

Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

4.ª Edição

Ana Margarida Gomes Figueiredo

Metodologia de Cuidados Humanidade

Perceção dos Enfermeiros



Novembro de 2016

Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

4.ª Edição

Ana Margarida Gomes Figueiredo

Metodologia de Cuidados Humanidade

Perceção dos Enfermeiros

Dissertação realizada no âmbito da Unidade Curricular de Relatório Final sob a orientação pedagógica do Sr. Professor Doutor Olivério Paiva Ribeiro



Novembro de 2016

Agradecimentos

Aos enfermeiros que aceitaram participar neste estudo pela sua disponibilidade e compreensão.

Ao Professor Doutor Olivério Ribeiro pela orientação durante o percurso desenvolvido.

À família pela paciência e apoio constante.

Aos amigos pela ajuda e pela motivação para continuar o “caminho”.

A todos muito obrigado!

Resumo

As mudanças na cultura de saúde levam os enfermeiros a procurar novas estratégias que concorram para a melhoria da qualidade dos cuidados. A Metodologia de Cuidados Humanidade (MCH) é uma dessas estratégias. Neste sentido, optou-se pela realização de um estudo exploratório descritivo com o objetivo de identificar e analisar as percepções de enfermeiros que a utilizam.

O estudo envolveu sete enfermeiros com formação na metodologia. Os dados foram obtidos pelo recurso a entrevistas semiestruturadas e investigação foi realizada segundo a técnica de análise de conteúdo.

Da análise dos dados emergiram seis temas centrais: conceito de Metodologia de Cuidados Humanidade, razões para a formação, perspetiva sobre benefícios, dificuldades na aplicação da metodologia, perspetiva sobre o que facilita a aplicação e contributo da metodologia para a melhoria da qualidade dos cuidados.

Os enfermeiros percebem a MCH como uma metodologia de origem na prática, fundamentada no respeito pelo ser humano, mas com base em conhecimento científico e ainda em construção. Consideram a existência de diferentes razões para a realização de formação, como a necessidade de aprendizagem permanente e a constatação da eficácia da metodologia na prática, assim como a existência de benefícios decorrentes da sua aplicação que vão desde os profissionais e pessoas cuidadas, até às famílias e instituições onde se encontra implementada. Consideram também a existência de aspetos que dificultam e facilitam a aplicação da metodologia relacionados com os profissionais, pessoas cuidadas e instituições, sendo que a falta de profissionais e de formação prática são os mais prementes.

De uma forma geral os enfermeiros participantes reconhecem a contribuição da MCH para o aumento da qualidade dos cuidados de enfermagem, tanto pela adequação destes à singularidade da pessoa como pela melhoria em termos técnicos e éticos.

Neste sentido conclui-se a necessidade de alargar a formação sobre a metodologia a um maior número de enfermeiros, bem como a outros profissionais de saúde.

Palavras-chave: humanidade; enfermagem; cuidar.

Abstract

Over the last decades, the culture health changes' demanded new strategies in the healthcare. The Methodology of Care Humanitude (MCH) is one of those methodologies, namely used by nurses. The main goal of this study is to identify and analyse the perceptions of seven trained nurses that implemented this methodology in the last years.

The data was collected through semi-structured interviews and it was developed a qualitative content analysis. Six main areas were analysed; the MCH concept, training reasons, perspective of benefits, difficulties and facilities in the MCH application and the contribution to the improvement of the care.

According to this study, the MCH is perceived as a methodology based on respect for the human being and with its origins in daily experience. Although the nurses interviewed considered MCH with a scientific support, they recognize the need for a higher scientific development. They also stressed different reasons for training: the need for lifelong learning, the benefits of this methodology for the patients, their families and institutions involved. The lack of trained health professionals and MCH training were on of the most difficulties pointed by the nurses.

Broadly speaking, the nurses involved in this study recognized the importance of the MCH in the healthcare improvement, regarding both technical and ethical aspects. They also noticed the flexibility and adaptability of this methodology to each person. In this sense, we believe that is important to disseminate the MCH in the nurses' community and in other health professionals.

Key-words: humanitude; nursing; care.

Sumário

	Pág.
Lista de Tabelas	I
Lista de Figuras	II
Lista de Abreviaturas, Siglas e Acrónimos	III
Introdução	17
1 – Enquadramento Teórico	21
1.1 – Percurso da Metodologia de Cuidados Humanitude	21
1.2 – Conceito e Filosofia de Humanitude	23
1.3 – Pilares de Humanitude	25
1.4 – Metodologia de Cuidados Humanitude	27
2 – Enquadramento Metodológico	31
2.1 – Problemática e Abordagem Metodológica	31
2.2 – Amostra	32
2.3 – Colheita de Informação	33
2.4 – Aspetos Formais e Éticos	34
2.5 – Análise das Entrevistas	35
3 – Resultados	39
3.1 – Conceito de Metodologia de Cuidados Humanitude	39
3.2 – Razões para a formação	42
3.3 – Perspetiva sobre benefícios da aplicação da metodologia	44
3.4 – Dificuldades na aplicação da metodologia	47
3.5 – Perspetiva sobre o que facilita a aplicação da metodologia	49
3.6 – Contributo para a melhoria da qualidade dos cuidados	51
4 – Discussão	55
4.1 – Discussão dos Resultados	55
5 – Conclusão	59

Referências bibliográficas	61
Apêndices	65
Apêndice I – Guião da Entrevista	67
Apêndice II – Documento de Consentimento Informado	71
Anexos	75
Anexo I – Parecer da Comissão de Ética da Escola Superior de Saúde de Viseu	77

Lista de Tabelas

	Pág.
Tabela 1 – Caracterização da Amostra.....	32
Tabela 2 – Categorias e subcategorias emergentes do tema Conceito de Metodologia de Cuidados Humanidade	42
Tabela 3 – Categorias e subcategorias emergentes do tema Razões para a formação	44
Tabela 4 – Categorias e subcategorias emergentes do tema Perspetiva sobre benefícios da aplicação da metodologia	47
Tabela 5 – Categorias e subcategorias emergentes do tema Dificuldades na aplicação da metodologia	49
Tabela 6 – Categorias e subcategorias emergentes do tema Perspetiva sobre o que facilita a aplicação da metodologia	51
Tabela 7 – Categorias e subcategorias emergentes do tema Contributo da metodologia para a melhoria da qualidade dos cuidados.....	57

Lista de Figuras

Pág.

Figura 1 – Esquema representativo dos temas emergentes da redução dos achados 36

Lista de Abreviaturas, Siglas e Acrónimos

Apud – Conforme, segundo

CAP – Comportamentos de Agitação Patológica

Cf. – Confira

FH – Filosofia da Humanidade

Id. – Idem

IGM – Instituto Gineste-Marescotti

MCH – Metodologia de Cuidados Humanidade

MGM – Metodologia de Cuidados Gineste-Marescotti

SEPCH – Sequência Estruturada de Procedimentos Cuidativos Humanidade

Introdução

A sociedade contemporânea assiste a mudanças profundas e complexas que afetam todas as suas áreas, nomeadamente, a área da saúde.

A valorização da ciência e tecnologia em detrimento dos componentes relacionais, a busca da eficácia de resultados e a sujeição constante a pressões económicas para a rentabilização dos recursos económicos afeta todos os profissionais de saúde, levantando-lhes diariamente novas questões.

Um desafio que se coloca atualmente aos profissionais de saúde, particularmente aos enfermeiros, é que, do mesmo modo que acompanham o progresso tecnológico, não esqueçam a existência do ser que requer os seus cuidados, e que o fazer técnico que lhe é exigido se transforme num efetivo cuidado (Boto, 2014).

De facto é muito mais que um desafio, trata-se de uma responsabilidade profissional, bastando para isso lembrar o que se encontra disposto no artigo 103º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (Lei nº 156/2015, 2015). Este refere que:

“O enfermeiro, no respeito do direito da pessoa à vida durante todo o ciclo vital, assume o dever:

- a) Atribuir à vida de qualquer pessoa igual valor;
- b) Respeitar a integridade biopsicossocial, cultural e espiritual da pessoa;
- c) Participar nos esforços profissionais para valorizar a vida e a qualidade de vida;
- d) Recusar a participação em qualquer forma de tortura, tratamento desumano ou degradante”.

(Lei nº 156/2015, 2015)

Ainda segundo o Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, no artigo 109º consignado à excelência do exercício profissional refere-se que o enfermeiro tem o dever de manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, mas sem esquecer a formação nas ciências humanas (Lei nº 156/2015, 2015).

Importa aqui também considerar o dever de promover e participar em estudos necessários para a reestruturação, atualização e valorização da profissão de enfermagem, tal como se encontra descrito no Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (Decreto-Lei n.º 161/96, 1996). Conjugando todas as mudanças, os desafios que lhe estão

inerentes bem como as responsabilidades profissionais, justifica-se a procura constante de novos métodos de trabalho. É neste âmbito que surge este estudo sobre a Metodologia de Cuidados Humanidade (MCH), também conhecida como Metodologia de Cuidados Gineste-Marescotti® (MGM).

A MCH começou a ser desenvolvida em França, na década de 70, por Yves Gineste e Rosete Marescotti, tendo por base a observação decorrente da prática, a assimilação de conhecimentos provenientes da Gerontologia, das Neurociências e da Psicomotricidade Humana e a integração de princípios humanistas e do conceito antropológico Humanidade. Segundo Melo (2015) esta metodologia assenta em quatro pilares fundamentais; o olhar, a palavra, o toque e a verticalidade e engloba um conjunto de técnicas que operacionalizam a humanização dos cuidados e profissionalizam a relação entre cuidador e a pessoa cuidada.

Um dos aspetos mais relevantes da metodologia é a conciliação de ciência, tecnologia e relação, o que a torna uma ferramenta para contrariar a «crise do humanismo na enfermagem, pela perda da visão global da pessoa doente, pela instalação da rotina ao longo dos anos da ação do enfermeiro e pelas faltas progressivas na comunicação/relação» (Carvalho, 1996, *apud* Simões, Rodrigues & Salgueiro, 2008).

Implementada em diversas instituições, nomeadamente em França e Canadá, a metodologia conta com estudos que demonstram «ganhos indesmentíveis na recuperação da qualidade de vida de doentes idosos acamados, com demência e outras situações de fragilidade» (Simões, Rodrigues & Salgueiro, 2012). Mas não só, segundo os mesmos autores, a aplicação da MCH aos cuidados de enfermagem traduz-se num ganho de bem-estar entre os utentes, que se estende aos profissionais levando a um aumento da satisfação e do sentimento de realização profissional (*id.*).

Phaneuf (2007), considerando a riqueza da metodologia, chega a ponderar o interesse de alargar a sua aplicação aos cuidados gerais, independentemente da idade dos doentes e dos problemas que lhe estão subjacentes.

Surge assim a motivação para a realização deste trabalho, tendo em conta que se trata de uma metodologia nova e em expansão, e que pode contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem.

Neste âmbito foi realizado um estudo exploratório descritivo de natureza qualitativa com o intuito de conhecer a perspetiva de enfermeiros que aplicam a MCH nos cuidados. Foram delineadas como questões de investigação:

- Qual a conceção dos enfermeiros sobre a MCH?
- Qual a motivação para a realização de formação sobre a MCH?

- Quais os benefícios da aplicação da MCH?
- Quais as dificuldades na aplicação da MCH?
- Quais as perspetivas dos enfermeiros sobre o que facilita a aplicação da MCH?
- Quais os contributos da MCH para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem?

Os participantes do estudo foram sete enfermeiros que realizaram formação sobre a MCH e os dados recolhidos com recurso a entrevistas semiestruturadas, posteriormente alvo de uma análise de conteúdo sistematizada.

Por uma questão de organização estrutural, este trabalho compreende a presente introdução, à qual se seguem quatro capítulos.

A primeira parte do trabalho diz respeito ao enquadramento teórico, onde se procura contextualizar o tema em estudo, tendo por base uma breve revisão da literatura existente sobre o mesmo.

A segunda parte corresponde ao enquadramento metodológico. Aqui apresenta-se a justificação do tema, o percurso metodológico, os procedimentos de recolha e análise de dados e as considerações formais e éticas.

