

Andreia Filipa de Oliveira Rei

**Gestão de Equipa Prestadora de Cuidados Diretos a Idosos
Institucionalizados: Cuidar com “Humanidade”**

Orientadora Científica: Professora Doutora Paula Isabel Marques Ferreira

**Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias
Instituto de Serviço Social**

Lisboa

2020

Andreia Filipa de Oliveira Rei

**Gestão de Equipa Prestadora de Cuidados Diretos a Idosos
Institucionalizados: Cuidar com “Humanitude”**

Dissertação defendida em provas públicas para a obtenção do Grau de Mestre em Gestão de Unidades Sociais e Bem-Estar, pela Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, no dia 12 de maio de 2020, com o Despacho de Nomeação de Júri nº 51/2020, com a seguinte composição de júri:

Presidente: Professora Doutora Aida Lopes Bento
Esteves Ferreira

Arguente: Professora Doutora Lina Capricho

Orientadora: Professora Doutora Paula Isabel Marques
Ferreira

**Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias
Instituto de Serviço Social
Lisboa
2020**

“A experiência é o nome que damos aos nossos erros”.

Oscar Wilde

“A insatisfação é a principal motivadora do progresso”

Thomas Edison

DEDICATÓRIA

Às pessoas da minha vida,
especialmente aos meus pais pelo
incentivo à continuação da minha
formação.

Agradecimentos

Um trabalho de mestrado é uma longa viagem, que inclui uma trajetória permeada por inúmeros desafios, tristezas, incertezas, alegrias e muitos percalços pelo caminho, mas apesar do processo solitário a que qualquer investigador está destinado, reúne contributos de várias pessoas, indispensáveis para encontrar o melhor rumo em cada momento da caminhada. Trilhar este caminho só foi possível com o apoio, energia e força de várias pessoas, a quem dedico especialmente este projeto de vida.

Em especial:

À Prof.^a Doutora Paula Ferreira, minha orientadora, pelas valiosas discussões, sugestões, críticas e ideias fundamentais no decorrer do trabalho. Agradeço também a disponibilidade, supervisão, o incentivo e o acompanhamento ao longo de todo o processo de investigação que permitiu a concretização desta dissertação.

À Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias de Lisboa, que me acolheu e a todo o corpo docente, assim como ao secretariado do Instituto de Serviço Social.

Às minhas colegas de Mestrado, pela partilha de opiniões.

A toda a equipa do lar “Azáfama do Conforto de Santo André”, pela partilha dos dados e por tornar possível a realização desta investigação. Em especial a todas as funcionárias.

À minha família pelo incentivo e apoio incondicional, pois sempre estiveram ao meu lado durante esta fase, pelo companheirismo, força e apoio em certos momentos difíceis. Sobretudo aos meus avós por serem um exemplo a seguir.

Ao Miguel, por estar sempre atento aos pequenos detalhes, por todo o consolo e carinho demonstrado. Por me tratar sempre como prioridade e por ter sido capaz de me arrancar sorrisos quando tudo parecia estar a desmoronar.

Por último, tendo consciência que sozinha nada disto teria sido possível, dirijo um agradecimento especial aos meus pais, por serem modelos de coragem, pela força, motivação, amizade e paciência demonstrados e total ajuda na superação dos obstáculos que ao longo desta caminhada foram surgindo. A eles, dedico este trabalho!

A todos, sem exceção, muito obrigado

Resumo

A evidência do processo de envelhecimento em Portugal e o consequente aumento do número de idosos é irrefutável e tendencialmente crescente. Também se tem verificado o aumento de idosos dementes com quadros de agitação patológica e oposição aos cuidados. Assim, os lares de idosos desempenham um papel importante no cuidado a pessoas com demência em espaços de intimidade, procurando promover a pessoa doente à altura da dignidade humana. No entanto, a ação dos auxiliares de ação direta indica, por vezes, uma tendência para o afastamento do essencial relacional, pela não utilização de modos de cuidar que possam proporcionar. O desenvolvimento tecnológico assume também, cada vez mais nas instituições, um perfil impessoal levando ao desvio da atenção dos cuidadores da pessoa doente para a eficácia técnica, remetendo assim a relação humana para um segundo plano.

Neste contexto, o Método de Cuidados Humanitude Gineste Marescotti (MGM) assume-se como uma resposta que, não só, respeita e se preocupa com a pessoa cuidada e que denuncia e afasta a desumanização do cuidado, como também, contribui para melhorar a satisfação profissional dos cuidadores e reduzindo significativamente a taxa de absentismo devido a lesões músculo-esqueléticas e *burnout*.

Assim, o presente estudo tem como objetivo conhecer as perceções dos ajudantes de ação direta sobre a metodologia do cuidar: humanitude. Trata-se de aplicação de inquéritos por questionário a 20 cuidadores formais que desempenham funções no Lar “Azáfama do Conforto de Santo André”, onde a discente assume funções de Diretora Técnica. Os resultados obtidos mostram-nos aceitação e valorização dos procedimentos cuidadosos humanitude, uma vez que os cuidadores entrevistados reconhecem a importância da sua aplicação aquando da realização do cuidado ao utente.

Palavras- Chave: Qualidade; Instituições Sociais; Certificação; Gestão da Qualidade; Humanização dos Cuidados; Humanitude; Cuidar; Cuidadores Formais

ABSTRACT

The evidence of the aging process in Portugal and the consequent increase in the number of elderly people is irrefutable and tending to increase. There has also been an increase in demented elderly with pathological agitation and opposition to care. There for, the nursing homes play an important role in caring for people with dementia in intimate spaces, seeking to promote the sick person to the level of human dignity.

However, the action of direct-acting helpers sometimes, indicates a tendency to move away from the relational essential, by not using the modes of care they can provide. The Technological development also assumes, increasingly in institutions, an impersonal profile, leading the attention of caregivers of the sick person to the technical efficacy, thus bringing the human relationship to the background.

In this context, the Gineste Marescotti Humanitude Care Method (MGM) is a response that not only respects and cares for the cared person and denounces and removes the dehumanization of care, but also contributes to improving satisfaction. caregivers and significantly reducing the rate of absenteeism due to musculoskeletal injuries and burnout.

The present study aims to know the direct action helpers' perceptions about the care methodology: humanitude. This involves the application of questionnaire surveys, were applied to 20 formal caregivers who work at the “Azafama do Confort de Santo André” Home, where the student assumes the duties of Technical Director. The results show us acceptance and appreciation of humanitude care procedures, since the interviewed caregivers recognize the importance of its application when performing care to the patient.

Keywords: Quality; Social Institutions; Certification; Quality Management; Humanization of Care; Humanitude; Take care; Formal Caregivers

Siglas Utilizadas

AAD- Ajudantes de Ação Direta

AEG- Alteração do Estado Geral

AVD- Atividade de Vida Diária

CAP- Comportamentos de Agitação Patológica

FCH - Filosofia de Cuidados de Humanidade

MGM- Instituto Gineste Marescotti

IGM- Institutos Gineste-Marescotti

SGQ- Sistema de Gestão da Qualidade

ISO- International Organization for Standardization

ÍNDICE GERAL

Dedicatória	3
Abstract	6
Introdução	10
Capítulo I – O envelhecimento e a prestação de cuidados a idosos	15
1.1 Demografia do envelhecimento.....	15
1.2 O processo do Envelhecimento- com que idade se fica velho?.....	18
1.3 A Velhice perturbada pela demência	19
1.4 A dependência e a institucionalização	23
1.5 Cuidadores Formais	28
1.6 Relação de Ajuda.....	31
Cap. II - A Qualidade nas Respostas Sociais	34
2.1 Sistemas de Gestão da Qualidade	35
2.1.1 As normas de gestão da qualidade	37
2.2 humanidade, o método Gineste e Marescotti como forma de cuidar	47
2.2.1 O surgimento do conceito e seu desenvolvimento	48
2.2.2 As dimensões da Humanidade	51
2.2.3 A educação para a prestação do cuidado com Humanidade.....	55
Cap. III - Enquadramento metodológico	57
3.1 Contextualização.....	57
3.2 Tema - Justificação	58
3.3 Questão de partida	59
3.4 Objetivos Gerais e específicos.....	59
3.5 Métodos e técnicas de investigação	60
3.6 Universo e Amostra	63
Cap. IV – Apresentação, análise e discussão dos resultados	65
4.1 Caracterização da amostra	65
4.2 O conhecimento da metodologia de trabalho humanidade	67
4.3 Aplicação dos princípios da metodologia de trabalho humanidade na prestação dos cuidados	70
4.4 Reflexão crítica.....	84
Conclusão	88
Bibliografia	90
APÊNDICES	I
ANEXOS	VII

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Estrutura etária da população residente por sexo 2008 e 2018.....	32
Gráfico 2: Indicadores de Envelhecimento	33

ÍNDICE DE FIGURAS

Fig. 1- Pilares da metodologia Humanitude.....	66
--	----

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1- Caracterização das AAD's, quanto a idade, tempo de experiência e antiguidade na empresa ...	65
Tabela 2- Caracterização sociodemográfica dos cuidadores entrevistados	66
Tabela 3- Conhecimento acerca da metodologia de trabalho humanitude	67
Tabela 4- Como obteve conhecimento da metodologia	68
Tabela 5- Teve formação sobre a metodologia	68
Tabela 6- Iniciativa da formação.....	68
Tabela 7- N° horas de formação	68
Tabela 8- A sua prática mudou depois de obter esta formação?.....	69
Tabela 9- Importante a MTH?	69
Tabela 10- respostas dos cuidadores formais face ao conceito humanitude.....	69
Tabela 11- Resposta dos cuidadores formais face ao pilar palavra.....	71
Tabela 12- resposta dos cuidadores formais face ao pilar toque.....	73
Tabela 13- respostas dos cuidadores formais face ao pilar verticalidade	75
Tabela 14- respostas dos cuidadores formais face ao pilar olhar	78
Tabela 15- respostas dos cuidadores formais face ao pilar sorriso	80
Tabela 16- resposta dos cuidadores formais face ao pilar vestuário	82

INTRODUÇÃO

Atualmente vivemos de forma particularmente intensa as nossas relações do quotidiano, tanto laborais como pessoais, levando a que as instituições assumam um perfil cada vez mais impessoal e remetam para um plano secundário a relação humana (Grande, 2007). A burocratização e desorganização, a falta de formação humana, bem como a mentalidade de muitos profissionais que resistem às mudanças organizativas, em contraste com uma atitude recetiva para com as inovações tecnológicas constituem alguns dos muitos fatores que têm vindo ao longo dos anos a contribuir de forma decisiva para a desumanização do cuidar (Grande, 2007).

Ora, é nesta linha de pensamento que se torna fundamental refletir sobre a desumanização dos cuidados, bem como sobre as ferramentas que o profissional de saúde, e os prestadores de cuidados têm ao seu dispor de modo a “trabalhar” na humanização dos mesmos. Com refere Leininger (1988), a capacidade de cuidar constitui uma característica inata do ser humano, enraizada na sua natureza, contudo não nos permite descurar a educação acerca do cuidado. No entender de Gineste e Pellisier (2008, p. 284) cuidar “é um artesanato rico de inúmeros conhecimentos e regras de arte, exigindo uma verdadeira e longa aprendizagem”.

Nas palavras de Grande (2007), o desafio que se coloca à humanização no cuidar diz respeito à possibilidade de se estabelecerem programas e políticas pautadas a partir da dignidade, da palavra, do respeito, do reconhecimento mútuo e da solidariedade. É essencial que a humanização seja reconhecida por todos os intervenientes que colaboram com as instituições prestadoras de cuidados, uma vez que cada um destes profissionais tem a sua parcela de contribuições. É de salientar que não existe humanização dos cuidados, sem antes cuidar da realização pessoal e profissional dos que a fazem. No entender de Domingues (2003), a humanização

"implica que as pessoas agentes da humanização, devem humanizar-se a si mesmas, fazendo desabrochar as virtudes pessoais e assimilando os valores humanos universais que tomam a pessoa adulta, auto e heteroavaliativa, aberta, disponível, acolhedora e conscientemente participativa". (2003, p. 239)

O importante é desenvolver serviços e instituições em que as pessoas confrontadas com a doença ou com a dependência¹ sejam ajudadas e tratadas por profissionais qualificados, respeitando os valores de cada indivíduo e tendo todas as condições institucionais necessárias.

Os cuidados aos idosos devem decorrer de uma formação que acompanhe a realidade atual, incorporando as mudanças sociais e preparando os profissionais para cuidar desta população mais envelhecida, em diferentes contextos, potenciando sempre as capacidades remanescentes e promovendo a interação entre o idoso e o meio (Costa, 2005).

Um fator-chave, embora não seja único, que contribui potencialmente para a qualidade dos cuidados prestados aos indivíduos mais velhos, é a preparação eficaz da força de trabalho, ou seja, a garantia que a equipa de cuidados tem os conhecimentos e capacidades necessários para desempenhar as suas funções com competência e sensibilidade. Neste domínio, os ajudantes de ação direta (AAD) representam uma considerável componente da força de trabalho, desempenhando um papel fundamental na prestação de cuidados e tendo um potencial impacto sobre a qualidade dos serviços prestados (Fitzpatrick & Roberts, 2004).

Segundo Lerner, Resnick, Galik e Russ (2010), num estudo realizado nos Estados Unidos da América (EUA), cerca 90% dos cuidados a idosos em lares são prestados por ajudantes de ação direta, apesar de constituírem o grupo profissional que têm menos habilitações. Estes ajudantes prestam a maioria dos cuidados pessoais aos idosos (nomeadamente nas AVD como tomar banho, vestir, higiene, mobilidade e comer), sendo os profissionais que passam mais tempo com estes indivíduos e que estabelecem o contacto mais direto com os residentes destas instituições. Estes resultados vão ao encontro de outros estudos (veja-se, Glaister & Blair, 2008; Lerner et al., 2010; Smith, Kerse e Parsons, 2005) que referem ainda que nas residências geriátricas os idosos são principalmente cuidados por ajudantes, dos quais menos de 25% têm qualificações profissionais (Smith, Kerse e Parsons, 2005), confirmando a ideia que a maioria destes profissionais não tem qualquer formação específica, que exerce a atividade sem obrigação imposta por registo ou inscrição, sem um código de ética profissional e sem códigos de prática profissional legislados. Estes autores relatam ainda que a maioria dos ajudantes aprende a cuidar dos idosos “on the job” e a

¹ É de salientar que as situações de dependência afetam indivíduos de todas as idades não se restringindo apenas a um determinado grupo etário, sendo que nas faixas etárias mais jovens a dependência resulta de situações de deficiência congénita ou adquirida, enquanto na população idosa advém também das situações anteriormente referidas, mas sobretudo, como consequência do processo gradual de envelhecimento humano, no entanto é certo que se verifica uma maior prevalência na população idosa (Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social, 2009).

desenvolver as suas habilidades e conhecimentos a partir da experiência e da observação dos pares.

Em Portugal, Jacob (2003) confirma que o pessoal não técnico inicia muitas vezes a sua atividade profissional sem que tenha frequentado qualquer ação de preparação específica que o habilite para trabalhar com idosos. O mesmo verifica-se quanto à formação contínua que, geralmente, não tem uma periodicidade regular. É no entanto reconhecida pelos superiores a necessidade de treino e formação nesta classe profissional, de modo a ir ao encontro das necessidades dos idosos institucionalizados (Lerner et al., 2010).

Segundo Fitzpatrick e Roberts (2004), as instituições devem valorizar o desenvolvimento profissional contínuo dos seus recursos humanos, fomentando a sua educação e formação.

Cada vez mais com o objetivo de se cumprir metas de qualidade, nomeadamente no que diz respeito à educação, formação e supervisão do pessoal que presta cuidados, torna-se fundamental a preparação e apoio destes profissionais para o desempenho de um papel eficaz na prestação de cuidados (Fitzpatrick & Roberts, 2004).

Neste sentido, será importante a abordagem feita pela discente no que diz respeito à qualidade nas respostas sociais.

A importância da gestão da qualidade evoluiu ao longo dos anos, ajustando-se ao meio envolvente, às necessidades e aos progressos que ocorreram e ocorrem ao nível empresarial.

A identificação de objetivos claros, a implementação e certificação de sistemas de gestão da qualidade, segundo a norma International Organization for Standardization (ISO), e o cumprimento dos principais requisitos previstos nessas normas, orientadas para a satisfação das exigências dos clientes, contribuirão para a satisfação dos mesmos.

Para implementar a gestão da qualidade, as organizações podem utilizar três modelos de gestão da qualidade, nomeadamente a TQM, ISO 9001 e certificação por terceiros; e os modelos de excelência (Oliveira Rocha, 2006, in Rodrigues, 2014).

Assim, as normas ISO da família da qualidade mais conhecidas são: NP EN ISO 9000; NP EN; ISO 9001 e NP EN ISO 9004 .

As **normas ISO 9000, 9001 e 9004** são as principais normas relacionadas ao modelo de gestão da qualidade. Essas normas são utilizadas por empresas que querem utilizar sistemas de gestão e serem certificadas por meio desse organismo internacional.

Após uma nova revisão, a norma NP EN ISO 9001:2015 desenvolve e enfatiza temas como o conhecimento da organização, a liderança, o pensamento baseado no risco e, não menos importante, o conhecimento de quais as partes interessadas e quais as suas necessidades e expetativas. A gestão de topo assume um papel fulcral na gestão do Sistema de Gestão da Qualidade, devendo implementar estratégias que visem a satisfação das partes interessadas de modo a criar uma ligação entre as políticas de qualidade a adotar e o contexto da organização. A norma referenciada refere que um Sistema de Gestão da Qualidade é uma decisão estratégica de uma organização que pode ajudar a melhorar o seu desempenho e a proporcionar uma base sólida para iniciativas de desenvolvimento sustentável.

Por conseguinte, a metodologia humanitude pode assumir-se como uma ferramenta na melhoria contínua da qualidade, na realização de cuidados humanizados, oferecendo a possibilidade de dar um sentido ao cuidar, que pela instalação da rotina ao longo dos anos se transformou em cuidados banais e assim restituir a nobreza do cuidar.

Desenvolvido em França, por Yves Gineste e Rosette Marescotti, ao longo de mais de 30 anos de trabalho de campo, com observações, questionamentos, reflexões, experimentações permanentes e vários estudos de investigação (Sicard, 2009), o método Humanitude² assume-se como uma metodologia de cuidados, dirigida de forma prioritária às pessoas dependentes, vulneráveis e em situação crítica, crónica ou paliativa (Simões, Salgueiro& Rodrigues, 2011), que tem dado provas de ser uma boa resposta a estas situações, através de cuidados onde o valor dignificante do gesto está simultaneamente conjugado à técnica e ao calor humano (Phaneuf, 2007).

A motivação pela temática prende-se com o interesse da discente em estudar a importância que os cuidadores formais, em contexto institucional de pessoas idosas, atribuem aos procedimentos cuidativos, prendendo-se também com o facto de a discente ser diretora técnica de uma residência e trabalhar diariamente com uma equipa de ajudantes de ação direta.

A discente considera que a formação em contexto institucional deve ter como princípio o método “humanitude” e ir além das técnicas de cuidados de saúde. Esta é uma filosofia de cuidados que liga ciência e consciência, que nos interroga sobre o que é uma relação de cuidados entre pessoas.

² Também designado como o Método Gineste e Marescotti.

A perspetiva de abordagem escolhida para esta investigação baseia-se na metodologia quantitativa. Neste contexto, a principal técnica de recolha de dados foram os inquéritos por questionário a 20 ajudantes de ação direta do Lar Azáfama do Conforto de Santo André.

Assim no presente estudo delineou-se a problemática através da seguinte questão de investigação: “Qual o contributo do método humanidade na prática profissional de ajudantes de ação direta em contexto de Residência de Idosos?”.

A fim de situar esta discussão, enunciamos os seguintes objetivos de investigação:

- Conhecer as perceções dos ajudantes de ação direta sobre a metodologia do cuidar: humanidade;
- Conhecer a prática dos ajudantes de ação direta no que diz respeito à metodologia do cuidar humanidade.

A fim de dar cumprimento a estes objetivos, na primeira parte desta investigação aborda-se a questão da velhice, ou seja, a demografia e epidemiologia do envelhecimento, assim como todo o seu percurso; a velhice perturbada pela demência e a dependência e a institucionalização. Visto que as instituições têm que, imperativamente, dispor de recursos humanos que permitam proporcionar cuidados ao idoso, é importante também referir que o cuidador formal tem um papel fulcral no bem-estar e na saúde do utente. Por isso, abordou-se também a especificidade do cuidar e do cuidador formal, baseando-se na relação de ajuda. Conceito que a discente aborda também na primeira parte da investigação. De seguida, aborda-se a qualidade nas respostas sociais, assim como a ferramenta da metodologia da humanidade, no entendimento que fazemos traçar-se de uma forma de cuidar que melhora a qualidade dos serviços prestados. Neste sentido, analisa-se o seu surgimento, desenvolvimento, dimensões e pilares, e também o papel da educação para a prestação do cuidado com Humanidade. Na terceira parte deste estudo dá-se conta do enquadramento metodológico, seguida na quarta parte com a apresentação, análise e discussão dos resultados obtidos a partir de todo o trabalho de campo realizado. Por último, segue-se a conclusão, bibliografia, apêndices e anexos.

CAPÍTULO I – O ENVELHECIMENTO E A PRESTAÇÃO DE CUIDADOS A IDOSOS

1.1 DEMOGRAFIA DO ENVELHECIMENTO

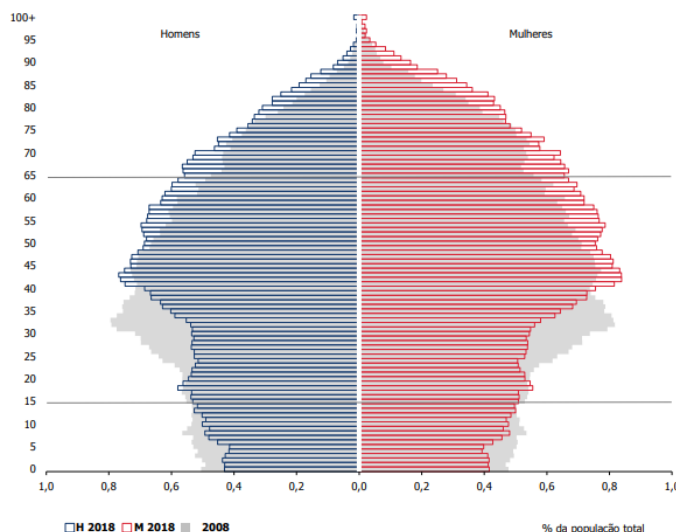
O envelhecimento da população representa um dos principais fenómenos demográficos e sociais das sociedades modernas, com maior incidência nas sociedades industrializadas e desenvolvidas (INE, 2002).

Portugal, à semelhança dos outros países da União Europeia, tem apresentado um aumento significativo no número de idosos, sendo o envelhecimento da população considerado como “um dos fenómenos demográficos mais preocupantes nas sociedades modernas” (INE, 2012 p.22). A sociedade portuguesa é atualmente considerada como uma das sociedades mais envelhecidas a nível mundial (INE, 2012), sendo as características demográficas da população reveladoras do agravamento do envelhecimento da mesma na última década.

Em 31 de dezembro de 2018, a população residente em Portugal foi estimada em 10 276 617 pessoas, menos 14 410 que em 2017. Este resultado traduziu-se numa taxa de crescimento efetivo negativa de 0,14%. A tendência de decréscimo populacional mantém-se, ainda que atenuada nos dois últimos anos. (INE, 2019)

Paralelamente, o envelhecimento demográfico em Portugal continua a acentuar-se: quando comparada com 2017, a população com menos de 15 anos diminuiu para 1 407 566 (menos 16 330 pessoas) e a população com idade igual ou superior a 65 anos aumentou para 2 244 225 pessoas (mais 30 951), representando, respetivamente, 13,7% e 21,8% da população total. Já a população mais idosa (idade igual ou superior a 85 anos) aumentou para 310 274 pessoas (mais 12 736). Em 2018, uma em cada duas pessoas residentes em Portugal tinha acima de 45,2 anos, o que representa um acréscimo de 4,4 anos em relação a 2008. No futuro, mantêm-se as tendências de redução da população e de envelhecimento demográfico. Portugal poderá perder população até 2080, passando dos atuais 10,3 milhões para 7,9 milhões de residentes, ficando abaixo dos 10 milhões em 2033. O número de idosos passará de 2,2 em 2018 para 2,8 milhões em 2080. (INE, 2019).

Gráfico 1: Estrutura etária da população residente por sexo 2008 e 2018



Fonte: INE: Instituto Nacional de Estatística, I.P. (2019) *Censos 2018 Resultados Definitivos- Portugal, Lisboa- Portugal*

A estrutura etária da população, em 2018, acentuou os desequilíbrios já evidenciados na década anterior, como podemos verificar no gráfico 1.

