



UNIVERSIDADE D
COIMBRA

Carolina Nogueira Fonseca

IMPLEMENTAÇÃO DA METODOLOGIA DE CUIDADO
HUMANIDADE EM ERPI: CONTRIBUTO PARA O
SISTEMA ORGANIZACIONAL

**Dissertação de Mestrado em Serviço Social, orientada pela Professora
Doutora Helena Reis Amaro da Luz e coorientada pela Professora Doutora
Rosa Cândida Melo e apresentada à Faculdade de Psicologia e Ciências da
Educação**

Julho de 2020

Carolina Nogueira Fonseca

**A implementação da Metodologia de
Cuidado Humanidade em ERPI:
Contributo para o sistema organizacional**

**Dissertação de Mestrado em Serviço Social orientada pela Professora
Doutora Helena Reis Amaro da Luz e coorientada pela Professora Doutora
Rosa Cândida Melo apresentada à Faculdade de Psicologia e Ciências da
Educação**



**UNIVERSIDADE D
COIMBRA**

Julho, 2020

Dedicatória:

Aos meus avós (*in memoriam*)

Agradecimentos

Agradeço, em primeiro lugar, às minhas orientadoras Professora Doutora Helena Reis e Professora Doutora Rosa Melo, pela paciência e disponibilidade que tiveram comigo ao longo deste percurso, sem as suas orientações este trabalho não seria uma realidade. Agradeço-lhes por toda a ajuda, transmissão de conhecimentos e por me tranquilizarem nos momentos mais angustiantes deste percurso. Estar-lhes-ei eternamente grata.

À minha família por ter acreditado em mim. Aos meus pais, pelo apoio ao longo deste caminho. À minha irmã, por ser a minha maior inspiração, pelo amor e por todas as vezes que me disse “Calma, tu consegues!”. À minha companheira de quatro patas, Estrelinha, pelo mimo e companhia, por ser um verdadeiro exemplo de força e resiliência.

Ao meu amigo Zé, pela amizade e paciência. Agradeço-lhe por ter estado sempre do meu lado nos momentos em que pensava que não ia dar certo, e por todas as vezes que me disse “Vais conseguir, eu sei que sim!”.

Aos meus amigos de sempre, à Joana, à Ana, à Rute, à Helena, à “Jonas” e à Melissa, pelo apoio e incentivo.

Aos professores do Mestrado em Serviço Social foram essenciais no meu percurso académico, agradeço-lhes pelos ensinamentos e pela transmissão de conhecimentos.

Aos colegas de Mestrado, em especial às Elsas e à Catarina, por terem contribuído com as suas experiências para o meu crescimento pessoal e profissional.

Aos formadores Humanitude, pela disponibilidade na participação no estudo, por serem verdadeiras inspirações na área.

A todos, que de certa forma contribuíram para a realização deste trabalho, muito obrigada.

Resumo

O reconhecimento do aumento número de pessoas idosas institucionalizadas, cada vez mais dependentes e a necessitar de cuidados convoca a uma prestação de cuidados cada vez mais exigente e diferenciada constituindo assim o mote para a presente investigação, a qual assume como objetivo central desta investigação compreender de que forma a Metodologia de Cuidado Humanidade facilita a prestação de cuidados em Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas e o contributo da mesma para o sistema organizacional. Para tal, esta dissertação utilizou uma metodologia qualitativa de carácter exploratório e descritivo, alicerçada em dois eixos analíticos: cuidadores e prestação de cuidados, e sistema organizacional, tendo a aproximação ao terreno sido feita pela aplicação de questionários a três formadores da Metodologia de Cuidado Humanidade.

Os resultados do estudo sugerem que a metodologia se revela aliada dos profissionais na prática de cuidados humanizados, resultando em relação às pessoas cuidadas, numa diminuição da sua agitação e numa promoção da sua autonomia. Para os cuidadores profissionais a metodologia reverte benefícios múltiplos dos quais se destacam, a redução do absentismo, a satisfação e motivação profissional. Para o sistema organizacional, esta metodologia contribui para promover a qualidade dos cuidados e inerente visibilidade institucional. No que diz respeito aos constrangimentos associados à implementação da metodologia, encontraram-se pontos em comum nos dois eixos, como a rotinização das práticas, o foco da ação muito centrado nas tarefas e a resistência à mudança.

No essencial e em termos conclusivos o estudo revela que a Metodologia de Cuidado Humanidade acrescenta valor às Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas permitindo melhor direcionar os cuidados para satisfazer as particularidades das pessoas idosas, dignificando-as, ao mesmo tempo que constitui uma ferramenta que sistematiza e operacionaliza a relação no cuidado. As implicações para a prática que daqui resultam prendem-se sobretudo com a necessidade de intensificar a formação dos profissionais com técnicas relacionais, para que possam melhor intervir junto de pessoas vulneráveis a residir em Estrutura Residências para Pessoas Idosas.

Palavras chave: Envelhecimento; Cuidados; Sistema organizacional; Humanidade

Abstract

The recognition of the increasing number of institutionalized elderly people, who are increasingly dependent and in need of care, calls for an increasingly demanding and differentiated care provision, thus constituting the motto for the present investigation, which assumes the central objective of this investigation to understand what forms the Methodology of Care Humanitude facilitates the provision of care in Residential Structures for Elderly People and its contribution to the organizational system. To this end, this dissertation used a qualitative methodology of an exploratory and descriptive character, based on two analytical axes: caregivers and care delivery, and organizational system, with the approach to the terrain being made through the application of questionnaires to three trainers of the Methodology of Care Humanitude.

The results of the study suggest that the methodology proves to be an ally of professionals in the practice of humanized care, resulting in relation to the people being cared for, in a reduction of their agitation and in the promotion of their autonomy. For professional caregivers, the methodology reverses multiple benefits, of which stand out, the reduction of absenteeism, satisfaction and professional motivation. For the organizational system, this methodology contributes to promoting the quality of care and inherent institutional visibility. With regard to the constraints associated with the implementation of the methodology, common points were found in both axes, such as the routinization of practices, the focus of the action, which is very focused on tasks and resistance to change.

Essentially and in conclusive terms, the study reveals that the Methodology of Care Humanitude adds value to the Residential Structures for Elderly People, allowing a better targeting of care to satisfy the particularities of the elderly, dignifying them, while constituting a tool that systematizes and operationalizes the relationship in care. The implications for the practice that result from this are mainly related to the need to intensify the training of professionals with relational techniques, so that they can better intervene with vulnerable people living in Structure Residences for the Elderly.

Keywords: Aging; Care; Organizational system; Humanitude

Índice

Índice de tabelas	ix
Lista de abreviaturas	x
Introdução.....	11
Primeira parte – Fundamentação teórica	14
1. O envelhecimento e a reconfiguração do cuidado	15
1.1. O envelhecimento demográfico e as sociedades híper envelhecidas.....	15
1.2. O envelhecimento – um processo “individual”	17
1.3. Longevidade e dependência	20
2. O envelhecimento e a reconfiguração do cuidado	23
2.1. Do cuidado privado ao cuidado institucional	23
2.2. As respostas institucionais de promoção do cuidado: As ERPI	24
2.2.1. A direção técnica em ERPI.....	28
2.2.2. As equipas prestadoras de cuidados: desafios em contexto de ERPI.....	30
3. Humanidade como filosofia do “Cuidar”	35
3.1. A filosofia da Humanidade	35
3.2. A Metodologia de Cuidado Humanidade.....	36
3.2.1. Princípios éticos e regras de arte.....	37
3.2.2. Os pilares de Humanidade.....	38
3.2.3. Sequência Estruturada dos Procedimentos Cuidativos Humanidade.....	40
3.2.4. Processo de implementação da Metodologia de Cuidado Humanidade	43
3.2.5. Estado da arte em Portugal: da formação aos estudos desenvolvidos.....	44
3.2.6. A Metodologia de Cuidado Humanidade: benefícios e implicações	46
Segunda parte – Estudo empírico	49
1. Delineamento metodológico do estudo.....	50
2. Questão central e objetivos de investigação	50
3. Métodos e procedimentos.....	51
3.1. Metodologia e método	51
3.2. População-alvo/ amostra	52
3.3. Técnicas de recolha de dados	53
3.3.1. Pesquisa bibliográfica e análise documental.....	53
3.3.2. Questionário	53
3.4. Metodologia de análise de dados	54
3.4.1. A análise de conteúdo.....	54
4. Apresentação e análise dos resultados	58