Na terceira e quarta parte do trabalho, é feita respetivamente a apresentação dos dados e a discussão sobre os achados. Posteriormente segue-se uma conclusão sobre tudo o que foi desenvolvido, bem como as limitações, acompanhadas por algumas sugestões para investigações futuras.

Finaliza-se este trabalho com a apresentação das referências bibliográficas e os apêndices/anexos considerados indispensáveis.

1 – Enquadramento Teórico

Neste capítulo apresenta-se uma breve revisão da literatura sobre a Metodologia de Cuidados Humanidade, começando pelo percurso evolutivo do conceito Humanidade e pela clarificação da Filosofia, dos Pilares de Humanidade e dos eixos que lhe dão suporte.

1.1 – Percurso da Metodologia de Cuidados Humanidade

Segundo Gineste & Pellissier (2008), a filosofia da humanidade nasceu da prática e da associação das características da humanidade, com os valores éticos e cívicos da sociedade e com os conhecimentos científicos atuais.

Do ponto de vista temporal o seu desenvolvimento começou em 1979, altura em que Yves Gineste e Rosette Marescotti, dois professores de educação física franceses com formação em ergonomia, foram convidados para irem a um «hospital geral francês, de retaguarda, onde a taxa de absentismo era elevada, devido a problemas dorsolombares e outros, a fim de ajudarem os cuidadores a evitarem tais problemas» (Salgueiro, 2014). Para poderem ajudar os cuidadores a reduzir os problemas ergonómicos e fazer o correto diagnóstico da situação, integraram a equipa. Tiveram assim a oportunidade de observar de perto o trabalho desenvolvido não só do ponto de vista ergonómico mas também a nível dos procedimentos cuidativos.

A partir deste momento, os autores iniciaram o seu percurso, percebendo que além dos erros em termos ergonómicos, os cuidados desenvolvidos ora despoletavam comportamentos de agitação nos doentes, de oposição e recusa, ora potenciavam a dependência e o declínio do estado de saúde, nomeadamente, no caso da permanência no leito (Salgueiro, 2014).

Destas observações resultou, em 1982, o conceito “Viver e morrer de pé”, dando ênfase à verticalidade (Gineste & Pellissier, 2008).

Gineste e Marescotti trabalharam sempre em dupla. A observação e o questionamento dos modos de proceder dos cuidadores durante os cuidados «levou-os a constatar que a forma como tocavam na pessoa doente transmitia informação e comunicava

durante a relação de cuidados, facto que poderia contribuir para um fracasso ou um êxito de uma técnica» (Simões, 2014).

Entre 1982 e 1984, os autores realizaram um estudo para avaliarem a duração total das comunicações verbais diretas entre os cuidadores e as pessoas acamadas residentes em instituições. Este estudo permitiu comprovar a pobreza da comunicação existente e considerar a ausência de *feedback*, do recetor para o emissor como a causa do problema. A partir destas conclusões os autores viriam a desenvolver o conceito de *autofeedback*, que consiste na manutenção da comunicação, em pessoas comunicativas, através da utilização do discurso preditivo, informando-as sobre os cuidados a realizar e do discurso descritivo, descrevendo os cuidados que estão a ser realizados (Salgueiro, 2014).

Em 1985 surgiu pela primeira vez a referência a uma metodologia de cuidados, designada na altura como Manutenção Relacional, precursora da atual metodologia, que já compreendia técnicas promotoras da profissionalização da relação entre cuidador e pessoa cuidada (Salgueiro, 2014).

Em 1989, Lucien Mias um geriatra francês introduziu o conceito antropológico Humanidade nos cuidados de saúde geriátricos, o que se tornou decisivo na construção da metodologia.

Gineste e Marescotti reconhecendo no conceito Humanidade os princípios éticos e deontológicos para o bem-estar e qualidade de vida, adaptaram-no aos cuidados definindo-o como as «particularidades que permitem a um homem reconhecer-se na sua espécie, a humanidade (...) e que permitem a um homem reconhecer um outro homem, como fazendo parte da humanidade» (Gineste & Pellissier, 2008).

Com base nestes conhecimentos sobre as particularidades de cada ser humano e em princípios decorrentes da Gerontologia e Geriatria, das Neurociências e da Psicomotricidade Humana, Gineste e Marescotti conceberam, entre 1995 e 1997, a Filosofia da Humanidade (FH), base orientadora da Metodologia de Cuidados Humanidade.

Em 2000 os autores foram convidados pela Associação Paritária para a Saúde e a Segurança no Trabalho do Sector dos Assuntos Sociais, para se deslocarem até ao Quebeque, por forma a ajudarem a diminuir a taxa de problemas de saúde, de absentismo e de *burnout* sofridas pelos cuidadores de saúde.

No Canadá, «perante os resultados do seu trabalho são incitados a protegerem a metodologia com marca registada e a criarem uma estrutura de formação» (Salgueiro, 2014). Neste âmbito conceitos como “Morrer de pé”, “Filosofia da Humanidade”, “Toque ternura”, “Manutenção relacional”, “Captura sensorial”, “*Rebouclage* sensorial” e “Toilete

avaliativa” passaram a estar sob o registo de direitos de autor e surgiram os Institutos Gineste-Marescotti (IGM).

De acordo com Simões (2013) o bom resultado conseguido pelo trabalho dos autores na diminuição dos Comportamentos de Agitação Patológica (CAP) em pessoas internadas, bem como a diminuição das taxas de absentismo dos cuidadores levou à difusão desta metodologia de cuidados por diversos países, nomeadamente, França, Canadá, Suíça, Alemanha, Luxemburgo, Portugal, Bélgica, Itália, Japão e Estados Unidos da América.

Em 2007 foi editado o primeiro livro, em francês, que reúne a informação sobre o percurso dos autores até à conceção da filosofia e metodologia de cuidados: *Humanitude, comprendre la vieillesse, prenda soin des Hommes vieux*.

Em Portugal existem referências ao conceito Humanitude desde a década de 80. Em 2011, surgiu o primeiro IGM em Portugal e os primeiros trabalhos sobre a implementação da MCH surgiram em 2008.

No final da década de 2000, Simões (2013), em contexto de doutoramento realizou um estudo que permitiu transformar as evidências práticas desenvolvidas pelos autores Gineste e Marescotti, num modelo de cuidados com uma sequência estruturada de vinte e sete procedimentos cuidativos humanitude, que foi desenvolvido em investigação ação.

A investigação científica da Humanitude em Portugal tem vindo a ser desenvolvida nos últimos anos, tendo sido publicados alguns artigos científicos (Simões, Rodrigues & Salgueiro, 2008, 2011 e 2012).

Atualmente, a MCH conta com cerca de 150 técnicas relacionais que promovem a profissionalização da relação entre cuidador e pessoa cuidada, assim como profissionalizam os pilares Humanitude. No entanto, como refere Salgueiro (2014) os seus autores não a consideram como algo acabado, mas como algo em desenvolvimento, sujeita a atualizações contínuas.

1.2 – Conceito e Filosofia de Humanitude

Como se referiu anteriormente a integração do conceito Humanitude nos cuidados de saúde geriátricos, por Lucien Mias, foi um marco decisivo na construção da Filosofia de Humanitude, filosofia que dá suporte à MCH.

O termo humanidade «parece ter surgido pela primeira vez pela mão de um escritor suíço, Freddy Klopfenstein, em 1980» (Gineste & Pellissier, 2008). Posteriormente, «retomado por Albert Jacquard, que o situa na linhagem do termo “negritude”, outrora gritado por Aimé Césaire e depois popularizado por Léopold Senghor» (*id.*).

De natureza antropológica o conceito humanidade, diz respeito ao conjunto de oferendas de evolução que os seres humanos se deram uns aos outros no decurso das gerações, desde que têm consciência de o ser, devendo beneficiar dele e continuar a enriquecê-lo (Jackard, 1987, apud Phaneuf, 2007).

Posteriormente, Gineste e Marescotti reconhecendo neste conceito princípios associados ao bem cuidar, adaptaram-no aos cuidados, definindo-o como o conjunto de características que os homens possuem e desenvolvem em relação uns com os outros e que lhe permitem ser reconhecido como pertencente à espécie humana (Gineste & Pellissier, 2008).

Desse conjunto de características fazem parte o olhar, a palavra, o toque, a verticalidade e o sorriso mais tarde definidos como Pilares de Humanidade. Estes pilares são de tal forma essenciais, que se fossem negligenciados ou contrariados levavam a sentimentos de despersonalização e alterações patológicas, como o imobilismo ou a alienação podendo mesmo culminar na morte (Gineste & Pellissier, 2008).

Para contrariar estas situações os autores reconheceram a necessidade de cuidar em humanidade, isto é, cuidar garantindo a preservação das características comuns e singulares de cada ser humano e a partir desta conclusão foi desenvolvida a FH, base orientadora da MCH (Gineste & Pellissier, 2008).

Tal como outras filosofias, a FH congrega os princípios orientadores do comportamento dos cuidadores permitindo a manutenção da pessoa em humanidade.

Destes princípios fazem parte duas definições importantes, a definição de cuidador e a de pessoa.

Segundo Gineste & Pellissier (2008), um cuidador é um profissional que cuida de uma pessoa com preocupações ou problemas de saúde para a ajudar a recuperar, a manter a sua saúde ou para a acompanhar até à morte. Um profissional com direitos e deveres que não pode em caso algum ser o responsável pela destruição da saúde dessa pessoa.

Para estes autores uma pessoa «é um ser humano com particularidades próprias da espécie humana e particularidades próprias (...) particularidades que advieram da sua herança genética, da forma como foi colocada e mantida em humanidade, da sua história de vida, situada em determinados contextos» (Salgueiro, 2014).

Para além destas definições a FH também alude a princípios éticos, como o Princípio da Dignidade Humana, da Liberdade e da Autonomia, a valores universais, como a igualdade e a justiça, e a regras de arte da Gerontologia Moderna como a negociação dos cuidados, o respeito pelo domicílio e pelo sono, a anunciação e o uso de contenções físicas só quando justificadas.

De uma forma global estas regras de arte, mais não são do que a transmutação dos princípios éticos e dos valores universais anteriormente referidos para a prática dos cuidados.

Por último, a FH consagra também os direitos do cuidador, lembrando que se trata de uma pessoa. Assim, «o cuidador é também uma pessoa, que em caso algum deve destruir a sua saúde, utilizando técnicas incorretas, danosas. É uma pessoa com direitos e deveres. Uma pessoa que deve ser respeitada como ser humano, respeitar-se e respeitar os outros» (Salgueiro, 2014). Para respeitar a pessoa cuidada é fundamental ter em conta os pilares Humanidade, os quais irão ser abordados de seguida.

1.3 – Pilares de Humanidade

A MCH defende a manutenção da autonomia, da liberdade e da cidadania através de técnicas que promovem a manutenção dos «sinais que ao longo da evolução do Homem identificam a espécie humana, tais como a verticalidade, o olhar, a palavra, o sorriso, o tocar, o vestuário, considerados pilares de humanidade» (Simões *et al.*, 2008).

Como refere Salgueiro (2014) viver em Humanidade significa trocar milhares de olhares, de palavras, de toques, de sorrisos pelo que quando estes não estão presentes existe o risco de quebrar esses laços, de perder o sentimento de ser e de ser percebido como um ser humano.

Assim sendo, foram definidas características específicas para cada um dos pilares de humanidade, por forma a profissionalizar cada um deles, as quais serão de seguida sumariamente descritas.

O olhar afável e caloroso, transmitido pelo cuidador, é um reconhecimento da pessoa cuidada e um apelo à sua humanidade (Phaneuf, 2010). Este pilar permite estabelecer o primeiro contacto, captar a atenção, manter a focagem e mostrar uma relação de igualdade (Simões, 2013). Para a pessoa com perda de autonomia no domínio cognitivo, o olhar

favorece-lhe o conforto de uma presença amiga e constitui uma estimulação para a conservação deste estado de despertar para o mundo (Phaneuf, 2010). Segundo Gineste & Pellissier (2008) o olhar deve ser axial, horizontal, longo e próximo.

