração.

Quando se observou se os profissionais **“Dão continuidade ao toque pousando delicadamente a palma da mão”**, verifica-se que 26 profissionais (92,9%) dão continuidade ao toque e dois utentes (7,1%) não se interessam como o toque. No segundo momento de observação, passaram a ser 27 os profissionais (96,4%) que dão continuidade ao toque e apenas um profissional (3,6%) não se preocupa com essa postura. Neste ponto, verifica-se que existiu progresso, visto que na segunda observação existiu mais um profissional a prestar este comportamento, no entanto, é uma evolução mínima mas positiva.

No momento de observação da questão **“Tem cuidado de não tocar/segurar com os dedos em pinça ou a mão em garra”** verifica-se uma concordância em todos os profissionais e nas duas observações (100%) os profissionais têm cuidado ao tocar no doente. Considera-se que existiu uma estagnação segura, visto que a totalidade dos participantes corresponderam ao comportamento de forma positiva.

Na questão **“Depois de iniciar contacto físico com o doente mantém-no durante todo o procedimento, mas se tiver que o suspender por um motivo qualquer, o profissional inicia o contacto novamente suave com a polpa dos dedos em zona neutra do corpo”** verifica-se que na primeira observação 75% dos cuidadores tiveram esse comportamento e em 25% dos profissionais isso não se verificou. Na segunda observação este procedimento foi verificado de forma positiva em 26 profissionais (92,9%) e de forma negativa em dois profissionais que corresponde a 7,1% dos participantes. Nesta observação analisa-se um progresso bastante positivo, visto que os profissionais executaram este comportamento mais frequentemente na segunda observação comparativamente com a primeira.

No decurso da observação e perante a questão “***Evita começar o procedimento pelo rosto, principalmente no banho***” 64,3% (18) dos profissionais corresponderam ao sim e 35,7% (10) dos cuidadores remetem para a negação do processo. No segundo momento de observação podemos confirmar que apenas quatro profissionais evitam iniciar o contacto pelo rosto do utente e 24 profissionais iniciam contacto pelo rosto. Aqui é denotada uma desvalorização deste comportamento, ou seja se na primeira observação perante a amostra fornecida, eram poucos os profissionais a corresponder corretamente a este comportamento, e na segunda observação verifica-se um declínio bastante acentua perante este comportamento, ou seja, os profissionais não prestam este cuidado como deveria ser.

Na questão “***Anuncia cada gesto que vai executar***” durante a primeira e a segunda observação as observações revelam que 35,7% dos cuidadores formais (10) anuncia cada gesto que vai executar ao contrário de 64,3% (18) que não mencionam os gestos a iniciar. Denota-se uma manutenção dos cuidados prestados, porém não existe evolução dos mesmos. A maioria não tem o comportamento adequado, uma vez que não anunciam aos doentes os gestos que estão ou vão iniciar.

Na questão “***Pede ao doente que inicie os movimentos***” e na primeira observação 85,7% (24) dos profissionais têm este procedimento, ao contrário de quatro profissionais (14,3%) que começa os gestos sem pedir ao doente que inicie. Na segunda observação os resultados das observações revelam um aumento positivo deste procedimento, uma vez que 27 profissionais (96,4%) pedem ao doente que inicie os gestos e apenas num cuidador (3,6%) essa atitude não foi verificada. Este comportamento é importante, na medida em que dá estímulos aos doentes para que estes tenham a sensação de serem portadores de autonomia e estão capacitados para executar os movimentos.

No que diz respeito à questão “***Executa os gestos com movimentos muito suaves***” durante a primeira observação verificou-se que 100% dos profissionais executam gestos suaves para com o utente. Já no segundo momento, é demonstrado um maior descuido, visto que, apenas 92,9% dos profissionais (26) executam movimentos muito suaves e 7,1% dos profissionais (2) executam os gestos de forma mais rápida sem ter em conta as fragilidades das pessoas cuidadas, ou seja, há um desmazelo por parte dos profissionais.

Quando se observou se os profissionais “***Descreviam pormenorizadamente os gestos que executavam***” 32,1% dos profissionais (9) descrevem todos os seus gestos ao

utente e 67,9% dos profissionais (19) tocam no utente sem descrever o que lhe está a fazer. Na segunda observação, 35,7% dos cuidadores (10) descrevem os gestos que têm para com os doentes, comparativamente a 64,3% dos cuidadores (18) que não demonstram esse comportamento. Denota-se uma evolução mínima de uma observação para a outra, no entanto fica muito aquém do esperado.

Na questão “*Observa sinais de aceitação e adesão da pessoa doente ao cuidado anunciado e descrito*” verifica-se nas duas observações que 92,9% (26) dos profissionais corresponderam ao sim, e 7,1% (2) dos profissionais não têm isso em atenção na sua prestação de cuidados. Aqui mais uma vez existe a estagnação na prestação de cuidados, visto que não existiu evolução no comportamento dos profissionais.