4.1. Caracterização da amostra.....	59
4.2. Eixo 1- Cuidadores e prestação de cuidados.....	60
4.2.1. Aplicabilidade da MCH nas ERPI.....	61
4.2.2. Cuidados e dificuldades associadas	63
4.2.3. Benefícios da implementação da MCH	66
4.2.4. Dificuldades da implementação da MCH.....	68
4.3. Eixo 2- Sistema organizacional	72
4.3.1. Motivação para a implementação da MCH.....	72
4.3.2. Benefícios da implementação da MCH	74
4.3.3. Dificuldades da implementação da MCH.....	76
4.3.4. Contributo económico	79
4.4. Identificação dos procedimentos Cuidativos em Humanidade que os profissionais têm mais dificuldades de aplicar na prática	80
5. Discussão dos resultados	82
Conclusão	87
Bibliografia.....	90
Apêndices	100

Índice de tabelas

Tabela 1- Categorização da análise de conteúdo	58
Tabela 2- Caracterização dos interlocutores	60
Tabela 3 - Análise de conteúdo – Eixo 1: Cuidadores e prestação de cuidados	110
Tabela 4 - Análise de conteúdo – Eixo 2: Sistema Organizacional	117
Tabela 5 - N.º de ocorrências em cada nível de dificuldade face aos 34 procedimentos	122
Tabela 6 - Perceção face as dificuldades dos cuidadores em cada procedimento	125

Lista de abreviaturas

AAD- Auxiliar de Ação Direta

AF- Acolhimento Familiar

AVC- Acidente Vascular Cerebral

AVD- Atividades de Vida Diária

AVDI - Atividades Instrumentais de Vida Diária

CAO - Centro de Atividades Ocupacionais

CFL - Centros de Férias e Lazer

CD- Centro de Dia

CC- Centro de Convívio

CN- Centro de Noite

ERPI - Estrutura Residencial para Pessoas Idosas

IGM- Instituto Gineste e Marescotti

IPSS- Instituição Particular de Solidariedade Social

ISS - Instituto de Segurança Social

MCH- Metodologia de Cuidados Humanidade

PIC- Plano Individual de Cuidados

RCAAP- Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal

SEPCH- Sequência Estruturada de Procedimentos Cuidativos Humanidade

Introdução

O envelhecimento é a conquista do século, assume uma dimensão mundial e é uma tendência crescente nos países desenvolvidos (Luz, 2017). O continente europeu destaca-se como o mais envelhecido do planeta, no qual 25% da população possui idade superior a pessoas com mais de 60 anos (Nações Unidas, s/d).

Portugal constitui um dos países mais envelhecidos da Europa, sendo que em 2018 a população residente em Portugal era constituída por 13,7% de jovens, 64,5% pessoas em idade ativa (15-64 anos) e por 21,8% de pessoas com mais de 65 anos (INE, 2020).

A tendência do envelhecimento em Portugal resulta em grande medida da baixa natalidade, e do aumento da esperança média de vida (e.g., INE, 2020; Luz, 2017) indicadores estes que estão na base de uma maior longevidade, predispondo para um aumento das situações de incapacidade (Goldani, 2004), prevalência de doenças crónicas e situações de dependência (Ribeiro & Pinto, 2014). A dependência não é um conceito novo, no entanto e face às transformações estruturais associadas ao envelhecimento da população, à mudança no perfil e cronicidades das patologias, reporta-se frequentemente às limitações em termos do autocuidado. Tal significa que a dependência denuncia significativa fragilidade, impossibilitando a pessoa idosa de prestar os seus próprios cuidados, cuidados esses muitas das vezes “entregues” às famílias.

Em Portugal, à semelhança dos países do sul da Europa, a família é a unidade central de suporte e apoio aos seus familiares (desde os mais novos aos mais idosos), assumindo tradicionalmente as mulheres o papel de prestadoras de cuidados intrafamiliares. No entanto e face às novas configurações e alterações nas estruturas das famílias (cada vez mais verticais), bem como decorrente de fatores vários, como a diminuição da taxa de natalidade, a opção de muitas mulheres em não terem filhos e o aumento da longevidade, entre outros, a tarefa do cuidar, vai-se mostrando cada vez mais redirecionada para a esfera pública (Luz, 2014).

Ao longo dos últimos anos, e perante o cenário demográfico, a configuração do cuidado foi sendo redimensionada, de modo a oferecer respostas ao elevado número de pessoas mais velhas. A este respeito, destacam-se as Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI), que ao longo do tempo vêm protagonizado a prestação de cuidados às pessoas idosas e em situações de dependência.

As equipas prestadoras de cuidados são responsáveis pela prestação de cuidados, na qual a finalidade última será o bem-estar e a qualidade de vida das pessoas cuidadas. No entanto o trabalho afeto a estes profissionais é complexo. As características díspares das pessoas idosas,

aliadas aos comportamentos associados a quadros patológicos como as doenças neurocognitivas, que desencadeiam frequentemente comportamentos de agitação e recusa aos cuidados repercutem-se no desgaste dos seus cuidadores (Ribeiro, Ferreira, Ferreira, Magalhães & Moreira, 2008). Além destas dificuldades relacionadas com o cuidado à pessoa idosa e com as patologias a estas associadas, acrescentam-se outros fatores relacionados com as equipas prestadoras de cuidado, que de um certo modo podem justificar a dificuldade do ato de cuidar, como a fraca formação das mesmas (Stone, 2007), a falta de tempo, o número reduzido de elementos das equipas e a dificuldade a nível de organização e planeamento de atividades (Barbosa, Cruz, Figueiredo, Marques & Sousa, 2011). De salientar também, os elevados níveis de absentismo que causam instabilidade (Sousa, 2011) e que comprometem a qualidade dos cuidados prestados, constituindo um problema para as direções técnicas.

Às direções técnicas é incumbida a tarefa de gerir toda a dinâmica institucional, sendo essencial garantir a gestão das pessoas nas organizações, esta é uma das tarefas mais árduas, pois torna-se difícil encontrar profissionais com as competências e formações adequadas para prestar um cuidado ajustado às necessidades das pessoas cuidadas (Névoa, 2016). Percebe-se que face à complexidade do cuidado às direções técnicas é exigida uma resposta de qualidade sendo para tal necessário um conjunto de recursos materiais e humanos que auxiliem no desempenho do seu papel, apresentando-se neste âmbito a Metodologia de Cuidado Humanidade (MCH), como ferramenta oportuna para melhorar a prestação de cuidados.

A MCH assenta em três pilares relacionais: o olhar, a palavra e o toque e um pilar identitário: a verticalidade (e.g., Gineste & Pellissier, 2008; Figueiredo, Melo & Ribeiro, 2018). Esta metodologia de cuidados é operacionalizada em 5 etapas: pré-preliminares, preliminares, *rebouclage* sensorial, consolidação emocional e reencontro (Gineste & Pellissier, 2008; Figueiredo et al., 2018; Simões, Rodrigues & Salgueiro, 2011).

Esta metodologia tem demonstrado efetividade no cuidado em pessoas dependentes e com quadros demenciais associados (Simões, Salgueiro & Rodrigues, 2012) verificando-se nestas, uma maior aceitação dos cuidados, uma diminuição na agitação, nos níveis de ansiedade e uma redução do consumo de psicotrópicos, promovendo a MCH, o autocuidado e a verticalidade (Figueiredo et al., 2018; Melo et al., 2019). A nível organizacional, verifica-se uma diminuição da taxa de absentismo dos profissionais (Figueiredo et al., 2018), minimizando este, que é tido como um problema para a gestão de organizações.

Tendo por base este enquadramento, a investigação assumiu como objetivo geral compreender de que forma a MCH facilita a prestação de cuidados em ERPI e o seu contributo para o sistema organizacional, analisado sob as perspetivas dos cuidadores e prestação de

cuidados e do sistema organizacional, tendo o estudo privilegiado uma abordagem exploratória e descritiva de índole qualitativa. Para o efeito foram auscultados interlocutores associados a implementação da MCH em ERPI, através de um questionário composto maioritariamente por questões abertas e ao qual foi aplicada a metodologia de análise de conteúdo como estratégia de interpretação dos dados obtidos.

Em termos de estruturação a presente dissertação é constituída por duas partes, a primeira parte centra-se na fundamentação teórica, abordando os conceitos principais: o envelhecimento e as suas repercussões, o envelhecimento e a reconfiguração do cuidado e a Humanidade como filosofia de cuidados.

Assim o primeiro capítulo analisa o fenómeno do envelhecimento de uma dimensão macro para uma dimensão micro, considerando a componente demográfica, bem como o envelhecimento como um processo individual sob o ponto de vista biológico, psicológico e social. No segundo capítulo, será abordada a reconfiguração do cuidado da esfera familiar à esfera pública, bem como a análise da resposta social ERPI, discutindo os desafios que à mesma se colocam e às suas equipas. No último capítulo será apresentada a MCH como uma filosofia de cuidados, que procura responder às necessidades das pessoas cuidadas, cuidadores e sistema organizacional.