A palavra permite a interação entre as pessoas, pelo que sem ela as relações humanas encontrar-se-iam provavelmente reduzidas a trocas utilitárias. Neste sentido, para a pessoa a comunicação é vital, pois se ficar isolada cai rapidamente na desordem mental e no hospitalismo. Deste modo, Phaneuf (2010) defende que o comportamento comunicacional dos enfermeiros deve ser um apelo à Humanidade, por forma a mostrar às pessoas alvo dos cuidados que são reconhecidos como seres humanos.

A palavra deve ser sempre utilizada mesmo perante pessoas comunicativas, devendo ser suave, melodiosa, um pouco grave, preditiva e descritiva para permitir o estabelecimento de uma ligação entre o cuidador e quem é cuidado, evitando os cuidados surpresa (Simões, 2013).

O toque segundo Roxo (2008) possibilita um tipo especial de proximidade, uma vez que quando uma pessoa toca a outra a experiência é sempre recíproca. Para Phaneuf (2010) nos cuidados de enfermagem o toque faz parte da linguagem não-verbal, pois os gestos aplicados durante estes falam mais e melhor do que as próprias palavras. Neste sentido, Gineste & Pellissier (2008) referem que o toque deve ser amplo, doce, lento e acariciador (Toque Ternura).

No que diz respeito à verticalidade, como refere Phaneuf (2007), ela permitiu estabelecer o contacto visual com o outro, tornando-se fonte de relação e estímulo para o desenvolvimento da inteligência de tal forma que nos dias de hoje representa um sinal da espécie e da dignidade humana. Perante isto cuidar em humanidade significa promover a verticalidade, utilizando ou estimulando as capacidades da pessoa por mínimas que sejam.

A operacionalização deste pilar traduz-se no conceito “Viver e morrer de pé” considerado um dos eixos fundamentais da MCH.

De seguida serão abordados outros eixos importantes desta metodologia de cuidados, por forma a completar a sua caracterização.

1.4 – Metodologia de Cuidados Humanidade

A Metodologia de Cuidados Humanidade, também designada como Metodologia de Cuidados Gineste-Marescotti, é inovadora e com ganhos cientificamente validados a nível nacional e internacional (Simões, 2014). Foi desenvolvida ao longo de três décadas, por Gineste e Marescotti, tem por base a filosofia de humanidade e assenta em quatro pilares essenciais: olhar, palavra, toque e verticalidade.

A MCH cumpre uma Sequência Estruturada de Procedimentos Cuidativos Humanidade (SEPCH), com base nos pilares, operacionalizados e sistematizados por forma a serem replicados em diferentes contextos, realizados em cinco etapas distintas: pré-preliminares, preliminares, rebouclage sensorial, consolidação emocional e reencontro (Gineste & Pellissier, 2008, Salgueiro, 2014 e Simões, 2014).

Os pré-preliminares consistem na aproximação entre as pessoas na relação de cuidados. Servem para preparar a pessoa para o encontro com o cuidador, podendo ser realizados através do bater à porta do quarto e/ou do bater na barra da cama. Em qualquer das opções os pré-preliminares procuram cumprir uma regra de cidadania, assente no respeito pelo princípio do direito ao domicílio privado e ao mesmo tempo constituem um primeiro momento de despertar.

Os preliminares consistem no estabelecimento de uma relação positiva para promover a aceitação do cuidado a desenvolver. Envolvem a aproximação à pessoa através do olhar, da palavra e do toque. A pessoa é abordada de frente com estimulação através do olhar (axial, horizontal, longo e próximo), seguindo-se a utilização da palavra (frequente, doce, melodiosa e positiva) e do toque (amplo, doce e lento) numa zona do corpo socialmente neutra (como por exemplo a mão). Este toque inicial serve para pedir licença para tocar o corpo da pessoa, pois só depois de perceber que não há oposição é que o cuidador anuncia o cuidado a desenvolver verbalmente e se prepara para progredir nele em simultâneo com a pessoa.

Esta estimulação sensorial positiva, minuciosa e intencional procura alcançar a memória emocional com uma sensação corporal de bem-estar.

A terceira etapa designa-se “rebouclage sensorial”. Esta etapa atinge-se quando a prestação do cuidado é integrada com as características positivas do olhar, da palavra e do toque em consonância umas com as outras e a realizarem estimulação sensorial criando uma sensação corporal de bem-estar de acesso à memória emocional. Nesta etapa para além do alargamento dos limiares de tolerância proporcionados pela estimulação positiva da

memória emocional, são usadas técnicas caracterizadas pela suavidade, como o toque ternura e particularidades subtis, em que os gestos técnicos e relacionais são indissociáveis.

A “rebouclage sensorial” é uma etapa que demonstra particular efetividade em doentes dependentes ou atingidos por síndromes demenciais, levando à diminuição de comportamentos de agitação patológica, de oposição/recusa aos cuidados e à diminuição da acamação e respetivas consequências (Araújo, Oliveira & Alves, 2012, Araújo, Melo & Alves, 2014).

No final do cuidado específico, razão de ser do encontro entre as duas pessoas, tem início a quarta etapa designada como “consolidação emocional”. Neste momento o cuidador reforça positivamente a colaboração, os esforços e os progressos desenvolvidos pela pessoa, agradecendo-lhe pelos bons momentos que passaram juntos. Desta forma o cuidador consolida a impressão positiva do cuidado e da relação na memória emocional da pessoa cuidada.

A última etapa da Metodologia é o reencontro, que consiste na programação do próximo encontro entre as duas pessoas. Este será realizado seguindo a mesma lógica de estimulação sensorial e sensação corporal positiva, por forma a recuperar a informação sensorial armazenada na memória emocional e evitar o sentimento de abandono.

Segundo Phaneuf (2010), Salgueiro (2014) e Simões (2014) esta forma de cuidar, deve ser usada em todos os procedimentos de enfermagem uma vez que concorre para as boas práticas na prestação de cuidados.

Um dos momentos de excelência para a aplicação destas estratégias é o cuidado de higiene. Gineste & Pellissier (2008) consideram-no crucial para o estabelecimento de uma relação privilegiada entre cuidador e pessoa cuidada.

Segundo alguns estudos (Gineste & Pellissier, 2008, Simões, 2014) em média uma pessoa internada está em contato direto com os seus cuidadores cerca de quarenta e cinco minutos por dia, sendo que cinquenta por cento desse tempo é utilizado nos cuidados de higiene. Estes são ao mesmo tempo percebidos como um momento de invasão da privacidade e da intimidade da pessoa, mas também são um momento central para a conhecer.

Para Penaforte (2011) cuidar o corpo, desnuda-lo ou tocá-lo não se resume a expô-lo somente, mas a expor a totalidade da pessoa tocando a sua interioridade e intimidade o que deve ser respeitado e preservado.

Simões (2014) considera que os cuidados de higiene permitem maximizar a comunicação, estimular a memória procedimental, prevenir degradações, otimizar o bem-

estar e o conforto e constituem também um excelente momento para a observação, recolha de dados e diagnóstico.

Gineste & Pellissier (2008) defendem que os enfermeiros, profissionais de saúde competentes para o desenvolvimento dos cuidados de higiene, devem aproveitar todo o conhecimento sobre a pessoa por forma a planear os cuidados.

A definição de um plano de cuidados individualizado é essencial para estes autores, considerando que a partir da informação recolhida serão prescritas intervenções adequadas às características da pessoa, a tipologia do cuidado, as condições para a sua realização e os objetivos atingir.

Para Gineste & Pellissier (2008) existem diferentes tipos de higiene que devem ser escolhidos de acordo com as características individuais, mas sempre que possível com o objetivo último de promover a verticalidade. Segundo estes autores, existem à partida, cinco perfis diferentes para os cuidados de higiene:

- Pessoa de pé: pessoa com condições físicas para suportar o seu peso e ficar de pé durante todo o cuidado (podendo ser de pé no chuveiro ou junto ao lavatório);

- Pessoa de pé-sentada: pessoa que consegue ficar de pé mais de quarenta segundos, mas precisa de se sentar durante os cuidados de higiene (deve permanecer de pé o máximo que conseguir, sentando-se só quando necessário);

- Pessoa sentada-de pé: pessoa que consegue ficar de pé menos de quarenta segundos e necessita da ajuda de um verticalizador para se colocar de pé (os cuidados podem ser realizados com recurso à cadeira de banho);

- Pessoa sentada-deitada: pessoa que não consegue pôr-se de pé, mas pode sentar-se e verticalizar o tronco;

- Pessoa deitada: pessoa que não pode levantar-se do leito por uma razão de ordem clínica (o banho pode ser realizado na cama ou na maca-banheira).

Depois de avaliados os objetivos prioritários, a sensibilidade e os desejos da pessoa deverão ser também ajustados os procedimentos e a sequência da higiene. No caso do objetivo prioritário ser a higiene e a limpeza, por exemplo, a sequência preconizada é a das zonas mais limpas para as mais sujas, tendo em conta que segundo os conhecimentos de microbiologia atuais as zonas mais contaminadas são o rosto, as mãos e a região genital (Wilson, 2005).

No caso de pessoas comunicativas ou em que a sua condição cognitivo-mnésica pode condicionar a compreensão do cuidado levando a respostas de agitação, Phaneuf

(2010), defende que a sequência mais indicada deve ser das zonas menos sensíveis (costas, braços, antebraços,...) para as mais sensíveis (zonas íntimas, pés, rosto).

Um outro exemplo da adaptação da sequência às características da pessoa é o caso de um doente com dor, em que se preconiza a progressão do cuidado das zonas menos dolorosas para as mais dolorosas.

De uma forma ou de outra importa lembrar que a melhor sequência é aquela que a pessoa prefere. Gineste & Pellissier (2008) defendem que é emergente reformular as práticas de higiene, para por em prática ações que não destruam a saúde e que contribuam para ajudar a pessoa a melhorar, ou no caso de isso não ser possível, para ajudar a manter a sua saúde.

Phaneuf (2010) defende a importância de evitar que os cuidados de higiene e conforto se tornem impessoais, já que ocupam a maior parte do tempo de contacto diário entre o profissional e o doente, ressaltando que todas as intervenções devem ter em conta a filosofia de cuidar humanidade.

2 – Enquadramento Metodológico

Realizado o enquadramento teórico do tema em estudo, serão abordados aspetos relacionados com o trajeto científico desenvolvido, nomeadamente, em relação à problemática estudada, à natureza do estudo, participantes, colheita de dados e as diversas opções tomadas na sua análise bem como as considerações formais e éticas envolvidas.

2.1– Problemática e abordagem metodológica

Os enfermeiros, tal como se encontra desposto no artigo 110º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (Lei nº 156/2015, 2015), são responsáveis pela humanização dos cuidados de enfermagem assumindo por isso o dever de dar atenção à pessoa cuidada como uma totalidade única, inserida numa família e numa comunidade e contribuir para o desenvolvimento das suas potencialidades.

No entanto como referem Simões *et al.* (2008) nem mesmo os enfermeiros conseguem ficar imunes à tendência de desvalorizar o fator humano em detrimento da ciência e da técnica. Daqui advém o interesse pela MCH, metodologia que concilia ciência e relação.

Um outro aspeto de interesse relaciona-se com o facto de ser uma metodologia em expansão em Portugal e no mundo.

Assim sendo este trabalho pretende dar resposta ao seguinte objetivo: analisar as perceções de enfermeiros que utilizam a MCH na sua prática.

Tendo em conta este objetivo de analisar, de explorar uma situação ou um fenómeno para o tornar conhecido, a opção metodológica incidu num estudo exploratório descritivo.

2.2 – Amostra

No que diz respeito à amostra deste estudo, esta é constituída por um grupo de sete enfermeiros (*cf.* Tabela 1) que realizaram formação sobre a MCH.

Para a seleção dos participantes constitutivos da amostra foi utilizado o método de amostragem por escolha racional, pois tal como refere Fortin (2009), este método possibilita a escolha de certos indivíduos em função de um traço característico. No caso específico desta investigação o traço característico procurado, isto é, o critério de inclusão foi a realização de formação sobre a MCH.