Nos últimos dez anos é visível, através da sobreposição das pirâmides etárias, o duplo envelhecimento demográfico: a base da pirâmide apresenta um estreitamento, a qual corresponde à população mais jovem, enquanto o seu topo se alarga, com o crescimento da população idosa. (INE, 2019)

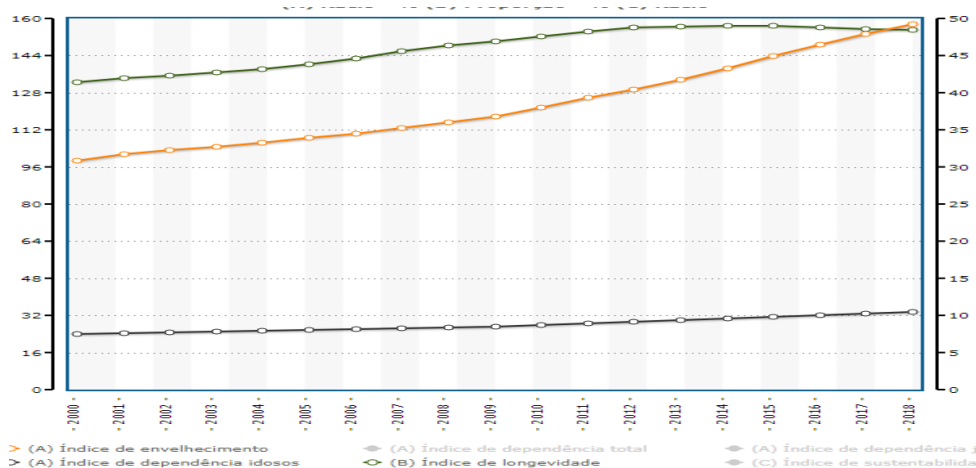
Assim, o índice de envelhecimento, que compara a população com 65 e mais anos (população idosa) com a população dos 0 aos 14 anos (população jovem) também se acentuou (gráfico 2). Em 2008, por cada 100 jovens residiam em Portugal 116,4 idosos, número que aumentou para 159,4 em 2018. (INE, 2019)

Consequentemente, o índice de longevidade também aumentou, passando de 43 em 2008, para 48 em 2018, o que indica que por cada 100 pessoas com 65 e mais anos, 48 têm idade igual ou superior a 75 anos (INE, 2019; gráfico 2). Neste sentido, quanto mais alto é o índice, mais envelhecida é a população idosa.

De igual modo, a esperança de vida aos 65 anos também se acentuou em Portugal entre 2001 e 2011, aumentando 2.2 anos para a população geral, 2.1 anos para os homens e 2,3 para

as mulheres, situando-se em 19.9 anos, 17.8 anos e 21.6 anos, respetivamente (PORDATA, 2019).

Gráfico 2: Indicadores de Envelhecimento



Fonte de Dados: INE - Estimativas Anuais da População Residente, PORDATA (2019)

Os fenómenos acima descritos resultam de diversos fatores, nomeadamente dos avanços tecnológicos e médicos, do incremento do acesso aos cuidados de saúde, da extensão dos sistemas de proteção social e da mudança nos hábitos alimentares (Cabral et al., 2013; Pocinho, 2014).

No entanto, uma vida mais longa não significa um aumento do tempo vivido com saúde e qualidade, ou seja, não é acompanhada por uma expectativa de vida saudável (sem incapacidade física). O número de anos que uma pessoa de 65 anos pode esperar viver em condições de vida saudável sem limitações funcionais e incapacidade, decresceu na década acima evidenciada. Em 2011, os homens com 65 anos esperavam viver 7.8 anos com saúde (43.8% do seu tempo restante de vida) e as mulheres 6.3 anos com saúde (29.2% do seu tempo restante de vida) (PORDATA, 2012). Consequentemente, o número de anos de vida não saudável, ou seja com limitações funcionais aumentou na mesma década, sendo que em 2011 os homens tenderiam a viver 10 anos (56.2%) com incapacidade e as mulheres 15.3 anos (70.8%) (PORDATA, 2012).

Nesta perspetiva, como expressão do envelhecimento populacional, foi verificado um agravamento do índice de dependência de pessoas idosas, que aumentou de 26 em 2008 para

32 em 2018, ou seja por cada 100 pessoas em idade ativa 29 são idosos dependentes (inativos). Perspetiva-se que este índice continue a aumentar. (Perista e Perista, 2012; Gráfico 2)

A dinâmica populacional faz, assim, antever uma sociedade futura cada vez mais envelhecida, com diversas implicações económicas, sociais e de saúde, prevendo-se um aumento considerável do peso relativo da população com 65 ou mais anos de idade, que quase duplicará para 32,3% em 2060 (Almeida, 2012; INE, 2009).

1.2 O PROCESSO DO ENVELHECIMENTO- COM QUE IDADE SE FICA VELHO?

Sendo o envelhecimento um fenómeno atual, este desperta, no entanto, interesse há vários séculos, tendo o conceito de envelhecimento sofrido diversas alterações ao longo dos tempos, evoluindo consoante as atitudes, crenças, cultura, conhecimentos e relações sociais de cada época (Sequeira, 2010).

Atualmente, o conceito de envelhecimento encontra-se frequentemente associado a uma fase específica do ciclo de vida, a idade de reforma (65 anos), sendo esta percecionada como o anúncio do início da velhice (Squire, 2002). A idade cronológica associada à idade da reforma é um dos parâmetros que a sociedade atribuiu na definição da população idosa, uma vez que o seu desenvolvimento sofreu modificações quer no seu sistema de produção de bens, quer a nível laboral a partir do momento que o trabalho começou a ser renumerado. A sociedade atual, denominada de sociedade de consumo, tem como pressuposto considerar as pessoas idosas como incapazes e excluídas do trabalho renumerado, sendo este o único que é valorizado nesta sociedade (Philibert, 1984). A reforma constitui-se como uma das transições significativas que marca o ciclo de vida dos indivíduos, sendo considerada como um novo ciclo de vida, que tem marcado de forma simbólica o início da velhice, tal como a saída do período escolar e a entrada no mercado do trabalho marcam o começo da fase adulta, no ciclo de vida de cada um (Gaullier, 1999; Silva, 2009). A entrada na reforma tem vindo assim a ser vista na história do século XX e XXI, como a saída do mercado de trabalho e da participação ativa na esfera pública, comportando desafios e mudanças ao nível dos rendimentos e dos papéis sociais (Squire, 2002).

Apesar desta associação entre reforma e entrada na velhice, o envelhecimento ocorre, no entanto, progressivamente ao longo de todo o ciclo vital, emergindo assim diversas insuficiências associadas à utilização da idade cronológica como medida do mesmo (Sequeira, 2010). Neste sentido, a adoção de uma abordagem de ciclo de vida é fundamental na

compreensão do envelhecimento, dando ênfase aos acontecimentos que ocorreram durante a vida, abandonando a ideia de que o envelhecimento possa ser encarado como algo que comece a partir de uma determinada idade e acomodado a limites cronológicos precisos. O envelhecimento deve ser compreendido como um processo natural, dinâmico, progressivo e irreversível que acompanha o ser humano desde o seu nascimento até à sua morte. Este é um fenómeno pessoal e de variabilidade individual, ou seja que varia de indivíduo para indivíduo, e que está associado a um conjunto de alterações biológicas, psicológicas e sociais que se processam ao longo do ciclo vital (Jacob 2013; Sequeira, 2010).

A nível biológico (senescência), ocorrem um conjunto de alterações orgânicas, morfológicas e funcionais (Sequeira, 2010), que resultam na perda gradativa da capacidade de funcionamento dos órgãos e sistemas, e na consequente alteração progressiva das capacidades de adaptação do corpo, verificando-se um aumento gradual do risco de desenvolver comorbilidades, e da probabilidade de morrer. Estas alterações nem sempre se convertem em incapacidades e a ocorrência e intensidade com que ocorrem variam de pessoa para pessoa (INE, 2002).

O envelhecimento psicológico resulta das repercussões psicológicas das alterações corporais, que se traduzem numa mudança de atitudes. Nesta dimensão, podem verificar-se perdas de memória ou maior dificuldade no raciocínio. Por outro lado, as pessoas mais idosas estão também sujeitas a determinantes externos que podem desencadear algumas perturbações mentais ou comportamentais (Squire, 2002; INE, 2002).

A nível social ocorrem alterações nos papéis a desempenhar ao nível do seio familiar, laboral e ocupacional, resultando numa diminuição na participação social (Sequeira, 2010). Numa perspetiva multidimensional, o processo de envelhecimento é uma experiência multifacetada que resulta da correlação de múltiplos processos de desenvolvimento, sendo influenciado por diversos fatores (biológicos, sociais e psicológicos), que interagem de modo ininterrupto.

1.3 A VELHICE PERTURBADA PELA DEMÊNCIA

A velhice, caracterizada pelo avanço progressivo do processo de senescência, é muitas vezes atingida pelos efeitos da degeneração que fazem progredir rapidamente a pessoa para a senilidade e instalam na sua vida a demência. Então, é fundamental perceber qual a relevância

das características típicas desta doença na conceção de modos de cuidar num contexto relacional tão importante como é a última fase do ciclo de vida.

Segundo a Alzheimer Portugal³, a prevalência das demências duplica de 5 em 5 anos entre os 60 e os 90 anos, comprometendo a autonomia e independência das pessoas idosas, tornando indispensável que outras as ajudem nas suas atividades de vida diária. Fenómeno que torna necessária a consciencialização e a preparação de quem as cuida. Sabe-se que na atualidade os cuidadores informais são maioritariamente adultos com mais de 40 anos ou idosos com mais de 60 anos (Sequeira, 2007, 2010), o que obriga a tomar em consideração estas pessoas cuidadoras que estão em risco de saúde.

A Organização Mundial de Saúde (1992), de acordo com os sinais evidentes de problemas da memória e do pensamento abstrato, considera três níveis progressivos de demência: a ligeira, a moderada e a grave, sendo esta caracterizada como:

“uma síndrome resultante da doença do cérebro, em geral de natureza crónica ou progressiva no qual se registam múltiplas alterações das funções nervosas superiores incluindo a memória, o pensamento, a orientação, a compreensão, o cálculo, a linguagem e o raciocínio. As perturbações das funções cognitivas são muitas vezes acompanhadas, e por vezes percebidas por deterioração do controlo emocional, do comportamento social ou da motivação”.

Para Phaneuf (2010),

“a demência é um dano no funcionamento intelectual acompanhado de uma perda importante da memória, de mudanças da personalidade e da afetividade, mas também no plano do reconhecimento das pessoas, de desorientações temporal e espacial, e de uma incapacidade de resolver problemas ou de manifestar os comportamentos apropriados às situações. Para que haja verdadeiramente demência, a deterioração deve durar mais de seis meses e ser bastante marcada para perturbar as atividades diárias da pessoa” (2010, p. 26).

Sequeira (2007, 2010) refere que a intervenção nos casos de demência passa pela utilização de fármacos e pela ação de estimulação do cuidador, para a participação ativa da pessoa na diminuição do impacto da doença em si própria e na diminuição das dificuldades da sua vida diária. Refere ainda, que esta ajuda se realiza por intervenção na esfera relacional, estimulando tanto a emoção como a cognição.

Esta estimulação, segundo Phaneuf (2010), tem grande probabilidade de retardar a progressiva *“perda do eu, das suas lembranças, da identidade, da capacidade de pensar e de*

³ <http://alzheimerportugal.org/pt/>

amar” (p. 205), assim como permite ao cuidador agir intencionalmente, e com minúcia, na co-construção diária da maior independência possível das pessoas em que a demência leva a perder progressivamente as capacidades psicomotoras de apoio à sua própria vida (Gineste e Pellissier, 2007, 2008). A estimulação emocional e cognitiva permite ainda ao cuidador a manutenção diária de um espaço de interação com a pessoa doente, iniciada e mantida através de estimulação sensorial que diminua o esforço despendido por estas pessoas e rentabilize, assim, os processos mnésicos disponíveis. (Gineste e Pellissier, 2007, 2008; Pinho, 2012).

Gineste e Pellissier (2007, 2008), no contexto dos modos de cuidar as pessoas com demência, salientam ainda o facto das reações das pessoas à estimulação sensorial não serem produto de um equilíbrio entre os seus processamentos cognitivo e emocional, uma vez que os défices cognitivos prejudicam o tratamento cognitivo a nível do córtex cerebral da informação sensorial, que passa a ter, fundamentalmente, um tratamento emocional a nível da amígdala cerebral.

Este facto torna estas pessoas hipersensíveis e leva a considerar a qualidade da estimulação sensitiva positiva, ou negativa, fornecida pelo cuidador e recolhida pelo tálamo da pessoa cuidada. Esta evidência tem tido muita importância na elaboração dos modos de cuidar de Gineste e Marescotti⁴ para apaziguarem os gestos úteis da sua prestação de cuidados e estimularem a pessoa para a interação:

“o tratamento emocional da informação não depende unicamente da dor ou do desagrado sentidos: ele é, igualmente, função da atmosfera afetiva, da qualidade emocional das relações entre as pessoas, das maneiras de olhar, de tocar, de falar utilizadas, etc. Se a pessoa doente não consegue compreender cognitivamente que o prestador de cuidados é um prestador de cuidados (e, logo, que não age assim para lhe fazer mal), ela pode, em contrapartida, sentir, graças às suas palavras, aos seus gestos, ao seu olhar, que ele é uma pessoa benévola” (Gineste e Pellissier, 2008, p. 163).

Na posse deste conhecimento, em evolução, o cuidador tem a oportunidade de otimizar a sua inter-relação cuidativa atendendo às dificuldades de natureza sensorial, à forma como promove a recuperação mnésica requerida, à natureza da própria informação a recuperar, ao modo como apresenta as tarefas de cuidar a exigirem o uso de memória incidental ou aprendizagem intencional (Pinho, 2012) e, assim, desenvolver modos de cuidar eficazes através de um entendimento tácito entre quem cuida e quem é cuidado (Gineste e Pellissier, 2007, 2008). Entendimento que tem sido conseguido na prestação de cuidados pela via afetiva,

⁴ Abordaremos a metodologia do cuidar em humanidade, mais à frente no cap. II, ponto dois.

porque “*as perturbações da evocação não incidem sobre a via afetiva, emocional, aquela que permite, a partir de uma palavra, de uma situação, de um rosto, etc., o retorno de uma emoção*” (Gineste e Pellissier, 2007, p. 130, 2008, p. 165), e também porque as

“perturbações da memorização (...) não afetam todas as vias que permitem registar as informações. Graças a vias de registo afetivas, as informações e situações emocionalmente ricas, afetivamente importantes, etc., em que a pessoa sente a doçura ou a ansiedade, o bem-estar ou a angústia, o medo ou o prazer, podem ser memorizadas sob uma forma essencialmente emocional. (...) Quando as faculdades cognitivas são muito atingidas pela doença, elas deixam, então, que as lembranças e impressões emocionais desempenhem um papel preponderante naquilo que pode decidir ou motivar as condutas da pessoa” (Gineste e Pellissier, 2008, p. 167).

Assim sendo, é importantíssimo que se estabeleça uma relação comunicante, operacionalizada pelos pilares da humanidade, entre quem cuida e quem é cuidado “*(...) que nunca deixa de ser uma pessoa com uma vida psíquica singular, mais composta de sensações e de emoções do que de palavras e de conceitos*” (Gineste e Pellissier, 2008, p. 184), com especial utilização de comunicação fina através das expressões faciais, dos gestos, do tom de voz, do toque e do olhar capazes de colocar a pessoa doente em interação humana, mobilização ativa, verticalidade, marcha e autocuidado numa relação de cuidados (Gineste e Pellissier, 2007, 2008). Relação tão necessária no cuidado perante a senescência e a demência que fazem as pessoas ficarem vulneráveis e dependentes e, muitas vezes, em sofrimento profundo e que levam a intensificar a necessidade da presença do outro próximo, como garante da manutenção das funções biofisiológicas, como por outro lado, garante da relação de presença e laços entre os humanos. Nesta assumpção, o outro (próximo) assume a função nobre do apoio ao suporte básico de manutenção da vida e da estimulação da pessoa para a vida.

O desafio atual nesta função «do outro próximo» volta a ser colocado na necessidade do equilíbrio entre os aspetos técnicos da atualidade e os aspetos relacionais que estimulam a pessoa para uma presença humana na vida. Para tal, os modos de cuidar têm de estar ao alcance de qualquer um e em qualquer contexto.

1.4 A DEPENDÊNCIA E A INSTITUCIONALIZAÇÃO

A capacitação do idoso perante um cenário de doença e dependência passa, em primeira instância, pela desconstrução de estereótipos de incapacidade e declínio que lhe estão associados. Esta atitude é um dos pontos-chave da construção de um destino de envelhecimento que não recolha mas ative as pessoas e que não decline esperando a morte mas celebre a vida num processo aberto até ao último dia. Visa-se, assim, um envelhecimento ativo que tenha como elementos centrais a emancipação, a cidadania, a participação e a autonomia responsável da decisão de cada um (Viegas e Gomes, 2007; Ribeiro e Paúl, 2011), evitando uma visão iconoclasta desta fase do ciclo de vida (Sequeira, 2007, 2010).

Segundo Gineste & Pellissier (2007), existem diversos estudos que se interessaram pelo futuro das pessoas com mais de 75 anos. Tomando por base a sua análise os autores chegaram a conclusões como:

- Um reduzido número de pessoas (cerca de 15%) vivem até à morte de maneira totalmente independente, isto é, sem nunca necessitar, devido a uma insuficiência ou fragilidade da ajuda de um terceiro;
- Um reduzido número de pessoas (entre 10 a 15%) irão viver durante vários anos numa situação de dependência, necessitando da ajuda de um terceiro para uma ou várias atividades essenciais da vida quotidiana;
- Cerca de 35% das pessoas irão viver até à morte não em situação de dependência, mas em situação de fragilidade – entendida como uma situação em que a pessoa não tem nenhuma incapacidade relativamente às atividades essenciais da vida quotidiana, mas tem necessidade de ajuda para outras capacidades, está mais vulnerável, não pode agir tão rapidamente como antes;
- Que cerca de 35% das pessoas irão viver em situação de fragilidade e, depois, num período bastante breve, antes da sua morte, em situação de dependência.

Para estas pessoas confrontadas com a insuficiência ou com a doença, um dos desafios da nossa sociedade é elaborar, em todos os domínios (jurídico, social e sanitário), um cuidar e ajudas conformes com as leis e com os valores, por outras palavras, baseados no absoluto respeito da saúde, dignidade, liberdade e autonomia da pessoa.

É necessário desenvolvermos serviços e instituições em que as pessoas confrontadas com a doença ou com a insuficiência sejam ajudadas e tratadas, de uma maneira que corresponda ao que o conjunto das partes (a própria pessoa idosa, família e profissionais)

considera como respeitando os valores da nossa sociedade e as exigências de qualidade profissional.

Assim sendo, a instituição desempenha um papel fulcral ao nível da integração do idoso. Deste modo, deverá desenvolver esforços para conhecer e atender à história de vida do idoso, a sua personalidade, o seu relacionamento com os familiares e a comunidade em geral, bem como ter em conta os seus hábitos, gostos, angústias e dificuldades. Todo este envolvimento e comprometimento com o utente deve procurar minimizar o impacto negativo emocional criado, quer no utente, quer na sua família.

Contrariamente aquilo que revela ser o ideal, no seu estudo sobre o processo de institucionalização do idoso, Pimentel (2001) constata que a maioria dos lares de terceira idade não tem em consideração os desejos e motivações dos utentes, atendendo apenas às suas necessidades fisiológicas. A entrada num lar revela-se, na perspetiva deste autor, uma grande mudança na vida de um idoso. Esta mudança gera, muitas vezes, a separação do meio familiar, uma rutura em relação à vida e aos hábitos e uma adaptação a um novo meio, e consequentemente, todo este processo cria um forte impacto social. Na perspetiva de Pimentel (2001), a entrada em lar está fortemente associada a imagens negativas e aos olhos dos idosos representa abandono, morte, separação e sofrimento. A entrada numa instituição representa para o idoso o último período da sua trajetória de vida, sem expectativas ou possibilidade de retorno.

Daniel (2006) apresenta uma perspetiva mais alargada, assente nas transformações com que hoje a sociedade se depara, nomeadamente as mudanças ocorridas nos padrões de distribuição das idades. Segundo a autora, o envelhecimento populacional implica uma nova visibilidade social das pessoas idosas, num contexto onde o olhar sobre se velhice varia de acordo com as transformações a que a sociedade está sujeita. O envelhecimento populacional coloca, assim, novos desafios e exige novas respostas sociais que se adequem às características e necessidades deste segmento da população. Afirma ainda que o lar de idosos representa um conjunto de vantagens diferenciais face a outros tipos de respostas, pois enquanto para uns a institucionalização se declara uma alternativa adequada, para outros trata-se de uma solução para os seus problemas e dificuldades.

Goffman (1961) introduziu o conceito de instituição total, definindo-o como um local de residência ou trabalho onde grande número de indivíduos semelhantes entre si, separados de uma sociedade mais ampla, durante um certo período de tempo, enquadram-se numa vida fechada e formalmente administrada.

Numa visão geral, refere-se às instituições com características de “isolamento”, simbolizadas pelo aspecto físico, concreto, de “fechamento”, tal como dito por Erving Goffman:

“Seu fechamento ou seu caráter total é simbolizado pela barreira à relação social com o mundo externo e por proibições à saída que muitas vezes estão incluídas no esquema físico – por exemplo, portas fechadas, paredes altas, arame farpado, fossos, água, florestas ou pântanos. A tais estabelecimentos dou o nome de instituições totais” (Goffman, 2005, p. 16).

Na perspectiva relatada por Erving Goffman em sua obra *Manicômios, prisões e conventos* (Goffman, 2005), publicada originalmente em 1961, as instituições totais são constituídas por uma universalidade do “tratamento”. Esta universalidade refere-se a uma padronização e homogeneização das condutas humanas dos pacientes que se encontram em situação de internação a fim de serem “curados” e adequadamente adaptados aos anseios do mundo social.

Deste conceito, o autor destaca a seguinte característica: quebra da diversidade dos lugares, parceiros, autoridades e pertenças, o que leva a concluir que todos os aspetos se inserem num mesmo quadro de interação. Tal conduz a que toda a atividade de um indivíduo se desenvolva numa relação de promiscuidade total, em conjunto com um grande grupo de indivíduos que estão sujeitos aos mesmos tratamentos e obrigações. Neste sentido, o autor afirma que as tarefas inerentes a todos os períodos da vida quotidiana se desenrolam mediante o plano imposto pela equipa técnica da instituição, sendo estas tarefas totalmente previsíveis e definidas ao pormenor.

Goffman (2005) identifica várias consequências negativas provenientes do facto de os indivíduos de uma instituição serem alvo de um tratamento coletivo. A primeira trata-se da existência de dois universos sociais e culturais (grupo dos colaboradores e grupo dos utentes/clientes) que, embora tenham entre si alguns pontos de contacto, não segregam verdadeiros laços de interdependência entre os seus membros, pois tendem a produzir do outro uma imagem estereotipada e hostil.

A instituição total estabelece uma série de coerções que conduzem à modificação da personalidade, a mudanças culturais e à perda de interesses que se tinham antes da admissão. O salário representa um estímulo para a organização e direção da vida pessoal, aspeto este que é contrariado pela institucionalização, pois todas as necessidades são submetidas a um plano conjunto que priva o indivíduo de qualquer motivação para querer mais, tornando-o

improdutivo. Por outro lado, o autor afirma que a eficácia da instituição total depende, em parte, do grau de rutura provocada em relação ao universo familiar.

Partindo das consequências anteriormente descritas, Goffman (2005) alega que a instituição total conduz a um sério risco de perda de individualidade, pois todos os pacientes/utentes são tratados do mesmo modo, como se todos tivessem vivido as mesmas experiências e se todos partilhassem os mesmos gostos e ideias. Os indivíduos acabam então por perder a sua autonomia na tomada de decisão, pois todas as tarefas estão já programadas pelos seus órgãos superiores, tendo apenas em conta a lógica institucional e não as necessidades dos indivíduos.

De acordo com Goffman (2005), a institucionalização afasta os indivíduos da concepção que os indivíduos tinham antes da sua admissão, resultante de uma construção feita ao longo da sua vida e da constante interação com os outros e com o meio. Além desta perda de identidade, a instituição promove uma forma de mortificação mais difusa, baseada na imposição da sua participação em atividades hétero-determinadas e a execução de rotinas que vão contra os seus princípios. O indivíduo é, assim, constrangido a assumir um papel que o leva a deixar de ser tudo aquilo que era antes e o distinguia dos outros.

Nos lares de idosos regista-se uma reticência em ter amigos, o que traduz o receio de um compromisso muito forte. Esta reticência caracteriza-se por evitar concentrar-se numa relação de dependência afetiva que pode ser interrompida pela morte ou pelo declínio de alguém próximo. Revelam preferência por antigos amigos porque representam a vida anterior e simbolizam um meio em que cada um era definido por uma razão diferente da idade (Mallon, 2000).

A partilha da vida quotidiana implica um conhecimento rápido dos hábitos e da vida pessoal dos outros, pelo menos daqueles que se localizam mais próximos de si. Tudo isto conduz a uma pressão social que requer um reforço da proteção de si (Mallon, 2000)

Nos lares de idosos, o modo de organização da vida quotidiana regula as relações entre os residentes influenciando o seu comportamento enquanto membros de uma sociedade

Mallon (2000) conclui que o lar de idosos é um espaço em que se questiona muitas vezes a definição do idoso, no que a instituição pode desempenhar um papel importante ao nível da manutenção da sua dignidade, com vista a se protegerem de si no lar de idosos. As ideias de Mallon (2000) no que diz respeito ao processo de institucionalização vão ao encontro daquilo que Tap (1996) define ao nível da defesa de integridade:

“Defender a sua integridade é defender-se contra qualquer invasão, qualquer intrusão, qualquer degradação ou mutilação que proviriam de uma pressão do outro ou de um grupo, é recusar uma mudança em si ou nos seus prolongamentos, nos seres e nas coisas que o sujeito considera como as suas possessões.” (Tap, 1996, p. 40).