Na questão seguinte, “*Evita o uso de palavras que possam estimular sentimentos conflituosos na pessoa doente*” durante a primeira observação analisa-se que 26 profissionais (92,9%) evitam essa atitude e apenas dois profissionais (7,1%) negligenciam este aspeto. Na segunda observação todos os profissionais (100%) evitam o uso de palavras que possam estimular sentimentos negativos aos doentes, o que transmite a ideia de que os profissionais na segunda observação tiveram mais cuidado ao comunicar com o doente. É alcançado o melhor resultado com a segunda observação, uma vez que todos os profissionais evitaram usar palavras que pudessem estimular sentimentos de conflitos na pessoa doente.

Na questão “*Retoma com frequência o nome da pessoa doente*” verificou-se que, durante a primeira observação 27 dos cuidadores formais (96,4%) retoma o nome do doente e apenas um cuidador (3,6%) não menciona o nome do doente regularmente. Na segunda observação 26 dos profissionais (92,9%) referem o nome do doente regularmente e dois cuidadores (7,1%) não chamam o doente pelo seu nome com regularidade. Existe um declínio neste comportamento, uma vez que da primeira observação para a segunda há uma diminuição dos profissionais a ter em conta este comportamento importante no desenvolvimento da prestação de cuidados.

Ao observar a questão “*Olha com frequência de frente nos olhos da pessoa doente*”, durante a primeira observação 96,4% dos profissionais (27) olham com frequência nos olhos do doente e apenas um profissional (3,6%) não tem esse comportamento com frequência. Na segunda observação 92,9% dos cuidadores (26) olham com frequência nos olhos dos doentes e dois profissionais (7,1%) não têm essa atitude. A diferença perante as duas observações é mínima, porém, é negativa visto que,

o comportamento não foi o melhor na segunda observação, com dois profissionais a não corresponder ao pretendido.

Na questão “***Responde-se continuamente em voz alta a si próprio quando a pessoa doente não tem capacidade de resposta verbal (auto - feedback)***”, durante a primeira observação 96,4% dos cuidadores (27) responde a si próprio em voz alta quando o doente não tem capacidade de responder e 3,6% que corresponde a um profissional não teve esse comportamento. Durante a segunda observação os 28 cuidadores, ou seja, 100% demonstraram comportamentos positivos no que diz respeito a esta questão. Nesta questão os profissionais conseguiram chegar ao comportamento esperado, existiu evolução, pois na segunda observação analisa-se que todos interagem com o doente mesmo que este não o faça.

Na questão “***Procura ajudar a pessoa doente a tomar uma postura de verticalidade***”, durante a primeira observação 28 profissionais (100%) demonstraram uma valorização da verticalidade, no que diz respeito à segunda observação 27 profissionais (96,4%) valorizam e praticam a verticalidade com os doentes e apenas um profissional (3,6%) não valorizou a verticalidade, deixando os doentes deitados. Existe um declínio na prestação deste cuidado, porque se na primeira observação todos os profissionais correspondiam ao esperado, na segunda observação um profissional não correspondeu com a melhor atitude.

Quanto à questão “***Dá atenção à apresentação física da pessoa doente de acordo com as suas preferências***”, durante as duas observações verificou-se uma homogeneidade no que se refere às preferências do vestuário dos utentes em que apenas quatro profissionais (14,3%) dão valor às preferências dos utentes e 24 cuidadores (85,7%) não dão importância ao vestuário vestindo o doente com o que é mais fácil de vestir. Este resultado está muito aquém das expectativas, uma vez que são poucos ainda os profissionais que se preocupam com o vestuário dos doentes, no entanto as observações permite-nos concluir que existiu estagnação deste comportamento, sendo este resultado não muito favorável.

Durante os dois momentos de observação e no que diz respeito à questão “***Utiliza as capacidades restantes da pessoa doente estimulando-lhe gestos e mandando-lhe reforços positivos***”, verificou-se que os 28 participantes (100%) têm esta atitude para com os doentes. Este é um ponto que remete para uma estagnação bastante positiva, visto que corresponde à totalidade. Concluímos que é um aspeto bastante trabalhado e valorizado pelos profissionais.

Remetendo-nos para a questão *“Está atento às respostas de satisfação da pessoa doente com os cuidados recebidos”* durante as duas observações, os 28 cuidadores (100%) estão atentos às respostas dos doentes. Verifica-se que há um comportamento adequado e há a manutenção positiva do comportamento dos profissionais, ou seja, todos os observados estão atentos às respostas dos doentes.

Com a apresentação e descrição das evidências referidas anteriormente verificamos que existiram algumas alterações entre as duas observações, no entanto, convém realçar que estes não são os resultados esperados mas que não estão longe de serem prestados como o que se esperava, visto que ainda existe muito trabalho a fazer para conseguirmos obter resultados melhores.

No decorrer da análise dos resultados verificamos que existem cinco questões que merecem uma maior atenção devido aos seus resultados. Que é a questão *“Depois de iniciar contacto físico com o doente mantem-no durante todo o procedimento, mas se tiver que o suspender por um motivo qualquer, o profissional inicia o contacto novamente suave com a polpa dos dedos em zona neutra do corpo”* que realça o contacto físico durante todo o tempo de cuidado e verifica-se um aumento positivo deste comportamento nos profissionais. O que nos leva a afirmar que os profissionais valorizam este aspeto ao confirmar os benefícios que este comportamento oferece aos doentes. Nesta questão a discrepância é grande, no entanto na segunda observação os comportamentos são mais adequados, mas ainda não chegam à perfeição, ou seja, ainda nem todos os profissionais observados têm este comportamento.