Dos enfermeiros contactados, sete aceitaram participar no estudo, sendo que a primeira entrevista realizada não foi incluída no lote de análise, servindo apenas para treinar e ajustar o guião orientador.

Dos sete enfermeiros que participaram no estudo, seis são do sexo feminino e um do sexo masculino. A idade dos participantes variou entre os vinte e oito e os oitenta e um anos, sendo a idade mais frequente os trinta e três anos. Cinco dos enfermeiros têm como habilitação literária a licenciatura e dois o mestrado. Quanto à área de exercício profissional três exercem funções na área de geriatria, três na área médica e um na área de ensino. Relativamente ao número de horas de formação sobre a MCH, esta variou entre as vinte e sete e mais de sessenta horas.

Tabela 1 – Caracterização da Amostra

Entrevista	Género	Idade	Habilitações Literárias	Área de Cuidados	Horas de Formação sobre a MCH
E1	Feminino	28	Licenciatura	Geriatria	38
E2	Feminino	35	Mestrado	Médica	60
E3	Feminino	37	Licenciatura	Médica	60
E4	Feminino	30	Licenciatura	Geriatria	27
E5	Feminino	33	Licenciatura	Geriatria	35
E6	Feminino	81	Licenciatura	Ensino	>60
E7	Masculino	33	Mestrado	Médica	60

2.3 – Colheita de informação

Dada a natureza do estudo a operacionalização desta investigação foi realizada com recurso ao método de entrevista.

Segundo Benoit (2003) a entrevista consiste numa interação verbal entre pessoas que se envolvem voluntariamente em igualdade de relação para melhor compreender um fenómeno de interesse.

Existem diferentes tipos de entrevista, devendo a sua escolha pautar-se pelos objetivos do estudo. Neste caso particular optou-se pela realização de entrevistas semiestruturadas, já que, como defendem Polit, Beck & Hungler (2004) estas são usadas quando o investigador tem uma lista de tópicos que quer abordar.

Todos os dados foram obtidos através de entrevistas individuais, com recurso à utilização de um guião previamente elaborado para o efeito (*cf.* Apêndice I).

A utilização de um guião orientador revelou-se uma vantagem porque permitiu manter o controlo sobre o processo e abordar todos os tópicos, produzindo um conjunto mais rico de dados.

As entrevistas foram antecedidas por uma fase de preparação, iniciada no contacto com as pessoas, por forma a apresentar o estudo, os seus objetivos e a forma de colheita de dados.

O local e a altura para a realização das entrevistas foram escolhidos pelos entrevistados, tendo sido utilizado um gravador áudio após o assentimento verbal e escrito dos mesmos.

No que diz respeito ao desenrolar das entrevistas propriamente dito, este exigiu uma familiarização com o seu conteúdo e a adoção de uma postura respeitosa e atenta por parte da entrevistadora.

Ao longo de cada momento de entrevista procurou-se proporcionar um ambiente calmo e sem constrangimentos, nomeadamente, através da manutenção da congruência entre a postura verbal e não-verbal e respeitando os momentos de pausa no discurso dos entrevistados.

Por outro lado procurou-se formular as questões de forma clara e inequívoca, por forma a abordar todos os tópicos previamente definidos mas respeitando a liberdade de expressão de cada participante.

De uma forma geral cada entrevista demorou cerca de vinte minutos, tendo decorrido entre março e julho de 2015.

A opção de dar por terminada a amostragem do presente estudo, deveu-se ao facto dos investigadores terem considerado que atingiram a saturação da informação, que tal como refere Fortin (2009) ocorre quando os temas e as categorias se tornam repetidas e a colheita de dados já não fornece informações novas.

Todas as entrevistas foram posteriormente transcritas pela entrevistadora, tendo-se utilizado uma sigla para a designação de cada uma por forma a facilitar o processo de análise e garantir a confidencialidade dos dados e o anonimato dos entrevistados. Desta forma cada entrevista foi identificada pela letra “E” à qual se associou um número de acordo com a ordem de realização de cada uma.

2.4 – Aspetos formais e éticos

Como refere Fortin (2009) as investigações no domínio da saúde envolvem seres humanos, pelo que requerem considerações éticas desde o início. Desde logo têm de estar presentes princípios como: o respeito pelo consentimento livre e esclarecido, o respeito pelos grupos vulneráveis, o respeito pela vida privada e pela confidencialidade das informações pessoais, o respeito pela justiça e pela equidade e o equilíbrio entre vantagens e desvantagens.

Para dar cumprimento aos aspetos formais e éticos, este processo de estudo foi iniciado após a obtenção de um parecer favorável da Comissão de Ética da Escola Superior de Saúde de Viseu (*cf.* Anexo I).

No que diz respeito às entrevistas para a recolha de informação estas foram realizadas, após a apresentação do estudo (finalidade e objetivos) e após assentimento verbal inequívoco por parte dos participantes.

Ao mesmo tempo foi também obtido o assentimento por escrito dos participantes, através da assinatura de um documento de consentimento informado (*cf.* Apêndice II).

Foi garantido o anonimato dos participantes, bem como a confidencialidade sobre os dados recolhidos e o seu uso exclusivo para fins académicos. Todos os participantes foram informados que poderiam terminar/interromper as entrevistas se assim o desejassem bem como ter acesso à gravação áudio, à transcrição do *verbatim* e ao estudo final.

As entrevistas foram realizadas individualmente, à porta fechada num local escolhido pelos participantes para o efeito, garantindo-se assim o direito à privacidade e à liberdade de expressão.

2.5 – Análise das entrevistas

Como já foi referido anteriormente, o tratamento e a análise dos achados obtidos através das entrevistas foram realizados com recurso aos procedimentos técnicos pertencentes ao domínio da análise de conteúdo.

Segundo Bardin (1977) designa-se por análise de conteúdo um conjunto de técnicas de análise de comunicação, que visam obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores quantitativos ou não, que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/receção destas mensagens.

Neste âmbito procurou-se realizar uma exploração sistemática do conteúdo das entrevistas e descrição dos resultados, por forma a obter uma exposição compreensiva do que foi expresso acerca das considerações dos entrevistados sobre a MCH.

No que diz respeito à organização da análise Bardin (1977) considera a existência de diferentes fases organizadas em torno de três polos cronológicos: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados pela inferência e interpretação.

A pré-análise diz respeito à fase de organização propriamente dita e tem por objetivo operacionalizar e sistematizar as ideias iniciais para conduzir a um processo de análise preciso.

Neste trabalho a fase de pré-análise teve início ainda no decurso das entrevistas, altura do primeiro contacto com a informação recolhida e da atribuição de um sentido primário.

Após o primeiro contacto com a informação procedeu-se à organização do material com a transcrição integral das entrevistas e a atribuição a cada uma de um código identificativo composto pela letra “E” associado ao um número, como já foi referido anteriormente.

Em relação à fase de exploração do material, tal como refere Bardin (1977) esta consistiu essencialmente em operações de codificação.

«A codificação é o processo pelo qual os dados brutos são transformados sistematicamente e agregados em unidades, as quais permitem uma descrição exata das características pertinentes do conteúdo» (Holsti, 1969, *apud* Bardin, 1977).

Por se tratar de um processo complexo optou-se pela utilização do programa informático de análise textual Weft QDA.

Assim sendo a análise detalhada das entrevistas levou à organização da informação em seis temas centrais:

- Conceito de Metodologia de Cuidados Humanidade;
- Razões para a formação;
- Perspetiva sobre benefícios da aplicação da metodologia;
- Dificuldades na aplicação da metodologia;
- Perspetiva sobre o que facilita a aplicação da metodologia;
- Contributo da metodologia para a melhoria da qualidade dos cuidados.

Para facilitar a compreensão e enquadramento dos achados, de seguida apresenta-se uma representação esquemática dos temas que emergiram da redução dos achados (*cf.* Figura 1).



Figura 1 – Esquema representativo dos temas emergentes da redução dos achados

De cada um destes temas emergiram categorias e subcategorias que serão discriminadas aquando da apresentação dos resultados. Neste processo de categorização foram tidas em consideração as principais regras que lhe estão inerentes, referidas por Bardin (1977), como sendo a exaustividade, a exclusividade, a homogeneidade, a pertinência, a objetividade e a produtividade.

Depois da construção deste sistema de categorias, foi iniciada a fase interpretativa, onde se buscou a relação entre os diferentes temas por forma a dar resposta ao objetivo deste trabalho de investigação: analisar as perceções de enfermeiros que utilizam a MCH na sua prática.

Para facilitar a compreensão foram elaboradas tabelas de acordo com cada tema emergente, onde se apresentam as categorias e subcategorias, contabilizando-se também as passagens do discurso que estão subjacentes a cada categoria.

Cada passagem do discurso compreende diferentes unidades de significação mas o programa Weft não permite a sua discriminação. No entanto, todas as unidades foram consideradas na construção dos resultados.

Seguidamente serão apresentados os resultados obtidos da análise das entrevistas.

3 – Resultados

Como foi anteriormente referido da análise dos dados recolhidos, delimitaram-se seis temas centrais: conceito de MCH; razões para a formação; perspetiva sobre benefícios da aplicação da metodologia; dificuldades na aplicação da metodologia; perspetiva sobre o que facilita a aplicação da metodologia; contributo da metodologia para a melhoria da qualidade dos cuidados.

No decurso deste capítulo optou-se por seguir a ordem destes seis grandes blocos temáticos, apresentando-se quadros síntese para cada um deles. Cada um destes quadros inclui as diferentes categorias e subcategorias, assim como o número de passagens do discurso e de documentos (entrevistas) em que foram referenciadas.

Para descrever os resultados procurou-se utilizar uma linguagem científica mas tão próxima quanto possível dos testemunhos obtidos, utilizando-se algumas passagens do discurso consideradas representativas para lhes dar suporte.

3.1 – Conceito de Metodologia de Cuidados Humanidade

O primeiro tema emergente da análise das entrevistas “conceito de MCH” compreende seis categorias e quinze subcategorias (cf. Tabela 2).

Os enfermeiros participantes neste estudo começaram por abordar o início do desenvolvimento da própria metodologia de cuidados, relacionando a sua génese com problemas identificados pelos autores no decorrer do seu trabalho junto de doentes e profissionais de saúde como se pode verificar nos seguintes excertos do discurso:

“Por um lado perceberam que havia práticas que iam contra a ergonomia dos profissionais e por outro que os cuidados eram muito duros” (E6)

“O Gineste e a Marescotti...foram desenvolvendo um conjunto de técnicas para dar resposta àqueles dois problemas iniciais que eram a melhoria da condição física dos profissionais e do bem-estar dos doentes” (E6)

Além dos problemas observados na prática, os relatos dos participantes expõem também as questões da imobilidade dos doentes, como outra das preocupações determinantes no início do desenvolvimento da metodologia, como se pode verificar nestes depoimentos:

“Como professores de educação física eles percebiam bem das questões de mecânica corporal e de psicomotricidade humana e das complicações decorrentes da imobilidade por isso começaram a procurar formas de a evitar” (E6);

“...sempre tivemos em consideração o levantar precoce muito por causa das complicações que implica, mas a metodologia veio lembrar ou reforçar a importância do manter de pé” (E3).

No que diz respeito à própria MCH, a análise dos discursos dos participantes apresenta uma filosofia de respeito pela pessoa. Uma filosofia de cuidados promotora do conhecimento próximo, da individualidade e da saúde como se depreende das seguintes transcrições:

“É uma metodologia que permite cuidar o outro com respeito, com atenção, com dedicação mas especialmente olhando o indivíduo como um ser único” (E5);

“...esta metodologia volta a valorizar o conhecimento e a proximidade com as pessoas que estão sob a nossa responsabilidade e isso é muito importante” (E7).

Ainda no que diz respeito à metodologia, os participantes abordaram os Pilares de Humanidade como estando na base desta, como se pode verificar nos relatos que se seguem:

“...tem por base características, que são os pilares como o olhar, a palavra, o toque ou a verticalidade comuns a todos e que tem de ser mantidos para que ela se sinta humana” (E2);

“O ser humano reúne um conjunto de características que o fazem sentir-se pertença da espécie humana, como o olhar, a palavra, a verticalidade...e se por alguma razão for impedido de as usar, a sua condição física e mental fica afetada” (E6).