A segunda parte enquadra o estudo na sua componente empírica, a este respeito apresenta-se o delineamento do estudo, questão e objetivos, bem como os métodos e procedimentos adotados de forma a responder aos objetivos propostos.

A finalizar apresenta-se a discussão dos resultados, assim como a respetiva conclusão.

Primeira parte – Fundamentação teórica

1. O envelhecimento e a reconfiguração do cuidado

O envelhecimento constitui um fenómeno irreversível sujeito a múltiplas interpretações e que convoca a sua apreensão quer numa perspetiva macro, isto é referente à sua componente macro societal, quer numa perspetiva micro, ou seja, alocando-se a sua compreensão à esfera individual, o que remete para o entendimento do envelhecimento como processo específico e decorrente de múltiplos fatores associados a características e vivências dos indivíduos.

1.1. O envelhecimento demográfico e as sociedades híper envelhecidas

Numa abordagem de natureza macro o envelhecimento associa-se a tendências demográficas, sendo uma característica do século XXI, que introduz nas sociedades contemporâneas elevados desafios e em particular no continente europeu, considerado o mais envelhecido do planeta (Fernandes, 2007).

Em demografia, uma população envelhece sempre que regista uma diminuição da população em idade mais jovem, neste sentido o envelhecimento demográfico diz respeito ao aumento da proporção da população idosa (mais de 65 anos) sobre a restante (e.g., Fernandes, 1997; Carrilho & Gonçalves, 2007).

Recuando no tempo e tendo em consideração a Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, realizada em 1982 em Viena, esta, já alertava para o envelhecimento demográfico, tendo sido por esta altura avançado o cenário de que em 2025, uma em cada sete pessoas, a nível mundial iria ter mais de 60 anos.

Numa perspetiva europeia, e segundo estimativas do Eurostat, entre 2018 e 2100, a população com mais de 65 anos deverá aumentar para um pico de 525,0 milhões, por volta de 2040 e, posteriormente, tenderá a diminuir, gradualmente para 492,9 milhões até 2100. Também se estima que a população com idade superior a 80 anos mais do que duplique, ou seja, aumente de 5,6% em 2018, para 14,6% em 2100 (Eurostat, 2019).

Sendo esta uma realidade dos países desenvolvidos, o problema do envelhecimento está intimamente relacionado com o aumento da esperança média de vida, diminuição da natalidade e aumento da longevidade (Fernandes, 1997; Carrilho & Gonçalves, 2007; Luz, 2017), ou seja, para além do aumento do número de pessoas idosas, aumentará também o número de pessoas muito idosas (acima dos 80 anos).

Tal como demonstrado, as sociedades estão em constante envelhecimento, sendo este um processo cada vez mais prolongado. Como tal, vários autores (e.g., Luz, 2019) realçam que atualmente se pode falar de sociedades híper envelhecidas quando as mesmas possuem uma proporção de idosos na ordem dos 21% ou com incidência superior, realidade esta que tende a abranger cada vez mais as sociedades desenvolvidas e onde se inclui já Portugal. Assim em 2000 e pela primeira vez a incidência do número de pessoas idosas foi superior ao número de jovens. Por seu lado, em 2014, existiam 141 idosos para cada 100 jovens e em 2018, existiam cerca de 157,4 por cada 100 jovens (INE, 2015; Pordata, 2019). Em 2030 esta faixa etária representará 26% da população e em 2060 as pessoas idosas irão representar 29% da população total (GEP, 2017a). Neste sentido, e segundo as projeções do INE (2017), entre 2015 e 2080, o índice de envelhecimento triplicará, passando de 147 para 317 idosos, por cada 100 jovens em 2080.

Para além do aumento do número de indivíduos com mais de 65 anos, projeta-se também o aumento do número daqueles que possuem 80 e mais anos, de 614 mil para 1421 mil entre 2015 e 2060 respetivamente (GEP, 2017a).

De assinalar que a dinâmica que retrata as sociedades como híper envelhecidas eleva e como suscita Luz (2017), o entendimento acerca da reconfiguração de outras variáveis demográficas e da própria velhice.

Em particular, e para o caso português, a incidência da longevidade obriga a convocar para a análise, indicadores atrás referidos, designadamente, a diminuição da fecundidade, e o decréscimo da mortalidade. A taxa de fecundidade, registou uma queda abrupta desde 1961, de 95,7% para 37,9% em 2018 (Pordata, 2019), e segundo Luz (2017, p.3) esta é a “causa ascendente” do envelhecimento.

No que respeita à esperança média de vida, tem-se vindo a registar o seu incremento, assim, se em 1970 a esperança média de vida era de aproximadamente 67 anos, em 2018, este indicador situava-se já nos 80 anos. Para tal tem contribuído o decréscimo da mortalidade, (11% em 2018) (Pordata, 2019), o qual muito se ficou a dever, aos avanços da medicina preventiva e curativa que conduziram a uma melhoria da saúde pública. O investimento na educação, a promoção da saúde e a melhoria nas condições sociais, constituíram também variáveis explicativas do alongamento da vida refletidas no indicador relativo ao aumento da esperança média de vida aos 65 anos. Em Portugal, e face aos dados referentes a 2017, quem completar 65 anos estima-se que em média possa viver mais 20,4 anos, indicador este superior à média europeia, a qual se situa nos 19,9 anos (Pordata, 2019).

O envelhecimento populacional suscita desafios sociais e pessoais, os primeiros são um fenómeno recente, ao qual as sociedades ainda se estão a adaptar. Quanto aos segundos, a principal característica reside no fator mudança, que remete para a heterogeneidade de cada indivíduo. A forma como se encara o envelhecimento varia de geração em geração, com isto a capacidade de darmos resposta a esta problemática depende da forma como lidamos com os novos desafios desta população.

Torna-se, então necessário, considerar o ciclo vital e os inevitáveis acontecimentos associados a esta fase, como o confronto com a morte, o aparecimento de doenças, a perda de familiares, entre outros. Para além das alterações a nível macro, de que são um exemplo as alterações demográficas experienciadas pelas sociedades modernas, é importante analisar o envelhecimento sob uma perspetiva micro, ou seja, a nível biológico, psicológico e social.

1.2. O envelhecimento – um processo “individual”

O processo de envelhecimento deve ser encarado como um processo multidimensional resultado de múltiplos processos de desenvolvimento e por isso, influenciado por diversos fatores, biológicos, psicológicos e sociais, que interagem de forma contínua e ininterrupta (e.g., Fonseca, 2006; García & Jiménez, 2007; Lima, 2010).

Numa perspetiva biológica o envelhecimento é caracterizado pela senescência, ou seja, pelo declínio da capacidade funcional do organismo. O envelhecimento biológico compreende um conjunto de alterações orgânicas e mentais, resultado do avanço da idade. Estas alterações fazem com que o organismo ao longo do tempo perca a capacidade para manter o equilíbrio em todas as suas funções que gradualmente começam a declinar (Serra, 2006).

Ao nível biológico ocorrem algumas das alterações como a diminuição do fluxo sanguíneo para os rins, fígado e cérebro. Os rins e fígado diminuem a sua capacidade para eliminar as toxinas existentes no sangue, bem como a capacidade dos mesmos em metabolizar medicamentos.

Ao nível cardíaco, verifica-se uma diminuição da frequência máxima e do débito cardíaco. Existe também uma diminuição da capacidade pulmonar em mobilizar o ar e um aumento da quantidade de ar retido nos pulmões após uma expiração. O organismo fica menos tolerante à glicose e verifica-se uma diminuição da função celular no combate a possíveis infeções (Cancela, 2007; Serra, 2006).

Ao nível dos órgãos dos sentidos, como o avanço da idade verificam-se algumas

diferenças, por um lado existem sentidos que são pouco afetados pelo avanço da idade, como o olfato e o paladar, no entanto na audição verifica-se uma diminuição progressiva de percepção das frequências mais elevadas e dificuldade de compreender o discurso de outras pessoas. Ao nível da visão, existe uma perda da sensibilidade ao movimento e diminuição da acuidade visual. No que diz respeito ao tato, verifica-se uma perda da sensibilidade nas mãos e nos pés bem como, o aumento do risco de queimaduras (Serra, 2006)

Segundo, Moraes, Moraes e Lima (2010) a partir da segunda década de vida, o envelhecimento cerebral normal, apresenta um declínio, lento e progressivo, que resulta na diminuição do seu volume. Entre muitas outras alterações ao nível cerebral, destacam-se as alterações dos neurónios, mudanças nos sistemas de neurotransmissores e a presença de emaranhados neurofibrilares, muito associados à doença de Alzheimer (Alzheimer Association, 2019).