A questão *“Evita começar o procedimento pelo rosto (especialmente no banho)”* tem alterações menos positivas, visto que durante o segundo momento de observação os profissionais não tiveram em atenção a iniciação do contacto físico e iniciaram pelo rosto durante a prestação de cuidados. No entanto, nesta questão é importante referir que alguns dos profissionais observados não prestavam cuidados de higiene o que nos levou a responder “Não” a esta questão, daí o resultado ser muito inferior ao desejado. Oito dos profissionais observados não prestaram cuidados de higiene, uma vez que eram terapeutas da fala, terapeutas ocupacionais, psicóloga e fisioterapeutas. Porém, este comportamento é importante para o doente, pois ao iniciar o cuidado de higiene pelo rosto os profissionais estão a invadir o espaço do doente. Os profissionais devem iniciar os cuidados de higiene pelas mãos do doente.

Outra questão que merece destaque é “*Anuncia cada gesto que vai executar*”, aqui e durante as duas observações os resultados mantiveram-se iguais, porém este fica muito aquém do esperado. Os doentes devem saber tudo o que os profissionais lhes vão fazendo e se ao anunciar os gestos que vai executar, os doentes não demonstram tanta rigidez e talvez ajudem ou facilitem movimentos. Quando os profissionais não dizem o que vão fazer, os doentes transmitem sentimentos de medo, insegurança e agitação.

No que diz respeito à questão “*Descreve pormenorizadamente os gestos que executa*” verifica-se que são poucos os profissionais que têm este comportamento e que da primeira para a segunda observação há um declínio nesse comportamento. Quando esta atitude não é respeitada pelos profissionais, os doentes têm sentimentos de invalidez e inferioridade, visto que estão a mexer neles sem lhes explicar o que lhes estão a fazer.

A última questão que merece destaque é “*Dá atenção à apresentação física... da pessoa doente, de acordo com as suas preferências*”), aqui verifica-se uma estagnação nas duas observações, no entanto corresponde a uma percentagem muito reduzida para aquilo que deveria ser o esperado. Os profissionais vestem o que lhes é mais fácil de manusear no doente e roupa que seja fácil de retirar quando é necessário algum cuidado de saúde específico. Na maioria dos doentes a roupa utilizada são pijamas ou “fatos de treino”, uma vez que esta também é a roupa fornecida pelos familiares. São poucos os doentes que têm no seu armário outro tipo de vestuário.

De acordo com as questões respondidas e devido aos profissionais serem maioritariamente jovens, podemos afirmar que existe conhecimento científico e foi transmitido pelos profissionais um sentimento de querer fazer o melhor.

Verifica-se que há um desconhecimento da “Humanidade” daí os comportamentos mais específicos desta filosofia não serem totalmente presentes como demonstram as evidências. Contudo, os comportamentos gerais a que um profissional de saúde deve ser fiel estão visíveis e presentes, como se pode constatar nas evidências.

3.1. - Discussão de resultados

“Humanidade” é uma rede de partilha de atitudes, gestos e compreensões que eleva cada vez que uma pessoa manifesta um gesto carinhoso. Estes comportamentos permitem reconhecer que são as relações baseadas na “Humanidade” existentes entre os

sujeitos que reforçam a sua identidade humana, e que caso não exista uma atitude afetiva para com o outro, acaba-se por duvidar do sentimento de serem seres humanos (Araújo et al. 2014).

Segundo Pereira, cuidar em “Humanidade” é um ato solidário que visa ajudar o doente/idoso como um ser humano completo, que tem as suas necessidades, limitações, defeitos, qualidades e objetivos. O objetivo principal do cuidar em “Humanidade” é garantir o bem-estar e a satisfação. Esta prática conduz ao término da desumanização de cuidados observada nas instituições pelos profissionais de saúde, que por vezes se preocupam essencialmente com a doença e não com o ser humano, como um ator social (Galvão et al. 2012).

Este problema evidencia-se nos estudos abrangidos no presente relatório, onde estes destacam vários métodos de investigação diferentes, mas os resultados extrapolam o muito que ainda há a investir. Vislumbrando que os profissionais tendem a prestar os serviços de forma nem sempre dirigida às reais necessidades, cuidados e atenção de que as pessoas em causa (fragilizadas) carecem.

Empreendendo e atentando para realidade do nosso contexto, em Portugal em 2008, Mário Simões realizou 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. As suas conclusões reforçam a perspetiva de que a filosofia dos cuidados de “Humanidade” enfatiza o valor da ligação relacional e fator humano. Com a mesma linha de pensamento verifica-se outro estudo desenvolvido pelos importadores da “Humanidade” em Portugal que referem que “Humanidade” é a ligação interpessoal de relação e cuidado, e desenvolvem que esta filosofia é um cuidado essencial na construção do sujeito como um ser humano (Simões et al. 2011).