Por outro lado os participantes consideraram também que a MCH é uma metodologia baseada em conhecimento científico proveniente de diferentes áreas disciplinares, como se pode verificar na transcrição seguinte:

“...Claro que eles não se basearam só na sua observação, ao mesmo tempo foram procurando conhecimentos noutras áreas como nas neurociências, na ética e mais tarde integraram os princípios do conceito antropológico Humanidade” (E6).

Além de científica a metodologia foi também considerada pelos enfermeiros participantes, como uma metodologia sistemática. Vantajosa na organização devido à sistematização dos cuidados e replicabilidade como se pode verificar neste discurso:

“Na realidade o fato de a metodologia sistematizar os cuidados e a forma como são prestados é sem dúvida uma mais-valia” (E3).

Os enfermeiros participantes consideraram a sistematização do trabalho possibilitada pela MCH, como um aspeto facilitador na prestação de cuidados a pessoas com alterações cognitivas como se pode verificar na transcrição seguinte:

“...Eu sabia muitas técnicas, mas elas não ajudavam muito na hora de cuidar pessoas com demência por exemplo. Foi aí que comecei a investigar e conheci esta metodologia” (E4).

Foi ainda dado ênfase ao resultado da utilização da MCH, nas pessoas com alterações cognitivas, como a redução dos comportamentos de agitação e na diminuição da oposição aos cuidados como demonstram os discursos seguintes:

“Temos estudos que mostram a diminuição da oposição aos cuidados, os comportamentos de agitação como no caso dos doentes com demências” (E6);

“No caso da pessoa com alteração cognitiva essa sistematização é essencial. No caso dessas pessoas, se eles não compreendem um estímulo é mais provável que haja uma resposta de agitação, por isso se usarmos uma ferramenta que lhes permita compreender os estímulos vamos ter melhorias não só em termos cognitivos mas também menos respostas dessa natureza” (E7).

Por último, os participantes abordaram o estado atual da MCH, verificando-se que a percecionam como uma metodologia em constante atualização e que faz a diferença na prestação dos cuidados como se pode comprovar nos excertos que se seguem:

“...e eles não se resignaram, foram à procura de mais conhecimento que desse resposta aos problemas, por isso também não é algo acabado porque a ciência está constantemente a produzir novos conhecimentos” (E6);

“Depois de vermos os resultados da implementação da MCH nas instituições ficamos com a certeza absoluta que ela faz a diferença” (E6).

Tabela 2 – Categorias e subcategorias emergentes do tema “Conceito de Metodologia de Cuidados Humanidade”

Conceito de MCH			
Categorias	Subcategorias	Passagens do discurso	Entrevistas
Início do desenvolvimento	Início baseado na observação das práticas	5	2
	Preocupação com a imobilidade	2	2
Filosofia de respeito pela pessoa	Filosofia de cuidados	1	1
	Conhecimento próximo	2	2
	Promove a individualidade	2	2
	Salvaguarda a saúde	1	1
Pilares de Humanidade	Metodologia baseada nos pilares	5	3
Metodologia científica	Metodologia com fundamentação teórica e empírica	1	1
	Metodologia baseada em conhecimento de diferentes áreas	2	1
Metodologia sistemática	Sistematização do trabalho	2	2
	Metodologia estruturada e replicável	2	1
	Sequência de cuidados	3	1
	Útil em pessoas com alterações cognitivas	1	1
Estado atual da metodologia	Metodologia em constante atualização	3	3
	Metodologia que faz a diferença	1	1

3.2 – Razões para a formação

O segundo tema que emergiu da análise das entrevistas “razões para a formação” compreende duas categorias e cinco subcategorias (cf. Tabela 3).

A análise dos discursos dos enfermeiros participantes no estudo permitiu evidenciar a necessidade de formação contínua e o reconhecimento da eficácia da MCH, como razões para a realização de formação sobre esta metodologia.

No que diz respeito à formação contínua esta foi realizada no âmbito de um projeto de melhoria da qualidade e também foi consequência do próprio percurso de investimento pessoal e profissional, como se pode constatar nestes depoimentos:

“A instituição é que me propôs a realização da formação,..., mas depois que integrei o projeto gostei bastante porque foi uma mais-valia” (E5);

“Penso que esta metodologia surgiu no seguimento de todo o meu percurso profissional e pessoal” (E6).

Esta formação foi realizada devido à consciência do défice de técnicas relacionais para cuidar de pessoas, nomeadamente, pessoas com demências e da preocupação com o desenvolvimento de metodologias de cuidar adequadas às pessoas preservando a sua dignidade enquanto seres humanos como se pode demonstrar através destes depoimentos:

“ No curso de enfermagem, na teoria, é dado enfase ao cuidar do outro como sendo a base da nossa profissão, mas na prática este é banalizado e é dada pouca importância à pessoa e a tudo aquilo que a define como ser humano. ...o que passa como mais importante é a técnica” (E2);

“...Quando foi para começar a trabalhar percebi que tinha muitas falhas,...eu sabia muitas técnicas, mas elas não ajudavam muito na hora de cuidar pessoas com demência, por exemplo. Foi aí que comecei a investigar e conheci esta metodologia...” (E4);

“...esta metodologia permite uma forma de cuidar diferente, que reconhece que cada pessoa é única, preservando a sua dignidade” (E2);

“A formação surgiu após conhecimento desta metodologia e de tomar consciência das diferenças em relação ao que tinha feito até então” (E2).

O reconhecimento da eficácia da MCH foi outra das razões que levou os entrevistados a realizarem formação nesta área devido à constatação dos ganhos em saúde obtidos tanto na pessoa cuidada como no cuidador como se verifica nos seguintes excertos:

“ A formação surgiu após conhecimento desta metodologia e de tomar consciência das diferenças em relação ao que tinha feito até então” (E2);

“Ao perceber o que a aplicação desta metodologia podia fazer em benefício dos doentes, fazer a formação tornou-se incontornável” (E3);

“Fazer a formação foi um passo natural, uma necessidade perante o reconhecimento do valor desta metodologia...O facto de ter ido para o terreno, de ter visto os resultados, de ter ouvido os relatos das pessoas foi muito importante” (E6).

Tabela 3 – Categorias e subcategorias emergentes do tema “Razões para a formação”

Razões para a formação			
Categorias	Subcategorias	Passagens do discurso	Entrevistas
Formação contínua	Integração de um projeto de melhoria da qualidade	2	2
	Consciência do défice de técnicas relacionais	2	2
	Preocupação com o desenvolvimento de metodologias de cuidar adequadas às pessoas cuidadas	1	1
	Investimento pessoal e profissional	1	1
Reconhecimento da eficácia da metodologia	Constatação dos ganhos em saúde obtidos tanto na pessoa cuidada como no cuidador	7	4

3.3 – Perspetiva sobre benefícios da aplicação da metodologia

Depois de identificadas as razões para os enfermeiros realizarem formação sobre a MCH, através dos dados colhidos pretendeu-se perceber quais as perspetivas sobre os benefícios da sua implementação. Da análise das entrevistas emergiram três categorias e nove subcategorias *cf.* (Tabela 4).

Da análise do discurso dos participantes no estudo foi possível identificar a perspetiva de que ao utilizar a MCH nos cuidados se obtém benefícios para os profissionais, para as pessoas cuidadas e para as próprias instituições.

No que diz respeito aos benefícios para os profissionais, os enfermeiros consideram que a utilização da MCH facilita o relacionamento e a prestação de cuidados a pessoas com alterações cognitivas, dado serem utilizadas técnicas relacionais adequadas, como se depreende dos seguintes relatos:

“Usando a metodologia a relação entre nós e as pessoas é mais próxima. Os utentes ficam mais colaborantes, muito mais recetivos ao nosso toque, muito mais recetivos à nossa palavra e isto facilita-nos imenso o trabalho” (E4);

“No caso do doente com alteração cognitiva...ele é para o profissional desgastante...utilizando as estratégias da metodologia conseguimos um maior nível de colaboração, logo é mais fácil” (E7).

A utilização destas estratégias relacionais no cuidar de pessoas com alterações cognitivas permite envolver a pessoa no cuidado, reduzindo a oposição aos cuidados

tornando agradável aquele momento diminuindo assim, os problemas profissionais de ordem física e emocional, como emerge destes depoimentos:

“Cuidar assim incentiva-nos e dá-nos estratégias para promover a autonomia e as capacidades do outro. Isso diminui a nossa carga de trabalho mas também nos faz sentir melhor connosco” (E2);

“O cuidado deixa de ser uma luta, para passar a ser um momento agradável, uma partilha entre duas pessoas” (E6);

“Acho que essencialmente são os dois grandes ganhos para o profissional...ter mais ferramentas para ajudar pessoas com uma debilidade física de uma forma mais adequada e que impliquem menos riscos para si próprio e ter estratégias para lidar com pessoas que não compreendem corretamente os estímulos a que estão sujeitos em ambiente hospitalar evitando ser o elemento gerador de stresse” (E7).

Os enfermeiros participantes consideraram também a utilização da MCH como um fator de aumento da satisfação pessoal e profissional, como é evidenciado nos seguintes excertos do discurso:

“Aprender sobre esta forma de cuidar tornou o meu percurso mais rico” (E2);

“...e depois de começarmos a trabalhar com eles conseguimos chegar-lhes e os resultados começam a aparecer aos poucos. Isto aumenta muito a nossa autoestima, dá-nos um bem-estar muito grande” (E4);

“Podem ser pequenas coisas mas são muito importantes e isso faz-nos sentir bem mesmo que o dia tenha sido difícil” (E4).

No âmbito dos benefícios para as pessoas cuidadas foi evidenciado o sentimento de gratidão que estas demonstram com as mudanças nos cuidados assim como o aumento na própria autoestima tal como se depreende nas passagens do discurso seguintes:

“Esta metodologia permite a captação sensorial da pessoa doente, aumenta a sua colaboração, a participação, a satisfação nos cuidados e as suas capacidades, o que traz ganhos na saúde física e emocional de quem é cuidado” (E2);

“Esta metodologia ensina-nos que é sempre possível fazer alguma coisa pelas pessoas, aliás, é proibido desistir (...) Às vezes bastam coisas simples, como por a pessoa à frente de um espelho para ela se pentear ou ser ela a escolher a roupa para vestir...mas são coisas simples que são extremamente importantes e que nos mantém como pessoas humanas” (E4).

Por outro lado a perspectiva dos participantes no estudo evidencia o facto de os benefícios para as pessoas cuidadas se estenderem às suas famílias como se verifica nos seguintes excertos do discurso:

“Também noto mudanças em relação às famílias. Antes ligavam muito mais para saber como estávamos a tratar das pessoas e depois de verem o nosso trabalho começaram a confiar mais em nós, a ficar mais tranquilos porque veem que procuramos o bem-estar e o conforto dos utentes” (E5);

“Os resultados são surpreendentes e refletem-se em vários níveis, quer seja na vida das pessoas cuidadas, dos profissionais, dos familiares. Isto é muito importante também, porque as famílias apercebem-se da mudança e agradecem” (E6).

Os enfermeiros participantes consideraram também a existência de benefícios para as próprias instituições onde a MCH foi implementada, nomeadamente, pela diminuição das taxas de absentismo dos profissionais e também pela redução dos custos económicos, devido à promoção da autonomia e independência da pessoa cuidada, como evidencia nestes depoimentos:

“E depois temos os resultados...temos resultados que comprovam a diminuição dos problemas físicos, da taxa de absentismo, do burnout” (E6);

“Um profissional triste às vezes falta porque precisa de descansar” (E6);

“E até em termos económicos é importante porque vamos reduzir os custos envolvidos com tratamentos com a dependência da pessoa cuidada” (E4).