Tendo em conta as contribuições de Mallon (2000) e de Goffman (2005), identificam-se três sérios riscos que a institucionalização comporta para o indivíduo: separação com o meio envolvente (meio não institucional), contribuição para as perdas relacionais e indução severa da limitação da atividade.

Segundo Goffman (2005), os métodos da instituição total tendem a desmoralizar o indivíduo que, antes da sua institucionalização, expressava gosto por uma determinada tarefa. Ao ver o seu quotidiano programado por outros, em que estes definem os modos e as estratégias de responder às suas necessidades, os residentes tendem a perder a sua motivação para a sua vida social, pois perdem o seu sentimento de utilidade e de valor. O autor destaca ainda a relevância de a instituição promover o envelhecimento bem-sucedido através da fomentação de novas motivações, quer no meio institucional, quer no meio não institucional.

Todos estes aspetos contribuem para a mortificação do “eu”, pois a ausência de autonomia para desenvolver atividades da vida diária conduz à quebra da força de vontade do indivíduo, bem como da sua capacidade para simplesmente planear essa atividade (Goffman, 2005). Não dispondo das condições necessárias para concretizar as suas motivações e/ou necessitar de consentimento para a prática destas atividades, conduz o indivíduo a uma condição de submissão e de suplicação que não se compadece com o seu reconhecimento como adulto.

Fragoso (2008) atribui ao lar de idosos a categoria de instituição de longa permanência, pois trata-se de uma resposta às necessidades do idoso quando a família não tem capacidade para responder a estas. As instituições de longa permanência são compostas por pessoas, idosos, familiares e pessoal técnico, assim como pela comunidade em que se insere, estando assim inerente o fator humano. O autor considera que as alterações demográficas conduzem a uma reflexão acerca do papel do cuidador, com especial foco nas práticas de cuidado e consequente humanização da prestação de cuidados aos idosos institucionalizados. Cabe, portanto, às instituições encontrar medidas e formas de prevenção/intervenção que permitam proporcionar uma prestação de cuidados ao idoso que tenha em conta a sua individualidade e as suas necessidades.

Lalive d’Epinay (2003) considera que os lares de idosos enquanto instituições caracterizadas pela prestação de serviços têm impreterivelmente de dispor de recursos materiais e humanos em quantidade e qualidade, de forma a permitir que se “invente” um lugar que promova a reorganização imposta pela fragilização crescente do estado de saúde, mantendo vivo o interesse pelas coisas da vida, proporcionando aos idosos vontade de viver.

1.5 CUIDADORES FORMAIS

Tal como referido no ponto anterior, as instituições têm que, imperativamente, dispor de recursos humanos que permitam proporcionar cuidados ao idoso.

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

Segundo Pinheiro (2009) desde a Grécia Antiga que o cuidar era exercido no interior das famílias, estando limitado à esfera doméstica e privada, representado pela figura feminina, a quem ao longo dos tempos foi sendo associado o papel de cuidadora, cujas tarefas remetiam para o cuidado da casa, filhos, escravos e doentes. Este cuidado não era mais do que um saber prático adquirido de geração em geração. Histórica e culturalmente, a prática do cuidar está assim interligada à mulher que também na área da saúde incorporou o ato de cuidar através da enfermagem e cuja essência pertence a Florence Nightingale (1820-1910). Esta autora considerava que os cuidados deveriam ser entendidos holisticamente, no qual a família, a higiene e o ambiente constituem fatores chave no cuidado ao ser humano (Santos & Radünz, 2011).

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

As respostas sociais em Portugal têm vindo paulatinamente a reforçar não só a capacidade instalada, como os meios físicos, técnicos e humanos de apoio, uma vez que lhes

cabe a responsabilidade de complementar ou de substituir a família nos cuidados (SCMS, 2004).

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

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

“Um profissional que cuida de uma pessoa (ou de um grupo de pessoas) com preocupações ou problemas de saúde, para ajudar a melhorar ou a manter a saúde, ou para acompanhar essa pessoa até à morte. Um profissional que não deve, em caso algum, destruir a saúde dessa pessoa”. (2008, p. 266)

A pessoa do cuidador no entender da autora Souza, M (s/d), representa a pessoa que diariamente através dos cuidados de higiene e conforto, de alimentação, e de estímulo para com as atividades de reabilitação, e interagindo com a equipa terapêutica cuida da pessoa dependente. Assim, o cuidador é o agente que promove o cuidado, torna-se então fundamental que exista uma relação de confiança entre este e o utente. Criar laços de confiança significa entender o doente como uma pessoa e não como um objeto de cuidados, torna-se crucial compreender a pessoa no seu todo, isto é respeitar a sua história de vida, as suas dores, incapacidades e as suas emoções, tendo em vista a qualidade e excelência do cuidar (Fernandes, 2011). Segundo a autora supracitada é igualmente importante que o cuidador estabeleça uma relação próxima com a família da pessoa alvo dos cuidados, para garantir uma sintonia favorável, de bem-estar para quem cuida e principalmente para quem é cuidado. O ato de cuidar implica que os cuidadores prestem cuidados instrumentais (higiene, alimentação, vestuário, eliminação, mobilização), técnicos (terapêuticos, curativos, preventivos) e outros

mais práticos (vigilância, medicação), expressivos, ou seja, os cuidados afetivos (companheirismo, conforto, carinho, satisfação da vontade e das necessidades) e relacionais (convívio e estimulação social, distração, comunicação e individualização do cuidado). Assim, cuidar ou apoiar orienta-se para a necessidade de colmatar as necessidades fisiológicas, psicológicas e sociais da pessoa doente, assumindo-se uma visão holística da mesma, como um ser biopsicossocial (Imaginário, 2008).

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

Segundo Hesbeen (2006) a profissão de cuidador exige preocupação e respeito pelo outro. Os elementos relacionados com a pessoa (o beneficiário) e que podem afetar o cuidado são: a penosidade do cuidar e o que a pessoa espera da ação de cuidar. E neste sentido o autor Hesbeen (2006) refere que muitos profissionais, quer por hábito quer pontualmente, não estão verdadeiramente atentos à singularidade da pessoa à qual se dirige o cuidado. Nesta linha de pensamento, o autor supracitado considera a ajuda prestada pelo profissional de saúde (que não convém descurar) limitada no sentido em que o cuidar é sobretudo dirigido ao corpo e não verdadeiramente à pessoa. As frustrações que podem incluir: a falta de tempo; o ambiente físico; o *stress* pessoal; os conflitos interpessoais. No que concerne ao *coping* e ao suporte, isto é, as estratégias que cada cuidador adota de modo a permitir lidar com a situação de *stress* de uma forma saudável, ajustando-se às adversidades e garantindo uma melhor adaptação às circunstâncias remetem para a focalização na tarefa seguinte; a necessidade de falar sobre os próprios problemas e dificuldades, a importância do conforto e suporte na gestão do processo de cuidar. Deste modo, ser cuidador implica corresponder a um conjunto de “pré-requisitos”, nomeadamente o conhecimento, a paciência, a honestidade, a confiança, a humildade, a esperança, a coragem e a troca de experiências (Santos & Radünz, 2011).

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

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

1.6 RELAÇÃO DE AJUDA

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

“A relação de ajuda acontece entre os seres humanos a partir de um encontro onde a relação estabelecida com o outro não deve ser encarada como um meio (pedir ajuda, informação...), mas também como um fim, existindo reciprocidade e a visibilidade do ser humano como um todo”. (Martin Buber cit. por Almeida, 2012, p. 25)

Tal filosofia influenciou no início da década de 60, do século passado o pensamento de um dos pioneiros no desenvolvimento deste conceito, ou seja, Carl Rogers, que através da teoria da relação de ajuda, perspetivou uma nova forma de entender o Homem (Almeida, 2012). Contrastando com a ideia de que a existência do Homem é condicionada por fatores que lhe são internos (impulsos inerentes ou características herdadas) e externos (por exemplo pressões sociais ou culturais), Rogers perceciona o ser humano como inerentemente dotado de liberdade e de poder de escolha considerando que tais fatores nada interferem com a sua capacidade de livre-arbítrio (Santos, 2004).

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

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

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

“ (...) favorece a criação do clima de compreensão e o fornecimento de apoio de que a pessoa tem necessidade (...) permite à pessoa compreender melhor a sua situação, aceitá-la melhor e, conforme o caso, abrir-se à mudança e à evolução pessoal, e tomar-se a cargo para se tornar mais autónoma” (Phaneuf, 2005, p. 324).

O autor Nunes (1999) cit. por Nero (2008, p. 15) acrescenta que a relação de ajuda se estabelece num plano de igualdade em que o papel do profissional não consiste em solucionar ou fornecer as soluções pré-definidas para o problema atual da pessoa mas sobretudo procurar que esta compreenda melhor o problema, bem como a si mesma, de modo a capacitá-la para resolver dificuldades futuras. Com origem na psicologia humanista, a relação de ajuda foi sendo desenvolvida no decurso da prática clínica do autor Carl Rogers, que procurou observar, sentir, compreender e, posteriormente interpretar as relações de ajuda que foi estabelecendo (Pacheco, 2005).

Todo este processo desenvolvido pelo autor culminou num conjunto de vários pressupostos teóricos, princípios e atitudes que o terapeuta deverá conhecer, necessitando de desenvolver capacidades que contribuam para um maior saber neste domínio (Brito, 2010).

Uma relação de ajuda “obriga” a que o profissional se mostre tal como é “ (...) *se eu puder estar afetivamente consciente dos meus próprios sentimentos e aceitá-los é grande a probabilidade de poder vir a formar uma relação de ajuda com uma outra pessoa*” (Rogers, 1961, p. 54).

Lazure (1994, p. 20) contempla a capacidade de ouvirmos o outro com todos os nossos sentidos, acrescentando que:

“...o ser humano tem necessidade de se sentir importante aos olhos dos outros. O estado de vulnerabilidade provocado por um problema de saúde aumenta de tal forma na pessoa esta necessidade que só uma escuta atenta (...) a pode satisfazer”.

Também o autor Queirós (1999) cit. por Rosário (2009, p. 64) escreve que:

“(…) apenas escutar não é suficiente...escutar com empatia é essencial”; e a aceitação positiva incondicional, que se traduz na aceitação incondicional do outro, ou seja, aceitar a pessoa tal como ela é, sem juízos de valor ou críticas, a priori”.

Para Phaneuf (1995) e Adam (1994) cit. por Pacheco (2005, p. 38) a relação de ajuda resume-se à “capacidade da pessoa que ajuda saber escutar, procurar compreender a dinâmica subjacente ao que vive esta pessoa (captar os índices, mesmo que discretos de mensagens afetivas, verbais ou não verbais), e chegar a uma interpretação lógica”. Permitindo, segundo os autores atrás mencionados, que a pessoa ajudada consiga efetivamente explorar

“(...) os seus sentimentos para confirmar ou infirmar o que lhe transmite quem ajuda, pela sua empatia; na fase final, a pessoa que ajuda leva a pessoa ajudada a identificar as suas próprias capacidades” (Pacheco (2005, p. 38).

O que se pretende através da metodologia utilizada na relação de ajuda é que esta seja limitada, no espaço e no tempo. É partindo deste pressuposto, que referimos a relação de ajuda como a “essência” do cuidar, uma técnica fundamental dentro das relações interpessoais. É neste sentido que surge a metodologia da Humanitude e que iremos desenvolver no ponto 2 do capítulo seguinte.

CAP. II - A QUALIDADE NAS RESPOSTAS SOCIAIS

Como já referido anteriormente (ponto 1.4), os lares de idosos enquanto instituições caracterizadas pela prestação de serviços têm impreterivelmente de dispor de recursos materiais e humanos em quantidade e qualidade, de forma a permitir que se “invente” um lugar que promova a reorganização imposta pela fragilização crescente do estado de saúde, mantendo vivo o interesse pelas coisas da vida, proporcionando aos idosos vontade de viver. (Lalive d’Epinay, 2003)

Neste contexto, “a qualidade das respostas sociais torna-se um fator essencial para a sobrevivência das mesmas, uma vez que a gestão da qualidade permite (...) *melhorar o funcionamento da instituição, reduzir custos e melhorar os serviços prestados à comunidade*” (Henriques et al., 2009, p. 125, in Rodrigues, 2014, p.36).

A qualidade nos serviços é a “base das organizações deste setor, esperando com esta atingir a satisfação dos seus clientes, pois estes são a verdadeira razão da existência das organizações” (Nunes et al., 2001 in Rodrigues, 2014, p. 36).

Hudson (1999, p. 175, in Heckert, 2001, in Rodrigues, 2014, p.36) concorda com a opinião de Nunes referindo que “(...) as organizações orientadas por valores tornam-se cada vez mais cientes da necessidade de monitorar o desempenho”

Claro (2006, p. 6 in Rodrigues, 2014, p.37) afirma que “é necessário muito empenho de todas as partes interessadas, para que seja garantido aos cidadãos, o acesso a serviços de qualidade, adequados à satisfação das suas necessidades”.

Nunes et al (2001, p. 153, in Rodrigues, 2014, p.37) “consideram que para além de se assistir a preocupação com a qualidade, esta não se traduz (...) *em procedimentos de garantia de qualidade, de reflexão interna sobre esta problemática, ou de procura sistemática de feedback no sentido de aferir a qualidade*”. Neste sentido, e para implementar a gestão da qualidade, as organizações podem utilizar três modelos de gestão da qualidade, nomeadamente a TQM, a ISO 9001 e os modelos de excelência (Oliveira Rocha, 2006 in Rodrigues 2014, p.37).

Quanto às normas ISO e certificação por terceiros, estas “(...) *constituem uma serie de standards reconhecidos internacionalmente e destinados a garantir a qualidade*, sendo que a certificação depende da acreditação realizada por outra organização que não a que se encontra a implementar as normas” (Oliveira Rocha, 2006, p. 74 in Rodrigues 2014, p.37).

Para o mesmo autor, “os modelos de excelência encontram-se associados a prémios de distinção, como por exemplo o prémio europeu da qualidade, prémio da responsabilidade da *European Foundation for Quality Management* (adiante designado por EFQM) ou Prémio Europeu da Qualidade nos Serviços Sociais”. Este modelo “*destina-se a estimular a melhoria das empresas, de forma a aumentar a sua competitividade em relação à concorrência das empresas (...)*” (Oliveira Rocha, 2006, p. 80, in Rodrigues, 2014, p. 37). Ou seja, as organizações podem implementar um sistema de gestão da qualidade apenas para proceder a uma melhoria interna de gestão ou podem certificar-se pela ISO 9001, obtendo assim em ambos os casos um reconhecimento externo (Henriques et al., 2009; R. Borges, 2008, in Rodrigues 2014, p.37).

2.1 SISTEMAS DE GESTÃO DA QUALIDADE

Para as empresas se evidenciarem, necessitam de adotar modelos de gestão modernos que promovam a melhoria contínua. Assim, “é necessário a existência de eficácia e eficiência na gestão da qualidade, bem como o envolvimento da gestão de topo neste processo” (Saraiva & Teixeira, 2010 in Rodrigues, 2014, p.38).

O Sistema de Gestão da Qualidade (**SGQ**), é o modelo de gestão moderna, em que “(…) o termo sistema «traduz a ideia de que vários componentes elementares, independentes, interatuam e formam um todo coerente com um objetivo comum»” (Saraiva & Teixeira, 2010, p. 103, in Rodrigues 2014, p.38).

Existem sempre limitações ao conceito de sistema, pois “(…) as organizações são constituídas por seres humanos que por vezes cometem erros, os processos produtivos e as tecnologias envolvidas são cada vez mais complexas, o que conduz a dificuldades (...) de interpretação e comunicação” (Ramos Pires, 2007, p. 39)

Ramos Pires (2007, p. 35 in Rodrigues, 2014, p.7) refere que o “SGQ proporciona às empresas uma abordagem sistemática de todas as atividades da empresa que podem prejudicar a qualidade”. Para ele, “o sistema de qualidade é um subsistema da gestão porque atribui recursos e responsabilidades de modo a que a organização para a qualidade se torne viável, efetiva e competitiva”. O SGQ, segundo o Modelo TQM, “coloca em evidência as atividades de prevenção para que haja “zero-defeitos”, como defendia Crosby”.

Do ponto de vista do autor Ramos Pires (2007, p. 42 in Rodrigues, 2014, p.8), existem “duas razões para implementar um SGQ – externa e interna”. “A razão externa relaciona-se com a confiança dada ao cliente *“(…) de que a qualidade está sendo alcançada”*. “A razão interna pretende transmitir confiança à gestão da empresa de que alcança a qualidade a custos mínimos”. Nesta medida, para que o SGQ seja implementado de forma eficaz, “é necessário o compromisso da gestão da empresa em garantir a qualidade e ultrapassar obstáculos que surjam no decorrer da implementação”. (Saraiva, 1994 in Saraiva & Teixeira, 2010 in Rodrigues, p.8). A norma ISO 9001:2008 simplificou em grande parte a burocracia dos sistemas de certificação.

São múltiplas as razões que levam as empresas a implementar um sistema de gestão da qualidade, como refere ISO (2010).

O **SGQ** é definido por Pereira & Requeijo (2008, in Saraiva & Teixeira, 2010, p. 103, in Rodrigues 2014, p.7) como um sistema *“(…) que compreende a estrutura organizacional, responsabilidades, processos e recursos necessários para implementar a Política da Qualidade e concretizar os objetivos preconizados pela organização”*. (Rodrigues, 2014, p.7)

É visto, geralmente, como algo que vem ajudar uma organização que o implementa a ter “mais qualidade”. Segundo Pires (2016), o Sistema de Gestão da Qualidade é o conjunto de procedimentos organizacionais capazes de transmitirem a máxima confiança de que um determinado nível da qualidade, está a ser alcançado ao mínimo custo.

Carpinetti defende que, a gestão da qualidade só se completa se for estabelecido um ciclo virtuoso de medição dos resultados e ações de melhoria”, como a melhoria contínua da qualidade. (Carpinetti, 2016, p. 51).

“Um sistema de gestão da qualidade é a forma como a organização dirige e controla as atividades que estão relacionadas direta ou indiretamente a atender as exigências dos clientes. Em linhas gerais, consiste na sua estrutura organizacional, juntamente com o planeamento, processos, recursos e documentos que usa para atingir os seus objetivos de qualidade, para atender às necessidades do seu cliente e proporcionar uma melhoria do seu sistema de gestão da qualidade e, assim, eventualmente, a melhoria dos seus produtos” (ISO, 2010).

O SGQ implica vantagens para as empresas, pois demonstra o modo de gestão das mesmas através de áreas diferentes como:

“(…) a análise de dados provenientes das medições aos processos e produtos; a avaliação dos clientes; as auditorias internas ou externas; as não conformidades e o produto não conforme; as

reclamações internas e externas; e o acompanhamento e verificação da eficácia das ações corretivas, preventivas e de melhoria desencadeadas” (Saraiva & Teixeira, 2010, p. 103, in Rodrigues, 2014, p.7).

Segundo a NP EN ISO 9001:2015, um sistema de gestão da qualidade abrange atividades que permitem à organização projetar os seus objetivos, delimitar os processos para obter os resultados desejados e administrar os processos e recursos que interagem entre si, necessários para oferecer valor e obter resultados para as partes interessadas. A implementação deste tipo de sistemas tem como intenção planejar, executar, monitorizar e melhorar as diferentes atividades de uma organização, tendo em conta as necessidades e expectativas das diferentes partes interessadas (ISO 9001:2015).

2.1.1 AS NORMAS DE GESTÃO DA QUALIDADE

Com o objetivo de melhorar a qualidade de produtos e serviços, a ISO, é uma das maiores organizações que desenvolve normas no mundo, e foi criada a partir da união da *International Federation of the National Standardizing Associations (ISA)* e a *United Nations Standards Coordinating Committee (UNSCC)*. Assim, a ISO começou a funcionar oficialmente no ano de 1947. (APCER, 2015, p. 24)

Para implementar a gestão da qualidade certificada, as organizações podem utilizar o modelo de gestão da qualidade ISO 9001:2015 (ISO,2015).

Os sistemas de certificação da qualidade com base na norma ISO 9001:2000 e ISO 9001:2008, apenas exigem os requisitos mínimos para as empresas se certificarem, e embora estas normas estejam muito centradas no produto já incorporam, de forma mais explícita, a necessidade de satisfazer os requisitos dos clientes (Lopes e Capricho, 2007 e Santos e Álvarez, 2007). Estas normas foram atualizadas pela nova norma ISO 9001:2015.

É de ter em conta que a norma ISO 9001:2015 especifica os requisitos para um Sistema de Gestão da Qualidade (SGQ), no qual uma organização necessita de demonstrar a sua capacidade para, ao mesmo tempo, fornecer produtos/serviços que satisfaçam os requisitos dos clientes e que cumpra as leis e regulamentação em vigor. Esta norma também tem como objetivo melhorar a satisfação do cliente através de uma aplicação eficiente do sistema.

Existe uma família de normas de gestão da qualidade, designadamente, as que são usadas como documentos contratuais, destacamos a ISO 9001; cujos requisitos permitem certificar e as que estabelecem orientações para que o sistema de qualidade se desenvolva, por exemplo a ISO 9004 (Ramos Pires, 2007).

Assim, destacamos as seguintes normas ISO da família da qualidade (Apcer 2015):

- **NP EN ISO 9000** - Sistema de Gestão da Qualidade (Fundamentos e Vocabulário) - documento que contém todos os termos utilizados no sistema;
- **NP EN ISO 9001** - Sistema de Gestão da Qualidade (Requisitos) - explica os requisitos para obter a certificação;
- **NP EN ISO 9004** - Gestão para o Sucesso Sustentado de uma Organização (Uma abordagem de Gestão da Qualidade) - é um documento com instruções para implementar o Sistema de Gestão da Qualidade.

As **normas ISO 9000, 9001 e 9004** são as principais normas relacionadas ao modelo de gestão da qualidade. Essas normas são utilizadas por empresas que querem utilizar sistemas de gestão e serem certificadas por meio desse organismo internacional.

As atividades de gestão estabelecidas na ISO 9001 focam a responsabilidade da gestão de topo para (Carpinetti, 2016):

- Comandar o processo de gestão da qualidade;
- Planear os objetivos e elaborar planos de ação, de revisão e de suporte para as atividades de gestão da qualidade;
- A gestão da qualidade na operação de produção, avaliação de desempenho
- Melhorar os processos de gestão.

Estas responsabilidades e as atividades a desenvolver são os chamados requisitos do sistema de gestão. Por isso, para a obtenção do certificado ISO 9001 é indispensável que se façam cumprir as responsabilidades acima descritas.

É de referir que a norma ISO 9001:2015, tal como a norma ISO 9001: 2008 (já revogada) visa a certificação de sistemas de gestão da qualidade de organizações. Estas

normas não estão diretamente relacionadas com a demonstração da capacidade da organização para garantir a qualidade do produto (Pires, 2010; ISO, 2015).

A NP EN ISO 9001: 2015, tal como a norma NP EN ISO 9001:2008, é a norma que define as cláusulas (obrigações) que uma organização deve cumprir para implementar um Sistema de Gestão da Qualidade. Esta norma serve de base para a avaliação de conformidade no caso de uma organização requerer a certificação. Muitas das vezes esta norma é designada como norma de referência. Para garantir o seu funcionamento eficaz, uma organização “necessita de identificar e gerir numerosas atividades interligadas. Uma atividade onde se utilizam recursos, e é gerida de modo a permitir a transformação das entradas em saídas, pode ser considerada como um processo. Frequentemente a saída de um processo constitui diretamente a entrada do seguinte (Apcer, 2015).

Nesta norma são identificados alguns processos fundamentais, tais como processos para a provisão de recursos de implementação de um SGQ, definindo-se assim a própria sequência e interação entre os processos. Mas também tem em conta a eficácia da operação e o controlo dos processos. Para isso, prevê a monitorização, a medição e a análise dos processos que fazem parte do SGQ, o qual lhe permitirá a implementação das ações necessárias para obter resultados e a melhoria contínua dos processos e do próprio SGQ que a organização implementar (Quintela, s.d.)

A. Estrutura da NP EN ISO 9001: 2015

A revisão da norma ISO 9001 para a versão 2015 trouxe diversas alterações.

Foi com a preocupação assente na gestão de risco e na satisfação dos stakeholders que se propuseram as alterações à ISO 9001:2008.

Se compararmos as versões 2008 e 2015 da norma ISO 9001, verificamos que foram introduzidas importantes revisões na estrutura dos requisitos. Além disso, “foram introduzidos conceitos novos, e a estrutura foi alterada para responder à decisão de todas as normas sobre sistemas de gestão da ISO seguirem uma estrutura harmonizada e facilitadora da integração de sistemas” (Pires, 2016, p. 69).

É necessário referir que a NP EN ISO 9001:2015 utiliza uma estrutura de alto nível harmonizada. Esta nova estrutura foi desenvolvida pelo Grupo Conjunto de Coordenação Técnica da ISO e publicada no Anexo SL das Diretivas ISO. A ISO transporta, assim, a ISO 9001 para uma

“estrutura de alto nível” (BSI Group, 2015, p. 2), estabelecendo um padrão para a sequência de cláusulas, texto e terminologia.