Simões et al. (2011) elaboraram “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 e na identificação de que em que medida os enfermeiros referiam que aplicavam na prática os princípios do método de Gineste e Marescotti. Somente 2,21% desvalorizam o método e na prática de cuidados, os enfermeiros referiram aplicar frequentemente a metodologia. Estes resultados não surpreenderam,

eram até esperados. Demonstrando que os procedimentos iam ao encontro dos valores profissionais que os enfermeiros perfilham, que estão inscritos numa lógica prática que lhes faz sentido (Simões et al. 2011).

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. 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 et al. apresentam: “Cuidar em Humanidade: estudo aplicado em cuidados continuados” (Simões et al. 2012).

Este estudo de investigação ação envolveu uma equipa de cuidadores e uma população de idosos dependentes internados, de uma Unidade de Cuidados Continuados Integrados. Pelos resultados, podemos concluir que estes enfermeiros valorizavam e se reviam na grande maioria dos procedimentos cuidativos 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, numa relação de respeito e igualdade. No entanto, os investigadores deram a perceber que pelo peso das tradições, os cuidadores estavam longe de trabalhar de acordo com o MGM, faltava-lhes a técnica. Necessitando tomar consciência das suas formatações, inerentes a aspetos pessoais e institucionais, pela reflexão destes resultados, partilhando esta teoria, as evidências desenvolvidas na investigação deste projeto demonstram que mesmo os profissionais sabendo dos benefícios da prática dos cuidados em “Humanidade” ainda existe falta de competências nesta área da parte dos profissionais e falta de formação dos cuidados “Humanidade”.

Nesta linhagem, outros artigos analisados para a realização deste trabalho revelam que os profissionais estão longe de conseguirem praticar na sua excelência a ferramenta “Humanidade”. Costa, Martins e Galvão desenvolveram um estudo em que pretendiam ter a perceção de enfermeiros sobre a filosofia “Humanidade” e concluíram em 2014, que o maior número de profissionais não conhece esta filosofia, porém os que conhecem afirmam que não têm disponibilidade para a praticar (Costa, Martins, & Galvão, 2014). Na sequência deste estudo, Galvão, Baptista e Costa no seu estudo afirmam que apenas 40%, dos inquiridos do seu estudo, conhecem os cuidados em

“Humanidade” e os pilares mais referenciados são “palavra”, “toque” e “conforto”. Também em 2015 são poucos os profissionais de saúde que conhecem esta ferramenta do cuidar, como se pode verificar nas evidências deste trabalho de investigação, onde se verifica que 64,3% do inquiridos não reconhecem os cuidados em “Humanidade”. Este último estudo remete também para indisponibilidade para a prática dos cuidados em “Humanidade” e para colmatar esta falha, o governo adotou medidas para a melhoria da eficiência técnica no funcionamento de serviços de saúde, de forma a promover a eficiência económica e o controlo da despesa pública (Galvão et al. 2014).

Araújo, defende na sua investigação que poucos são os profissionais que reconhecem “Humanidade” porém, os que conhecem esta ferramenta do cuidar executam os cuidados neste sentido do desenvolvimento dos cuidados em “Humanidade” (Araújo R. , 2014). Dos que participaram na investigação, são maioritariamente do género feminino ao par da investigação elaborada por Galvão et al. e ao contrário da investigação elaborada neste trabalho em que os profissionais são maioritariamente do género masculino.

É visível o positivismo que os profissionais vêm na prática dos “Cuidados em Humanidade” e os seus benefícios tanto para quem pratica como para quem recebe, porém ainda estamos longe de conseguir praticar estes cuidados permanentemente. A prática destes cuidados é uma mais-valia na recuperação de doentes acamados, com demências e outras situações de fragilidade (Araújo R. , 2014).

Baseando-nos na observação efetuada, verifica-se que os pilares da ferramenta de trabalho “Humanidade” não têm a mesma importância para todos os profissionais, e mesmo para estes, os pilares têm apreciações díspares. Os pilares que se destacam e que têm mais relevância por parte dos profissionais são, o toque, a palavra e o olhar, isto porque, são considerados como as particulares fundamentais e os princípios básicos de uma relação. Neste estudo, evidencia-se que, os pilares desta ferramenta do cuidar, não têm a devida relevância, o que faz com que este método do cuidar, não seja devidamente praticado. Uma vez que, a filosofia “Humanidade” é ainda uma metodologia desconhecida, por parte dos profissionais de saúde, é evidente que os seus pilares não são abordados com a reconhecida importância, porém, são essas especificidades que dão a peculiaridade a esta metodologia do cuidar.

Em todo o contacto entre profissional/doente existe relação e esta tem que ser ajustada a cada situação. A relação de ajuda é um aspeto fundamental para um melhor desempenho da ligação existente entre as pessoas que se relacionam. Quando se inicia

uma relação de ajuda, haverá vantagens se integrar as ideias teóricas antes de tentar qualquer execução neste sentido, pois mesmo que no início a teoria pareça simples, só adquirem sentido quando são expostas na prática (Lazure, 1994).