Tabela 4 – Categorias e subcategorias emergentes do tema “Perspetiva sobre benefícios da aplicação da metodologia”

Perspetiva sobre benefícios			
Categorias	Subcategorias	Passagens do discurso	Entrevistas
Benefícios para os profissionais	Facilita o relacionamento	1	1
	Facilita o cuidado de pessoas com alterações cognitivas	1	1
	Diminuição dos problemas físicos	1	1
	Diminuição dos problemas emocionais	3	1
	Satisfação profissional	9	5
Benefícios para as pessoas cuidadas	Sentimento de gratidão	2	1
	Aumenta a autoestima	1	1
	Famílias reconhecem a mudança	4	4
Benefícios para as instituições	Diminuição do absentismo	2	1
	Redução dos custos económicos	1	1

3.4 – Dificuldades na aplicação da metodologia

O quarto tema emergente da análise das entrevistas “dificuldades na aplicação da metodologia” compreende cinco categorias e oito subcategorias que distinguem diferentes níveis de dificuldades (cf. Tabela 5).

Os enfermeiros participantes consideraram a existência de um conjunto de dificuldades na aplicação da MCH, nomeadamente, relacionadas com o conflito com as aprendizagens anteriores, dificuldades técnicas e da formação, falta de profissionais, problemas na organização do trabalho e relacionadas com as instituições.

O conflito com as aprendizagens anteriores compreende a falta de conhecimento e a resistência à mudança como se percebe pelos seguintes excertos do discurso:

“A existência de mentalidades resistentes à mudança no serviço é um desafio” (E2);

“A falta de conhecimento é um grande entrave à aplicação da metodologia. A ideia que já se sabe tudo”(E6).

Por outro lado são também consideradas dificuldades decorrentes da própria formação sobre a MCH, como a falta de formação prática e a necessidade de reciclagem:

“Nós tivemos muita formação teórica mas tivemos pouca formação prática, poucas horas para treinar. Acho que se pudéssemos treinar mais as técnicas seria uma mais-valia para nós e para os utentes também, porque podíamos consolidar melhor as coisas” (E5);

“Era também preciso rever os conhecimentos com alguma regularidade, uma reciclagem de tempos a tempos para limar arestas e cimentar as coisas” (E7).

Outro dos níveis de dificuldades percecionados pelos participantes prende-se com a falta de profissionais que determina a falta de tempo para os cuidados e para a reflexão na ação e sobre a ação, como se denota pelos seguintes relatos:

“Muitas (...) mas a falta de profissionais é a que tem mais implicações. A sobrecarga de doentes no turno” (E2);

“O rácio dos enfermeiros/doentes não é adequado, por isso não temos muito tempo. Andamos sempre a correr e em stresse porque temos muitas coisas para fazer e acontece que, às vezes quando vamos a pensar, já fizemos as coisas de uma forma que não é aquela que a metodologia nos ensinou” (E3);

“Para aplicar a metodologia é preciso tempo para estar com as pessoas...não vou mentir no início quando se inicia o trabalho com um utente é preciso mais tempo, mais disponibilidade e isso é difícil quando temos falta de pessoal” (E5);

“É preciso criar um imprint positivo na pessoa memória da pessoa cuidada mas com falta de pessoal como temos tido...esse tempo escasseia” (E7).

São também percecionadas como dificuldades aquelas que decorrem da própria organização do trabalho, nomeadamente, a rotação de pessoas nas equipas e a falta de continuidade na utilização da MCH:

“De cada vez que sai e entra alguém temos de começar com o processo de novo para manter a continuidade e isso às vezes é desanimador”(E5);

“Para dar resultados todos temos de trabalhar da mesma maneira, todos temos de conhecer a metodologia...Qualquer pessoa que chegue e faça de forma diferente corta a relação de confiança e corta aquele caminho que estamos a percorrer” (E5).

Os enfermeiros participantes consideraram também dificuldades na aplicação da MCH relacionadas com as instituições como a falta de apoio a nível institucional, como é evidenciado neste depoimento:

“... e a falta de apoio por parte de quem decide” (E2).

Tabela 5 – Categorias e subcategorias emergentes do tema “Dificuldades na aplicação da metodologia”

Dificuldades na aplicação da metodologia			
Categorias	Subcategorias	Passagens do discurso	Entrevistas
Conflito com aprendizagens anteriores	Falta de conhecimento	5	3
	Resistência à mudança	3	2
Dificuldades técnicas e de formação	Falta de formação prática	3	2
	Necessidade de reciclagem	2	2
Falta de profissionais	Falta de tempo	7	4
Problemas na organização do trabalho	Rotação de pessoas nas equipas	1	1
	Falta de continuidade na utilização da metodologia	2	1
Instituições	Falta de apoio a nível institucional	1	1

3.5 – Perspetiva sobre o que facilita a aplicação da metodologia

O quinto tema deste estudo prende-se com os aspetos que facilitam a aplicação da MCH e encontra-se diretamente relacionado com o anterior. Compreende três categorias e oito subcategorias (*cf.* Tabela 6).

Os enfermeiros participantes percecionaram aspetos facilitadores no processo de aplicação da MCH relacionados com os profissionais, com as pessoas cuidadas e com as próprias instituições.

Os fatores facilitadores da aplicação da metodologia relacionados com os profissionais passam pela manutenção da capacidade de observação, a abertura a novos conhecimentos e a multidisciplinariedade como se depreende pelos seguintes excertos do discurso dos participantes:

“Manter a capacidade de observação e o senso de crítica sobre o que se faz” (E6);

“Ter um corpo alargado de conhecimentos, e quando falo nisto estou a referir-me a conhecimento científico válido, não só de enfermagem mas de outras ciências como de medicina, farmacologia, psicologia é essencial pois permite utilizar os recursos e conjuga-los para obter melhores resultados” (E7);

“Apregoamos muito a multidisciplinariedade mas estamos constantemente a isolarmo-nos em guetos e não conseguimos trabalhar em conjunto com os outros...”(E6).

A formação prática, tal como no tema anterior também é percecionada como um aspeto facilitador na implementação da metodologia:

“Por outro lado além da formação teórica também é preciso formação prática, é preciso treino. Por exemplo aprender a colocação da voz pode demorar entre 3 meses a 1 ano...é preciso praticar” (E4);

“Era preciso mais tempo para a formação prática” (E7).

No que diz respeito às pessoas cuidadas, os enfermeiros consideram que o entendimento dos cuidados é um aspeto facilitador da aplicação da metodologia como se nota na seguinte transcrição:

“E é uma questão que se percebe facilmente...se as pessoas entendem os cuidados, se estão calmas, se colaboram as coisas fluem melhor, são mais fáceis” (E6).

No âmbito das instituições é novamente considerado como facilitador da aplicação da metodologia a existência de um rácio de profissionais adequado:

“Mais profissionais (...) se tivéssemos mais profissionais aí o tempo já era outro” (E5);

“Se o número de profissionais fosse mais adequado ao rácio de doentes também teríamos mais tempo e isso é essencial, como já referi anteriormente” (E7).

Outro aspeto considerado facilitador pelos participantes é a formação das equipas multidisciplinares, como evidenciado nos discursos seguintes:

“... que todos os profissionais, médicos, enfermeiros, auxiliares, assistentes sociais (...) mesmo todos, tenham formação sobre a metodologia e reconheçam o seu valor” (E2);

“Se as pessoas tiverem todas a mesma formação e estiverem sensibilizadas para estes pontos acho que é mais fácil” (E4).

A nível das instituições foi também considerado como aspeto facilitador a existência de um ambiente calmo, como emerge deste discurso:

“Por outro lado também deveríamos ter um ambiente físico diferente, mais calmo...stress-free. Se não existirem elementos que desencadeiem stresse na pessoa é possível aplicar a metodologia de forma mais eficaz” (E7).

Tabela 6 – Categorias e subcategorias emergentes do tema “Perspetiva sobre o que facilita a aplicação da metodologia”

Perspetiva sobre o que facilita a aplicação da metodologia			
Categorias	Subcategorias	Passagens do discurso	Entrevistas
Profissionais	Capacidade de observação	1	1
	Abertura a novos conhecimentos	2	2
	Multidisciplinariedade	1	1
	Mais formação prática	3	3
Pessoas cuidadas	Entendimento dos cuidados	1	1
Instituições	Rácio adequado	3	3
	Formação de toda a equipa	5	4
	Ambiente calmo	1	1

3.6 – Contributo para a melhoria da qualidade dos cuidados

O último tema que emergiu da análise das entrevistas realizadas comporta três categorias e doze subcategorias (cf. Tabela 7).

Os enfermeiros participantes neste estudo destacaram contributos da MCH para a melhoria da qualidade dos cuidados relacionados com a pessoa cuidada, com o profissional de enfermagem e com a profissão.

Como contributos da MCH na pessoa cuidada foi destacado o aumento da autoestima, a diminuição da oposição aos cuidados, a redução dos comportamentos de agitação, diminuição dos problemas decorrentes da imobilidade, promoção da autonomia e do respeito pela dignidade da pessoa humana, como se pode verificar nos relatos que se seguem:

No que diz respeito aos cuidados adequados às necessidades foi destacado o aumento da autoestima entre as pessoas e a diminuição da oposição aos cuidados como se pode verificar nos relatos que se seguem:

“... melhora os cuidados e ajuda a aumentar a própria autoestima dessas pessoas”
(E7);

“... diminuição da oposição aos cuidados e dos comportamentos de agitação no caso dos doentes com demências...”(E6);

“Promover a verticalização ajuda a prevenir as complicações de uma imobilidade no leito. Tratar uma úlcera de pressão fica caríssimo” (E2);

“... ela baseia-se na preservação de características fundamentais para a essência do ser humano, dos seus valores e na defesa dos princípios do respeito e da dignidade” (E7).

Os contributos, para o profissional de enfermagem, que emergiram dos discursos sobre a implementação da MCH foram a intencionalidade dada à relação, uma maior compreensão da pessoa cuidada, facilitando a adequação dos cuidados às suas necessidades, a gestão das emoções, o desenvolvimento de técnicas que profissionalizam e facilitam a relação e a satisfação pessoal e profissional, como decorre dos seguintes discursos:

“Se a ansiedade estava relacionada com a institucionalização, não compreender o que íamos fazer ou por prestarmos um cuidado de surpresa. Depois da formação começámos a conhecer melhor as pessoas e assim conseguimos compreender muitas das reações e isso leva-nos também a ter mais calma” (E5);

“Somos menos agressivos e as pessoas sentem isso. Mesmo quando temos de fazer alguma técnica mais invasiva, como colocar uma sonda nasogástrica, elas colaboram mais e nós ficamos menos ansiosos” (E5);

“Para mim enquanto enfermeira permitiu-me desenvolver e aplicar técnicas que facilitam a relação. Permitiu-me conhecer formas eficientes e seguras de desempenhar o meu trabalho e isso torna-me mais capaz como profissional e como pessoa...faz-nos sentir melhor” (E2);

“...faz-nos sentir bem” (E4);

“Eu ouvi os profissionais...a falarem sobre as diferenças antes e depois de aplicarem as técnicas. Ouvi-los dizer que saem do serviço com campainhas no peito é muito bom” (E6).

No que se refere ao contributo para a profissão, foi possível verificar que os participantes atribuem à MCH a possibilidade de desenvolver novas ferramentas de cuidar que sistematizam a relação e contribuem para a operacionalização da humanização dos cuidados como se pode verificar nestes depoimentos:

“Em termos do domínio técnico ela traz-nos um conjunto de ferramentas que ao serem corretamente utilizadas se traduzem em ganhos para o doente e para o profissional” (E7);

“A enfermagem sempre defendeu que o foco de atenção era a pessoa, mas atualmente é recorrente valorizar-se mais as técnicas e os procedimentos do que a pessoa. Esta metodologia é importante porque vem contrariar essa tendência, vem humanizar a enfermagem” (E3);

“Acho que a metodologia ajuda-nos a tornar mais humanos e isso contribui para sermos melhores profissionais” (E5).