Considerar o envelhecimento sob o ponto de vista biológico é demasiado redutor carecendo este fenómeno deve ser abordado numa perspetiva bio-psico-social.

Assim e numa perspetiva psicológica, o envelhecimento caracteriza-se por alterações em funções cognitivas como a memória, na capacidade de tomar decisões, bem como na forma como se encara e lida com o processo de senescência. Refere-se também à relação entre a idade cronológica e capacidades como a percepção, aprendizagem e memória, que predizem o potencial futuro de funcionamento do indivíduo (Netto, 2011).

Analisando o envelhecimento psicológico sob a perspetiva do desempenho cognitivo, podemos afirmar que as aptidões cognitivas atingem o seu máximo aos 30 anos, mantendo-se estáveis com o avançar dos anos, começando, contudo, a diminuir de forma acentuada a partir dos 70 anos. A comunicação é uma das áreas cognitivas afetadas, as pessoas mais idosas têm uma maior dificuldade em compreender mensagens longas, e o discurso torna-se mais repetitivo. No raciocínio também se verificam alterações especialmente em atividades que necessitem de planeamento, execução e avaliação já que as pessoas com mais idade são mais lentas nos aspetos cognitivos e motores. No que respeita à atenção, esta é uma área que permanece bastante semelhante quando comparando as pessoas idosas aos jovens, no entanto as pessoas mais velhas apresentam maior dificuldade em partilhar esta atenção por vários acontecimentos/tarefas. Quanto à memória, e tendo em consideração os diversos tipos de memória (curto prazo, de trabalho, implícita, secundária e remota), podemos afirmar que as pessoas mais velhas vêm diminuída a capacidade para reter a informação a curto prazo, bem como a capacidade de codificar e recuperar memórias (Serra, 2006).

Para além das alterações acima referidas, o indivíduo envelhece também sob o ponto de

vista social, podendo a este respeito falar-se de envelhecimento social, fenómeno este que remete para a forma como o indivíduo preenche determinados papéis na sociedade esperados para pessoas com a sua idade (Schneider & Irigaray, 2008; Netto, 2011), traduzindo a reforma o “momento mais importante da reestruturação dos papéis sociais” (Fernandes, 1997, p.17), ou como sugere Lima (2010) um marco social para um indivíduo ser considerado “velho” e com isso deixar de ser economicamente ativo¹.

Visto isto, é redutor, considerar a idade cronológica como a principal fonte de informação acerca de um indivíduo e do seu desenvolvimento, como realçam Birren e Schroots (1996, cit in Fonseca, 2006), ainda para mais quando se vive mais anos, constatação esta que vem permitindo realçar novas conceções.

Neste âmbito, Baltes e Smith (2003) analisam os conceitos de terceira e quarta idade admitindo ser necessário criar dois vetores que distingam as diferenças entre as várias idades da velhice: aspetos populacionais- demográficos e aspetos individuais. Deste modo, tendo em conta o aumento da esperança média de vida, a terceira idade está associada a um bom desempenho físico e mental, a elevados níveis de bem-estar pessoal e emocional, e a uma boa gestão dos aspetos menos positivos e dos declínios normais do envelhecimento. No entanto, na quarta idade, os mais idosos são associados a perdas consideráveis do potencial cognitivo, na capacidade de aprendizagem, à prevalência de demências e a níveis mais elevados de fragilidade e disfuncionalidade (Baltes & Smith, 2003).

Em síntese, pode referir-se que sendo certo que o envelhecimento é um processo multifacetado também surge como unânime o pressuposto de que em relação às pessoas idosas e muito idosas existe uma maior probabilidade de ocorrência de perdas a nível funcional, cognitivo, e mesmo o aparecimento de doenças crónicas de vária índole potencia nesta população o surgimento de um maior risco de dependência e inerentes vulnerabilidades (e.g., Carvalho, 2009).

¹ De salientar que a saída do mercado, e a posterior entrada na categoria de reformado confere no geral uma perda do estatuto social associado ao trabalho profissional, podendo ser considerada uma forma e exclusão social. A imagem contruída socialmente da pessoa reformada reflete-se “nas práticas sociais dos que se encontram na situação contribuindo para o reforço da identidade social desta categoria de indivíduos” (Fernandes, 2001, p.21). Cabe, pois, à sociedade a integração social do idoso permitindo que possa viver de forma mais autónoma e com uma melhor qualidade de vida, contrariando o desenvolvimento de sentimentos de inutilidade, abandono e de solidão (Imaginário, 2004).

1.3. Longevidade e dependência

O aumento da longevidade traduzida pelo aumento da esperança média de vida tem sido uma realidade cada vez mais presente nos países mais desenvolvidos. A melhoria no acesso aos cuidados de saúde, a evolução do conhecimento médico, das técnicas de diagnóstico e o desenvolvimento da indústria farmacêutica são fatores que conduziram ao aumento da longevidade (Fernandes, 2007). De salientar que em 2017, Portugal tinha um índice de longevidade de 29,2%, enquanto que a média da União Europeia registava 28,2% (Pordata, 2019).

A articulação da longevidade com a “velhice” acarreta, inevitavelmente, e como vários autores sugerem (Polaro et al., 2013; Dantas, Bello, Barreto & Lima, 2013), o aumento de patologias crónicas, que resultam em situações de dependência.

Neste sentido o aumento da esperança média de vida traz consigo doenças crónicas e incapacitantes que conduzem o indivíduo a uma perda de autonomia e independência, ou seja, tendem a reverter em dependência. Por dependência pode entender-se:

a situação em que se encontra a pessoa que, por falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, resultante ou agravada por doença crónica, demência orgânica, sequelas pós-traumáticas, deficiência, doença severa e ou incurável em fase avançada, ausência ou escassez de apoio familiar ou de outra natureza, não consegue, por si só, realizar as actividades da vida diária.²

O termo dependência é muito associado a pessoas idosas e muito idosas, isto deve-se ao facto de que a partir dos 65 anos mais facilmente ocorrerem perdas físicas, cognitivas e intelectuais que vão afetar negativamente o indivíduo na forma como toma as decisões, ou seja, afetam de forma negativa o processo de autonomia.

Importa também ressaltar que segundo um estudo de Carvalho (2009), a maior prevalência de dependências por situações de doença afeta em maior número idosos com mais de 75 anos.

O domínio cognitivo merece principal destaque pois tem-se verificado um aumento de doenças neuro degenerativas (Firmino, Nogueira, Neves & Lagarto, 2014), as quais atendendo à sua complexidade e cariz frequentemente crónico e/ou progressivo tendem a afetar o indivíduo a nível mental, funcional e comportamental (Santana & Duro, 2014). Segundo a OMS

² Vd. Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho, p. 3857

(2017), cerca de 20% dos adultos com idades superiores a 60 anos sofre de algum tipo de distúrbio mental, prevalecendo a depressão e a demência.

São escassos em Portugal os estudos epidemiológicos sobre demências, em particular sobre a Doença de Alzheimer. No entanto, num estudo realizado por Santana e colegas (2015), tendo por base os valores de prevalência de demência na Europa Ocidental (Alzheimer's Disease International), verificou-se que existiam 160 287 indivíduos com mais de 60 anos com demência, dos quais, entre 50% a 70% apresentavam Doença de Alzheimer.

Um fator de risco conducente ao surgimento das demências é a idade, duplicando a sua incidência a cada cinco anos, após os 60 anos. Estima-se que a demência contribua para acentuar a incapacidade de pessoas com mais de 60 anos, superando mesmo a incapacidade causada por acidentes vasculares cerebrais (AVC), ou outras formas de cancro (Santana et al., 2015).

À semelhança da Doença de Alzheimer, a depressão é também uma patologia que afeta pessoas mais velhas (OMS, 2017). A depressão pode funcionar como propulsor de doenças crónicas, da mesma forma que as doenças crónicas podem agravar os sintomas depressivos. Assim sendo, os problemas relacionados com a saúde mental, estão associados a um maior risco de morbilidade, negligência no autocuidado e risco de suicídio (Cavaleiro, Queirós, Azeredo, Apóstolo & Cardoso, 2013). A depressão assim como a demência são doenças que se tornam muito incapacitantes e que têm repercussões ao nível da execução das Atividades de Vida Diária (AVD's) (Rodrigues, Loureiro, Crespo & Silva, 2014). A par com estas, muitas são as patologias que afetam as pessoas mais velhas e que a conduzem a um estado de dependência na execução das suas atividades.