Os profissionais de saúde que trabalham baseados nos cuidados em “Humanidade” criam relações de ajuda como objetivo do seu trabalho. O ato de ajudar realça exigências aos profissionais de saúde que nunca podem desprezar. De acordo com Lazure, os profissionais de saúde ao praticar o ato de ajudar dão do seu saber, dão do seu tempo, dão da sua competência e do seu interesse, ou seja, dão parte do seu individual/pessoa. A relação de ajuda tem como objetivo dar ao doente a possibilidade de identificar, sentir, saber, escolher e decidir se ele deve mudar (Lazure, 1994). A relação de ajuda vai ao encontro da ideologia da filosofia “Humanidade”, isto porque as duas teorias manifestam a carência de satisfazer as necessidades básicas e proporcionar um melhor bem-estar ao doente.

A par da ideia defendida por Araújo, estão as evidências denotadas nesta investigação, onde se verifica que existem alguns cuidados na linha de pensamento da abordagem em “Humanidade” e que estes são positivos para quem pratica como para quem recebe quando existe relação de ajuda, no entanto o desconhecimento e a falta de investimento nesta temática leva à continuidade da prestação de cuidados habituais e não a uma evolução que era o desejável para um melhor bem-estar dos doentes.

Conclusão

Com o término do trabalho, organizam-se algumas considerações relativas à matéria e às conclusões conseguidas, à estratégia utilizada no seu desenvolvimento.

Considera-se que os objetivos delineados para o desenvolvimento deste estudo, foram alcançados. Visto que, a realização deste trabalho, permitiu aprofundar conhecimentos ao nível de uma área específica do cuidar visando a promoção da divulgação da aplicação da “Humanidade” e elucidando sobre a importância e os benefícios inerentes à prestação de cuidados em “Humanidade” na relação do cuidar.

A par de outros estudos, verifica-se que face às vantagens inerentes à sua aplicação, é astuciosamente fulcral envolver todos os membros das organizações, para que se implementem políticas, estratégias e métodos de organização do trabalho que permitam, e que se fomente, a prática dos cuidados de saúde pelos profissionais em “Humanidade”.

Como é referido ao longo do trabalho, “Humanidade” está na base da abordagem holística, ou seja tem em conta o corpo, o espírito, a inteligência, a afetividade e situa a pessoa no meio, na família, local de trabalho e cultura.

A interpretação correta do conceito de “Humanidade” faz-nos perceber que as ações efetuadas de maneira mecânica pelos profissionais constituem em simultâneo impulsos para a mudança e para o desenvolvimento humano. Portanto, cuidados efetuados numa abordagem de “Humanidade”, incitam e participam no progresso do doente para o equilíbrio psicológico, para a manutenção das suas capacidades humanas, para um maior bem-estar e quando é possível, para um retorno à saúde.

Esta filosofia leva-nos a compreender a importância dos gestos do quotidiano dos profissionais que interagem diretamente com os doentes e que essas interações para com o doente podem ser reconhecidas pela sua parte positiva. O conceito de “Humanidade” tem características específicas, nomeadamente a valorização da utilização do toque, da palavra, do olhar, da verticalidade do doente, do sorriso, do vestuário e da aproximação e sintonia na prestação de qualquer tipo de cuidado ao doente.

Ao longo deste trabalho foram explorados alguns estudos efetuados anteriormente, em que se verifica que a abordagem da “Humanidade” ainda não é o que se desejaria, e isto deve-se ao facto de ainda não existir a formação que deveria existir

nesta área. Ao mesmo tempo que esta temática de investigação é abordada em vários pontos do mapa, em Portugal não é exceção e nos últimos anos a abordagem da “Humanidade” tem revelado resultados positivos, uma vez que a implementação desta ferramenta de trabalho em cuidados de saúde tem sido bastante trabalhada e cada vez mais há formação adequada para os profissionais que lidam diretamente com doentes.

Os enfermeiros Nídia Salgueiros, Manuel Rodrigues e Mário Simões foram os impulsionadores desta abordagem em Portugal e têm feito um trabalho plausível, na medida em que estes transmitiram os princípios da “Humanidade” e deram asas a outros investigadores para explorar esta ferramenta. Estes valorizam a “Humanidade” como procedimentos essenciais para o trabalho com doentes. As características da abordagem são vulgares na prestação de cuidados, no entanto têm uma valorização superior e são trabalhadas ao pormenor para fornecer ao doente todas as componentes necessárias para este se sentir o melhor possível e com qualidade. A fundamental a adoção da metodologia “Humanidade”, visando a excelência dos cuidados de saúde.

Neste trabalho e relativamente à questão de partida, a investigação desenvolvida permitiu-nos responder à interrogação inicial: *“Quais os conhecimentos dos profissionais de saúde numa equipa de Cuidados Continuados Integrados acerca da “Humanidade”?”* De modo sistemático e metodológico, os profissionais não têm conhecimentos sobre esta filosofia do cuidar, ainda que, percecionem as vantagens que dela emergem. A resposta a esta questão de investigação é também justificada a partir do folheto que foi necessário realizar na instituição, visto que quando abordados pelo estudo, os profissionais questionavam em que é que se baseava e quais as características da filosofia “Humanidade”, para a partir daí perceberem a investigação. A par deste trabalho que foi necessário realizar para a compreensão da abordagem da “Humanidade”, conclui-se que, mesmo após a leitura e explicação da ferramenta do cuidar, os profissionais tinham a prestação de cuidados tão mecânica no seu dia-a-dia, que ao prestar os cuidados de saúde não se recordavam da informação que lhes tinha sido fornecido. Ou seja, nem ao saber que estavam a ser observados tiveram outros comportamentos no ato de cuidar do doente.