O período de transição da norma foi de três anos a partir da data de publicação da nova versão, NP EN ISO 9001:2015. Assim sendo, visto que o início da norma NP EN ISO 9001:2015 foi em setembro de 2015, o seu término terá sido em setembro de 2018. As certificações pela NP EN ISO 9001:2008 deixaram de vigorar a partir do final setembro de 2018 e a partir do mês de março de 2017 passaram a ser aceites certificações com base na NP EN ISO 9001:2015.

O objetivo da nova revisão é aumentar a compreensão de uma organização para a necessidade de cumprir as suas responsabilidades e compromissos assumidos, tendo em vista a satisfação das necessidades e expectativas dos seus clientes e partes interessadas; e, não menos importante, atingir os seus objetivos quanto aos produtos e serviços.

Como referido, também foram introduzidas alterações no que concerne à terminologia.

ISO 9001:2015 elucida-nos que as organizações não são obrigadas a desenvolver um sistema de gestão com a estrutura proposta, mas é necessário que todos os requisitos sejam tidos em consideração.

Outra alteração importante foi a adoção do conceito de risco. Segundo a ISO 9000:2015 (p. 28), risco é “o efeito da incerteza nos resultados”. Embora a noção de risco já estivesse presente na norma ISO 9001, o conceito é agora utilizado implicitamente e num sentido mais amplo, considerando que as organizações devem atender às oportunidades e aos riscos no planeamento do SGQ.

A não indicação de um representante da administração como requisito é outra das alterações encontrada na nova norma. Com a introdução desta alteração, a ISO pretende que se compartilhe responsabilidades sobre o sistema, visto que, num sistema de qualidade, existe a necessidade de se definir responsabilidades e explicitação de papéis, por parte dos diferentes elementos organizacionais. Relativamente aos procedimentos documentados, a ISO 9001:2015 estabelece que a organização deve manter procedimentos e instruções na medida da sua necessidade, deixando cair dois requisitos anteriores: a exigência no controlo dos produtos não conformes e a auditoria interna (Carpinetti, 2016).

A adequação desta norma a uma realidade avançada permitirá uma melhor adequação da mesma às mais variadas empresas, sejam elas de pequena ou grande dimensão, e que operem no ramo fabril ou de prestação de serviços. Além disso, a sua implementação será uma maisvalia no que respeita à qualidade de uma organização.

A norma ISO 9001:2015 foca a adoção da abordagem por processos para desenvolver, implementar e melhorar a eficácia de um SGQ, o que leva ao aumento da satisfação do cliente e ao cumprimento dos seus requisitos. A implementação da abordagem por processos num SGQ permite

(ISO 9001:2015, p. 8, in Apcer 2015): a compreensão e a satisfação consistentes dos seus requisitos; a consideração dos processos em termos de valor acrescentado; a obtenção de um desempenho eficaz dos processos; a melhoria dos processos baseada na avaliação de dados e de informação.

O principal foco é conservar a relevância no mercado ao (BSI Group, 2015, p. 2): Permitir integração com outros sistemas de gestão; Prover uma abordagem integrada para a gestão organizacional; Prover uma base consistente para os próximos anos; Pensar os ambientes, cada vez mais complexos, em que as organizações atuam; Assegurar que o novo padrão satisfaz as necessidades de todos os grupos de potenciais utilizadores; Aumentar a capacidade da organização para atender as necessidades dos seus clientes.

A NP EN ISO 9001:2015 passa, então, a ter a seguinte estrutura: Cláusula 1 - Objetivos e campo de aplicação; Cláusula 2 - Referências normativas; Cláusula 3 - Termos e definições; Cláusula 4 - Contexto da organização; Cláusula 5 – Liderança; Cláusula 6 – Planeamento; Cláusula 7 – Suporte; Cláusula 8 – Operacionalização; Cláusula 9 - Avaliação de desempenho; Cláusula 10 – Melhoria.

Podemos concluir que quantos mais requisitos fizerem parte da cultura de uma organização, mais eficaz será a implementação de um sistema de gestão de qualidade (Carpinetti, 2016).

B. ISS (Instituto da Segurança Social)

O Instituto da Segurança Social (ISS), “baseou- nas disposições da norma ISO 9001:2000 – Gestão da Qualidade dos serviços, normas da família ISO 9000; na norma ISO 22000 – Gestão da Segurança Alimentar e na diversa legislação que se aplica à qualidade dos equipamentos e simplificação de procedimentos de licenciamento e funcionamento das respostas sociais” (Claro, 2006; Henriques et al., 2009, in Rodrigues, 2014, p.37)

Neste sentido, *“o objetivo do ISS é que as Respostas Sociais procurem a excelência dos seus serviços, garantam a sua sustentabilidade através da qualidade, se preocupem com a sua viabilidade através da mudança organizacional e fortaleçam uma identidade que melhor responda às necessidades das suas comunidades”* (R. Borges, 2008, p. 19 in Rodrigues, 2014, p.37). *“Por forma a garantir o bem-estar dos seus clientes, bem como para atingir a solidez, eficiência e rigor da própria, a qualidade das respostas sociais é uma necessidade presente nas instituições”* (Guterres et al., 2010; Silva, 2010 in Rodrigues, 2014, p.40)

A qualidade é então um *“(...) projeto [que] dignifica os profissionais e dirigentes e reforça os ganhos alcançados na qualidade de vida das pessoas, famílias e comunidade servida, constituindo uma referência no enquadramento europeu dos serviços sociais”* (Pereira, 2013, p. 37 in Rodrigues, 2014, p.40).

C. O modelo EQUASS

As instituições sociais podem obter certificação da qualidade através do modelo **EQUASS**, “(...) European Quality in Social Services constitui uma iniciativa da (...) European Platform for Rehabilitation, que providencia serviços de carácter abrangente na área da certificação da qualidade, os quais se encontram em consonância com os requisitos europeus (...)” (APQ, s/d; Qualidade, s/d, in Rodrigues, 2014, p. 41).

Antunes (2013, p.34), refere que este modelo:

“(...) disponibiliza um conjunto abrangente de serviços na área do desenvolvimento, promoção, aprovação e certificação da qualidade, todos eles em conformidade com os requisitos Europeus para a qualidade da prestação dos Serviços Sociais”.

O modelo EQUASS justifica “o compromisso entre estes e a melhoria contínua” (Antunes, 2013; APQ, s/d, in Rodrigues 2014, p.41).

Antunes (2013, citado por Rodrigues, 2014, p. 41) considera três níveis de certificação: EQUASS Assurance (Certificação da Qualidade dos Serviços Sociais); o EQUASS Excellence (Certificação da Excelência nos Serviços Sociais) e o EQUASS Award.

A Certificação da Qualidade dos Serviços Sociais (EQUASS Assurance) é então:

“um programa de certificação vocacionado para garantia da qualidade e controlo de qualidade nos serviços sociais, que são entendidos como serviços orientados para as pessoas, de forma a assegurar respostas às necessidades humanas como a educação, formação profissional, apoio ao emprego, apoio a idosos, com exclusão dos serviços da área da saúde, e proteção face aos riscos gerais e específicos inerentes à vida (...)” (POPH, s. d in Rodrigues, 2014, p.41).

Permite às organizações que prestam serviços no sector social envolverem-se num processo de certificação externo, de reconhecimento a nível europeu, através do qual asseguram a qualidade dos seus serviços junto de clientes (utentes/pessoas servidas/utilizadores) e outras partes interessadas.

Este documento apresenta os critérios para a certificação da qualidade do EQUASS, baseado no “Common Quality Framework for Social Services of General Interest (CQF for SSGI)” (Plataforma Europeia de Reabilitação, Novembro 2010) e no “Voluntary European Quality Framework for Social Services of General Interest (VEQF for SSGI) of the Social Protection Committee” (Comité de Protecção Social, Outubro 2010).

O EQUASS Assurance garante um desempenho alinhado com os princípios da Qualidade EQUASS, com o CQF for SSGI e com os seus critérios fundamentais para a

garantia da qualidade, e com os requisitos estabelecidos pelo VEQF for SSGI. Assegura igualmente o desempenho operacional de um Sistema de Gestão da Qualidade, o qual constitui um dos requisitos básicos para a certificação de acordo com o EQUASS Excellence.

O presente documento tem a seguinte estrutura:

- a. Descrição dos Princípios de Qualidade do EQUASS
- b. Descrição das dimensões relevantes para a Certificação da Qualidade: breve justificação do motivo pelo qual os critérios são considerados relevantes
- c. Descrição dos critérios EQUASS Assurance
- d. Descrição dos Indicadores Chave do Desempenho

O EQUASS Assurance é personalizado para o sector social, e oferece uma abordagem abrangente baseada em critérios de qualidade e indicadores chave do desempenho, recorrendo a um questionário de verificação, utilizado quer na autoavaliação e auditoria interna realizada pelas próprias organizações, quer na auditoria externa de certificação. Após a organização submeter a sua candidatura, através da Ficha de Registo, e enviar o questionário de auto-avaliação devidamente preenchido, é realizada uma visita ao(s) local(ais) a certificar para auditoria externa.

Uma organização que cumpra todos os critérios do EQUASS Assurance será certificada por um período de 2 anos. O processo é supervisionado pelo Comité de Certificação do EQUASS.

Este sistema fundamenta-se em dez princípios, designadamente na:

1. Liderança- As organizações evidenciam liderança dentro do sector social, internamente através de boa governação e dentro da comunidade através da projeção de uma imagem positiva, desafiando as baixas expectativas existentes, encorajando as melhores práticas, assegurando uma utilização mais eficiente dos recursos, fomentando a inovação, e contribuindo para a criação de uma sociedade mais aberta e inclusiva.

2. Recursos Humanos- As organizações que prestam serviços sociais lideram e gerem os seus colaboradores e o respetivo desempenho de forma a alcançar os objetivos organizacionais e assegurar uma prestação de serviços centrada no cliente/utilizador. Estão comprometidas com o recrutamento e promoção de pessoal qualificado, baseando-se nos conhecimentos, capacidades e competências requeridas. Promovem uma cultura de envolvimento, desenvolvimento e aprendizagem contínua dos seus colaboradores para benefício das pessoas servidas e outras partes interessadas. A organização promove a saúde,

segurança e bem-estar dos seus colaboradores, proporcionando condições de trabalho apropriadas.

3. Direitos- As organizações prestadoras de serviços sociais comprometem-se com a promoção e a defesa dos direitos dos clientes (utentes/pessoas servidas/utilizadores), em termos de igualdade de oportunidades, igualdade de tratamento e liberdade de escolha, autodeterminação e participação equitativa. Asseguram o consentimento informado e a adoção de ações positivas e não-discriminatórias dentro dos seus próprios serviços. Este compromisso está presente em todas as fases do desenvolvimento e prestação dos serviços e nos valores da organização.

4. Ética- As organizações prestadoras de serviços sociais funcionam com base num Código de Ética que respeita a dignidade dos clientes (utentes/pessoas servidas/utilizadores), suas famílias e cuidadores, protegendo-os de riscos indevidos, que especifica os requisitos de competência dentro da organização, e promove a justiça social.

5. Parcerias- As organizações que prestam serviços sociais atuam em parceria com entidades públicas e privadas do sector, empregadores e representantes dos trabalhadores, entidades financiadoras e clientes (utentes/pessoas servidas/utilizadores), organizações representativas, grupos locais, famílias e prestadores de cuidados, para criar um contínuo de serviços, alcançando níveis mais eficazes de impacto dos serviços e uma sociedade mais aberta e inclusiva.

6. Participação- As organizações que prestam serviços sociais promovem a participação e inclusão dos seus clientes (utentes/pessoas servidas/utilizadores) em todos os níveis da organização e dentro da comunidade. As organizações envolvem os clientes (utentes/pessoas servidas/utilizadores) como membros ativos das suas próprias equipas de trabalho. Com vista ao aumento da participação e inclusão equitativa as organizações devem facilitar o empowerment dos clientes (utentes/pessoas servidas/utilizadores). Trabalham em colaboração com entidades e grupos representativos de apoio à defesa, eliminação de barreiras, ensino público e promoção ativa da igualdade de oportunidades.

7. Orientação para o cliente (utentes/pessoas servidas/utilizadores) - As organizações que prestam serviços sociais implementam processos com vista à melhoria da qualidade de vida dos clientes (utentes/pessoas servidas/utilizadores), baseados nas necessidades dos clientes (utentes/pessoas servidas/utilizadores) e de outros potenciais beneficiários. Respeitam o seu contributo individual envolvendo-os na sua autoavaliação, na avaliação dos serviços que lhes são prestados e demonstram a criação de valor e os objetivos dos serviços tendo em conta o ambiente físico e social em que estão inseridos

8. **Abrangência-** As organizações que prestam serviços sociais asseguram aos clientes (utentes/pessoas servidas/utilizadores) o acesso contínuo a serviços holísticos e baseados na comunidade, valorizando a contribuição de todos os clientes (utentes/pessoas servidas/utilizadores) e potenciais parceiros, incluindo a comunidade local, empregadores e outras partes interessadas, atuando desde a intervenção precoce, ao apoio e acompanhamento continuado. Os serviços deverão ser prestados por uma abordagem de equipa multidisciplinar ou em parceria com outros prestadores de serviços e empregadores.

9. **Orientação para os resultados-** As organizações que prestam serviços sociais orientam-se para resultados, tanto em termos de como eles são percebidos, nos resultados alcançados, e que benefícios proporcionam aos clientes (utentes/pessoas servidas/utilizadores), seus familiares, cuidadores, empregadores, outras partes interessadas e a comunidade em geral. Elas também aspiram alcançar maior valor para os seus compradores de serviços e entidades financiadoras. Os impactos dos serviços são medidos, monitorizados, e são elementos importantes dos processos de melhoria contínua, transparência e responsabilização

10. **Melhoria contínua-** As organizações que prestam serviços sociais são proactivas em ir ao encontro das necessidades do mercado, utilizando os recursos de forma mais eficaz, desenvolvendo e melhorando os serviços, promovendo a investigação e desenvolvimento para obter inovação. Desenvolvem estratégias eficazes de marketing e comunicação, valorizam o feedback dos clientes (utentes/pessoas servidas/ utilizadores), entidades financiadoras e outras partes interessadas e implementam sistemas de melhoria contínua da qualidade. (APQ, s/d).

O modelo Humanitude pode ser um complemento do modelo EQUASS da Segurança Social.

Em suma, vários autores (citados por Lopes e Capricho, 2007 e por Mendes, 2004) dos quais destacamos Crompton (2000), Tena (2001) Parasuraman et al. (1985,1991,1994), entre outros, referem o impacto positivo da qualidade na melhoria da satisfação de clientes internos e externos, na redução dos custos, no aumento da rendibilidade e da quota de mercado, o que contribui para a sustentabilidade económica da empresa.

Lopes e Capricho (2007), referem que à medida que os sistemas de gestão evoluem nas organizações os sistemas de qualidade também evoluem. Estes alargam o seu âmbito de

actuação externo para acompanhar a evolução, assistindo-se, à medida que os problemas da qualidade interna são resolvidos, à integração e ao desenvolvimento de outros sistemas, passando a organização a preocupar-se em controlar a qualidade de todos os sistemas envolvidos, como o sistema ambiental, o sistema de Segurança e Saúde e o sistema de RSC (Lopes e Capricho, 2007; Santos (coord.), 2005).

2.2 HUMANITUDE, O MÉTODO GINESTE E MARESCOTTI COMO FORMA DE CUIDAR

A metodologia humanitude pode assumir-se como uma mais-valia, na gestão da resposta às questões sociais, na realização de cuidados humanizados, oferecendo a possibilidade de dar um sentido ao cuidar.

A «Humanitude» surgiu assim, como um complemento aos sistemas de qualidade EQUASS, e como uma ferramenta de melhoria contínua para conseguir cuidar de pessoas, fazendo-as sentirem-se pessoas.

Neste sentido, e cada vez mais com o objetivo de se cumprir metas de qualidade, nomeadamente no que diz respeito à educação, formação e supervisão do pessoal que presta cuidados, torna-se fundamental a preparação e apoio destes profissionais para o desempenho de um papel eficaz na prestação dos mesmos. (Fitzpatrick & Roberts, 2004).

Assim, a metodologia humanitude exerce um papel fulcral, podendo ser considerada como uma metodologia específica da gestão da qualidade das respostas sociais.

Desde 1979 que Yves Gineste e Rosette Marescotti desenvolvem a Humanitude, com a vontade de melhorar a qualidade dos cuidados de saúde através da profissionalização da relação humana. Em 2011 foi criado o Instituto Gineste-Marescotti Portugal (IGM Portugal), inserido numa cooperativa de solidariedade social sem fins-lucrativos de utilidade pública, para implementar o projecto em Portugal.

O IGM Portugal é reconhecido pela qualidade dos seus serviços e pelo contributo na melhoria dos cuidados de saúde.

Esta metodologia baseando-se em princípios filosóficos antropológicos e humanistas promove o respeito pela pessoa cuidada. Fornece técnicas que profissionalizam e facilitam a relação entre o cuidador e a pessoa cuidada, favorecendo o estabelecimento de uma verdadeira relação de confiança (baseada em laços e afectos e não no poder e autoridade), e assim promovendo o bem-estar da pessoa cuidada, por ser bem tratada, e do cuidador, por estar a prestar um cuidado de excelência. (Phaneuf, 2007; Gineste e Pellisier, 2007; Simões, Rodrigues e Salgueiro, 2008; Simões, Rodrigues e Salgueiro, 2011).

O cuidado deve tranquilizar e promover a confiança, mobilizando de uma forma integrada os pilares da humanitude: a verticalidade, o olhar, a palavra, o sorriso, o toque e o vestuário (Simões, Salgueiro & Rodrigues, 2008).

Assim, neste ponto começaremos por definir o conceito de Humanitude, e posteriormente explicar cada um dos seus pilares.

2.2.1 O SURGIMENTO DO CONCEITO E SEU DESENVOLVIMENTO

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

Albert Jaquard, (1986, 1988), na sua obra *L’Héritage de la liberté: de l’animalité à l’Humanitude*, desenvolve com esta palavra um princípio filosófico para se referir não só às semelhanças entre os humanos independentemente da cor da pele, mas fundamentalmente à intersuficiência do Homem em ligação ao outro, numa perspetiva ecológica.

Do ponto de vista prático, de acordo com o autor, a humanitude representa o tesouro de compreensões, de emoções e sobretudo de exigências que existe graças a nós e que desaparecerá se nós desaparecemos, pelo que o Homem tem a tarefa de aproveitar esse tesouro, já acumulado, e continuar a enriquecê-lo (Jacquard, 1987). Ou seja, o saber dos cuidados do método “Humanitude” enfatiza o valor da ligação relacional e fator humano (Simões, Rodrigues & Salgueiro, 2008).

Gineste e Marescotti (2007) evidenciam-se pelo contributo de cuidados neste método (Humanitude) - Método Gineste e Marescotti (MGM). Este foi oriundo da sua vasta experiência adquirida e de vários estudos realizados.

O MGM tem dado testemunhos da sua excelência, através de cuidados onde o valor dignificante do gesto está simultaneamente conjugado à técnica e ao calor humano (Phaneuf, 2007).

Conservar os padrões de humanitude em pessoas dependentes e vulneráveis é inerente à natureza de quem cuida (Rappo, 2007) e é essencial à construção do humano (Simões, Rodrigues & Salgueiro, 2011).

Segundo Simões, Rodrigues e Salgueiro (2012), o MGM tem revelado ganhos indelutáveis na recuperação da qualidade de vida de doentes idosos acamados, com

demência e outras situações de fragilidade. Verificou-se, ainda, uma diminuição acentuada de episódios de comportamentos agressivos perturbadores que os autores designam de Comportamentos de Agitação Patológica (CAP), que consistem numa forte oposição quer verbal (gritos, insultos) quer física (bater, morder, arranhar) perante os cuidados e detetou-se que quando ocorrem são menos intensos e menos duradouros, bem como, uma menor oposição aos cuidados. Estes contributos em bem-estar e acalmia, facultam um ambiente de serenidade na realização dos cuidados, que aliado a uma série de técnicas de manutenção, se reflete positivamente na saúde dos cuidadores, na satisfação dos técnicos e no sentimento de realização profissional dos mesmos. Consequentemente, verifica-se uma redução significativa da taxa de absentismo, por esgotamento profissional e lesões laborais do tipo músculo-esqueléticas, nas instituições onde está implantado o MGM.

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

Neste método são inicialmente executadas intervenções formativas, em contexto de cuidados reais, abrangendo todos os intervenientes, diretos ou indiretos, nos cuidados, a começar pelos dirigentes. É introduzido no terreno um grupo de acompanhamento. Outro de referentes, que são recrutados pelo seu perfil para esta função, de entre os que fizeram a formação em humanidade. Recebem formação especial, formação de referentes, muito focada nas técnicas suaves de manutenção, a fim de no terreno as implantarem e procederem à correção de técnicas inadequadas (Instituto Gineste Marescotti Portugal, 2012).

Relativamente ao MGM, o Instituto Gineste Marescotti (2012) na sua página *online*⁵, faculta-nos uma breve síntese histórica onde especifica o surgimento da referida metodologia.

Em 1979, dois professores de ginástica, Yves Gineste e Rosette Marescotti foram convidados a ministrar a formação dos cuidadores de um hospital, sobre «técnicas de manutenção» a fim de mobilizar, transferir e deslocar doentes (sobretudo com problemas dorso lombares, que eram frequentes naquela instituição). Nesta intervenção, os autores, observaram que os doentes deixados no leito passavam rapidamente para o imobilismo, com alteração rápida do seu estado geral. Estes doentes que lhe eram apresentados com Alteração do Estado Geral (AEG), entre três dias a três semanas tornavam-se acamados, com todo um

⁵ <http://www.humanitude.pt/pt/inicio>

conjunto de degradações resvalando para a morte. Gineste e Marescotti concebem, a partir da referida experiência, o conceito e o documento «Viver e morrer de pé» (1982). Observando e questionando chegam a conclusões como a de que os cuidados de higiene (banho no leito) eram executados como os que haviam sido ensinados há muitos anos atrás, baseados em princípios já desatualizados. Na verdade, os cuidadores demonstravam não dispor de outras técnicas alternativas, o que evidenciava o muito trabalho que haveria a desenvolver.

Estes autores empenharam-se em estudar também outros tipos de cuidados que foram pondo em prática. A observação atenta revelou-lhes a pobreza de olhares e de palavras recebidos pelos doentes e do toque que não passava de utilitário. Por exemplo, a média de comunicação de um doente idoso com perda das suas capacidades cognitivas foi de 120 segundos (equivalente a 10 palavras) em 24 horas, sendo que algumas fitas magnéticas utilizadas em gravações, desenvolvidas num dos seus estudos de investigação prática, ficaram virgens. Destas vivências, os autores, concebem a metodologia de cuidados a que chamam na altura «manutenção relacional» (Gineste & Marecotti, 1985). Este estudo foi repetido revelando, igualmente a pobreza da palavra, dos olhares, dos sorrisos, do toque não utilitário, que denominam toque-ternura.

Os estudos sistemáticos permitem-lhes conceber a captura sensorial e diminuir entre 75 e 90 % os, então, designados «Comportamentos Agressivos Perturbadores» (CAP), que viriam a ser substituídos pela designação «Comportamentos de Agitação Patológica».

Gineste e Marecotti (1998), chegaram à conclusão que a ausência de comunicação verbal advém do nosso esquema de comunicação natural, retroalimentado pelo feedback, criando o conceito técnico de auto-feedback para os doentes a que chamam «acomunicativos». A Filosofia Humanidade foi, assim, concebida através da experiência acumulada nas vivências quotidianas, nas inúmeras observações e estudos. Respondendo a um desafio da Associação para a Saúde e a Segurança no Trabalho do Setor Assuntos Sociais (ASSTSAS) relacionado com os problemas de saúde e com as agressões que os cuidadores sofrem dos doentes deslocam-se ao Canadá. E aí propõem uma mudança de perspetiva a começar pela mudança de denominação de “Comportamentos Agressivos Perturbadores” para “Comportamentos de Agitação Patológica”, como acima referido, e de «Síndrome de Imobilização» para «Síndrome de Imobilismo».

Nestes contactos com o Canadá surge a sugestão de protegerem a Metodologia e a Filosofia da humanidade, registando-a, para que fosse preservado o seu nível de qualidade e

criassem os IGM. Assim, foram criados os Institutos Gineste-Marecotti, cuja missão é formar e divulgar a metodologia, velando para que esta continue a evoluir e não se adultere.

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

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

2.2.2 AS DIMENSÕES DA HUMANITUDE

Esta metodologia, bastante objetiva e simples de operacionalizar, estabelece um paralelismo entre o desenvolvimento das nossas capacidades como humanos através dos tempos e das diversas vertentes da nossa vida nos dias de hoje. É orientada para o sentido profundo de ações/cuidados de saúde que prestamos ao outro em situação de dependência.

Mostra-nos como o olhar partilhado, o sorriso, o toque, podem ser fundamentais na comunicação e relacionamento interpessoal. Mostra-nos também o poder da palavra como geradora de pensamentos e comportamentos ao serviço do cuidar (Galvão, Gomes e Pereira, 2012, p.89).

A estimulação dos pilares de humanitude tem de ser mantida na prestação de cuidados, mesmo que as pessoas doentes não sejam capazes de olhar, falar, tocar, sorrir, verticalizar, vestir... pois permitem a continuidade da comunicação entre as pessoas em relação de cuidados.



FIGURA 1-PILARES DA METODOLOGIA HUMANITUDE

Galvão, Gomes e Pereira (2012), apoiados em Phaneuf (2002), referem que na aplicação desta metodologia, cada um dos seus pilares assume extrema importância.