Existem vários indicadores que sinalizam o grau de dependência quanto à realização de AVD e de Atividades Instrumentais de Vida Diária (AVDI's), permitindo classificar (a partir de índices) os níveis de dependência em: independente, levemente dependente, moderadamente dependente e gravemente dependente (Carvalho, 2009).

De uma forma mais concreta a escala que avalia as AVD's é aquela que se reporta ao autocuidado, avalia a capacidade do indivíduo realizar tarefas como a sua capacidade para se alimentar, utilizar a casa de banho ou a sua capacidade para realizar a higiene pessoal (Lino, 2011). Esta escala permite medir os graus de dependência, que quando verificados podem conduzir à institucionalização (Araújo, Jesus, Araújo & Ribeiro, 2017). Por outro lado, a escala das AVDI's avalia ações mais complexas, atividades necessárias ao dia-a-dia, como cozinhar, fazer compras, ou a capacidade para lidar com o seu dinheiro (e.g., fazer pagamentos) (Lino,

2011). Esta permite medir tarefas necessárias para viver na comunidade e na capacidade de relação com os outros (Imaginário, 2004).

Vários são os estudos que dão conta de que a dependência tende a intensificar-se com o avanço na idade. A este respeito e em contexto institucional, ou seja, tendo por base a resposta social, ERPI, a Carta Social referente a 2011 (GEP, 2011) informa que 77% das pessoas idosas institucionalizadas apresentavam algum tipo de dependência e desses 20% apresentam grave dependência. Segundo a mesma fonte, em 2018, o cenário manteve-se com os utentes da ERPI a apresentarem elevados níveis de dependência na realização das AVD's (GEP, 2019).

É de salientar, que uma pessoa idosa com um elevado grau de dependência necessita de cuidados diferentes quando comparada com outra com baixo grau de dependência. Estas diferenças devem-se às necessidades e especificidades dos indivíduos, uma pessoa acamada precisa de ajuda de terceiros para a realização dos seus cuidados básicos, como por exemplo a higiene, por outro lado, um idoso sem problemas graves de saúde, precisa apenas de uma supervisão das suas tarefas, pois possui autonomia e capacidade de realização das suas AVD's (José & Wall, 2006).

Em suma, resultado da evolução social e científica que se tem verificado denota-se também a existência de um aumento da esperança média de vida e em simultâneo um aumento da prevalência de doenças crónicas, que resultam num aumento significativo de pessoas dependentes. Esta é uma realidade de países desenvolvidos, sendo que em muitos, o cuidado fica a cargo da família e do apoio público. Como Lage (2007, p. 76) assinala, “A família surge, pois, como um elemento importante de solução e o cuidado fica, assim, socialmente dividido entre o Estado e a família”.

2. O envelhecimento e a reconfiguração do cuidado

A provisão do cuidado aos idosos tem vindo a reunir uma reflexão alargada e de uma forma recorrente tem vindo a dar conta de que não obstante a esfera privada, isto é, a família, constitui a base matricial do apoio aos idosos, no presente e face a constrangimentos múltiplos entre os quais se enquadram os relativos a cuidadores familiares e aos próprios idosos, a esfera do cuidado formal emerge como um recurso a privilegiar face a situações de maior dependência ou vulnerabilidade dos idosos (Luz, 2014; Pimentel & Albuquerque, 2010).

2.1. Do cuidado privado ao cuidado institucional

Em Portugal a função de cuidar está associada à família (Sousa, Figueiredo & Cerqueira, 2006; Pimentel & Albuquerque, 2010), sendo este um ato que culturalmente lhe está atribuído (Pimentel & Albuquerque, 2010).

Segundo Luz (2014) na esfera privada o cuidado é um processo afetivo-relacional, e mostra-se baseado na satisfação de necessidades tendentes a promover o bem-estar dos indivíduos. O tipo de cuidados prestados informalmente é bastante diverso, incluindo atividades relacionadas com o cuidado físico (e.g., banho), o cuidado emocional (e.g., diálogo), prestação de serviços (e.g., acompanhamento a consultas médicas) e a assistência em AVD. Por isso, o cuidado familiar, representa o aconchego, a segurança, a identidade e as lembranças de toda uma vida, continuando a ser o local escolhido, não obstante as diversidades que por vezes podem ocorrer (Sousa et al., 2006).

Assim, e apesar da família ser o “local ideal para viver todas as etapas do nosso desenvolvimento” (Gomes & Mata, 2012, p.163) esta também é única, e a forma como lida com uma situação de dependência dependerá da forma como está preparada e organizada para o cuidado.

De acordo com Carvalho (2009), os cuidados prestados pela família, variam consoante a evolução da doença e o grau de dependência decorrente da mesma. Nesta linha de pensamento, Imaginário (2004), aponta que a presença de uma pessoa idosa dependente no seio familiar altera toda a rotina do ciclo familiar. Destacam-se as repercussões a nível da individualidade e da autonomia dos elementos constituintes do seio familiar, que conduzem a uma necessidade da alteração de alguns projetos de vida e modificações na estrutura familiar.

Neste âmbito assume-se que a prestação de cuidados é uma tarefa diária e requer

disponibilidade (Pimentel & Albuquerque, 2010). Segundo o relatório Eurofamcare (2006), em Portugal 68,3% dos cuidadores prestavam mais de 4 horas diárias de cuidado e 56,6% prestavam-no diariamente. Tendo em consideração todos estes fatores, reconhece-se que os cuidados familiares são causadores de stress físico, psicológico, tendo efeitos tanto para o cuidador como para o familiar cuidado (Pimentel & Albuquerque, 2010). Deste modo, para assegurar o cuidado ou a ajuda à pessoa mais velha, dentro do seio familiar, é essencial disponibilidade temporal e financeira (idem, ibidem).

Como vários estudos enfatizam (e.g., Imaginário, 2004; Pimentel & Albuquerque, 2010; Sousa et al., 2006), são inúmeros os motivos que fazem com que a família já não tenha tanta disponibilidade para assumir o papel de cuidadora junto dos seus familiares. Das várias condicionantes destacam-se sobretudo os fatores demográficos, a fragmentação familiar, resultante da diminuição do número de casamentos, o aumento das uniões de facto, o aumento da taxa de divórcio e de reconstituição familiar, bem como a existência de menos “potenciais afetivos disponíveis para integrarem as redes de apoio” (Pimentel & Albuquerque, 2010, p.253) dinâmicas estas que resultam principalmente do decréscimo da fecundidade e da natalidade; da elevada taxa de atividade laboral (associada à valorização da carreira, tanto por homens como por mulheres, o que conduz a uma maior indisponibilidade para os cuidados); das alterações e redefinições dos papéis do homem e da mulher na sociedade, cada vez menos tradicionalista, e da recusa por parte das mulheres a restringirem a sua área de atuação ao espaço doméstico (idem, ibidem).

Deste modo, a opção pela institucionalização é frequentemente equacionada tendo por base as fragilidades e os limites da família, bem como, a prevenção de possíveis situações que possam vir a ocorrer e que causam maior dependência às pessoas idosas.

2.2. As respostas institucionais de promoção do cuidado: As ERPI

Perante o aumento do número de pessoas idosas em Portugal, o Estado e a sociedade civil tiveram de se organizar e criar condições para dar resposta às necessidades face ao aumento crescente de cidadãos mais velhos. Com efeito, a abordagem dos cuidados inseridos na esfera pública, traduz uma preocupação para as políticas sociais, não só na oferta de serviços, mas igualmente na qualidade dos mesmos. O reconhecimento dos direitos das pessoas idosas à cidadania, à igualdade de oportunidades, e à continua participação no processo de desenvolvimento devem de ser as premissas centrais de qualquer resposta social, já que é na

consideração da individualidade dos mais velhos, da auscultação da sua opinião, bem como no diagnóstico das suas necessidades e potencialidades, que se alcançam os cuidados que constituem a garantia, o bem-estar e a qualidade de vida dos mesmos.

No campo da provisão do cuidado formal aos idosos e tal como informa Luz (2014, p.30) “o Estado português assume a responsabilidade primeira na conceção e viabilização de mecanismos tendentes a fomentar a cobertura de apoio aos idosos, particularmente aos mais vulneráveis (...) através do estabelecimento de protocolos de cooperação com as estruturas representativas do terceiro sector [e da vasta] rede de serviços e equipamentos sociais (...)”. Nesta linha de pensamento, Jacob (2012), divide os apoios sociais a idosos em dois grupos: apoios financeiros, como as reformas, pensões e os apoios em infraestruturas e serviços, divididos entre equipamentos de saúde e equipamentos sociais.