Outras conclusões que se retiram da realização deste trabalho são:

- Participaram 28 profissionais da Unidade de Cuidados Continuados Integrados de Vizela, com idade superior a 18 anos. Dos participantes 53,6% corresponde ao género masculino. Observa-se que maioritariamente (53,6%) têm o grau

de licenciatura, ou seja, têm formação em cuidados de saúde. No entanto, 42,9% dos participantes desempenham funções de auxiliares de ação direta na UCCI de Vizela.

- A maioria dos profissionais (60,7%) afirmam que trabalham apenas à, cinco anos na prestação direta de cuidados. Um profissional afirma não ter a formação ajustada à prestação de serviços que lhe são propostos. Dos participantes apenas 35,7% têm conhecimento da filosofia “Humanidade”.

- Constatamos que na primeira observação apenas 14,3% dos profissionais (4) diz ao doente que está ali para lhe disponibilizar atenção e ajudar nos cuidados comparativamente com a segunda observação, em que foram apenas 10,7% (3) os profissionais que justificaram a sua presença naquele espaço junto do doente.

- Na primeira observação 75% dos profissionais e na segunda observação 78,6% dos profissionais esperam por um sinal do doente que assinale a aceitação da relação entre ambos.

Com base na análise dos dados obtidos no trabalho, podemos concluir que, em termos globais os profissionais não conhecem a abordagem da “Humanidade”, no entanto, quando são confrontados com as características desta filosofia valorizam os benefícios da mesma na prestação de cuidados em “Humanidade”.

A par destas conclusões e porque é pertinente evidenciar sugestões e estratégias para a melhoria dos comportamentos nesta filosofia, expõe-se de seguida algumas que seriam relevantes, tais como:

- Desenvolver formações baseadas no conceito de “Humanidade” a todos os profissionais que têm como profissão o “cuidar”, com especial enfoque no grupo de cuidadores.

- Criação de estímulos por parte das direções para com os profissionais de saúde, ao nível do desempenho, no sentido de proporcionar motivação e conhecimento sobre a “Humanidade”.

- Seria pertinente elaborar uma investigação onde o objetivo seria comparar a aplicação dos comportamentos em “Humanidade” numa Unidade de Media Duração e Reabilitação com uma Unidade de Longa Duração e Manutenção.

Referências Bibliográficas

- Afonso, S. (25 de Maio de 2012). O Papel dos Educadores Sociais.
- Alzina, R., Alcaraz, I., Alonso, J., Beltrán, A., Olmo, F., Lafon, I., et al. (2004). *Metodología de la investigación educativa*. Madrid: Editorial La Muralla, S. A.
- Araújo, J., Salgueiro, N., Alves, R., Melo, R., Martins, A., Simões, M., et al. (7 de Agosto de 2015). IMG Portugal - Humanidade. Coimbra.
- Araújo, R. (Junho de 2014). Humanidade: Uma ferramenta do cuidar em cuidados continuados - O olhar do educador Social. Bragança.
- Araújo, R., Galvão, A., & Martins, P. (Junho de 2014). Humanidade: Uma ferramenta do cuidar em cuidados continuados - O olhar do educador social. Bragança.
- Barroso, A., & Fonseca, F. (2009). Manual dos formadores de cuidadores de pessoas idosas. São Paulo: Fundação Padre Anchieta.
- Cardoso, P. (Outubro de 2014). *(Re) Estruturação da Resposta de Centro de Dia para Unidade de Humanidade*. Porto.
- Costa, O. (Março de 2014). Perceção dos enfermeiros acerca da metodologia de trabalho humanidade na gestão de cuidados de saúde. Bragança.
- Costa, O., Martins, A., & Galvão, A. (2014). *Congresso Internacional de Informação em Saúde: Livro de resumos - Humanidade uma ferramenta do cuidar em cuidados de saúde primários*, (p. 26). Porto.
- Diário da República - I Série - A. (6 de Junho de 2006). *Decreto -Lei nº101/2006*.
- Diário da República, 1ªsérie Nº174. (10 de Setembro de 2014).
- Fitzsimons, D., Mullan, D., Wilson, J., Conway, B., Corcoran, B., Dempster, M., et al. (2007). The challenge of patients` unmet palliative care needs in the final stage of chronic illness. *Belfast Palliative Medicine*.
- Galvão, A., Baptista, G., & Costa, O. (Junho de 2014). Humanidade: empreender qualidade em saúde. *Novos Olhares na Saúde*.
- Galvão, A., Gomes, M., & Pereira, F. (2012). In F. Correia, *Teoria e Prática da Gerontologia - Coaching na intervenção Gerontológica* (pp. 81-92). Viseu: Psico&soma.
- Ginest, Y. e. (2007). *Humanidade, Cuidar e compreender a velhice*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Henriques, S. (25 de Maio de 2012). A Educação da Sociedade.