A) A “**verticalidade**”, característica que define o homem é essencial para a manutenção da sua qualidade de vida, devendo o cuidador possibilitar que o utente permaneça “de pé” o maior número de horas possível. Sabemos já há muito tempo que é importante fazer as pessoas idosas mexerem-se, levantarem-se e, se possível, de os incitar a andar desde que as suas forças lho permitam. Estamos bem ao corrente que esta posição facilita o funcionamento cardíaco e a circulação, estimula o apetite, favorece a digestão, a eliminação urinária e intestinal, o metabolismo ósseo, o bom estado da pele, a percepção do esquema corporal, o tónus muscular e psicológico, etc. Mas desconhecíamos que a posição vertical é necessária porque ela está desde o alvor da humanidade essencialmente ligada à nossa constituição humana. Segundo os autores Gineste e Pellissier (2008) o cuidar deve promover o maior tempo possível a verticalidade, “*mourir debout*” isto é, fazer os possíveis para manter o doente de pé, a andar, contrariando a tendência de limitação motora, e de uma postura anquilosante, não permitindo que o utente perca totalmente a sua independência, um elemento essencial para a sua qualidade de vida.

B) O “**toque**”, por vezes alivia mais do que qualquer palavra. Sendo o gesto afetuoso um ato de encorajamento e conforto. Para as pessoas idosas, que sofram de um problema físico, de uma perturbação de saúde mental ou de uma dificuldade cognitiva, a tomada de percepção de uma presença perto deles através do toque, adquire uma enorme importância. Em cuidados diretos abordamos os corpos através do contacto da mão, tornando-se uma forma de linguagem. O toque mostra que estamos a ouvir a pessoa, que compreendemos o seu sofrimento e que lhe prestamos atenção; ele pode tranquilizar, apoiar, encorajar e manifestar a nossa empatia. Mas a nossa falta de atenção ou o facto de estarmos apressados, podem também ser percebidos nos nossos gestos, que então comunicam frieza, indiferença ou brusquidão. Tudo depende do sentido que queremos dar aos nossos cuidados (Phaneuf, 2002). Este contacto é essencial ao nosso desenvolvimento humano, à conservação da nossa autoestima e ao nosso bem-estar. Mas em relação às pessoas idosas institucionalizadas, a sua importância é ainda maior pelo calor que a mão cuidadora pode levar-lhes, ao mesmo tempo que lhes leva o alívio, o sentimento de segurança e o reconforto.

C) O “**olhar**” revela-se de muita importância, isto porque é no olhar dos outros que nos apercebemos de quem somos e o que valemos, desenvolvendo assim a nossa identidade. Pelo sentido primordial da nossa presença junto das pessoas idosas, o olhar do cuidador é

particular. É revelador da nossa aceitação do outro e da nossa abertura ao seu sofrimento. Para o residente institucionalizado o olhar da cuidadora pode captar a sua atenção e confirmar a sua dignidade de ser humano. Apesar deste olhar positivo ser importante para todos é essencial nos doentes psiquiátricos, nas pessoas idosas ou as que estão em fim de vida.

D) O “**sorriso**” é tido como uma terapia natural que possibilita a desdramatização de situações de sofrimento do doente, ajudando a restabelecer a sua autoestima e bom humor, sentindo-se este, assim, mais alegre e mais fortalecido. O sorriso e o riso são importantes no desenvolvimento normal de um ser humano, mas eles são-no do mesmo modo nas nossas vidas de adultos. O sorriso do cuidador é um sinal de abertura, de disponibilidade para com o outro que provoca, com o relaxamento dos músculos da cara, uma certa descontração do corpo benéfica para os dois interlocutores. O sorriso manifesta o prazer do reencontro e a vontade de partilhar em conjunto um momento.

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

E) Os autores referenciam a “**palavra**” como sendo de especial importância, dado que a comunicação é tida como vital na existência humana. Na relação de cuidar, através do diálogo, as estratégias de intervenção podem ser aferidas entre o cuidador e o utente. A pessoa isolada, deixada a ela própria resvala rapidamente na desorganização mental e na confusão. É importante mostrar-lhe que seja qual for o seu estado, é suficientemente importante para que lhe dirijamos a palavra e a escutemos.

A palavra representa um apelo de humanidade que pode certamente fazer a diferença entre a estagnação e a evolução do indivíduo. O diálogo estabelecido entre o cuidador e o utente é essencial, pois só assim, poderão estabelecer quais as melhores estratégias para uma reabilitação de sucesso, e para que o doente possa exprimir o seu sofrimento, aliviando assim a sua tristeza (Pereira, Gomes & Galvão, 2012). Segundo Phaneuf (2010, p. 16), a palavra “é um meio que está sempre ao nosso alcance e cabe-nos a nós utiliza-lo adequadamente”, pois permite a ligação, entre o cuidador e a pessoa alvo dos cuidados.

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

na humanidade dos indivíduos (pessoas idosas e doentes). De acordo com a autora Phaneuf (2010, p. 18) o vestuário “tornou-se uma característica verdadeiramente humana, profundamente enraizada na nossa maneira de viver” (...) que não podemos negligenciá-la nos cuidados (...)”. Neste sentido importa acrescentar que a “apresentação exterior de um doente, a sua limpeza, o seu penteado correcto e, se necessário, uma maquilhagem discreta e uma barba bem-feita, são de facto atributos necessários à sua dignidade” (Phaneuf, 2010, p.18).

O “vestuário e os adornos” promovem conforto e promovem a nossa identidade juntos dos demais. Para os nossos doentes como para todos os humanos no decurso da nossa história a aparência é uma questão de valor estético, de higiene e de dignidade pessoal. Mas ela é também ligada à aceitação e à consideração dos outros. Uma pessoa negligenciada, que cheira mal não é fácil de aceitar. É aí que os nossos cuidados de higiene que nos parecem, por vezes, tão rotineiros e banais tomam toda a sua importância. Eles permitem à pessoa apresentar-se sob um melhor aspeto, sentir-se em conformidade com as exigências sociais do grupo ou do local, encontrar-se bem na sua pele e reencontrar a sua autoestima. Em suma, ver-se como um ser humano por inteiro, apresentável e aceitável para a pessoa e para a família.

G) No que concerne aos **cuidados com o corpo** podemos dizer que o conceito de humanidade reenvia-nos à fragilidade humana sempre em busca de apoio e proteção. O recém-nascido não pode suprir-se a si mesmo durante muito tempo, e num momento ou noutro da nossa vida, todos nós estamos limitados por problemas de saúde, depois evoluímos inevitavelmente para a velhice e para a morte. Em múltiplas ocasiões da nossa existência temos necessidade dos outros. Não há, portanto, possibilidade para nós senão na solidariedade e na entajuda. Porém, a teoria darwiniana da evolução fala-nos da impiedosa sobrevivência dos mais fortes. Contudo, algumas escavações arqueológicas demonstraram, que esqueletos pré-históricos, apresentando lesões e amputações, que tornariam a vida ativa e autónoma impensável, mostravam sinais de cura e de sobrevivência. Tal possibilidade só pode explicar-se pelos cuidados dos próximos. Estas descobertas mostram-nos que a preocupação para com os mais desprovidos está também enraizada na nossa evolução e que os cuidados são como o apogeu da concretização no quotidiano do conceito de humanidade. Isto evoca o nosso lento desenvolvimento como ser humano, mas também a dedicação aos outros.

2.2.3 A EDUCAÇÃO PARA A PRESTAÇÃO DO CUIDADO COM HUMANIDADE

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

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

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

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

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

A educação não-formal (em oposição à educação formal) é também uma atividade educacional organizada e sistemática, o facto de não ter um currículo único não significa que não seja um processo de aprendizagem estruturado, baseado na identificação de objetivos educativos, com formatos de avaliação efetivos e atividades preparadas e implementadas por educadores qualificados.

Contudo, apresenta um formato diferenciado no que diz respeito ao tempo e localização, número e tipo de participantes, equipas de formação, dimensões de aprendizagem e aplicação dos seus resultados (Pinto, 2005). Também a formação realizada em contexto de trabalho vai permitir uma maior aproximação entre os colaboradores e a sua realidade profissional, ao abordar as competências necessárias para o desempenho cabal da sua profissão.

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

Em face desta inadequação, é necessário desenvolver ações de formação e envolver nestas todos os intervenientes, diretos ou indiretos, a começar pelos dirigentes: proprietário do estabelecimento, diretor do estabelecimento, médico, enfermeiro, AAD, entre outros.

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

CAP. III - ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

Este capítulo tem como intuito dar conta do problema de investigação, seus objetivos e, ainda, a metodologia utilizada na recolha e tratamento dos dados. Neste sentido, o capítulo inicia-se com uma breve contextualização acerca da investigação, em seguida apresentar-se-á o objeto de estudo, a sua justificação e seus objetivos de pesquisa.

Ir-á abordar-se ainda a questão do método utilizado para a recolha de dados e da metodologia adotada para tratamento e análise dos dados obtidos.

3.1 CONTEXTUALIZAÇÃO

“Uma investigação é (...) algo que se procura” (Quivy & Campenhoudt, 1992, p. 29). Nesta medida, torna-se imprescindível estabelecer um fio condutor transparente e objetivo, para que se consiga estruturar e iniciar a investigação pretendida (Quivy & Campenhoudt, 1992).

Assim, e estabelecendo uma questão inicial de investigação, pode-se tentar *“(...) exprimir o mais exatamente possível o que procura saber, elucidar, compreender melhor”* (Quivy & Campenhoudt, 1992, p. 30). Pode então afirmar-se que é fundamental definir uma abordagem metodológica para precisar o nosso objeto de estudo, justificá-lo apropriadamente, bem como mencionar as técnicas a utilizar no decorrer da investigação (Quivy & Campenhoudt, 1992). Desta forma, e após a edificação de um quadro teórico de suporte explícito, constrói-se o problema de investigação elaborando uma pergunta de partida que deve ser clara e exequível e, acima de tudo, deve ir ao encontro dos conhecimentos teóricos abordados (Quivy & Campenhoudt, 1992), pois toda a pesquisa é sustentada pela teoria e nenhuma pesquisa consegue ser empírica no seu todo (Moreira, 1994).

De acordo com Moreira (1994, p. 19),

“toda a pesquisa é dependente da teoria: a pesquisa puramente empírica é virtualmente impossível. Ora, o papel da teoria é tornar visível o invisível, definir padrões e conferir significados aos tipos de observações que normalmente são efetuadas pelos investigadores sociais quando estudam as sociedades e as culturas. É importante, todavia, lembrar que o mundo social contém vários padrões diferentes dependendo do modo como é encarado (...). Compreender o mundo de diferentes maneiras é, aliás, um papel essencial da pesquisa social (...).”

Após a construção de um pilar teórico, parte-se para a metodologia que procura operacionalizar os pressupostos na qual a teoria se baseia.

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

3.2 TEMA - JUSTIFICAÇÃO

O título desta dissertação é a gestão de equipa prestadora de cuidados directos a idosos institucionalizados: Cuidar com Humanitude. O tema prende-se com a aplicação do método Humanitude na prestação de cuidados directos a idosos.

A motivação pela temática em apreço prende-se com o interesse da discente em estudar a importância que os cuidadores formais atribuem aos procedimentos cuidadosos humanitude. É uma temática que a mesma pretende continuar a investigar uma vez que considera este estudo inovador na área do Serviço Social, mais precisamente na área da geriatria, uma vez que é necessário, conforme procurámos dar conta nos capítulos anteriores, ter um certo tipo de cuidados com a população idosa.

A relevância e motivação para o desenvolvimento deste tema, em contexto institucional de pessoas idosas, prende-se também com o facto de a discente ser diretora técnica de uma residência sénior e trabalhar diariamente com uma equipa de ajudantes de ação direta. A discente considera que a formação em contexto institucional deve ter, pelas razões já discutidas, como princípio o método “humanitude” e ir além das técnicas de cuidados de saúde. Esta é uma filosofia de cuidados que liga ciência e consciência, que nos interroga sobre o que é uma relação de cuidados entre pessoas.

Tem como base o facto de o desenvolvimento tecnológico e de saúde assumirem cada vez mais nas instituições um perfil impessoal, levando ao desvio de atenção dos cuidadores da pessoa doente para a eficácia técnica, remetendo assim a relação humana para um segundo plano. Nas últimas décadas surgiu o conceito de Humanitude, uma filosofia do cuidar cujo

sentido assenta na prestação do cuidar, que respeita e se preocupa com a pessoa, que denuncia e procura combater a sua desumanização.

Para Gineste e Pellisser, a Humanidade é:

“uma filosofia de relação, uma filosofia prática que provém de três fontes indissociáveis: características da humanidade, valores éticos e cívicos e conhecimentos científicos actuais” (cit in Salgueiro, 2014:20).

3.3 QUESTÃO DE PARTIDA

A pergunta de partida consiste “*em procurar enunciar o projecto de investigação (...) através da qual o investigador tenta exprimir o mais exactamente possível o que procura saber, elucidar, compreender melhor*” (Quivy e Campenhoudt, 2005 p.32).

Qualquer investigação surge da descoberta ou resposta a uma situação considerada problemática, num determinado campo do saber ou praxis, numa perspetiva de contribuição para uma maior compreensão do fenómeno em estudo.

Assente nessa premissa, e partindo de uma progressão lógica definida na experiência profissional e académica e na revisão teórica e nos momentos de orientação, formulou-se a seguinte questão de investigação:

“Qual o contributo do método humanidade na prática profissional de ajudantes de ação direta em contexto de Residência de Idosos?”

3.4 OBJETIVOS GERAIS E ESPECÍFICOS

O objetivo de um estudo “*É um enunciado declarativo que precisa a orientação da investigação segundo o nível dos conhecimentos estabelecidos no domínio em questão*” (Fortin, 2003 p.100).

Neste sentido, para uma melhor noção do que se pretende alcançar com este projeto torna-se fundamental definir os objetivos a atingir com o mesmo. Assim, pode-se distinguir os objetivos gerais (a intenção central do projeto), dos objetivos específicos (formulados para consolidar o objetivo geral).

Segundo Espinoza (1986), os objetivos gerais “*são aqueles propósitos mais amplos que definem o quadro de referência do projeto*” (Espinoza 1986 in Serrano, 2008). Para além

disso, “descrevem grandes orientações para as ações e são coerentes com as finalidades do projeto, descrevendo as grandes linhas de trabalho a seguir” (Guerra, 2002).

Por sua vez, *“os objetivos específicos inscrevem-se, necessariamente, nos objetivos gerais e constituem especificidades mais precisas e restritas dos mesmos, identificando de forma clara e precisa o que se pretende alcançar com os projetos”* (Serrano, 2008).

Neste propósito, e tendo por base a questão de partida acima enunciada, estabeleceram-se dois objetivos gerais para a investigação:

- Perceber qual o contributo que o método humanidade pode ter na melhoria da prestação de cuidados a idosos institucionalizados,
- Aferir de que modo este é aplicado na prática profissional de ajudantes de ação direta em contexto de Residência de Idosos

Para operacionalizar os objetivos gerais, definiram-se ainda alguns objetivos específicos:

- Caracterizar a equipa de ajudantes de ação direta da estrutura residencial para pessoas idosas, em termos sócio-demográficos e profissionais;
- Conhecer as perceções dos ajudantes de ação direta sobre a metodologia do cuidar: humanidade;
- Conhecer a prática do cuidar dos cuidadores formais, integrando os pilares da humanidade (Palavra, Toque, Verticalidade, Olhar, Sorriso e Vestuário).

3.5 MÉTODOS E TÉCNICAS DE INVESTIGAÇÃO

Para concretizar os objetivos propostos é necessário contruir estratégias e métodos que possibilitem atingir os fins a que nos propomos, com maior eficácia. Por isso, na presente fase são definidos os meios para a realização da investigação, na qual o investigador determina como vai proceder para alcançar os resultados que vão de encontro aos objetivos de investigação (Fortin, 2009).

Deve ter-se em consideração que a metodologia a adotar no processo de investigação não segue uma receita universal, pois para cada investigação deve-se utilizar uma metodologia adequada ao estudo em causa.

A metodologia pode ser designada como *“o conjunto dos métodos e das técnicas que guiam a elaboração do processo de investigação ou parte de um relatório de investigação*

que descreve os métodos e as técnicas utilizadas no quadro dessa investigação” (Fortin, 1999 p, 372).

Logo podemos afirmar que o método é parte integrante e obrigatória na produção do conhecimento científico, pois confere as bases lógicas à investigação (Carvalho, 2009).

Neste sentido, a perspetiva de abordagem escolhida para esta investigação baseia-se na metodologia quantitativa. A investigação quantitativa caracteriza-se por se expressar através de números (entidades abstratas que representam uma contagem, uma medição, um cálculo) (Ribeiro, 2010). Está relacionada com o levantamento de dados sobre as motivações de grupos concretos, em compreender e interpretar determinados comportamentos, opiniões e expectativas.

Os objetivos da investigação quantitativa consistem essencialmente em encontrar relações entre variáveis, fazer descrições recorrendo ao tratamento estatístico dos dados recolhidos, testar teorias e tirar conclusões.

A discente optou por este tipo de metodologia, pois prioriza apontar numericamente a intensidade e frequência com que os auxiliares de ação direta agem conforme a metodologia do cuidar em humanidade, perante os idosos.

Esta metodologia é precisa, prática e útil para decisões mais acertadas.

Assim, será utilizada como principal técnica de recolha, o inquérito por questionário às ajudantes de ação direta.

Usado por Weber desde os finais do século XIX, o inquérito por questionário, enquanto estratégia dominante da pesquisa social, surge a partir da segunda Guerra Mundial. Muito utilizado na investigação quantitativa, o inquérito por questionário é a técnica de construção de dados que mais se compatibiliza com a racionalidade instrumental e que tem predominado nas ciências e na sociedade em geral. Quer no caso da entrevista quer no caso do questionário, as questões apresentadas refletem o objetivo que se quer verificar, isto é, as hipóteses ou questões inerentes à investigação e, por este motivo, a primeira etapa ao elaborar estes instrumentos prendem-se com a designação adequada das variáveis, visto que constituem os conteúdos do que se pretende medir. Longe de ser uma simples e banal compilação de questões, a construção de um questionário exige do investigador um trabalho aturado de esforço e atenção. O inquérito por questionário consiste numa técnica de recolha que se apoia numa série de questões estandardizadas e pré-determinadas colocadas a um conjunto extenso de indivíduos, de acordo com uma formulação e uma ordem uniformes e previamente

estipuladas pelo investigador. O questionário tem por principais objetivos estimar grandezas «absolutas» e grandezas «relativas», descrever uma população e verificar hipóteses, sob a forma de relações entre duas ou mais variáveis (Moreira, 2007).

Quivy e Campenhoutd (1998) defendem que o questionário é um método especialmente adequado quer para conhecer uma população enquanto tal no que respeita em particular às suas condições e modos de vida, os seus comportamentos, os seus valores ou as suas opiniões, quer para analisar um fenómeno social que se julga poder apreender melhor a partir de informações relativas aos indivíduos da população em questão, quer para inquirir um grande número de pessoas e em que se levanta um problema de representatividade.

Visto tratar-se de um procedimento padronizado, o questionário deverá ser essencialmente constituído por perguntas fechadas ou de resposta fixa, embora sejam possíveis as perguntas abertas (de resposta livre). Uma vez que o investigador determinou previamente as diversas opções sugeridas, o sujeito limita-se a assinalar a (as) opção(ões) adequada(s) ao seu caso. As respostas deverão ser listadas verticalmente e codificadas numericamente de modo a facilitar a transferência da resposta verbal para um ficheiro informático, para posterior tratamento estatístico. Este facto implica que o investigador proporcione ao sujeito respondente um conjunto de opções exaustivo e dê indicações precisas quanto ao número de opções a assinalar.

Na verdade, as questões fechadas apresentam um mesmo quadro de referência para todos os respondentes. Para além disso, oferecem grande rapidez e comodidade de registo; criam a possibilidade de centrar as respostas dos sujeitos nas opções tidas como relevantes, permitem a facilidade da gravação das respostas no computador logo que terminada a recolha e asseguram a comparabilidade das respostas fornecidas. Todavia, os questionários apresentam, também, inconvenientes, nomeadamente, quando deixam de parte as alternativas relevantes não previstas pelo investigador, quando as alternativas propostas correm o risco de sugerir as respostas aos que não têm opinião formada sobre a área em estudo. As questões fechadas exigem, também, um conhecimento prévio e exaustivo por parte do investigador sendo que as opções de resposta podem não ter o mesmo significado para todos os respondentes. O questionário, adequado a estudos extensivos, ao medir determinados atributos de uma população, a partir de uma amostra tida como representativa, está, frequentemente, associado à investigação quantitativa, podendo ser conotado com o paradigma positivista na medida em que o investigador recorre a técnicas de análise estatística para o tratamento de dados.

Assim, este é constituído por três partes. Na primeira parte são efetuadas questões relativas à caracterização sociodemográfica e profissional dos cuidadores formais, nomeadamente: idade, sexo, habilitações literárias. As questões relativas à caracterização profissional são de resposta aberta relacionadas com o tempo de experiência profissional.

A segunda parte prende-se com o conhecimento acerca da metodologia de trabalho humanidade e visa perceber se as Agentes de Geriatria obtiveram conhecimento e formação acerca do mesmo.

A terceira parte do questionário tem como objetivo específico conhecer a prática do cuidar dos cuidadores formais, integrando os pilares da Humanidade. (conforme constante em Apêndice II)

Ou seja, o conhecimento das ajudantes de ação direta foi operacionalizado em dimensões assentes nos pilares da Humanidade, de acordo com os estudos de Simões, Salgueiro e Rodrigues (2011), apoiados em Gineste e Pellissier e Gineste e Marescotti.

Neste contexto, teremos o conhecimento das ajudantes de ação direta nas seguintes 6 dimensões:

- a) Palavra
- b) Toque
- c) Verticalidade
- d) Olhar
- e) Sorriso
- f) Vestuário/Conforto

A operacionalização de cada pilar/dimensão construiu-se de acordo com a grelha-Sequência Estruturada de Procedimentos Cuidativos de Humanidade (SEPCH), elaborada por Simões, Salgueiro e Rodrigues (2011). (Anexo I)

3.6 UNIVERSO E AMOSTRA

O investigador, na execução de uma pesquisa, necessita delimitar de forma precisa o universo ou população que a investigação abrange.

Segundo Fortin (1999), por população entende-se *“o conjunto de todos os sujeitos ou outros elementos de um grupo bem definido tendo em comum uma ou várias características e sobre a qual assenta a investigação”* (Fortin, 1999, p.373).

Para Campenhoudt & Quivy (1992) a amostra é tida como um subconjunto do universo ou população, por meio da qual se estabelece ou se estimam as características desse universo ou população. A amostra pretende saber algo sobre um grupo de maior dimensão do que aquele de que faz parte, o qual se designa por população e que não pode ser investigado na totalidade, por falta de tempo, ou de recursos.

De acordo com os objetivos da presente investigação define-se como universo todas as ajudantes de ação direta da Residência Sénior “Azáfama do Conforto de Santo André”.

Tendo em conta que nesta ERPI, trabalham vinte funcionárias, a amostra terá que ser igual ao Universo. Ou seja, a discente irá incluir neste estudo, todas as funcionárias que trabalham na instituição.

CAP. IV – APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

4.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

A caracterização da amostra em estudo resulta das entrevistas realizadas a 20 cuidadores formais de ambos os sexos, integrados na equipa multidisciplinar do Lar Azáfama do Conforto de Santo André.

Através das tabelas, representadas abaixo, podemos verificar que a esmagadora maioria dos cuidadores formais são do sexo feminino (95%), enquanto os cuidadores do sexo masculino correspondem apenas a 5%.

As características identificadas neste estudo vão de encontro à descrição feita por Colomé et al. (2011) e que refere que a tarefa de cuidar se encontra associada à figura feminina, o que deriva de raízes históricas, culturais, sociais e afectivas. A prática das mulheres no cuidado aos filhos, ao próprio marido e à casa levou a que a adaptação à tarefa de cuidar de idosos fosse de certa forma mais frequente e mais facilitada.

Relativamente à idade, a média situa-se nos 36 anos de idade, sendo que as idades são compreendidas entre os 23 e os 53 anos. Mais de metade dos profissionais inquiridos encontram-se na faixa etária superior aos 26 anos e poucos possuem mais de 50 anos.

Estes resultados indicam-nos que o Lar Azáfama do Conforto de Santo André incorpora profissionais com alguma idade.

Tabela 1- Caracterização das AAD's, quanto a idade, tempo de experiência e antiguidade na empresa

	Idade	Tempo Experiência	Antiguidade
Média	36,05	5,85	3,45
Mínimo	23	1	1
Máximo	52	25	12

Quanto ao tempo de experiência profissional dos cuidadores formais podemos observar que os mesmos têm, em média, menos de 6 anos de serviço, sendo que a maior parte desta foi adquirida na instituição em que trabalham actualmente (com uma antiguidade média de 3,45 anos). O lar foi inaugurado há cerca de 5 anos, e a discente assume o cargo de Diretora Técnica há cerca de 2 anos.

Quanto à nacionalidade, podemos observar na tabela 2, que existem funcionárias de nacionalidade portuguesa (45%), brasileira (30%), angolana (15%), e cabo-verdiana (10%). A maioria dos auxiliares de ação direta são casadas (55%).