Assim e como informa o GEP (2019), no seu relatório relativo à Carta Social, as principais respostas sociais de apoio à população idosa englobam o Serviço de Apoio Domiciliário (SAD), Centros de Dia (CD), e as ERPI, as quais são desenvolvidas por entidades lucrativas ou entidades não lucrativas. As entidades não lucrativas compreendem as Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS), outras entidades sem fins lucrativos (entidades equiparadas a IPSS), as Entidades Oficiais que seguem os fins da ação social, os serviços Sociais de Empresas e a Santa Casa da Misericórdia de Lisboa.

Por entre as várias respostas existentes, a que se reporta à ERPI constitui uma das que tem evidenciado um maior protagonismo. Com efeito e de acordo com a análise dos relatórios da Carta Social de 2000 e 2017, GEP (2001, 2017b), as ERPI têm evoluído ao longo dos anos, tendo-se registado desde 2000 um aumento destas respostas, na ordem dos 70%, ou seja, enquanto que em 2000 existiam 1407 ERPI, em 2017, esta resposta social abrangia um total de quase 2500 instituições, sendo na sua maioria provenientes de IPSS. Recuando e enquadrando esta resposta social no tempo e na história percebe-se a evolução, não só em número, mas também na resposta e serviços que agora estão disponíveis.

No século XV, existiam quatro tipos de estabelecimentos/ respostas às populações, designadamente, as albergarias, mercearias, os hospitais e as leprosarias. Destes, apenas os hospitais permanecem até aos dias de hoje. Todos estes estabelecimentos eram ligados à igreja e tinham a “obrigação religiosa de fazer o bem pela alma ou saúde de alguém” (Jacob, 2012, p.132). A partir do século XVII, a solidariedade, começa a afastar-se da igreja e da caridade assumindo-se esta missão como um dever do Estado e da sociedade civil, ou seja, respostas existentes no século XV, deram lugar no século XX, aos lares de idosos (Portugal, 2011), tendo a primeira legislação reguladora destas respostas, definido o lar de idosos como,

o estabelecimento em que sejam desenvolvidas actividades de apoio social a pessoas idosas através do alojamento colectivo, de utilização temporária ou permanente, fornecimento de alimentação, cuidados de saúde, higiene e conforto, fomentando o convívio e propiciando a animação social e a ocupação dos tempos livres dos utentes (Despacho Normativo nº12/98, p. 767).

Nos termos legais, os lares assumiam como objetivos “a) Proporcionar serviços permanentes e adequados à problemática biopsicossocial das pessoas idosas; b) Contribuir para a estabilização ou retardamento do processo de envelhecimento; c) Criar condições que permitam preservar e incentivar a relação interfamiliar; d) Potenciar a integração social” (Despacho Normativo nº12/98, p.767).

Em termos evolutivos, a Portaria n.º 67/2012 de 21 de março vem atualizar e acrescentar princípios, condições e assinalar as normas das ERPI. No âmbito dos princípios de atuação destaca-se o respeito pela individualidade e a humanização dos cuidados prestados, torna-se essencial que a instituição centre toda a atuação nos residentes, nunca descurando o envolvimento do meio familiar na dinâmica institucional, sendo este essencial no cuidado e no apoio às pessoas mais velhas (GCPAS & CID, 2005).

No que concerne aos públicos abrangidos, prevê-se que os destinatários das ERPI sejam pessoas com 65 ou mais anos (alínea 1, artº5), que por razões familiares, dependência, isolamento, solidão ou insegurança, não possam permanecer na sua residência, podendo também enquadrar pessoas adultas de idade inferior a 65 anos excepcionalmente e mediante justificação (alínea 2, artº5). A estrutura residencial destina-se, ainda, a proporcionar alojamento em situações pontuais (alínea c, artº5), decorrentes da ausência, impedimento ou necessidade de descanso do cuidador (Portaria n.º 67/2012, p.1325). As ERPI possuem diversas modalidades de alojamento, como, apartamentos ou moradias (alínea a, artº7); quartos (alínea b, artº7) ou tipologias habitacionais em conjunto com o alojamento em quartos (alínea c, artº7).

A Portaria em análise e que regula atualmente as ERPI vem ainda atualizar algumas normas, como a capacidade (artº6) para abranger residentes, onde se verificou um aumento em relação ao diploma legal anterior (Despacho Normativo nº 12/98). Assim em 1998, a capacidade máxima era de 60 utentes, enquanto no presente a capacidade máxima da estrutura residencial é de 120 utentes, 60 por unidade funcional (alínea 3, artº6). Uma outra alteração diz respeito ao registo individual, o qual incluía as informações sociodemográficas do cliente (Norma VIII, DN 12/98), sendo que no atual enquadramento importa realizar o Processo Individual (artº9, n.

°67/2012) o qual passou a incluir o Plano Individual de Cuidados (PIC) (alínea h, artº9). Este plano deve conter as atividades, serviços, (as avaliações dos mesmos) e a identificação da situação social. Em relação à avaliação e fiscalização (artº19), estas ficam ao encargo dos serviços do Instituto da Segurança Social, I.P. (ISS).

Ainda que a definição e os objetivos desta resposta social se tenham mantido idênticos, como se constata pelos apontamentos legais referidos, esta atualização surge no sentido de melhorar os serviços e a qualidade dos mesmos. Assim sendo, é essencial que na estrutura prevaleça uma atuação humanizada, personalizada e adaptada às necessidades e potencialidades de cada residente, atendendo a que o processo de institucionalização configura sempre um processo sujeito a transições e que requer adaptações, realçando Imaginário (2004, p.76) que “A saída do idoso do seu meio familiar implica novos processos de adaptação, conduzindo a maior ou menor sofrimento.” .

A adaptabilidade das pessoas idosas às instituições é condicionada por uma série de fatores, segundo Carvalho e Dias (2011), a forte ligação às raízes, na qual a própria casa é “uma dimensão integral da independência, pois simboliza a salvaguarda do sentido de integridade pessoal” (Sousa et al., 2004) e o meio de onde provêm são aspetos que influenciam o processo de adaptação. Segundo os mesmos autores o motivo do internamento que muitas das vezes se caracteriza pela dificuldade no autocuidado é a principal razão para uma adaptação menos satisfatória.

Neste sentido e segundo um estudo de Faria e Carmo (2015), o processo de adaptação à instituição está assente num tema comum, a vivência na instituição. Para estes autores o processo de transição para uma instituição é alicerçado em três vetores distintos: a tomada de decisão, o processo de institucionalização e o posicionamento face à instituição. Deste modo no processo de tomada de decisão, pode envolver ou não a pessoa a ser institucionalizada, a envolvimento nesse processo determina a forma positiva ou negativa com que esta irá encarar o processo de institucionalização. O processo de institucionalização é outra das áreas referidas pelos autores que influenciará a vivência institucional, a forma como a pessoa encara o processo, ditará o que constitui um obstáculo ou o que facilita essa transição. Se por um lado existem pessoas idosas que se adaptam bem às rotinas institucionais, existem outras que se sentem condicionadas face ao modo de vida que na pré institucionalização tinham, desenvolvendo por isso, “sentimentos de isolamento e solidão, perda de identidade, dificuldades de integração e interação com outros residentes, e conflitos com alguns colaboradores.” (Faria & Carmo, 2015, p.439). Por fim, destaca-se o posicionamento face à

instituição, neste domínio, a expectativa criada face a esta nova realidade pode resultar em sentimentos positivos ou negativos sobre a vivência numa instituição.

Sendo assim, a institucionalização pode trazer vantagens, como a criação de novas relações, novas oportunidades de aprendizagem, mas também pode ser encarada como uma fase na qual se perde a privacidade e a capacidade de decisão. Deste modo, é essencial que a nível institucional se assuma como principal foco a pessoa idosa, nunca esquecendo o meio familiar e social de onde esta provém, para que a vivência institucional seja a mais promotora de qualidade de vida e bem-estar possível (GCPAS & CID, 2005).

2.2.1. A direção técnica em ERPI

Segundo Amat (2007), uma estrutura gerontológica tem como principal finalidade a satisfação das necessidades dos seus clientes. Para tal estas estruturas carecem de dispor de recursos humanos, ao nível da gestão técnica organizacional e de uma equipa interdisciplinar enquadrada em diferentes áreas funcionais que potencie e garanta a satisfação no que concerne à qualidade dos cuidados.

Assim e como previsto na lei que regula o funcionamento das ERPI, a direção técnica deve ser assegurada por um técnico com formação superior nas áreas preferenciais de ciências sociais e do comportamento, saúde ou serviços sociais (Portaria n.º 67/2012 de 21 de março), sendo que, do leque destas formações, predomina no cargo de direção técnica, a formação em Serviço Social, competindo-lhe dentro da instituição e como salienta Ribeirinho (2013), promover a integração social e pessoal do residente, bem como potenciar o reforço dos laços entre os residentes, família e comunidade.