- Jacquard, A. (1999). *L'Homme est l'avenir de l'homme*. Liège: Alice Éditions, Bruxelles et RTBF Liège.
- Lazure, H. (1994). O que é a relação de ajuda. In *Vivre la relation d'aide...* (pp. 13 - 109). Copyright - Décarie.
- Ministério da Saúde. (Setembro de 2009). *Guia da Rede Nacional de Cuidados Continuados*.
- Pereira, F. (2012). *Teoria e Prática da Gerontologia - Um Guia Para Cuidadores de Idosos*. Viseu: Psicosoma.
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.
- Phaneuf, M. (2010). In M. Phaneuf, *O envelhecimento perturbado : A doença de Alzheimer - Uma abordagem humana do envelhecimento*. Amadora: LUSODIDACTA.
- Phaneuf, M. (2010). *O conceito de humanidade: uma aplicação aos cuidados de enfermagem gerais*. Obtido em Abril de 2014, de http://www.infiressources.ca/fer/depotdocuments/O_conceito_de_humanidade_-_uma_aplicacao_aos_cuidados_de_enfermagem_gerais.pdf
- Ricardo, R. (2013). *A(s) Realidade(s) do Educador Social no Algarve*.
- RNCCI - Ministério da Saúde. (2010).
- Simões, M. (2013). Cuidar em Humanidade - Método de Gineste e Marescotti aplicado a pessoas internadas em Cuidados Continuados.
- Simões, M., Rodrigues, M., & Salgueiro, N. (Junho de 2011). Humanidade, Ligação Interpessoal de Relação e Cuidado.
- Simões, M., Salgueiro, N., & Rodrigues, M. (Outubro de 2008). O significado da filosofia da humanidade, no contexto dos cuidados de enfermagem à pessoa dependente e vulnerável.
- Simões, M., Salgueiro, N., & Rodrigues, M. (Julho de 2011). Importância e aplicabilidade aos cuidados de enfermagem do métodos de Cuidados de Humanidade Gineste - Marescotti.
- Simões, M., Salgueiro, N., & Rodrigues, M. (Março de 2012). Cuidar em Humanidade: estudo aplicado em cuidados continuados.

Anexos

Anexo I – Guia de observação

Humanidade: Uma ferramenta de trabalho em Cuidados Continuados

I- PERFIL SÓCIO - DEMOGRÁFICO DO CUIDADOR FORMAL

1. Sexo

- a) Feminino
- b) Masculino

2. Habilitações Literárias

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

3. Área de residência _____

4. Profissão _____

5. Tempo de prestação direta de cuidados _____ meses/anos

6. Tempo de experiência profissional _____ meses/anos

7. É / foi cuidador informal? Sim _____ Não _____

8. De quem? _____

9. Considera que tem formação ajustada à prestação de cuidados que lhe são propostos? Sim _____ Não _____

10. Conhece a Filosofia de Cuidados de Humanidade? Sim _____ Não _____

11. Já teve formação sobre Cuidados em Humanidade? Sim _____ Não _____

II – GUIÃO DE OBSERVAÇÃO DE CUIDADOS EM HUMANITUDE

Cuidados baseados na Ferramenta Humanitude	Sim	Não
1 - Aproxima-se e coloca-se à distância de contacto (<i>proteger o espaço de intimidade</i>) com uma postura ligeiramente inclinada para a pessoa doente.		
2 – Olha de frente nos olhos da pessoa doente, com uma expressão facial sorridente.		
3 – Chama a pessoa doente pelo seu nome, com tom de voz calmo e firme.		
4 - Anuncia-se à pessoa doente (<i>eu sou o(a) enfermeiro(a)...</i>)		
5 – Diz à pessoa doente que está ali para lhe dispensar atenção e ajudar nos cuidados.		
6 – Inicia o toque suavemente, com a polpa dos dedos, em zona neutra do corpo (<i>ombro, braço, antebraço, mão</i>), como que a pedir autorização.		
7 – Espera por um sinal da pessoa doente que acuse a aceitação da relação (<i>ex: olhar, falar, ...</i>).		
8 – Dá continuidade ao toque pousando delicadamente a palma da mão.		
9 – Tem o cuidado de não tocar/segurar com os dedos em pinça ou a mão em garra.		
10 – Depois de iniciar contacto físico mantém-no durante todo o procedimento (<i>Se tiver de o suspender recomeça o toque como no ponto 6</i>).		
11 – Evita começar o procedimento pelo rosto (<i>especialmente no banho</i>).		
12 – Anuncia cada gesto que vai executar (<i>ex: S^a Maria vamos lavar a sua mão direita</i>).		
13 – Pede à pessoa doente que inicie os movimentos (<i>ex: S^a Maria levante o seu braço direito</i>).		
14 – Executa os gestos com movimentos muito suaves.		
15 – Descreve pormenorizadamente os gestos que executa (<i>ex: S^a Maria estou a ensaboar a sua mão direita, o seu dedo polegar, ...</i>).		
16 – Observa sinais de aceitação e adesão da pessoa doente ao cuidado anunciado e descrito (<i>ex: tónus muscular menos tenso, diminuição de agitação, não contrária, colabora</i>).		
17 – Evita o uso de palavras que possam estimular sentimentos conflituosos na pessoa doente.		
18– Retoma com frequência o nome da pessoa doente (<i>quem não tem nome não existe</i>).		
19 – Olha com frequência de frente nos olhos da pessoa doente.		
20 – Responde-se continuamente em voz alta a si próprio(a) quando a pessoa doente não tem capacidade de resposta verbal (<i>auto-feedback</i>).		
21 – Procura ajudar a pessoa doente a tomar uma postura de verticalidade (<i>ex: por de pé e se não for possível erguer o segmento torácico, sentar no cadeirão, por de pé</i>).		
22 – Dá atenção à apresentação física (<i>ex: vestuário...</i>) da pessoa doente de acordo com as suas preferências.		
23 – Utiliza as capacidades restantes da pessoa doente estimulando-lhe gestos e mandando-lhe reforços positivos.		
24 – Está atento às respostas de satisfação da pessoa doente com os cuidados recebidos (<i>Ex: sem rigidez muscular, sem agitação, fâcies sereno, fâcies sorridente, lágrima de emoção, ...</i>).		