Tabela 2- Caracterização sociodemográfica dos cuidadores entrevistados

		Frequência	Percentagem (%)
Sexo	Feminino	19	95,0
	Masculino	1	5,0
	Total	20	100,0
Estado Civil	Casada	11	55,0
	Divorciada	1	5,0
	Solteira	7	35,0
	Solteiro	1	5,0
	Total	20,0	100,0
Nacionalidade	Angolana	3	15,0
	Brasileira	5	25,0
	Brasileiro	1	5,0
	Cabo-verdiana	2	10,0
	Portuguesa	9	45,0
	Total	20	100,0
Habilitações	2º ciclo (até ao 9º ano)	7	35,0
	3º ciclo (até ao 12º ano)	9	45,0
	Licenciatura	4	20,0
	Total	20	100

O nível de escolaridade dos cuidadores é outro aspeto relevante e que necessita de ser tido em conta, pois segundo Ribeiro et al. (2008, citado por Colomé et al., 2011), a escolaridade pode ter influência no cuidado através da realização de atividades como o auxílio na toma da medicação, acompanhamento do idoso a consultas médicas, capacidade para compreender e transmitir orientações médicas, entre outros aspetos.

Sendo que a qualidade de vida do idoso se encontra em primazia no aspeto do seu cuidado, um cuidador com mais escolaridade poderá ser um fator positivo no melhor executar das atividades referidas. Assim, no que concerne ao grau académico a maioria dos cuidadores tem habilitações de ensino básico (35%) e de ensino secundário, o que corresponde 45%. A seguir, predomina os que possuem licenciatura, respeitante a 20%. Estes dados confirmam

aquilo que o autor refere, pois 45% dos cuidadores formais possuem habilitações até ao 12º ano, como se pode verificar na tabela em cima apresentada.

Podemos referir ainda que, na rede de cuidados formais, também, as capacidades de comunicação e cooperação dos cuidadores são aspetos importantes a ter em conta. A boa interajuda assim como um bom ambiente laboral poderão influenciar a qualidade de vida do cuidador e a qualidade dos trabalhos prestados aos idosos, de forma positiva (Ferreira, 2012).

4.2 O CONHECIMENTO DA METODOLOGIA DE TRABALHO HUMANITUDE

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

Tabela 3- Conhecimento acerca da metodologia de trabalho humanitude

	Frequência	Percentagem
Sim	16	80,0
Não	4	20,0
Total	20	100,0

Face à questão: “Já ouviu falar da metodologia de trabalho Humanitude?”. Podemos verificar através da tabela 3, que 80% (16) dos cuidadores formais já ouviram falar da metodologia de trabalho humanitude, enquanto 20% (4), revelaram nunca ter ouvido falar desta.

Relativamente aos 16 cuidadores que revelaram ter já algum conhecimento sobre esta metodologia procurámos ainda perceber de que forma obtiveram conhecimento desta, se tiveram ou não formação acerca, de quem partiu a iniciativa para ter formação e a avaliação que fazem acerca da importância da formação ministrada.

Assim, verifica-se que dos profissionais que têm conhecimento acerca da Humanitude, a grande maioria (14) obtiveram-no no próprio local de trabalho (lar), tendo apenas um dos cuidadores revelado ter tomado conhecimento acerca desta através da internet.

Tabela 4- Como obteve conhecimento da metodologia

	Frequência	Percentagem
Internet	1	6,25
no lar	14	87,5
n/r	1	6,25
Total	16	100,0

Tabela 5- Teve formação sobre a metodologia

	Frequência	Percentagem
Não	3	20,0
Sim	12	80,0
Total	15	100,0

Apesar disso, nem todos os cuidadores possuem formação específica sobre a metodologia. Como se pode constatar através da tabela 5, só 12 auxiliares de ação direta realizaram formação, havendo 3 (20%) que não realizaram qualquer formação.

Esta formação surgiu em quase todos os casos (91,7%) por iniciativa da empresa/lar - embora tenha havido um caso em que esta resultou da própria iniciativa do cuidador - com uma duração média de 10 horas, como ilustram as tabelas 6 e 7.

Tabela 6-Iniciativa da formação

	Frequência	Percentagem
Empresa	11	91,7
Próprio	1	8,3
Total	12	100,0

Tabela 7-Nº horas de formação

Média de horas:	10,54
Mediana:	12,0000

Todos estes 12 cuidadores que realizaram formação relatam que esta mudou as suas práticas de trabalho, como podemos verificar na tabela 8.

Independentemente do grau de conhecimento e do facto de terem ou não tido formação, foi ainda perguntado aos AAD se consideram que esta é importante para a qualidade dos cuidados prestados. Assim, 94,7% desta população dizem também que acham importante esta filosofia do cuidar. (Tabela 9)

Tabela 8- A sua prática mudou depois de obter esta formação?

	Frequência	Percentagem
Sim	12	100,0

Tabela 9- Importante a MTH?

	Frequência	Percentagem
Sim	18	94,7
Não	1	5,3

Na tabela 10 observam-se algumas respostas dadas pelos inquiridos, no que respeita à razão pela qual acham pertinente e importante esta metodologia, ilustrando os dados apresentados.

Assim, o cuidador nº1 (C1) destaca que a Humanidade contribui para a melhoria no bem-estar e satisfação da pessoa idosa. Esta resposta vai ao encontro daquilo que referem os restantes cuidadores. Sendo que o cuidador 9 e 12 mencionam que o mais importante é o respeito pelos mais velhos, permitindo que os cuidados atribuídos a estes façam com que vivam onde e como desejam. Também o cuidador 7 remete para a mesma ideia, afirmando que “devemos respeitar a pessoa conforme a sua vontade”. O cuidador 3 acrescenta que somos todos seres humanos e que não deve existir diferenças.

Através deste conhecimento, o cuidador 5, refere que através dos cuidados realizados e através de todo o conhecimento acerca da Humanidade, nos “tornamos mais cultos, pessoas melhores e mais informadas”.

Tabela 10- respostas dos cuidadores formais face ao conceito humanidade

C1	a humanidade contribui significativamente para uma melhoria no bem-estar e satisfação da pessoa idosa
C3	acima de tudo somos seres humanos, não devemos ter diferenças
C5	através do conhecimento tornamo-nos mais cultos e pessoas melhores, e mais informadas
C7	devemos respeitar a pessoa conforme a sua vontade
C9	é necessário cuidar do próximo porque um dia seremos como eles e queremos ser tratados com respeito
C12	o mais importante é respeitar o idoso, evitar a solidão e permitir que a pessoa viva onde e como deseja

4.3 APLICAÇÃO DOS PRINCÍPIOS DA METODOLOGIA DE TRABALHO HUMANITUDE NA PRESTAÇÃO DOS CUIDADOS

Neste ponto procurámos perceber, tendo em conta a experiência dos ajudantes de ação direta, o modo de atuação face a diversas situações, baseando-se no cuidar em humanidade. Operacionalizou-se através dos seus seis pilares: Palavra; Toque; Verticalidade; Olhar; Sorriso; Vestuário/Conforto.

Neste contexto, para obter as respostas e os respetivos resultados, os cuidadores formais basearam-se numa escala de 1 a 5. Em que 1- é “Nada Adequado”, 2- “Pouco Adequado”, 3- “Adequado”, 4- “Muito Adequado” e 5-“Ótimo”.

Pilar 1 - «Palavra»

No que reporta ao pilar palavra, apresentámos quatro afirmações para que os cuidadores refletissem e se pronunciassem sobre qual seria a sua atuação numa situação idêntica. São elas:

Palavra A	“Estudos indicam que a maioria dos prestadores de cuidados quando se dirige ao quarto do residente institucionalizado não bate à porta e quando o faz não espera pela resposta. Como prestador de cuidados qual a sua opinião sobre este comportamento?”
Palavra B	“A senhora M, com demência de Alzheimer, está sentada aguardando uma consulta. Apresentando desorientação espaço temporal, repetidamente questiona a ajudante de ação direta o que está ali a fazer. A ajudante de ação direta, calmamente, identifica-se e em cada uma das vezes, explica-lhe porque estão ali”
Palavra C	“A ajudante de ação direta Z foi advertida pela Direção por estar a conversar com uma residente, “sem fazer nada”. Na sua opinião o comportamento por parte da Direção foi...”
Palavra D	“O senhor F., utente consciente e orientado em fase terminal, faz a higiene diariamente com a ajudante de ação direta B. Perante este residente a ajudante apenas o cumprimenta e efetua os procedimentos adequados sem comunicar com o mesmo. No fim despede-se”

Os resultados são ilustrados no quadro que se segue.

Tabela 11- Resposta dos cuidadores formais face ao pilar palavra

	Palavra A - Não bate à porta		Palavra B - Identifica-se e explica		Palavra C - Direção adverte ajudante		Palavra D - Efetua proced. s/ comunicar	
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
1- “Nada Adequado	11	55%			9	45%	7	35%
2- “Pouco Adequado”	7	35%			8	40%	11	55%
3- “Adequado”	2	10%	5	25%	1	5%	2	10%
4- “Muito Adequado”			8	40%	2	10%		
5- “Ótimo”			7	35%				

A primeira questão surge como afirmação, seguida de uma pergunta direta (Palavra A): “Estudos indicam que a maioria dos prestadores de cuidados quando se dirige ao quarto do residente institucionalizado não bate à porta e quando o faz não espera pela resposta. Como prestador de cuidados qual a sua opinião sobre este comportamento?”

Como podemos observar no quadro acima, esta afirmação, permitiu-nos verificar que 55% (11) dos inquiridos, considera esta atitude “Nada Adequada”, sendo que 35% (7), deram como resposta “Pouco Adequado” e apenas 10% (2), “Adequado.

Estes dados vão ao encontro daquilo que os autores desta metodologia defendem ser um comportamento correto. Ou seja, segundo os autores da metodologia humanidade, Gineste & Pellissier (2008, p. 225), “Bater a uma porta, aberta ou fechada, antes de entrar em casa de alguém (...) permite solicitar a sua autorização e, se a pessoa não tiver condições de a dar, permite anunciar a nossa chegada”. Segundo as respostas dos inquiridos podemos verificar que grande parte dos cuidadores entrevistados (11) tem o cuidado de anunciar a sua entrada nos quartos dos utentes. Gineste & Pellissier (2008) concluíram que o tempo médio de resposta era de 20 segundos, sendo que passado pouco tempo depois, tinha decrescido para 3 segundos.

A observação da “Palavra B” permitiu-nos verificar que 25% (5) dos inquiridos, considera esta afirmação “Adequada”, 40% (8), deram como resposta “Muito Adequado” e 35% (7), “Ótima”. Pode-se concluir que todos os cuidadores partilham a mesma opinião sendo que todos têm cuidado, atenção e alguma paciência para com os utentes da Estrutura Residencial para Pessoas Idosas (ERPI).

Também através da leitura da tabela 11, podemos verificar que a opinião dos cuidadores formais, aquando advertidos pela direção por estarem a conversar com uma residente, “sem fazer nada” (afirmação C) é na sua maioria 45,0% (9) “Nada adequado” e 40% (8) consideram ser “Pouco adequado”. Contudo, 5 % (1) considera o comportamento por parte da direção como “Adequado” ou 10% (2), “Muito Adequado”.

De acordo com as respostas obtidas, a maioria dos cuidadores considera a afirmação D “O senhor F., utente consciente e orientado em fase terminal, faz a higiene diariamente com a ajudante de ação direta B. Perante este residente a ajudante apenas o cumprimenta e efetua os procedimentos adequados sem comunicar com o mesmo. No fim despede-se” como “Pouco Adequada”, sendo que 35% (7) considera “Nada Adequado”. Apenas 10 % dos inquiridos (2) considera este procedimento como “Adequado”.

Através da análise das respostas obtidas verificamos que os cuidadores têm também o cuidado de cumprimentar o utente, caso este ato de saudar não aconteça, tal como referem os autores Gineste & Pellissier (2008), quando entramos no quarto de um utente que não interage connosco, ou seja, não nos olha, não nos fala e que não nos toca leva-nos inconscientemente a agir do mesmo modo (não falamos, olhamos ou tocamos alguém que não nos retribui) o que naturalmente conduz a pessoa alvo do cuidado e o cuidador a uma consequente perda do sentimento de humanidade. Referem ainda, um estudo realizado entre 1982 e 1984 que posteriormente foi retomado em 2004, no qual concluíram que os cuidadores comunicam em média com as pessoas imobilizadas e institucionalizadas 120 segundos em cada 24 horas (Gineste & Pellissier (2008).

Pilar 2 - «Toque»

No que concerne ao pilar “toque” recorreremos a quatro afirmações, para que os cuidadores refletissem relativamente à importância que estes atribuem ao pilar em questão. Ou seja:

Toque A	“Numa residência para pessoas idosas os ajudantes de ação direta foram proibidos de manifestar sinais de afeto aos residentes (tocar-lhes na mão, beijá-los à chegada...) por uma questão de “ higiene e profissionalismo”. Considera esta medida institucional...”
Toque B	Quando está a prestar cuidados a um residente em que a dor está presente pela realização de procedimentos, a ajudante de ação direta, costuma tocá-lo suavemente, em zona neutra do corpo (ombro, braço...)”

Toque C	“O senhor B, idoso de 88 anos, é acordado bruscamente para a realização de um injetável. O senhor começou a gritar e a impedir o procedimento. A ajudante de ação direta M. imobiliza à força o residente.”
Toque D	“A ajudante de ação direta H. cumprimenta sempre os utentes com um aperto de mão e luvas colocadas”

Os resultados são ilustrados no quadro que se segue.

Tabela 12- resposta dos cuidadores formais face ao pilar toque

	Toque A - proibição manifestar sinais de afeto		Toque B - toca zona neutra corpo, aquando dor		Toque C - ADD acorda e imobiliza utente para injetável		Toque D - cumprimenta doente c/ luvas	
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
1- “Nada Adequado	9	45%			13	65%	12	60%
2- “Pouco Adequado”	6	30%			5	25%	5	25%
3- “Adequado”	3	15%	12	60%			1	5%
4- “Muito Adequado”	2	10%	6	30%	2	10%	2	10%
5- “Ótimo”			2	10%				

A tabela 12 permite-nos observar que, quanto à afirmação que diz respeito ao “Toque A”, 45% (9) dos inquiridos acham “Nada Adequado”, 30% (6) “Pouco Adequado”, 15% (3) “Adequado” e 10% (2) “Muito Adequado”. Isto significa que maioritariamente os cuidadores acham que deixar de tocar nos utentes, por uma questão de profissionalismo é pouco correto, respondendo “Nada ou Pouco Adequado”

As respostas dos cuidadores formais entrevistados não são consentâneas com a literatura, de acordo com Gineste & Pellissier (2008, p.207) durante anos foi transmitido aos cuidadores que o sentar-se ao pé de um paciente para falar com ele ou pegar-lhe na mão representava uma perda de tempo ou uma falta de profissionalismo. Também Pinto e Rocha (2002, p.2) cit. por Lima (s/d) “consideram o toque como parte fundamental e essencial do cuidado, sendo também, uma necessidade básica do ser humano que precisa ser satisfeita para que o organismo sobreviva”. Ainda nesta linha de pensamento, o autor Lima (s/d) acrescenta que o toque é considerado como um meio de comunicação não-verbal, que vai para além de um mero contato físico, ele é uma porta aberta à troca energética entre dois seres, compreendendo uma das linguagens corporais.

De acordo com a afirmação: “Quando está a prestar cuidados a um residente em que a dor está presente pela realização de procedimentos, a ajudante de ação direta, costuma tocá-lo suavemente, em zona neutra do corpo (ombro, braço...)”, verificámos que 60,0% (12) referem que esta afirmação é “Adequada”, 30% (6) alegam que é “Muito Adequado” e 10% (2) Ótimo.

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

Para o exemplo: “O senhor B, idoso de 88 anos, é acordado bruscamente para a realização de um injetável. O senhor começou a gritar e a impedir o procedimento. A ajudante de ação direta M. imobiliza à força o residente.” Os cuidadores formais entrevistados consideram que a sua principal preocupação seria acalmar o utente recorrendo a outro método de abordagem, nomeadamente o toque e a palavra. Por isso, 65% (13) consideram esta atitude “Nada Adequada”, 25% (5) “Pouco Adequada” e 10 % (2) “Muito Adequado”.

De acordo com as respostas obtidas verificamos que a opinião e a atuação dos cuidadores entrevistados corresponde com as observações realizadas nos últimos anos e que nos indicam que acordar uma pessoa, para além de perturbar o seu bem-estar e a sua qualidade de vida, poderá também provocar um agravamento das perturbações neurológicas e comportamentais (Gineste & Pellissier, 2008). De acordo com os autores anteriormente referidos, o que se torna realmente prejudicial nesta situação é o facto de acordar bruscamente o utente que dorme e de o imobilizar à força.

Quanto à última abordagem em relação ao pilar Toque D e de acordo com a tabela acima, 60% (12) dos auxiliares de ação direta, consideram que cumprimentar os utentes com aperto de mão e luvas colocadas, é “Nada Adequado”, não concordando com a afirmação, 25% (5) afirmam “Pouco Adequado”, 5% (1), acham “Adequado” e 10% (2) “Muito Adequado”.

Pilar 3 - «Verticalidade»

A verticalidade constitui um dos pilares que integram a filosofia do cuidar humanidade, assim com o intuito de obtermos a opinião decorrente da prática efetiva dos cuidadores formais questionamo-los a partir de uma quatro afirmações:

Verticalidade A	“O senhor Z. refere já não querer levantar-se da cama. A ajudante de ação direta reforça a importância do levantar do utente junto do utente e da família”
Verticalidade B	“A ajudante de ação direta X., nos utentes acamados aos seus cuidados, estimula e ajuda a pessoa a adotar uma postura vertical (no cadeirão, na cama,...)”
Verticalidade C	“Uma ajudante de ação direta que sempre teve um bom comportamento foi advertida pela coordenação por estar a passear com uma residente. A postura da coordenação parece-lhe...”
Verticalidade D	“A senhora A., idosa acamada, estando a dormir é acordada para a realização de um penso na mão esquerda. A residente prefere permanecer na cama como é seu hábito, mas a ajudante, apesar de contrariar a residente, sentou a senhora”.

Os resultados são ilustrados no quadro que se segue.

Tabela 13- respostas dos cuidadores formais face ao pilar verticalidade

	Verticalidade A- importância levantar junto do utente		Verticalidade B-postura vertical		Verticalidade C- coordenação adverte AAD		Verticalidade D-AAD contraria utente e senta-a	
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
1- “Nada Adequado			1	5%	9	45%	8	40%
2- “Pouco Adequado”					8	40%	10	50%
3- “Adequado”	6	30%	3	15%	1	5%	2	10%
4- “Muito Adequado”	5	25%	8	40 %	2	10%		
5-“Ótimo”	9	45%	8	40%				

No entender dos cuidadores formais, as equipas deverão proceder ao levantar do utente sempre que ele assim o aceitar. Os cuidados devem dentro das possibilidades do serviço adaptar-se o máximo possível às necessidades do utente. Por isso, os cuidadores salientam a importância de incentivar o utente a fazer o levantar. É necessário explicar também esta importância à família dos mesmos. Por isso, a maioria dos prestadores de cuidados, 45 % (9), consideram que seja “Ótimo” esta explicação, tanto aos utentes como aos familiares. Cinco dos auxiliares partilham da mesma opinião com uma percentagem de 25%, com resposta de “Muito Adequado” e para finalizar 30% (6), acham “Adequado”.

Perante a afirmação: “A ajudante de ação direta X., nos utentes acamados aos seus cuidados, estimula e ajuda a pessoa a adotar uma postura vertical (no cadeirão, na cama, etc.)” (verticalidade B), registamos níveis de concordância muito positivas, com a maioria dos cuidadores formais inquiridos a situarem-se, face a esta questão, entre “Muito Adequado” e “Ótimo”, em ambos os aspetos com 40%. Apenas 15% (3), afirmam que estes cuidados são “Adequados” e 5% (1) como “Nada Adequado”.

Tais resultados revelam a importância dos cuidadores procederem à verticalização dos idosos, uma vez que isso trará benefícios para o utente (ainda que a longo prazo) e também à equipa.

As respostas obtida pela mestrandia, na presente entrevista, vão ao encontro da opinião de Gineste & Pellissier (2008, p.299) ao referirem que “praticar um cuidar de pé, (...) constitui uma das bases das abordagens gerontológicas e humanistas no cuidar de idosos”. Sem esta noção do cuidar e independentemente da vontade do cuidador, os cuidados no leito não estimulam as capacidades do utente, mas sim o favorecimento de certas doenças, nomeadamente, imobilizações e as síndromas de imobilismo. Neste sentido, os autores acrescentam ainda que em grande parte das instituições o bom prestador de cuidados é cada vez mais aquele que executa o máximo de tarefas e de atos num mínimo de tempo possível.

Lazure (1975) afirma que na relação de ajuda é importante que o cuidador forneça à pessoa alvo dos cuidados as condições de que ela necessita para satisfazer as suas necessidades básicas. Concluímos que os cuidadores formais perante a afirmação colocada dizem ter a preocupação de estimular e ajudar os utentes a obterem uma postura vertical. Estes dados são partilhados pela filosofia humanidade, estudada por Gineste & Pellissier (2008) segundo os autores, a marcha sobre “duas patas” não constitui apenas um privilégio do género humano (os pássaros também andam sobre duas patas), não obstante, já a aptidão para se manter de pé, caminhar, sentar, deitar e escolher uma destas posições é uma característica própria do ser

humano, torna-se então conveniente que o cuidador ajude a pessoa alvo do cuidado a pelo menos manter estas características que o tornam pertencente à espécie humana. Os autores supracitados salientam ainda a importância de ajudar o utente a ter uma postura vertical correta, uma vez que irá multiplicar as suas capacidades de melhorar ou de manter a sua saúde, favorecendo o recrutamento de unidades motoras.

No que se refere à situação de advertência por parte da coordenação a um AAD quando esta estava a passear com um residente -“Verticalidade C” - os dados referem que a maior parte dos cuidadores acha este procedimento “Nada Adequado” (45%, ou seja 9 casos) ou “Pouco Adequado” (40%, com 8 casos).

Os cuidadores formais inquiridos partilham do mesmo ponto de vista de Phaneuf (2005) ou seja, é fundamental numa relação de ajuda desenvolver as capacidades intelectuais, afetivas, físicas, sociais e espirituais do utente. Não obstante, na perspetiva de Gineste & Pellisier (2008), a relação, bem como a troca de afetos para com as pessoas de quem se cuida, são frequentemente consideradas como inúteis e dispendiosas.

Quanto à afirmação, em que o utente é acordado e sentado para realização de um penso na mão – verticalidade D – a avaliação é semelhante à registada no parâmetro anterior, havendo 8 cuidadores que consideram esta atitude “Pouco Adequada” (40%) ou mesmo “Nada Adequada” (10 casos e que representam 50% dos inquiridos).

Pilar 4 - «Olhar»

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

Olhar A	“A senhora A. Está posicionada em decúbito lateral. Aproveitando o posicionamento em que a residente se encontrava inicialmente a ajudante realiza os respetivos cuidados. Após seu término posiciona a senhora e pede desculpa por ainda não ter podido ver os seus lindos olhos azuis”
Olhar B	“Quando se aproxima da residente a ajudante X. evita colocar-se à distância de contacto e adota uma postura ligeiramente hirta para impedir que a residente não percecione “mais do que deve”.
Olhar C	“A ajudante de ação direta M. fala com a senhora L., de costas, enquanto arruma a sala de jantar”
Olhar D	“A ajudante de ação direta M. tenta sempre expressar um olhar atencioso perante os utentes”

Os resultados são ilustrados no quadro que se segue.

Tabela 14- respostas dos cuidadores formais face ao pilar olhar

	Olhar A- AAD pede perdão por n ter visto olhos utente		Olhar B-AAD adota postura hirta		Olhar C- AAD fala com utente de costas		Olhar D- AAD expressa olhar atencioso	
	Freq.	%	Fre.	%	Freq.	%	Freq.	%
1- “Nada Adequado	2	10%	3	15%	7	35%	2	10%
2- “Pouco Adequado”	2	10 %	4	20%	10	50%		
3- “Adequado”	10	50%	12	60%	1	5%	2	10%
4- “Muito Adequado”	2	10%	1	5%	2	50%	3	15%
5-“Ótimo”	4	20%					13	65%

Pode-se verificar na tabela 14, que 50% (10) dos inquiridos consideram “Adequado” sendo que 20% (4) reponderam “Ótimo”, a capacidade que a auxiliar de ação direta teve de pedir perdão à utente por não ter visto a cor dos seus olhos, após término de funções.

Na análise da questão “Olhar B”, em que estamos perante a postura hirta da auxiliar, a maioria dos entrevistados 60% (12) respondeu “Adequado”, 20% (4) consideraram “Pouco Adequado”, 15% (3) “Nada Adequado” e 5% (1) “Muito Adequado”

Segundo Gineste & Pellissier (2008), na maior parte das vezes em que o cuidador realiza um cuidado, fá-lo pela parte lateral da cama ou da poltrona, o que não permite que o utente consiga ver o cuidador chegar e deste modo poderá ser desagradavelmente surpreendida. Deste modo também o cuidado é realizado sem que o olhar do cuidador se cruze com o olhar da pessoa cuidada.

Relativamente à afirmação formulada: “A ajudante de ação direta M. fala com a senhora L., de costas, enquanto arruma a sala de jantar”, 10 cuidadores (50%), responderam “Pouco Adequado” e 7 cuidadores (35%) responderam “Nada Adequado”. Ou seja, maioritariamente os funcionários da instituição, alegam que não acham adequado, nem acham correto o facto da “ajudante de ação direta M. falar com a utente de costas, enquanto arruma a sala de jantar e não a olhar nos olhos.