Neste âmbito a direção técnica organizacional, carece nas ERPI e de acordo com o estipulado pela legislação que enquadra estas respostas, de assegurar as respetivas tarefas de direção do estabelecimento, sendo também da sua responsabilidade a programação de atividades bem como a coordenação e a supervisão dos restantes funcionários da instituição, tendo sempre em consideração o modelo de gestão técnica que proporcione um bom funcionamento da instituição (Portaria n.º 67/2012, de 21 de março).

Este modelo de gestão técnica deve neste contexto assegurar a promoção de reuniões de equipa, as reuniões com os residentes, nomeadamente promovendo a auscultação dos mesmos sobre as atividades a desenvolver para que estas vão ao encontro dos seus interesses, a sensibilização dos funcionários sobre o envelhecimento e por fim o planeamento de atividades sociais, culturais e ocupacionais das pessoas idosas institucionalizadas (Portaria n.º 67/2012, de

21 de março; GCPAS & CID, 2005).

Ainda a este respeito e segundo Ribeirinho (2016), o diretor técnico deve coordenar, apoiar e supervisionar os profissionais da sua equipa no seu trabalho com as pessoas idosas, ou seja, é da sua competência desenvolver estratégias de cooperação e liderança das equipas; facilitar os processos de comunicação entre todos os envolvidos na instituição (e.g., pessoas idosas, colaboradores, familiares e a direção técnica); promover momentos de reunião de equipa com análise de casos e definição de intervenções futuras, tendo sempre em consideração a qualidade dos serviços prestados. Por fim, o diretor técnico deve promover a comunicação e a coesão entre os diversos elementos constituintes da instituição.

Adicionalmente destaca-se que estes profissionais possuem responsabilidade acrescida a nível de coordenação/ gestão de equipas prestadoras de cuidados, sendo também responsáveis pelo processo de recrutamento, acolhimento, acompanhamento, elaboração de planos de trabalho (e.g., escalas de serviço), planificação da formação, monitorização e avaliação dos cuidados prestados, sempre com o foco na melhoria destes e na satisfação dos seus clientes (Névoa, 2016).

Acerca da função de diretor técnico em ERPI, Névoa (2018) enfatiza sobretudo a sua intervenção ao nível da gestão da equipa técnica a qual de forma interdisciplinar, avalia e interliga diferentes componentes bio-psi-sociais do cliente. No espaço residencial, esta avaliação global da pessoa tem como finalidade responder às suas necessidades, sejam elas de saúde ou de apoio psicossocial (Barr, 1997).

De salientar que com as tendências e alterações demográficas já referidas não só aumentou a procura de instituições para dar resposta à população em questão, como aumentou também a exigência na qualidade dos serviços.

Atualmente existe uma procura mais informada, que ambiciona um serviço de qualidade e que desafia as entidades do setor social e os seus dirigentes a provisionar serviços de excelência. Procurando ir ao encontro destes desafios, os modelos de gestão utilizados procuram sustentar uma estratégia direcionada para uma oferta de serviços na qual a pessoa cuidada seja valorizada e onde os serviços se orientem essencialmente valorização pessoal e de manutenção da dignidade humana (Instituto para a Qualidade na Formação, IQF, 2005).

Considerando todos os desafios que se colocam às instituições, as direções técnicas, devem na realização das suas tarefas privilegiar uma atuação horizontal de modo a envolver toda a equipa nas estratégias que visam a melhoria dos cuidados e o bem-estar dos seus clientes (Névoa, 2016).

No entanto, a função de diretor técnico apresenta algumas dificuldades, as quais

segundo o estudo de Sobreiro (2009, pp.88-89) passam, por vezes, por “Falta de tempo para executar todas as tarefas” (...) Falta de apoio prestado por toda a comunidade envolvente à instituição (...) Pouca troca de saberes entre colegas de outras instituições (...) Nível financeiro (...) Falta de Recursos Humanos”. Por seu lado Névoa (2016), acrescenta que para além da falta de recursos humanos, existe também uma falta de recursos materiais, conduzindo, portanto, a uma constante reorganização e reutilização dos recursos por parte de toda a instituição. Adicionalmente realça, que ao nível da direção da instituição, esta está pouco presente e com pouca disponibilidade para deliberações e acompanhamento de determinadas situações, destacando-se ainda as dificuldades ao nível da gestão de recursos humanos.

Ainda neste estudo, Sobreiro (2009), realça ainda que são vários os desafios que se colocam ao diretor técnico. A insatisfação dos colaboradores com a área, as baixas remunerações, o volume de trabalho, a falta de formação aquando a entrada destes profissionais na instituição, a resistência a novas mudanças, e a gestão de conflitos entre o pessoal, são alguns dos desafios que o diretor técnico enfrenta por forma a promover o bom funcionamento da instituição. Nesta linha de pensamento, Névoa (2016) corrobora estas dificuldades, acrescentado a resistência à mudança e a desvalorização sobre a importância da formação contínua na área como dificuldades ao nível dos recursos humanos a serem geridas pelas direções técnicas.

Em suma é da responsabilidade da direção técnica gerir a equipa de profissionais envolvidos no cuidado e fazer cumprir os objetivos estabelecidos na organização, sejam eles ao nível do cuidado ou do equilíbrio financeiro da instituição, a fim de garantir a satisfação dos clientes e das respetivas famílias. Por isso, a direção técnica tem um papel preponderante no seio das instituições, para ir ao encontro dos objetivos associados à sua missão, entre os quais se incluem o trabalho de apoio e coordenação das equipas no sentido de ser possível melhorar continuamente a qualidade dos cuidados.

2.2.2. As equipas prestadoras de cuidados: desafios em contexto de ERPI

Nos termos da legislação³ e no que respeita às equipas, uma estrutura residencial deve dispor de pessoal que assegure a prestação de serviços 24 horas por dia. Além do diretor técnico deve possuir também, a tempo parcial, por cada 40 utentes, um(a) animador(a) sociocultural ou educador(a) social ou técnico de geriatria, o qual de acordo com Jacob (2007) deve promover

³ Vd. Portaria n.º 67/2012 de 12 de março

juntos das pessoas idosas atividades que estimulem as suas habilidades motoras, sensoriais e psicológicas, com vista a melhorar a sua qualidade de vida e a preservar as suas capacidades e habilidades. Do quadro de pessoal deve ainda constar um(a) enfermeiro(a), sendo este um profissional com responsabilidades e competências na promoção da autonomia, vigilância de saúde, atuando na reabilitação, prevenção de complicações e na garantia da qualidade de vida dos residentes (Ordem dos Enfermeiros Sul, 2013). Carece também de fazer parte da equipa, um (a) Ajudante de Ação Direta (AAD) por cada 8 residentes e um(a) ADD por cada 20 residentes (reforço noturno). A estes profissionais são incumbidas diversas competências como a preparação dos cuidados (e.g., preparação dos produtos e equipamentos a utilizar), prestação de cuidados de higiene e conforto de adequados considerando o grau de dependência de cada pessoa, prestação de apoio na alimentação (e.g., distribuição de refeições), prestação de cuidados de higiene e arrumação do meio envolvente (e.g., arrumação o quarto), colaboração na prevenção do isolamento (e.g., preparação de atividades de ocupação) e a articulação com a restante equipa de informação pertinente sobre os cuidados prestados (Sousa, 2011).

Em estabelecimentos com capacidade igual ou superior a 40 residentes, as ERPI deverão enquadrar também, um(a) encarregado(a); um(a) cozinheiro por estabelecimento; um(a) ajudante de cozinheiro (a) por cada 20 residentes; um(a) empregado(a) auxiliar por cada 20 residentes, podendo estes rácios podem ser alterados consoante o grau de dependência dos utentes. Refira-se que o denominador comum a todos estes profissionais reside numa atuação que procura ir ao encontro da qualidade dos serviços e por conseguinte dos cuidados (Portaria n.º 67/2012, de 21 de março).

A função das equipas de prestação de cuidados, é principalmente cuidar. Cuidar é um conceito muito amplo e pode ser aplicado nas mais diversas relações e situações. Cuidar é algo que fazemos ao longo de toda a nossa vida, começa por ser individual, quando cuidamos de nós próprios (Collière, 1999). O termo cuidar representa também uma atenção especial, uma preocupação intrínseca a todos os indivíduos de forma a garantir o bem-estar e a satisfação das necessidades de modo a proteger e a melhorar a sua condição humana (Honoré, 2004).