Tabela 7 – Categorias e subcategorias emergentes do tema “Contributo para a melhoria da qualidade dos cuidados”

Contributo para a melhoria da qualidade dos cuidados			
Categorias	Subcategorias	Passagens do discurso	Entrevistas
Na Pessoa cuidada	Aumenta a autoestima	1	1
	Diminuição da oposição aos cuidados	2	2
	Redução dos comportamentos de agitação	1	1
	Diminuição dos problemas da imobilidade	1	1
	Promoção da autonomia	1	1
	Promoção do respeito e da dignidade da pessoa	2	1
No Profissional de enfermagem	Facilita a compreensão da pessoa cuidada	4	4
	Gestão das emoções	1	1
	Desenvolvimento de técnicas que profissionalizam a relação	1	1
	Satisfação pessoal e profissional	3	3
Profissão de enfermagem	Ferramentas de cuidar que sistematizam a relação	4	4
	Operacionalização da humanização dos cuidados	2	2

4 – Discussão

Após a obtenção dos resultados procede-se à última fase da técnica de análise de conteúdo, a fase interpretativa ressaltando que esta se apoia em todo o trabalho precedente.

Na discussão dos resultados que se segue, estes serão enquadrados e confrontados com outros documentos e estudos que não sendo idênticos, abordam assuntos ou temáticas semelhantes e que por isso foram considerados pertinentes.

Por uma questão de organização será novamente seguida a ordem dos seis grupos temáticos emergentes das entrevistas.

4.1 – Discussão dos Resultados

Da análise dos dados recolhidos nas entrevistas emergiram seis temas: conceito de MCH, razões para a formação, perspetiva sobre os benefícios, dificuldades na aplicação, perspetiva sobre o que facilita a aplicação da metodologia e contributo para a melhoria da qualidade dos cuidados.

No que diz respeito ao conceito os enfermeiros participantes no estudo percecionam a Humanidade como uma metodologia que teve origem na prática, fundamentada no respeito pela pessoa, nas suas características individuais e em conhecimento científico proveniente de diferentes áreas.

Este conceito encontra-se de acordo com Gineste & Pellissier (2008) quando se referem à metodologia como uma filosofia prática nascida das características da humanidade, dos valores éticos e cívicos da sociedade e do conhecimento científico.

Os enfermeiros participantes consideram a importância da sistematização permitida pela MCH, reconhecendo-a como uma vantagem na organização do trabalho e premente no caso do cuidado a pessoas com alterações cognitivas, que de resto é considerada como uma área difícil e geradora de stresse.

Um estudo realizado por Melo, Salgueiro & Araújo (2015) junto de estudantes de enfermagem, refere que estes também demonstram dificuldade na interação com pessoas com alterações cognitivas, sendo concluída a necessidade de os capacitar com metodologias de cuidar inovadoras e adequadas à realidade com procedimentos cuidadosos que operacionalizem e permitam a sistematização da relação.

Um outro estudo desenvolvido por Honda *et al.* (2013) junto de enfermeiros de um hospital de doentes agudos no Japão, também concluiu a efetividade da MCH no desenvolvimento de cuidados a doentes geriátricos com alterações cognitivas.

Posteriormente foi realizado por Honda, Ito, Isikawa, Takebayashi & Tierney (2016) uma investigação comparativa entre os cuidados ditos convencionais e a MCH, junto de doentes com sintomas psicológicos de demência num hospital de agudos. Este estudo permitiu concluir a redução dos comportamentos de agitação e recusa de cuidados através da utilização da MCH quando comparada com os cuidados convencionais.

Ainda no âmbito do conceito de MCH trata-se de uma metodologia que faz a diferença, sendo considerada em constante atualização, o que vai de encontro ao que é defendido por Gineste & Pellissier (2008) quando referem que há ainda ferramentas para criar e técnicas para inventar por forma a dar resposta aos desafios que aguardam o cuidar no futuro.

As “razões para a formação” centram-se na necessidade de formação contínua ao longo do percurso pessoal e profissional e no reconhecimento da eficácia da metodologia na prática.

A necessidade de formação contínua foi também abordada por Christiansen (2010) ao referir que os enfermeiros sentem esta necessidade devido às lacunas resultantes da prática e decorrente do trabalho com diferentes grupos de doentes em diferentes contextos de responsabilidade.

Já Collière (2003) considerou a aprendizagem contínua como um eixo fundamental de enriquecimento dos cuidados, essencial para a construção da identidade profissional.

O reconhecimento da eficácia da MCH, pelos enfermeiros participantes também vai de encontro a outros estudos já realizados.

Simões *et al.* (2011) desenvolveram investigações sobre a aplicação da SEPCH, onde verificaram que os enfermeiros atribuíam grande importância à sequência e aos procedimentos estruturados, assim como percecionavam que a aplicavam na sua prática de cuidados.

Um estudo posterior realizado pelos mesmos autores numa Unidade de Cuidados Continuados, revela «uma perceção elevada de valor e aplicação na prática clínica da sequência de procedimentos» (Simões *et al.* 2012) apesar dos dados observacionais indicarem um desvio entre a prática percebida e a prática efetiva.

Araújo *et al.* (2012) concluiu também que a MCH é uma ferramenta que promove o uso de intervenções não farmacológicas no controlo da agitação em pessoas idosas com demência contribuindo assim para a diminuição do uso de fármacos e dos custos em saúde.

Um outro estudo desenvolvido por Araújo, Gomes, Alves & Salgueiro (2011) num serviço de Medicina de um hospital concluiu ainda que após a implementação da MCH, verificou-se um aumento significativo dos levantes e conseqüentemente uma melhoria nos cuidados.

Em relação aos benefícios resultantes da aplicação da MCH, os enfermeiros participantes reconhecem a existência de benefícios para os profissionais, para as pessoas cuidadas e para as instituições.

No estudo desenvolvido por Leite (2015) é concluído que apesar de os profissionais em termos globais não conhecerem a metodologia, ao serem confrontados com as características desta, valorizam os benefícios da sua aplicação na prestação de cuidados.

No que se refere ao tema dificuldades na aplicação da metodologia, os enfermeiros participantes percebem a existência de fatores decorrentes dos próprios profissionais, como o conflito com conhecimentos anteriores mas também relacionados com a formação prática e com as instituições. De facto, a falta de profissionais que leva à perceção da falta de tempo é um dos aspetos mais referidos. Tal vai de encontro às conclusões do estudo realizado por Costa (2014) que revela a falta de tempo como um dos motivos que impedem ou dificultam a aplicação desta metodologia.

Biquand & Zittel (2012) também concluem que os trabalhadores não sentem a falta de motivação, nem de ferramentas para realizar o seu trabalho mas sentem a falta de tempo para desenvolver tudo o que lhes foi designado.

Por outro lado, os enfermeiros também consideram a existência de aspetos facilitadores na aplicação da MCH decorrentes dos próprios profissionais, das pessoas cuidadas e das instituições, sendo a formação de toda a equipa considerada essencial.

Costa (2014) também sugere a realização de formação em humanidade desenvolvida a nível de todos os intervenientes inerentes ao cuidar, nomeadamente, cuidadores e órgãos de gestão como um dos aspetos que podem facilitar a aplicação da MCH.

Como descrevem Biquand & Zittel (2012) o comportamento individual é um fator crucial em Humanidade, no entanto, o ato de cuidar tem lugar na interação de diferentes profissionais pelo que todos os atores da relação com os doentes devem ser incluídos, mesmo aqueles que à partida não são considerados como cuidadores.

No que diz respeito ao último tema, contributo para a melhoria da qualidade dos cuidados, os enfermeiros participantes percebem que a MCH implica mudanças positivas na pessoa cuidada, nos profissionais de enfermagem e na própria profissão.

Leite (2015) considera que a MCH tem produzido mudanças na cultura vigente, nomeadamente, nos estabelecimentos onde foi implementada e onde foram obtidos resultados significativos na melhoria da qualidade dos cuidados.

Estas conclusões também vão de encontro a Costa, Galvão & Baptista (2014) quando referem que a percepção da riqueza subjacente a esta metodologia torna exequível considerar intervenções na gestão de cuidados de saúde que contribuam para otimizar a qualidade dos serviços e aumentar a satisfação e motivação dos profissionais.

De uma forma geral a implementação da MCH corrobora os resultados de outros estudos, obtendo efetividade na diminuição dos estados de agitação, no aumento da participação nos cuidados e na satisfação dos profissionais.

5 – Conclusão

Face aos resultados apresentados, considera-se que o recurso à metodologia de análise de conteúdo se revelou adequada para o desenvolvimento e concretização do objetivo inicialmente delineado para este estudo: analisar as perceções de enfermeiros que utilizam a MCH na sua prática.

Os enfermeiros que participaram na investigação demonstraram grande disponibilidade e liberdade de expressão, pelo que se acredita ter obtido relatos credíveis das suas experiências na utilização da MCH.

De uma forma geral, os enfermeiros consideram a MCH útil para o desenvolvimento de cuidados de enfermagem de qualidade, demonstrando motivação para a realização de formação. Referem a existência de benefícios que se estendem a todos os intervenientes nos cuidados, reconhecendo que estes também se sentem a nível das próprias instituições onde a metodologia foi implementada. Contudo, não excluem a existência de aspetos que dificultam e outros que podem ser facilitadores da sua aplicação. Estes aspetos encontram-se mais uma vez relacionados com todos os intervenientes nos cuidados: profissionais, pessoas cuidadas e instituições.

Perante tudo o que foi exposto conclui-se a importância de considerar a MCH nos cuidados de enfermagem mas também de considerar todas as variantes implicadas no processo de cuidados, antes da sua aplicação na prática, nomeadamente, a adequação do rácio profissional/doente bem como o processo da própria formação sobre a metodologia.

Importa aqui também refletir sobre as limitações inerentes a este estudo por forma a esclarecer sobre os limites dos resultados.

De uma forma geral, ao longo do percurso de investigação desenvolvido consideramos a existência de limitações de ordem pessoal e limitações decorrentes do próprio tema e da vertente metodológica escolhida.

No que diz respeito ao domínio pessoal a principal dificuldade foi conciliar a elaboração do estudo com a atividade profissional, o que levou à necessidade de prolongar os prazos inicialmente definidos para o seu término.

O tema escolhido foi por si só gerador de insegurança, em virtude da falta de conhecimento inicial sobre este.

No âmbito da opção metodológica as limitações mais relevantes prendem-se com a falta de experiência na condução de entrevistas, que poderá ter limitado a recolha de dados e na própria utilização da técnica de análise de conteúdo. De facto este último aspeto condicionou de forma preponderante a progressão de todo o trabalho.

Uma outra limitação diz respeito ao tamanho reduzido da amostra, que aumenta o risco da sua não representatividade.

Analisadas as limitações e sem ter a pretensão de ter esgotado a identificação das experiências inerentes à utilização da MCH, consideramos que este estudo fez emergir mais alguns dados. No entanto, ficam muitas dúvidas e questões por esclarecer sugerindo-se algumas hipóteses para investigações posteriores:

- Alargar este estudo a um maior número de enfermeiros;
- Analisar as experiências de outros profissionais de saúde;
- Analisar as experiências das pessoas cuidadas.

Referências Bibliográficas

- Amado, J. (2000). A Técnica de Análise de Conteúdo. *Revista de Enfermagem Referência*, 5, 53-63.
- Araújo, J., Oliveira, O., Alves, R. & Salgueiro, N. (2011, outubro). Implementação da metodologia de humanidade: impactos na verticalidade. *Enfermagem de saúde do Idoso*. Poster apresentado no 2º Colóquio Envelhecimento, Saúde e Cidadania, Coimbra. Portugal. Acedido em <https://www.esenfc.pt/event/event/abstracts/index.php?target=list-abstract-presentations&event=81>
- Araújo, J., Oliveira, O. & Alves, R. (2012). *Impacto da Metodologia de Cuidados Humanidade na redução da agitação e consumo de psicotrópicos nas pessoas idosas internadas*. IPLEiria's Health International Congress – Best practice for a better health. 135-137. Acedido em http://www.humanidade.pt/content/1409606808_impacto_da_metodologia_de_cuidados_humanidade_na_reducao_da_agitacao_e_consumo_de_psicotropicos_pdf.pdf
- Araújo, J., Melo, R., Alves, R. (2014, março). Cuidados em Humanidade na redução dos comportamentos de agitação e recusa de cuidados. Atas do Congresso Internacional de Enfermagem de Reabilitação. *Revista de Enfermagem Referência*, 49. Acedido em <https://www.esenfc.pt/event/event/abstracts/index.php?start=50&target=list-abstract-presentations&event=128&defLang=1&filtertag=&limit=50&orderby=&order=&alpha=>
- Bardin, L. (1977). *Análise de Conteúdo*. Lisboa. Edições 70.
- Benoit, G. (2003). *Investigação social: da problemática à colheita de dados*. 3ª Edição. Loures: Lusociência.
- Biquand, S. & Zittel, B. (2012). *Care giving and nursing, work conditions and Humanidade®*. *Work*, 41(1), 1828-1831. doi: 10.3233/WOR-2012-0392-1828.
- Boto, M.C.A.D. (2014). *Humanização dos Cuidados de Enfermagem numa Unidade de Cuidados Intensivos de Pediatria: Perceção dos Pais e dos Enfermeiros* (Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto). Acedido em http://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9490/1/Tese%20_%20Humaniza%C3%A7

%C3%A3o%20dos%20cuidados%20de%20enfermagem%20numa%20unidade%20de%20cuidados%20intensivos.pdf.