É de salientar a importância do olhar no ato de cuidar, pois falar com o residente de costas, mostra a falta de respeito, e falta de atenção que a funcionaria pode estar a dar, desprezando o utente.

De acordo com as respostas obtidas no parâmetro “olhar D”, registamos na tabela 7 que 65% (13) dos cuidadores expressa sempre um olhar atencioso face ao utente, pois optaram por responder “Ótimo” a esta questão. 15% (3) referem “Muito Adequado” e 10% (2) referem que é “Adequado” expressar um olhar atento perante os residentes.

Os dados obtidos vão ao encontro de Rosário (2009) quando defende que, por vezes, o primeiro olhar dirigido ao doente “aproxima-o” ou “afasta-o” do cuidador. Segundo Bernardo (1984) cit. por Rosário (2009: p.38) “O contacto do olhar ativa o outro e encoraja-o, se mostra interesse, e destrói-o se mostra indiferença”. É importante o cuidador expressar um olhar atencioso, meigo e prestável com o doente.

Pilar 5 - «Sorriso»

A Discente estudou o pilar “Sorriso” também através da formulação de quatro afirmações. O sorriso manifesta o prazer do reencontro e a vontade de partilhar em conjunto um momento.

Sorriso A	“Alguns autores reportam-se ao sorriso como o remédio mais eficaz, tendo o poder de curar certas doenças. Considera essa estratégia...”
Sorriso B	“Para impedir contactos de maior proximidade a agente de ação direta Z. mantém um rosto fechado durante os cuidados que executa”
Sorriso C	“O ajudante de ação direta T. utiliza o humor como uma estratégia para interagir com os utentes. Essa estratégia parece-lhe...”
Sorriso D	“No desempenho do seu exercício, o ajudante de ação direta Y. que utiliza o humor como uma estratégia para interagir com os utentes é advertido pela chefia para adequar a postura profissional. Em sua opinião, esta postura da instituição é...”

Os resultados são ilustrados no quadro que se segue.

Tabela 15- respostas dos cuidadores formais face ao pilar sorriso

	Sorriso A- sorriso eficaz na cura de doenças		Sorriso B- AAD mantém rosto fechado		Sorriso C- AAD utiliza humor		Sorriso D- Direção adverte AAD	
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
1- “Nada Adequado			9	45%			8	40%
2- “Pouco Adequado”			8	40%	1	5%	8	40%
3- “Adequado”	5	25%			5	25%	3	15%
4- “Muito Adequado”	2	10%	3	15%	8	40%	1	5%
5-“Ótimo”	13	65%			6	30%		

A tabela 15 permite-nos afirmar que 65% (13) responderam “Ótimo”, 25% (5) acham “Adequado”, e 10% (2) “Muito Adequado”. Ou seja, grande parte dos cuidadores, partilham da opinião de que o sorriso é o remédio mais eficaz e tem o poder de curar certas doenças.

A este respeito a autora Phaneuf (2010) salienta que o sorriso e o riso desde sempre foram associados a uma boa saúde, surgindo neste contexto como “uma terapia natural” que segundo as investigações realizadas neste âmbito mostram-nos, que o riso ajuda e pode mesmo prevenir certas doenças.

No que concerne à questão das auxiliares manterem um rosto fechado enquanto executam as suas tarefas e os cuidados perante a população idosa, a maioria dos cuidadores responderam “Nada Adequado”, outros 40 % (8), reponderam “Pouco Adequado” e 15% (3) “Adequado”.

Para os funcionários entrevistados, manter um rosto fechado é sinónimo de desmotivação e falta de carinho para com os mais envelhecidos. Grande maioria dos auxiliares discorda com a afirmação.

Maioritariamente, os cuidadores respondem “Muito Adequado” e “Ótimo”, a afirmação que refere que é correto utilizar o humor como estratégia para interagir com os utentes. Isto é, 40% (8) dos cuidadores afirmam que o humor é uma boa estratégia para interagir com os utentes. Assim como 30% (6) que responderam “Ótimo”. Com 25% (5) e 5% (1) ficam os ajudantes de ação direta que escolheram a opção “Adequado” e “pouco Adequado” respetivamente.

Os cuidadores, em conversa informais, salientaram ainda, o facto do humor cuidado, levar a que o utente se sinta mais à vontade e que de facto é terapêutico.

As respostas obtidas e os dados adquiridos, corroboram a opinião de José (2003) cit. por Rosário (2009) ao salientarem que o humor pode ser entendido como um meio de “quebrar o gelo”, as barreiras sociais, reduz o medo, aumenta a segurança, encoraja um sentimento de verdade e de confiança reduz o embaraço e o desconforto de profissionais e doentes em situações de exposição corporal, banho....

Consideramos fundamental o humor, o riso e sorriso estarem presentes no desempenho das tarefas dos auxiliares de ação direta. Quando estes são advertidos pela direção ou pela chefia para adequar uma postura profissional mais correta, 8 cuidadores reponderam “Nada Adequado”, assim como outros 8 responderam “Pouco Adequado”, não concordando com esta atitude por parte das chefias. Três cuidadores, equivalente a 15% acharam esta atitude “Adequada” e 5% (1) referiu “Muito Adequado”.

Pilar 6 - «Vestuário»

O vestuário ao longo da evolução da espécie humana tornou-se uma característica verdadeiramente sua, neste sentido e com o intuito de despoletar nos cuidadores entrevistados, uma breve reflexão acerca da pertinência deste “símbolo social”, a mestrandia elaborou com base na literatura pesquisada quatro afirmações, às quais pretendeu obter resposta na escala de 1 a 5.

Vestuário A	“O senhor P. apresenta artroses acentuadas nas mãos. Não consegue engraxar os sapatos e pede à ajudante de ação direta. Esta alega não ser sua função e despede-se do senhor.”
Vestuário B	“Embora a senhora T. prefira permanecer com o pijama vestido a ajudante de ação direta A. estimula a residente a utilizar o seu próprio vestuário quando efetua o levante para o cadeirão”
Vestuário C	“O senhor R. nas escolhas de vestuário não prima por um gosto requintado. A ajudante de ação direta opta por retirar do armário sempre peças de vestuário de acordo com as suas preferências e não as do residente”
Vestuário D	“A senhora Y. pediu à ajudante de ação direta Z. para a levar à casa de banho. A ajudante respondeu-lhe que tinha fralda. Esta atitude parece-lhe...”

Os resultados são ilustrados no quadro que se segue.

Tabela 16- resposta dos cuidadores formais face ao pilar vestuário

	Vestuário A- AAD não engraxa sapatos utente		Vestuário B- estimular utente para vestir		Vestuário C- AAD veste utentes cfr seus gostos		Vestuário D- Não levar utente à WC	
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
1- “Nada Adequado	14	70%	1	5%	7	35%	11	55%
2- “Pouco Adequado”	6	30%	1	5%	7	25%	8	40%
3- “Adequado”			5	25%	3	15%		
4- “Muito Adequado”			8	40%	3	15%	1	5%
5- “Ótimo”			5	25%				

Perante a afirmação A, 70% dos cuidadores referem que a decisão/ resposta do cuidador é “Nada Adequada”, ou seja mais de metade dos inquiridos refere não concordar com a resposta da auxiliar, visto que esta negou engraxar os sapatos do residente, alegando não ser a sua função, sendo que os restantes 30 % (6) partilha da mesma opinião referindo “Pouco Adequado”.

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

No que concerne à questão B, e como demonstra os resultados presentes na tabela 9, os cuidadores revelam que manter o utente com o seu próprio vestuário e limpo representa uma das suas preocupações, segundo a análise realizada podemos verificar que, 40% (8) tem esse cuidado e consideram “Muito Adequado” 25% (5) Adequado” e 25% (5) “Ótimo”. Minoritariamente encontram-se as respostas “ Nada Adequado” e “Pouco Adequado”.

Os dados são consentâneos com os achados de Gineste & Pellissier (2008) de acordo com os autores os cuidados que respeitam à higiene do corpo são desvalorizados, como que

se a higiene pessoal não fosse mais do que um simples tratamento de superfície, e a limpeza e o vestuário não constituíssem elementos fundamentais da autoestima e da relação com os outros. Nesta ordem de ideias a autora Phaneuf (2010) salienta que a aparência é mais do que uma questão de estética, de higiene e de dignidade pessoal representa também a aceitação e consideração dos outros.

Os cuidadores formais inquiridos consideram também que respeitar o gosto e as preferências dos utentes, é importante. De acordo com a tabela 16, podemos efetivamente verificar que existem duas percentagens igualmente com o percentil 35, em que 7 cuidadores reponderam “Nada Adequado” e outros 7 cuidadores responderam “Pouco Adequado”

A atuação dos cuidadores formais entrevistados condiz com a perspetiva de Woltz e Carvalho (s/d) ao salientar que o facto de o indivíduo poder escolher a peça de vestuário, de acordo com as suas próprias expectativas e com as expectativas do seu grupo, sentir-se-á satisfeito com a sua imagem e consequentemente, a sua autoestima se elevará, melhorando inclusivamente a sua qualidade de vida. Aplica-se mais uma vez o evitar generalizar a perda de autonomia em todas as situações, ou seja, o indivíduo pode ser autónomo para decidir o seu lugar de vida, como deseja ser vestido e não o ser para gerir as suas finanças. No entender de Phaneuf (2010) em contexto de cuidados, principalmente no que diz respeito aos cuidados de longa duração e cuidados domiciliários por vezes estes resumem-se em ajudar o utente a vestir-se, como uma consequência decorrente de um problema de mobilidade, fraqueza, mas perante um utente com perturbações de foro neurológico, cabe ao prestador de cuidados escolher as roupas limpas, que lhe fiquem bem, apropriadas para o momento do dia, bem como a combinação das cores.

Na afirmação D, observamos que 55% (11) dos funcionários do “Lar Azáfama do Conforto de Santo André”, consideram que não levar o utente à casa de banho devido ao facto de este utilizar fralda, uma atitude “Nada Adequada” assim como 40 % (8) referem “Pouco Adequado”. Um auxiliar utilizou “Muito Adequado”.

Os dados revelam a importância de satisfazer as necessidades dos utentes, podendo estes usufruir de melhor qualidade de vida e de bem-estar.

4.4 REFLEXÃO CRÍTICA

Quando investigado o conhecimento das auxiliares de ação direta sobre a metodologia humanidade, o estudo realizado pela discente, evidencia 6 pilares. Abordar-se-á a maneira como o cuidador encara o cuidado prestado.

De modo geral, ser cuidador de idosos é, para Pereira (2012), uma profissão difícil mas que não se descreve apenas com características negativas. Segundo Sommerhalder (2001), os cuidadores de idosos assinalam vários aspetos negativos mas apresentam, igualmente, um conjunto de aspetos positivos na sua profissão.

Figueiredo e Cerqueira (2004, citado por Ferreria, 2012) afirmam que os profissionais ao verem os idosos que cuidam, bem tratados e felizes, sentem que estão a realizar um bom trabalho. Isto leva a uma maior satisfação na prestação de cuidados. O ato de cuidar implica uma relação afetiva específica entre cuidador e cuidado, constituindo para alguns cuidadores um “sentido de vida” (Sequeira, 2007, citado por Ferreira, 2012).

A satisfação profissional dos cuidadores formais é muito importante na medida em que são eles que asseguram em mais de 80% os cuidados, porém, ainda não existe muita fundamentação teórica sobre este assunto. (Castel, 2010; Grieshaber, Parker, & Deering, 1995).

Assim e tendo em conta este estudo, podemos observar que a Filosofia de Cuidado Humanidade que surgiu pelas "mãos" de Yves Gineste e Rosette Marescotti dirige-se a sujeitos dependentes vulneráveis e em situação crítica, crónica ou paliativa (Simões et al., 2011).

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

Os pilares da humanidade - palavra, olhar, toque, sorriso, vestuário e verticalidade - oferecem uma possibilidade para a promoção de uma sintonia emocional positiva entre profissional/doente aquando da prestação de cuidados, uma vez que estes promovem uma relação colaborativa e uma diminuição dos comportamentos agressivos perturbadores- CAP (Simões, 2014).

Tais pilares podem parecer gestos naturais, mas para que sejam utilizados com tecnicidade, na relação de cuidados, exigem fundamentação para que o cuidador tenha a consciência que estes não são inócuos (Simões et.al., 2012).

De facto e de uma forma geral, a palavra assume uma grande importância aquando da prestação dos cuidados, pois, como já referido, o estabelecimento de um diálogo é uma das estratégias utilizadas para uma reabilitação de sucesso. Ao falar com o profissional, o doente alivia a sua tristeza, uma vez que sente que é ouvido e que pode desabafar sobre o seu sofrimento sem ser julgado por isso (Pereira et al., 2012). A comunicação verbal é essencial na vida do ser humano, pois o uso incorreto da palavra poderá condenar a reabilitação de qualquer doente. O profissional quando usa a palavra terá que perceber bem o contexto e as especificidades de cada indivíduo de forma a adequar o seu discurso e a comunicação verbal deverá ser frequente, melodiosa, doce, anunciadora, descritiva e com recurso a palavras positivas (Cardoso, 2014). De acordo com Simões (2013), quando o profissional está perante um doente que não consegue produzir um discurso este deve usar o auto feedback para que este pilar da humanidade não desapareça. O uso correto da palavra poderá fazer a diferença entre a estagnação e a evolução do doente, por isso é importantíssimo lembrar aos profissionais os benefícios de uma comunicação verbal positiva.

Neste estudo quando analisamos os dados interpretados pelos inquiridos, verifica-se que a larga maioria dos respondentes aplica os valores da «Palavra» na sua interação com os utentes, indo a avaliação que fazem acerca do que é uma prática adequada ao encontro do que dizem as orientações.

Já o «Olhar» permite o estabelecimento de uma ligação emocional entre o doente e o profissional, pois é através deste pilar da humanidade que captamos a sua atenção e estabelecemos uma relação de igualdade (Simões, 2013). Segundo Simões et al. (2008), é através do olhar que se estabelece o primeiro contacto, capta-se a atenção e mantém-se o foco da atenção na pessoa.

Os resultados estão de acordo com os estudos de Simões, Salgueiro e Rodrigues (2011), uma vez que se chegou à conclusão que os inquiridos atribuem muitíssima importância ao olhar.

Também na área da «Verticalidade», a maioria concorda com o facto de levantar o utente e ajudá-lo a manter uma postura hirta/ vertical. De acordo com Simões et al. (2008), dever-se-á fomentar a prática da verticalidade pois, sabe-se que esta contraria a postura anquilosante e promove uma melhoria da qualidade de vida (aumento da autoestima e da independência/autonomia; valorização do doente enquanto pessoa). Este pilar é

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

Percebeu-se também através da análise dos dados deste estudo, que as áreas/ pilares onde existe maior desencontro entre aquilo que os cuidadores dizem fazer e o que realmente é suposto fazer são o toque, o sorriso e o vestuário.

Quanto ao pilar «Toque», os dados apontam para 15% dos inquiridos que referem que saúdam o utente de luvas colocadas, o que vai contra a metodologia e também 25% que acha adequado a proibição de sinais de afeto. Fernandes (2010) afirma que as mãos são canais de transmissão de amor incondicional e podem auxiliar aquando da transmissão de situações delicadas/difíceis pois transmitem uma sensação de segurança e de solidariedade. Esta afirmação vai de acordo com os dados concedidos neste trabalho.

Quanto ao pilar «Sorriso», existe alguma discordância naquilo que os autores defendem e nas respostas dadas pelos auxiliares, pois 30% acha pouco adequado utilizar o humor como estratégia para interagir com os doentes. Os autores defendem que o sorriso ao permitir a desdramatização de situações que são geradoras de sofrimento no doente, possibilitam que este melhore/restabeleça a sua autoestima e bom humor (Pereira et al., 2012)

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

Verificamos que na questão C “O senhor R. nas escolhas de vestuário não prima por um gosto requintado. A ajudante de ação direta opta por retirar do armário sempre peças de vestuário de acordo com as suas preferências e não as do residente”, 30% consideram adequado. Esta prática não vai ao encontro do que dizem as orientações dos autores, podendo ser uma área a melhorar na intervenção do lar.

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

Assim, podemos concluir que, tendo em conta todos os dados anteriormente analisados, a operacionalização da humanidade através dos seus pilares (a palavra, o olhar, o

toque, o sorriso, o vestuário e a verticalidade) está maioritariamente presente na instituição “lar Azáfama do Conforto de Santo André”, e potencia uma norma específica de atuação na relação “Eu-Outro”, sendo que, quando nos reportamos ao Eu e ao Outro referimo-nos, respetivamente, ao profissional e ao utente.

Nesta relação bilateral, o Eu toma a iniciativa de percecionar os sinais dos pilares humanos do Outro e de atuar no respeito por si e pelo outrem (Simões, 2017)

CONCLUSÃO

A complexa problemática do envelhecimento e da prevalência das doenças associadas, implicam respostas de cuidados adequadas, numa dimensão interdisciplinar e sustentada.

Assim sendo, é necessário que haja serviços e instituições em que as pessoas confrontadas com a doença ou com a dependência sejam ajudadas e tratadas, de uma maneira que corresponda ao que o conjunto das partes (a própria pessoa idosa, família e profissionais) considera como respeitando os valores da nossa sociedade e as exigências de qualidade profissional.

Como tal, os lares de idosos, surgem como resposta social, destinada a alojamento colectivo, de utilização temporária ou permanente, para pessoas idosas ou outras em situação de maior risco de perda de independência e/ou de autonomia.

Ao longo deste trabalho, observou-se que as Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas, enquanto instituições caracterizadas pela prestação de serviços têm impreterivelmente de dispor de recursos materiais e humanos em quantidade e qualidade (Lalivé d’Epinay, 2003).

Pretendeu-se também motivar e consciencializar a gestão de topo para a importância da implementação de um SGQ de uma organização.

Neste contexto, a gestão da qualidade certificada das respostas sociais tornou-se um fator essencial para a sobrevivência das mesmas, e com isto foram abordadas as vantagens da implementação de um Sistema de Gestão da Qualidade certificado numa instituição, assim como suas normas. Com o objetivo de melhorar a gestão destas instituições e consequentemente a qualidade de produtos e serviços, observamos que a ISO, é uma das maiores organizações que desenvolve normas no mundo.

As normas da família ISO são as principais normas internacionais relacionadas ao modelo de gestão da qualidade, destacando-se a nova norma 9001:2015.

A «Humanidade» surgiu para melhorar a qualidade dos Serviços Sociais. Veio dar melhoria contínua aos cuidados a prestar aos idosos.

Estamos cientes da existência de várias metodologias possíveis na arte de cuidar às pessoas com idade e por isso esta metodologia pode ser considerada como uma ferramenta na prestação de Serviços Sociais, nomeadamente ao nível do cuidar.

Assim, conforme comprovaram os dados estatísticos, no referente à filosofia da Humanidade e MGM, concluímos que promove a autonomia da pessoa com idade e a coloca na centralidade dos cuidados.

Concluímos também que esta metodologia se preocupa com uma relação de paridade efetiva entre Cuidador e Cuidando trazendo o “coração” para os cuidados, humanizando-os. Para além da preocupação tida com a pessoa que é cuidada não descuro, ainda, o bem-estar do Cuidador.

Efetivamente, ao apostar numa relação comunicacional doce e participada torna a prática dos cuidados mais aprazível e humana. Tal constitui um importante factor para evitar os comportamentos agressivos pelo Cuidando e evita o absentismo laboral (pela adoção de boas práticas pelo Cuidador) e o “burnout” do Cuidador.

Por outro lado, demonstra que toda a pessoa é dotada de capacidades (ainda que condicionadas), mesmo em situações severas, pelo que é imperioso dar-se-lhe toda a atenção. E, por sua vez, ajudá-la na tomada de decisão em matéria de cuidados a serem prestados apresentando-lhe várias alternativas nesse campo. Ao ser colocado o enfoque em unidades residenciais de vida, entre outros, com o respeito pelo sono, privacidade, direito a visitas, ambiente humano etc. Efetivamente viver não é apenas sobreviver pela satisfação das meras necessidades fisiológicas.

Assim, como resposta à questão científica inicial, sobre qual o contributo que o método humanidade pode ter na melhoria da prestação de cuidados a idosos institucionalizados, a discente sintetizou, através de revisão sistemática, como melhor evidência, o trabalho de Gineste e Pellissier (2007), disponível em português com o título «Compreender a velhice, cuidar dos homens velhos» (2008).

Cuidar com Humanidade é, para os estudos analisados, uma metodologia de cuidar que contribui para a redução da agitação nas pessoas idosas, dependentes com demência durante os cuidados de higiene, com relevantes ganhos em saúde, como seja, diminuição da taxa de doentes acamados em instituições e mudança de paradigma na ação dos cuidadores.

A implementação da Metodologia de Cuidar Humanidade dignifica a pessoa cuidada por sentir que é respeitada e o profissional por se sentir realizado no cuidado que presta.

Em suma, a mestranda verificou que a avaliação que os agentes de geriatria fazem acerca da sua prática vão ao encontro do que dizem as orientações dos autores desta metodologia.

BIBLIOGRAFIA

- Almeida, A. I. G.; Ferreira, C. S. P.; Lança, M. M. C.; Rodrigues, M. C. S.; Fonseca, C. J. V.; & Rebelo, T. (2010). *A comunicação enfermeiro-doente como estratégia para alívio do sofrimento na fase terminal da vida: uma revisão da literatura*.
- APCER (2015). ISO 9001:2015. *Guia do utilizador*. Disponível em https://www.apcergroup.com/portugal/images/site/graphics/guias/APCER_GUIA_ISO9001_2015.pdf. Consultado em 01 de julho de 2019.
- APCER (2017). *Mentalidade de Risco não é Gestão de Risco*. Disponível em <http://blog.apcergroup.com/2017/01/16/mentalidade-de-risco-nao-e-gestao-de-risco/>. Consultado em 01 de julho de 2019.
- Brito, M. (2010). *Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica*. Relatório de Estágio apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem
- BSI Group (2015). *Mudando da ISO 9001:2008 para a ISO 9001:2015*. Guia de transição. Disponível em <https://www.bsigroup.com/LocalFiles/pt-BR/Whitepapers/BRPTBR-iso9001-WP-TransitionGuide9k-PDF.pdf>. Consultado em 03 de julho de 2019
- Capricho, L. (2014). *As Estratégias de Qualidade no Alojamento Turístico e o Turismo Sustentável*. Tese de Doutoramento apresentada ao Departamento de Estudos Económicos e Financeiros na Universidade Miguel Hernández, acedido a 20 de março de 2020 em: <http://dspace.umh.es/bitstream/11000/1875/1/Tesis%20Lina%20Isabel%20de%20Figueiredo.pdf>
- Cardoso, P.R. (2014). *(Re)Estruturação da Resposta de Centro de Dia para Unidade de Humanidade (Projeto)*. Retirado: 20 julho de 2019 de: [https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/17245/1/\(Re\)%20estrutura%C3%A7%C3%A3o%20da%20Resposta%20Social%20de%20Centro%20de%20Dia%20para%20Unidade%20de%20Humanidade.pdf](https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/17245/1/(Re)%20estrutura%C3%A7%C3%A3o%20da%20Resposta%20Social%20de%20Centro%20de%20Dia%20para%20Unidade%20de%20Humanidade.pdf)
- Carpinetti, L. (2016). *Gestão da Qualidade: conceitos e técnicas* (3ª ed.). São Paulo: Atlas.

- Carvalho, J.; Mota, J. (2012). O exercício e o envelhecimento. In. Paúl, c. e Ribeiro, O. – Manual de gerontologia, aspetos biocomportamentais, psicológicos e sociais do envelhecimento. Lisboa. Lidel – edições técnicas, lda. p. 71 à 91.
- Carvalho. M. (1996). *A Enfermagem e o Humanismo*. Loures: Lusociência.
- Claro, M. d. L. (2006). Instituto da Segurança Social, I.P. desenvolve modelos de avaliação da qualidade das respostas sociais. Revista Pretextos. CNIS, C. N. d. I. d. S.-. (s. d.). IPSS filiadas por distrito. Acedido a 17 junho de 2019, em http://novo.cnis.pt/index.php?ToDo=read_page_2&what=240
- Colomé, I., Marqui, A., Jahn, A., Resta, D., Carli, R., Winck, M. & Nora, T. (2011). *Cuidar de idosos institucionalizados: características e dificuldades dos cuidadores*, Revista Eletrónica de Enfermagem, 13 (2), 306-312. Obtido em 02 de setembro de 2019, em <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/9376/9637>
- Costa, M. A., e Carreira, L. (2005). *A produção de conhecimento científico em enfermagem gerontogeriatrica em Portugal*. Sinais Vitais.
- Feigenbaum, A. (1994). *Controle da Qualidade Total* (Vol. I). São Paulo: Makron Books.
- Fernandes, L. C. (2010). Cuidar o doente crítico. Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de mestre em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, orientada por Mestre Amélia Ferreira. Retirado a 18 julho de 2019 de: https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/8546/1/Relat%C3%B3rio_Cuidar%20o%20Doente%20Cr%C3%ADtico_Liliana%20Fernandes.pdf.
- Fernandes, H. (2011). Aprender a Cuidar em Enfermagem: do diálogo reflexivo aos significados, perspectiva do estudante da licenciatura. Tese de Doutoramento apresentada para a obtenção do grau de Doutor em Educação, conferido pela Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias. Acedido a 18 julho de 2019 em <http://recil.grupolusofona.pt/bitstream/handle/10437/2695/tese.pdf>
- Ferreira, M.E. (2012). Ser cuidador: um estudo sobre a satisfação do cuidador formal de idosos. Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Educação, Instituto Politécnico de Bragança, Portugal.