Anexo II – Cronograma Anual das Atividades de Animação Social, Cultural e Recreativa

CRONOGRAMA DAS ACTIVIDADES DE ANIMAÇÃO SOCIAL, CULTURAL E RECREATIVA

Planificação de Actividades Mensais	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
Dia 31 - Dia Internacional da Solidariedade												
Dia 21 - Dia Mundial da doença de Alzheimer												
Dia 26 - Dia Mundial do Coração												
Dia 01 – Dia Internacional da Música												
Dia 16- Dia Mundial da Alimentação												
Dia 28 - Dia Internacional da 3ª Idade												
Dia 11 – Dia de S. Martinho												
Dia 14 – dia Mundial da Diabetes												
Dia 03 – Dia Internacional das pessoas com deficiência												
Dia 05 - Dia Internacional do Voluntário												
De dia 20 a 25 - Natal												
Dia 01 - Dia Mundial da Paz												
Dia 06 – Dia de Reis												
Dia 11 – Dia Mundial do Doente												
Dia 14 – Dia dos Namorados												
Dia 08 - Dia Internacional da Mulher												
Dia 21 - Dia Mundial da Poesia												
Dia 27 - Dia Mundial do Teatro												
Dia 01 - Dia dos Enganos												
Dia 07 - Dia Mundial da Saúde												
Dia 25 - Dia da Liberdade												
Dia 29 - Dia Mundial da Dança												
Dia 01 - Dia do Trabalhador												
Dia 12 - Dia Mundial do Enfermeiro												
Dia 15 - Dia Mundial da Família												
Dia 28 - Dia Mundial do Bombeiro												
Dia 31 - Dia do Mundial do Não Fumador												
Dia 05 - Dia Mundial do Ambiente												
Dia 10 - Dia de Portugal												
Dia 24 – Dia de S. João												
Dia 20 - Dia Internacional da Amizade												
Dia 26 - Dia dos Avós												

Planificação de Actividades Semanais	2.ª Feira	3.ª Feira	4.ª Feira	5.ª Feira	6.ª Feira
Grupo de estimulação cognitiva UMDR			14h00 às 15h00		14h00 às 15h00
Grupo de estimulação cognitiva ULDM		11h15 às 12h15		11h15 às 12h15	
Ateliê de Trabalhos Manuais					
Actividades Sócio-Recreativas	14h00 às 15h30				

Todas as **actividades mensais** encontram-se descritas no Plano Anual de actividade de animação social, cultural e recreativas.

As **actividades semanais** são planificadas no início de cada semana e afixadas nas respectivas salas de convívio (ULDM e UMDR).

**Anexo III – Folheto explicativo da “Humanidade” aos profissionais da UCCI
de Vizela**

Humanidade em Cuidados Continuados

Humanidade está diretamente relacionada com o cuidar e com a relação de ajuda que um prestador de cuidados tem perante uma pessoa doente, com o objetivo de tentar melhorar a sua situação de dependência e assegurar da melhor maneira possível o seu bem-estar. Abraça o Homem numa perspetiva holística e tem em atenção 6 pilares específicos.



Pilares da Humanidade

Olhar

É no olhar dos outros que nos apercebemos de quem somos e o que valemos

Toque

Gesto afetuoso num ato de encorajamento e conforto

Sorriso

Possibilita a desdramatização da situação de sofrimento do doente, ajudando-o a restabelecer a sua autoestima e bom humor

Vestuário

Promove conforto e promove a nossa identidade, ou seja, determina em parte a identidade individual

Verticalidade

Possibilita que o utente permaneça na postura mais próxima do seu dia-a-dia

Palavra

É tida como vital na existência humana

Cuidar em Humanidade, é ser solidário, é ajudar o próximo com dignidade, é ver o utente como um homem por inteiro, com necessidades, desejos, objetivos, limitações, defeitos e qualidades, é proporcionar-lhe bem-estar, equilíbrio e satisfação, a quem deles necessita.

Rafaela Leite

Estágio de observação do Mestrado em Cuidados Continuados

Objetivo: avaliar a relação dos prestadores de cuidados com os utentes, tendo por base os pilares da humanidade.

De 23 de Fevereiro a 14 de Abril

Agradeço a colaboração de todos!