Christiansen, B. (2010). Why do nurses utilize textual knowledge sources at work? *Nordic Journal of Nursing Research*, 30 (4), 4-8. doi: 10.1177/010740831003000402.

Collière, M. (2003). *Cuidar...A Primeira arte da vida*. 2ª Edição. Loures: Lusociência.

Costa, O., Galvão, A. & Baptista, G. (2014). Humanidade: empreender qualidade em saúde. *Novos Olhares na Saúde*. 323-333. Acedido em <https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/9745/3/Humanidade%20empreender.pdf>.

Decreto-Lei n.º 161/96 (1996). *Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro*. Acedido em <http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoEnfermagem/REPE.pdf>.

Fortin, M.F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.

Gineste, Y. & Pellissier, J. (2008). *Humanidade, compreender a velhice, cuidar dos homens velhos*. Lisboa: Instituto Piaget.

Honda, M., Mori, M., Hayashi, S., Moriya, K., Marescotti, R. & Gineste, Y. (2013). The effectiveness of French origin dementia care method; Humanidade to acute care hospitals in Japan. *European Geriatric Medicine*, 4(1), 207. doi.org/10.1016/j.eurger.2013.07.689

Honda, M., Ito, M., Ishikawa, S. Takebayashi & Tierney, L. Jr. (2016). Reduction of Behavioral Psychological Symptoms of Dementia by Multimodal Comprehensive Care for Vulnerable Geriatric Patients in a Acute Care Hospital: a Case Series. *Case Reports in Medicine*. 1-4. doi.org/10.1155/2016/4813196

Instituto Gineste-Marescotti. (2010). *Manual de Apoio à Formação da Metodologia de Cuidados Gineste e Marescotti*. Coimbra: IGM.

Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde de Viseu. (2014). *Guia Orientador de Trabalhos Escritos*. Acedido em http://www.essv.ipv.pt/images/pdf/Uinvestigacao/Guia_Trabalhos_Escritos_17_7_2014.pdf.

Lei n.º 156/2015 (2015, setembro 16). *Diário da República*, 1(181), 8059-8105. Acedido em [ww.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Lei_156_2015_SegundaAlteracaoEstatutoOE_set2015.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Lei_156_2015_SegundaAlteracaoEstatutoOE_set2015.pdf)

- Leite, R. R. (2015). *Humanidade: Uma ferramenta de trabalho em Cuidados Continuados Integrados* (Relatório de Estágio, Instituto Politécnico de Bragança). Acedido em <https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/12567/1/RAFAELA%20REBELO%20L EITE.pdf>
- Maria, O. C.C. (2014). *Percepção dos enfermeiros acerca da metodologia de trabalho Humanidade na gestão de cuidados de saúde* (Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Bragança). Acedido em <https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/10504/1/OI%C3%ADvia%20da%20Concei%C3%A7%C3%A3o%20 Costa%20Maria.pdf>
- Melo, R. (2015, outubro). Humanização dos Cuidados. Comunicação apresentada no *Seminário Envelhecer na Deficiência - Um olhar sobre o amanhã*, Lisboa. Acedido em <http://repositorio.esenfc.pt/?url=sOBP 1xMx>.
- Melo, R., Salgueiro, N. & Araújo, J. (2015, novembro). Cuidar de pessoas com alterações cognitivas: dificuldades em ensino clínico. Atas do II Congresso Internacional de Saúde, Gaia-Porto (IICISGP), 49-55. Acedido em http://paginas.estsp.ipp.pt/2congressointernacionaldasaude/wp-content/uploads/2015/11/Livro_ ATAS_IICISGP_VF_16May28.PGB_RS.pdf
- Phaneuf, M. (2007). *O Conceito de Humanidade: uma aplicação aos cuidados de enfermagem gerais*. Acedido em http://www.infiressources.ca/fer/depotdocuments/O_conceito_ de_humanidade_ _uma_aplicacao_aos_cuidados_de_enfermagem_gerais.pdf
- Phaneuf, M. (2010). *Envelhecimento Perturbado: A doença de Alzheimer*. 2ª Edição. Loures, Lusodidacta.
- Penaforte, M.H.O. (2011). *O Autocuidado Higiene: Conhecimento Científico e Ritual* (Tese de Doutoramento, Universidade de Lisboa). Acedido em repositorio.ul.pt/bitstream/10451/7342/1/ulsd063588_td_Maria_Penaforte.pdf
- Polit, D.F., Beck, C. & Hungler, B.(2004). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem*. 5ª Edição. Porto Alegre: Artmed.
- Roxo, J. R. S. (2008). O toque na prática clínica. *Revista de Enfermagem Referência*, 2(6), 77-89.
- Salgueiro, N. (2014). *Humanidade, um imperativo do nosso tempo*. Coimbra: IGM Portugal – Humanidade, Lda.

- Simões, M.M.M. (2013). *Cuidar em Humanidade. Método de Gineste e Marescotti aplicado a pessoas internadas em Cuidados Continuados* (Tese de Doutoramento, Universidade Católica Portuguesa). Instituto de Ciências de Saúde, Lisboa. Acedido em repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/13913/1/Tese%20Mário%20Simões.pdf
- Simões, M.M.M. (2014). *Cuidar Humanidade, Enfermagem neurorelacional*. Coimbra: Autor.
- Simões, M.M.M., Rodrigues, M. & Salgueiro, N. (2008). O significado da filosofia da Humanidade, no contexto dos cuidados de enfermagem à pessoa dependente e vulnerável. *Revista de Enfermagem Referência*, 2(7), 97-105.
- Simões, M.M.M., Rodrigues, M. & Salgueiro, N. (2011). Importância e aplicabilidade aos cuidados de enfermagem do método de cuidados de Humanidade Gineste-Marescotti. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(4), 69-79.
- Simões, M.M.M., Rodrigues, M. & Salgueiro, N. (2012). Cuidar em humanidade: estudo aplicado em cuidados continuados. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(6), 80-93.
- Wilson, M. (2005). *Microbial Inhabitants of Humans: their ecology and role in health and disease*. Cambridge, Cambridge University Press.

Apêndices

Apêndice I – Guião de Entrevista

Guião de entrevista

1ª Parte – Informação prévia

- Apresentação do entrevistador;
- Apresentação do tema e dos objetivos do estudo;
- Solicitação de autorização para gravar a entrevista;
- Assinatura do documento de consentimento informado;
- Informação que o participante pode ter acesso às conclusões do estudo.

2ª Parte – Caracterização dos participantes

- 1 – Idade:
- 2 – Género:
- 3 – Tempo de exercício profissional: anos
- 4 – Grau académico:
- 5 – Funções:
- 6 – Data em que fez formação sobre a MCH:
- 7 – Horas de formação realizadas:
- 8 – Área de cuidados:

3ª Parte – Questões orientadoras

Entrevista nº

Data:

- 1 – Em que consiste a MCH?
- 2 – O que o/a levou a fazer formação sobre a MCH?
- 3 – A aplicação desta metodologia traz benefícios para si enquanto profissional?
- 4 – Encontra dificuldades na sua aplicação?
 - 4.1 – E o que facilita a aplicação da metodologia?
- 5 – Como pode a MCH contribuir para melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem?

Apêndice II – Documento de Consentimento Informado

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

AO PARTICIPANTE / REPRESENTANTE:

Por favor, leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Não hesite em solicitar mais informações se n estiver completamente esclarecido.

Caro Senhor(a)

No âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica - 4ª Edição a realizar na Escola Superior de Saúde de Viseu estamos a realizar um estudo/investigação com o tema Vivências de Enfermeiros na aplicação Metodologia de Cuidados Humanidade e cujo objectivo principal é conhecer as vivências de enfermeiros que aplic a Metodologia de Cuidados Humanidade. A evolução dos conhecimentos científicos, aos mais diversos níveis também na área da saúde, tem ocorrido sobretudo graças ao contributo da investigação, por isso reveste-se e levada importância a sua colaboração através da resposta a este (a) entrevista.

Asseguramos que neste estudo/investigação será mantido o anonimato e que será mantida a confidencialidade dos seus dados, pois os investigadores consagram como obrigação e dever o sigilo profissional.

- Declaro ter compreendido os objectivos, riscos e benefícios do estudo, explicados pelo investigador que assina e documento;
- Declaro ter-me sido dada oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o assunto e para todas elas ter obt resposta esclarecedora;
- Declaro ter-me sido assegurado que toda a informação obtida neste estudo será estritamente confidencial e que a minha identidade nunca será revelada em qualquer relatório ou publicação, ou a qualquer pessoa não relacionada directamente com este estudo, a menos que eu o venha a autorizar por escrito;
- Declaro ter-me sido garantido que não haverá prejuízo dos meus direitos se não consentir ou desistir de participar qualquer momento;

Assim, depois de devidamente informado (a) **autorizo a participação** neste estudo: (localidade),

Data:

Nome:

Assinatura do participante _____

Se não for o próprio a assinar:

Nome:

BI/CD n.º: , data/validade

Morada:

- a. Grau de parentesco ou tipo de representação:

Declaro que prestei a **informação adequada** e me certifiquei que a mesma foi **entendida**:

Nome do investigador Ana Margarida Gomes Figueiredo

Assinatura _____

Anexos

Anexo I – Parecer da Comissão de Ética da Escola Superior de Saúde de Viseu



Instituto Politécnico de Viseu
 ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU
 COMISSÃO DE ÉTICA

PARECER

Nº4 /2015

ASSUNTO: PARECER SOBRE O ESTUDO "VIVÊNCIAS DOS ENFERMEIROS NA APLICAÇÃO DA METODOLOGIA DE CUIDADOS HUMANIDADE"

Tendo a estudante Ana Margarida Gomes Figueiredo sob a orientação do Prof. Olivério Ribeiro, solicitado emissão de parecer sobre o estudo acima referenciado a realizar no âmbito do 4º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, incluindo como participantes Enfermeiros com formação na metodologia de cuidados Humanidade, a Comissão de Ética da Escola Superior de Saúde de Viseu apresenta o seguinte parecer:

- ✓ Considerando que os participantes a incluir no estudo são Enfermeiros com formação na metodologia de cuidados Humanidade;
- ✓ Considerando que se trata de um tema relevante para a promoção da Humanidade nos cuidados de enfermagem ;
- ✓ Considerando que a metodologia para recolha de dados consiste numa entrevista semi-estruturada dirigida aos enfermeiros que acederem participar no estudo de forma voluntária, tendo garantia de ter sido fornecido o consentimento informado a todos os sujeitos participantes;
- ✓ Considerando que na colheita de dados não há identificação nominal e que será garantida a anonimização dos sujeitos;
- ✓ Considerando que os dados colhidos não são considerados sensíveis;

Somos de parecer que este estudo cumpre os requisitos éticos referentes à anonimização e autonomia dos participantes e tem uma metodologia científica coerente com os objectivos do estudo, sendo por essa razão o nosso parecer favorável.

Viseu, 25 de Março de 2015

O RELATOR

A PRESIDENTE DA CE DA ESSV