- Fitzpatrick, J. M., & Roberts, J. D. (2004). *Challenges for care homes: education and training of healthcare assistants*. Br J Nurs.
- Fortin, M. F. (1999). *O processo de investigação: da concepção à realização*. Loures.
- Fortin, M. F.; Côté, J.; Filion, & F. (2009). *Fundamento e etapas do processo de investigação*. Ludodidacta. Lisboa.
- Galvão, A., Gomes, M & Pereira, F. (2012). “*Ética e Humanitude no Cuidado do idoso*”. In: *Correia, F. - Teoria e Prática da Gerontologia*. Viseu. Psico&soma.
- Gama, G. (2000). *Humanização no processo de cuidar: opinião dos utentes face ao acolhimento*. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa. Dissertação de Mestrado
- Gineste, Y. ; Marescotti, R.; Mias, L. (1996). *Pour la grand âge, une médecine debout*. La Revue du Généraliste et de la Gérontologie. Paris: Avril. N° 24. Editions MF.
- Gineste, Y. (2004). *Silence, on frappe: de la maltraitance à la bientraitance des personnes âgées*. Paris : Editions Animagine.
- Gineste, Y.; Pellissier, J. (2007). *Humanitude, Comprendre La Vieillesse, prendre soin des hommes vieux*. Paris: Armand Colin.
- Gineste, Y.; Pellissier, J. (2008). *Humanitude, Compreender a Velhice, cuidar dos homens velhos*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Gineste, Y.; Marescotti, R.; Pellissier, J. (2008) – *Méthodologie de soin GinesteMarescotti®, dite “Humanitude”, et pacification des comportements d’agitation pathologique (CAP)*. La Revue de Gériatrie, TOME 33, Suplent A (6). p. 2-4.
- Gineste, Y. ; Marescotti, R. (2009). *La Capture sensorielle dans la Méthodologie de soin Gineste-Marescotti: éthologie des outils de la relation dans les soins difficiles*. Revue de Geriatrie et de Gerontologie, TOME XVI (158): p.418-420.
- Gineste, Y. ; Marescotti, R. (2010). *Intérêt de la philosophie de l’humanitude dans la prise en charge de la maladie d’Alzheimer*. Soins Gérontologie: maladie d’Alzheimer et prises en charge innovantes. Vol. 15. N° 85. p. 26-27.
- Glaister J. A., & Blair, C. (2008). *Improved education and training for nursing assistants: keys to promoting the mental health of nursing home residents*. Issues Ment Health Nurs.

- Goffman, E. Manicômios, prisões e conventos. 7. ed. São Paulo: Perspectiva, 2005. (Original inglês de 1961).
- Gomes, S. D. L. (1996). Praxis humanista de enfermagem em contexto de mudança: estratégias sustentadas de adesão às instituições de saúde para uma prática com competência. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa. Dissertação de Mestrado.
- Gil, A.C. (1991). *Como elaborar projectos de pesquisa* (3ª ed.). Atlas. São Paulo.
- Grande, C.M,P,M (2007). Humanização em questão: o estado da arte. *Revista Portuguesa de Bioética*.
- Grelha, P. (2009). Estudo sobre a Influência da Educação para a Saúde na Qualidade de Vida. IV Mestrado em Cuidados Paliativos.
- Hesbeen, W. (2006). *Trabalho de fim de curso, trabalho de humanidade- emergir como o autor do seu próprio pensamento*. Lusociência. Loures.
- Instituto Gineste Marescotti Portugal [IGM]. (2010). *Manual de formação*. Coimbra: Traduzido por Nídia Salgueiro.
- IGM Portugal. (s/d). *A Metodologia Gineste-Marescotti: cuidar em Humanidade*.
- Instituto Nacional de Estatística, I.P. [INE]. (2012) *Censos 2011 Resultados Definitivos- Portugal*. Lisboa, Portugal.
- INE, 2013. *Revista de Estudos Demográficos* nº 50. Lisboa-Portugal.
- INE. 2018. *Censos 2019 Resultados Definitivos- Portugal*. Lisboa, Portugal.
- Instituto Português da Qualidade (2008). *Norma Portuguesa EN ISO 9001:2008*, Sistemas de Gestão da Qualidade. Caparica: IPQ.
- Instituto Português da Qualidade (2015). *Norma Portuguesa EN ISO 9000:2015*, Sistemas de Gestão da Qualidade – Fundamentos e vocabulário (3ª ed). Caparica: IPQ.
- Instituto Português da Qualidade (2015). *Norma Portuguesa EN ISO 9001:2015*, Sistemas de Gestão da Qualidade – Requisitos (4ª ed). Caparica: IPQ.
- ISO. (2010). ISO 9001 for small businesses. What to do - Advice from ISO/TC 176. Acedido a 10 julho de 2019 em <http://www.iso.org/iso/PUB100313.pdf>

- Jacob, L. (2003). *Ajudante Sénior: uma hipótese de perfil profissional para as IPSS*. Dissertação de Mestrado de Políticas de Desenvolvimento de Recursos Humanos, ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa, Lisboa.
- Jacquard, Albert (1986). *L'héritage de la liberté: de l'animalité à l'humanité*. Paris: Éditions Seuil.
- Lazure, H. (1994). *Viver a relação de ajuda- abordagem teórica prática de um critério de competência da enfermeira*. Lusodidacta. Lisboa
- Leininger, M. (1988). *Leininger's theory of nursing: Cultural care diversity and universality*. Nursing Science Quarterly, 1(4), 152-160
- Leite, R. (2015). *Humanitude: Uma ferramenta de trabalho em Cuidados Continuados Integrados*. Relatório Final de Estágio apresentado à Escola Superior de Saúde para obtenção do Grau de Mestre em Cuidados Continuados. Retirado a 24 julho de 2019 de: <https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/12567/1/rafaela%20rebelo%20leite.pdf>.
- Lopes, A. E Capricho, L. (2007): *Manual De Gestão Da Qualidade*, Editora Rh, Lisboa.
- Frei Domingues, B. (2003). *É bom promover a saúde e a ética*. Porto
- Melo, R., Queirós, P., Tanaka, L., Salgueiro, N., Alves, R., Rodrigues, M., & Araújo, J. (2017). Estado da arte da implementação da metodologia de cuidado Humanitude em Portugal. *Revista de Enfermagem Referência*, IV(13), 53–62. <https://doi.org/10.12707/RIV17019>.
- Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social. [MTSS]. (2009). *Carta Social – Rede de serviços e equipamentos. A dependência: o apoio informal, a rede de serviços e equipamentos e os cuidados continuados integrados*. Acedido em 20 de agosto de 2019 em: http://www.cartasocial.pt/pdf/estudo_dependencia.pdf
- Moreira, C. D (1994). *Planeamento e Estratégias da Investigação Social*. Universidade Técnica de Lisboa.
- Moreira, C. D. (2007). *Teorias e Práticas de Investigação*. Lisboa: ISCSP.
- Nero, A. (2008). *A relação enfermeiro médico-contribuição para a gestão de conflitos*. Dissertação elaborada com vista à obtenção do grau de mestre em comunicação em

saúde. Universidade Aberta. Acedido em 18 de junho de 2019 em: <https://repositorioaberto.uab.pt/bitstream/10400.2/737/1/LC449.pdf>

Organização Mundial de Saúde [OMS] (1946) *Constitution of the World Health Organization*. Nova Iorque: World Health Organization,

Pereira, F. (2012). *Fenómenos Estruturantes da Pós-Modernidade*. In F. Pereira (1ª ed.) Teoria e Prática da Gerontologia (17-23). Viseu: Psicosoma

Pereira, T. R. d. N. (2013). As novas formas de capital nas organizações sem fins lucrativos - um estudo de caso na Delegação de Fafe da Cruz Vermelha Portuguesa. (Mestre), Universidade do Minho, Braga.

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

Phaneuf, M. (2007). *le concept d´humanitude: une application aux soins infirmiers généraux*. [Internet]. [Consult. 22 agosto. 2019].

Philibert, M. (1984) *Velhice e Sociedade*. Enciclopédia Salvat da Saúde, (vol. 8, 218-229). Rio de Janeiro: Salvat Editora do Brasil, LDA,.

Pinheiro R. (2009). *Cuidado em Saúde*. Dicionário da Educação Profissional em Saúde.

Pires, A. (2004). *Qualidade. Sistemas de Gestão da Qualidade*. Lisboa. 3ª Edição. Edições Sílabo.

Pires, A. SGQ em Instituições de Ensino Superior. Outubro 2010. Revista Qualidade. Edição 02.

Pinto, A. e Soares, I. (2010). *Sistemas de Gestão da Qualidade – Guia para a sua implementação*. Lisboa. 1.ª Edição. Edições Sílabo.

Pires, A. (2016). *Sistemas de Gestão da Qualidade: Ambiente, Segurança, Responsabilidade Social, Indústria e Serviços* (2ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo, Lda.

Pocinho, Ricardo, S. P. (2014) Mayores en contextos de aprendizaje: Caracterización y efectos psicológicos en los alumnos de las Universidades de Mayores en Portugal. Tese de doutoramento em Psicogerontologia. Universitat de València. Acedido a 02 de agosto de 2019 em http://biblioteca.esec.pt/cdi/ebooks/docs/Mayores_Pocinho.pdf

Pordata (2018a) “Esperança de vida aos 65 anos da população do sexo feminino e masculino: total e por anos de vida saudável e não saudável – Europa”
<http://www.pordata.pt/Europa/Ambiente+de+Consulta/Tabela> [07 de agosto de 2019].

Pordata (2018b) “Indicadores de envelhecimento segundo o Censos”,
<http://www.pordata.pt/Portugal/Indicadores+de+envelhecimento-526> [19 de julho de 2019].

Quivy, R., & Campenhoudt, L. V. (1992). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Gradiva - Publicações Lda.

Ramos Pires, A. (2007). *Qualidade - Sistemas de Gestão da Qualidade* (3ª Edição ed.). Lisboa: Edições Sílabo, Lda.

Rappo, I. (2007). Comment les soignants en soins infirmiers conservent-ils l’humanité des patients comateux durant leurs interventions? Haute Ecole Spécialisée de Suisse occidentale, Fachhochschule Westschweiz, University of Applied Sciences Western Switzerland. Travail aboutissant à la fin de formation en soins infirmiers

Ribeiro, J.L.P. (2010). *Metodologia de investigação em psicologia e saúde*. 3ª Edição. Porto: Editora Legis.

Ribeiro, O.; Paúl, C. (2011). *Manual de envelhecimento ativo*. Lisboa. Lidel – Edições Técnicas, Lda.

Rodrigues, O. (2014) *Sistema de Gestão da Qualidade nas Instituições Particulares de Solidariedade Social, que benefícios?*. Dissertação de Mestrado em Gestão das Organizações, Ramo de Gestão de Empresas. Instituto Politécnico de Bragança, Viseu. Acedido a 10 setembro de 2019 em:
http://repositorio.ipvc.pt/bitstream/20.500.11960/1356/1/Olga_Rodrigues.pdf

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

Rosário, E. M.O.C. (2009). *Comunicação e cuidados de saúde comunicar com o doente ventilado em cuidados intensivos*. Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde. Univeridade Aberta, Lisboa. Acedido a 16 de Agosto de 2019 em:
<https://repositorioaberto.uab.pt/bitstream/10400.2/1472/1/PDF.pdf>

Santa Casa da Misericórdia de Santarém (2004). *O Cuidar e o Prestador de Cuidados*.

Santos, C. (2004). *Abordagem Centrada na Pessoa- Relação Terapêutica e Processo de Mudança*. Comunicação apresentada no Serviço de Psiquiatria do Hospital Fernando

Fonseca. Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Fernando Fonseca. Acedido em 16 de agosto de 2019 em: http://www.psilogos.com/Revista/Vol1N2/Indice2_ficheiros/Santos.pdf

Santos, V. Radünz, V. (2011). O Cuidar de si na visão de académicas de enfermagem.

Saraiva, M., & Teixeira, A. (2010). TQM Qualidade: A qualidade numa perspectiva multi e interdisciplinar - n.º1 (1ª Edição ed.). Lisboa: Edições Sílabo, Lda.

Sequeira, C. (2007) . *Cuidar de idosos dependentes: diagnósticos e intervenções*. (1ªed.) Coimbra: Quarteto.

Sequeira, C. (2010) *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lisboa: Lidel- edições técnicas, lda

Serrano, G.P (2008). *Elaboração de projetos Sociais*. Porto Editora

Sicard, N. (2009). *La méthodologie de soins Gineste-Marescotti: le point sur la recherche*. Revue de Gériatrie et de Gérontologie. Tome 16, n° 158, p. 418-420.

Simões, M. ; Rodrigues, M. ; Salgueiro, N. (2008). *O significado da filosofia da Humanitude, no contexto dos cuidados de enfermagem à pessoa dependente e vulnerável*. Referência.

Simões, M. M. (2014). *Condição do Homem no Mundo-Humanitude; Cuidar Humanitude. Cuidar Humanitude, Enfermagem neurorrelacional*. Coimbra: Edição do autor

Simões, M., M. (2013). Cuidar da humanidade : método de Gineste e Marescotti Aplicado a Pessoas Internadas em cuidados continuados. Tese apresentada para obtenção do grau de doutor em Enfermagem, na Universidade Católica, Lisboa. Retirado a 10 julho de 2019 de: <http://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/13913>

Simões, M.; Rodrigues, M.; Salgueiro, N. (2008). O significado da filosofia da humanidade, no contexto dos cuidados de enfermagem à pessoa dependente e vulnerável. Revista de Enfermagem Referência. II (7):97-105. Acedido em 12 de agosto de 2019 em: http://rihuc.huc.minsaude.pt/bitstream/10400.4/482/1/Artigo_de_Revis%C3%A3o%5B1%5D.pdf

Simões, M.; Rodrigues, M.; Salgueiro, N. (2011) – Importância e aplicabilidade aos cuidados de enfermagem do método de Cuidados de Humanitude Gineste - Marescotti®. Revista de Enfermagem Referência. III (4): 69-79. Acedido em 12 de junho de 2019

em: <http://rihuc.huc.minsaude.pt/bitstream/10400.4/1065/1/Sim%C3%B5es%20MMM%202011%20Import%C3%A2ncia%20e%20Aplicabilidade%20Humanitude.pdf>

Squire. A. (2002) *Saúde e Bem-Estar para Pessoas Idosas*: Fundamentos Básicos para a Prática. Loures: Lusociência

Sommerhalder, C. (2001). Significados associados à tarefa de cuidar de idosos de alta dependência no contexto familiar. Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas.

Viegas, S.; Gomes, C. (2007). *A identidade na velhice*. 1ª ed. Lisboa: Âmbar.

APÊNDICES

Apêndice I – Consentimento Informado

Consentimento Informado

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

Eu, Andreia Filipa de Oliveira Rei, licenciada em Serviço Social, encontro-me a frequentar o Curso de Mestrado em Gestão de Unidades Sociais e Bem-Estar, na Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias em Lisboa.

Neste momento, estou a realizar um estudo de investigação, inserido no âmbito da minha tese intitulada **“Gestão de equipa prestadora de cuidados diretos a idosos institucionalizados: Cuidar com humanitude”**.

Com o presente estudo, pretendo obter informações relativas à caracterização sociodemográfica dos cuidadores formais, bem como, conhecer a prática da metodologia Humanitude no cuidado aos utentes.

Gostaria que colaborasse no mesmo, através de um inquérito, que não implica quaisquer riscos ou desvantagens para si, nem para os utentes a quem presta cuidados.

Todas as informações serão confidenciais de forma a garantir o seu anonimato.

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

Obrigada pela sua colaboração!

Apêndice II – Instrumento de Recolha de Dados – Questionário

Gestão de equipa prestadora de cuidados diretos a idosos institucionalizados: Estudo da equipa de ação direta na perceção e aplicabilidade do método humanidade na prestação de cuidados.

“Qual o contributo do método humanidade na prática profissional de ajudantes de ação direta em contexto de Residência de Idosos?”

I. Dados pessoais

1. Idade: _____ anos

2. Sexo: Feminino ☐ Masculino ☐

3. Estado civil: _____

4. Nacionalidade: _____

5. Habilitações Literárias (grau completo):

Ensino Básico Ensino Secundário	1º ciclo (instrução primária) ☐	Licenciatura ☐
	2º ciclo (até ao 9º ano) ☐	Pós- Graduação ☐
	3º ciclo (até ao 12º ano) ☐	Mestrado ☐

6. Tempo de experiência profissional _____

7. Antiguidade na empresa: _____ anos _____ meses

8. Turno de trabalho: Manhã ☐ Tarde ☐ Noite ☐

II. Conhecimento sobre Humanidade

1. Já ouviu falar da metodologia de trabalho Humanidade? Sim ☐ Não ☐
Se sim:

- Como obteve conhecimento? _____
- Teve algum tipo de formação? _____ pode colocar como sim ou não. Se sim, então responde às 2 questões seguintes. Se não, passa a pergunta 2.

- Formação por iniciativa da empresa ____ (horas)..... Formação por sua iniciativa ____ (horas)
- A sua prática mudou depois de obter esta formação? Sim ☐ Não ☐

2. Acha importante esta filosofia do cuidar? Sim ☐ Não ☐

Porquê? _____

III. Pilares Humanitude

Para todas as questões apresenta-se a seguinte grelha para seleção de resposta. Responda tendo por base a sua prática profissional.

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

I. PALAVRA

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

b) A senhora M, com demência de Alzheimer, está sentada aguardando uma consulta. Apresentando desorientação espaço temporal, repetidamente questiona a ajudante de ação direta o que está ali a fazer. A ajudante de ação direta calmamente, identifica-se e em cada uma das vezes, explica-lhe porque estão ali. ☐

c) A ajudante de ação direta Z foi advertida pela Direção por estar a conversar com uma residente, “sem fazer nada”. Na sua opinião o comportamento por parte da Direção foi ☐

d) O senhor F., utente consciente e orientado em fase terminal, faz a higiene diariamente com a ajudante de ação direta B. Perante este residente a ajudante apenas o cumprimenta e efetua os procedimentos adequados sem comunicar com o mesmo. No fim despede-se. ☐

II. TOQUE

a) Numa residência para pessoas idosas os ajudantes de ação direta foram proibidos de manifestar sinais de afeto aos residentes (tocar-lhes na mão, beijá-los à chegada...) por uma questão de “higiene e profissionalismo”. Considera esta medida institucional ... ☐

b) Quando está a prestar cuidados a um residente em que a dor está presente pela realização de procedimentos, a ajudante de ação direta, costuma tocá-lo suavemente, em zona neutra do corpo (ombro, braço...). ☐

c) O senhor B, idoso de 88 anos, é acordado bruscamente para a realização de um injetável. O senhor começou a gritar e a impedir o procedimento. A ajudante de ação direta M. imobiliza à força o residente. ☐

d) A ajudante de ação direta H. cumprimenta sempre os utentes com um aperto de mão e luvas colocadas. ☐

III. VERTICALIDADE

a) O senhor Z. refere já não querer levantar-se da cama. A ajudante de ação direta reforça a importância do levantar do utente junto do utente e da família. ☐

b) A ajudante de ação direta X., nos utentes acamados aos seus cuidados, estimula e ajuda a pessoa a adotar uma postura vertical (no cadeirão, na cama,...) ☐

c) Uma ajudante de ação direta que sempre teve um bom comportamento foi advertida pela coordenação por estar a passear com uma residente. A postura da coordenação parece-lhe ☐

d) A senhora A., idosa acamada, estando a dormir é acordada para a realização de um penso na mão esquerda. A residente prefere permanecer na cama como é seu hábito, mas a ajudante, apesar de contrariar a residente, sentou a senhora. ☐

IV: OLHAR

a) A senhora A. Está posicionada em decúbito lateral. Aproveitando o posicionamento em que a residente se encontrava inicialmente a ajudante realiza os respetivos cuidados. Após seu término posiciona a senhora e pede desculpa por ainda não ter podido ver os seus lindos olhos azuis. ☐

b) Quando se aproxima da residente a ajudante X. evita colocar-se à distância de contacto e adota uma postura ligeiramente hirta para impedir que a residente não perceçione “mais do que deve”. ☐

c) A ajudante de ação direta M. fala com a senhora L., de costas, enquanto arruma a sala de jantar. ☐

d) A ajudante de ação direta M. tenta sempre expressar um olhar atencioso perante os utentes. ☐

V. Sorriso

a) Alguns autores reportam-se ao sorriso como o remédio mais eficaz, tendo o poder de curar certas doenças. Considera essa estratégia ☐

b) Para impedir contactos de maior proximidade a agente de ação direta Z. mantém um rosto fechado durante os cuidados que executa. ☐

c) O ajudante de ação direta T. utiliza o humor como uma estratégia para interagir com os utentes. Essa estratégia parece-lhe... ☐

d) No desempenho do seu exercício, o ajudante de ação direta Y. que utiliza o humor como uma estratégia para interagir com os utentes é advertido pela chefia para adequar a postura profissional. Em sua opinião, esta postura da instituição é ☐

VI. Vestuário/Conforto

a) O senhor P. apresenta artroses acentuadas nas mãos. Não consegue engraxar os sapatos e pede à ajudante de ação direta. Esta alega não ser sua função e despede-se do senhor. ☐

b) Embora a senhora T. prefira permanecer com o pijama vestido a ajudante de ação direta A. estimula a residente a utilizar o seu próprio vestuário quando efetua o levante para o cadeirão. ☐

c) O senhor R. nas escolhas de vestuário não prima por um gosto requintado. A ajudante de ação direta opta por retirar do armário sempre peças de vestuário de acordo com as suas preferências e não as do residente. ☐

d) A senhora Y. pediu à ajudante de ação direta Z. para a levar à casa-de-banho. A ajudante respondeu-lhe que tinha fralda. Esta atitude parece-lhe... ☐

Muito obrigada pela sua colaboração!

ANEXOS

Anexo I- Sequência Estruturada de Procedimentos Cuidativos de Humanidade (SEPCH), elaborada por Simões, Salgueiro e Rodrigues (2011)

N.º	Descrição do procedimento
1	Bate à porta (e/ou nos pés da cama), fica atento e espera a resposta.
2	Aproxima-se e coloca-se à distância de contacto com uma postura ligeiramente inclinada para a pessoa doente.
3	Olha de frente nos olhos da pessoa doente (olhar axial, horizontal, longo, próximo)
4	Chama a pessoa doente pelo seu nome, saudando-a, com tom de voz suave, firme, melodiosa.
5	Anuncia-se à pessoa doente (eu sou o/a enfermeiro/a...).
6	Diz à pessoa doente que está ali para lhe dar atenção, para a ajudar, para a cuidar, utiliza palavras positivas.
7	Inicia o toque suavemente, em zona neutra do corpo (ombro, braço...), com a polpa dos dedos, desliza, assenta de imediato a palma da mão em deslize suave e curto (polpar-deslizar-palmar) ...
8	Espera por um sinal da pessoa doente que acuse a aceitação da relação (ex: olhar, falar, ...).
9	Dá continuidade ao toque: palmar amplo, suave, lento, acariciador (toque-ternura até ao fim do cuidado), sem utilizar os dedos em pinça ou a mão em garra...
10	Evita começar o procedimento pelo rosto (especialmente no banho).
11	Anuncia cada gesto que vai executar (ex: Sr. ^a Maria vamos lavar a sua mão direita, ...).
12	Pede à pessoa doente que inicie os movimentos, dando reforços positivos (ex: Sr. ^a Maria levante o seu braço direito (...) Muito bem!).
13	Executa os gestos com movimentos muito suaves, gestos amplos...
14	Descreve pormenorizadamente os gestos que executa (ex: S ^a Maria estou a ensaboar a sua mão direita, o seu dedo polegar, ...).
15	Observa sinais de aceitação e adesão da pessoa doente ao cuidado anunciado e descrito...
16	Evita o uso de palavras que possam estimular sentimentos conflituosos na pessoa doente.
17	Retoma com frequência o nome da pessoa doente (quem não tem nome não existe).
18	Olha com frequência de frente nos olhos da pessoa doente.
19	Responde-se continuamente em voz alta a si próprio(a) quando o doente não tem capacidade de resposta verbal (auto-feedback).
20	Procura ajudar a pessoa doente a tomar uma postura vertical. (ex: erguer o tronco, o segmento torácico da cama, sentar no cadeirão, pôr de pé).
21	Dá atenção à apresentação física (ex: vestuário, penteado, ...) da pessoa doente, de acordo com as suas preferências.
22	Utiliza as capacidades restantes da pessoa doente estimulando-lhe gestos e dando-lhe reforços positivos.
23	Está atento às respostas de satisfação da pessoa doente com os cuidados recebidos (ex: sem rigidez muscular, sem agitação, fâcies sereno, fâcies sorridente, lágrima de emoção).
24	Fala à pessoa doente da experiência agradável que foi prestar-lhe aquele cuidado.
25	Reforça positivamente os esforços da pessoa doente, por mínimos que tenham sido.
26	Diz à pessoa doente que tem todo o interesse em ajudá-la nos cuidados.
27	Agradece à pessoa doente aquele momento de relação no cuidado e despede-se.

Fonte: Simões, Salgueiro e Rodrigues (2011)