Segundo Gineste e Pellissier (2008, p.266), os cuidadores de pessoas idosas são “profissionais que cuidam da uma pessoa com preocupações ou problemas de saúde de modo a que a possam ajudar a recuperar, manter a sua saúde, mas quando isso já não é possível, importa acompanhá-la até à morte”. O cuidador “não deve, em caso algum, destruir a saúde dessa pessoa” (idem, 2008, p.266). O ato de cuidar é um ato de responsabilidade que deve ser norteado por um conjunto de valores e princípios interiorizados por cada profissional no desempenho das suas funções. Neste domínio e considerando os princípios de atuação presentes

nos documentos legais⁴ são realçados os que se prendem com a qualidade, eficiência, humanização e respeito pela individualidade, (alínea a do artº 4). Importa neste sentido ter em conta, que para as pessoas institucionalizadas a sua qualidade de vida depende de uma série de fatores, organizacionais e relacionais, os quais devem de ter como principal objetivo o respeito e promoção da dignidade. A pessoa deve ser valorizada enquanto ser humano, com particularidades, por isso devem evitados atos que possam diminuir a pessoa, devendo-se respeitar a sua individualidade, dado que todas as pessoas são diferentes, com diversidades biológicas, psicológicas e sociais definindo-a como uma pessoa única.

Por seu lado é também salientado o princípio da interdisciplinaridade (alínea b, artº4), o qual remete, de acordo com Pombo (2004), para a combinação de duas ou mais áreas disciplinares visando a compreensão de algo tendo em conta pontos de vista diferentes, ou seja, a atuação interdisciplinar integra diferentes perspetivas profissionais e caracteriza-se pela interdependência, coordenação e interação com os vários envolvidos, por exemplo a pessoa idosa e a família (e.g., Abramson & Bronstein, 2008, cit. in Gomes, 2012).

Neste enquadramento legal, a promoção e manutenção da funcionalidade e da autonomia, emerge, a par, como o vetor de relevo da intervenção das estruturas residenciais (alínea d, artº4). Deste modo a promoção pela autonomia deve ser fomentada, por toda a equipa técnica, esta deve incentivar o residente a executar as suas tarefas, que por mais simples que sejam e quando realizadas despertam sentimentos de bem-estar e encorajamento (GCPAS & CID, 2005).

Por fim é salientado o princípio da participação e corresponsabilização do residente ou representante legal ou familiares, na elaboração do PIC (alínea e artº4). O pressuposto subjacente é o de que a pessoa cuidada e/ou a sua família devem de ter uma voz ativa no planeamento de atividades, de modo a que estas possam ter em conta as suas necessidades, potencialidades, gostos e a identidade de cada pessoa idosa. Apesar de que já não se encontrem no lugar onde sempre viveram e puderam dar o seu contributo, seja na comunidade ou nas suas casas, as pessoas idosas institucionalizadas devem de ser encorajadas a participar na vida residencial, devendo por isso, ser envolvidas nas decisões que lhe são afetas (GCPAS & CID, 2005).

A par com os princípios de atuação referidos nos documentos legais, o Manual Boas Práticas (GCPAS & CID, 2005), sinaliza outros elementos a considerar para a prestação de um cuidado digno, sendo eles: A capacidade de escolha - é importante que o residente tenha

⁴ Vd. Portaria n.º 67/2012 de 21 de março

capacidade de escolher, por exemplo deve dar-se oportunidade de escolha da roupa a vestir no dia a dia, ou seja, deve ser dada essa possibilidade (capacidade de decisão) sempre que possível - privacidade e intimidade - estes valores correspondem a necessidades profundas de cada pessoa e não diminuem com a idade, por isso todas as intervenções como a higiene íntima, as chamadas telefônicas devem ter em consideração estes princípios - confidencialidade - o residente tem direito ao seu resguardo, o qual deve ser respeitado e fomentado por toda a equipa técnica da instituição - igualdade - apesar de todos serem diferentes (sexo, religião, orientação sexual), ninguém deve ser beneficiado nem prejudicado, as ideias pré- concebidas não devem de ter implicações na prestação de cuidados.

Não obstante estes princípios e a sua apreensão pelos profissionais, o trabalho afeto às equipas prestadoras de cuidados é complexo. Os elevados níveis de dependência que afetam a capacidade de adaptação física e emocional necessária ao autocuidado tornam os cuidados realizados por estes profissionais em tarefas árduas, levando-os muitas vezes a sentimentos de desânimo, insegurança e angústia (Ribeiro et al., 2008).

Acresce que para além da dependência do público-alvo em questão, a presença de quadros demenciais intensifica junto dos cuidadores as dificuldades associadas à prestação de cuidados. Segundo Rolland e a sua equipa (2007) os cuidadores formais apresentam elevados níveis de stress e sobrecarga física ao cuidar de idosos com demências. Os sintomas e os comportamentos afetos aos quadros demenciais, como a agitação, deambulação, discurso repetido e agressões (verbais e físicas) são os que conduzem a um elevado desgaste e sobrecarga (Kuske et al., 2009). A este respeito vários autores (Barbosa et al., 2011) sugerem que a principal dificuldade na prestação de cuidados a doentes com demência está na interação com o doente, nomeadamente em situações de agitação. O desconhecimento da doença e a falta de tempo e de recursos humanos, o impacto emocional e físico, a dificuldade de organização e planeamento de atividades, e a interação com a família das pessoas idosas (devido ao fraco envolvimento destas na dinâmica organizacional), fazem com que a tarefa das equipas sejam um constante desafio (idem, ibidem).

Também Sousa (2011) salienta, que os elevados níveis de absentismo aliados às saídas e substituições frequentes de cuidadores conduzem a uma instabilidade podendo comprometer a qualidade dos serviços prestados, sendo que a desmotivação destes profissionais pode vir a ter repercussões, por vezes inconscientes, na vida das pessoas cuidadas assim como na qualidade dos cuidados que prestam.

Nesta linha de pensamento, Born (2006) refere a necessidade de o cuidador possuir, uma preparação emocional, física, com qualidades éticas e morais fundamentais para lidar com a

pessoa cuidada, mostrando-se fulcral o estabelecimento de uma relação de confiança e o respeito e dignidade, entre a pessoa cuidada e a sua família. Torna-se então necessário que o sistema organizacional e direção técnica apostem na formação dos seus colaboradores, que reconheçam a necessidade de mudança de forma positiva e com repercussões também elas positivas, na facilitação da prestação de cuidados, pelo que importa reunir técnicas que auxiliem os cuidadores, mas que também possam contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos residentes (Barbosa et al., 2011).

Tendo em consideração as tarefas efetuadas pelas equipas prestadoras de cuidados, percebe-se que estas são fundamentais na dinâmica organizacional de uma instituição. Nas palavras de Chiavenato (2010) os colaboradores são essenciais para fazer cumprir os objetivos da organização e vice-versa sendo cruciais para que a instituição possa atingir os objetivos delineados. No entanto encontrar profissionais que se adaptem à instituição e que correspondam aos objetivos pretendidos é segundo Névoa (2018) uma tarefa árdua para o sistema organizacional, sendo por isso uma tarefa exigente encontrar um colaborador, com perfil e nível de competências necessários para desempenhar as funções do cuidar. Entre muitos motivos que afastam os colaboradores desta área destacam-se principalmente o desgaste físico e emocional que esta exige, sendo este um dos motivos pelo qual é difícil substituir os colaboradores que estejam em situação de baixa.

Em suma, percebemos que as equipas prestadoras de cuidados carecem de estar “munidas” de ferramentas e métodos que lhes permitam realizar um cuidado digno e humanizado, existindo inúmeros fatores que condicionam e/ou dificultam a sua concretização.

Sobretudo e tal como sublinham Gineste e Pellissier (2008, p.283) deve perceber-se que para efeito do cuidado gerontológico é essencial a presença de todos, desde “diretores de estabelecimentos, prestadores de cuidados especializados, voluntários e famílias (...)”, pois só através de um trabalho conjunto é possível intervir em contextos de complexidade (do cuidado) compreendendo as especificidades das pessoas cuidadas e as mudanças que as mesmas experienciam decorrentes dos seus processos de envelhecimento, pelo que importa às instituições rever as suas abordagens do cuidar por forma a tornar este um ato de Humanidade, ou seja, valorizador do cuidado prestado e recebido.

3. Humanidade como filosofia do “Cuidar”

A Humanidade constitui uma abordagem centrada na interação com a pessoa cuidada tendo em conta as suas particularidades permitindo que ela se reconheça como um ser humano. A sua transversalidade a qualquer cuidado implica a sua apropriação como filosofia que guia a prática das equipas prestadoras de cuidados conduzindo a uma mudança na cultura organizacional.

3.1. A filosofia da Humanidade

O termo Humanidade surgiu pela primeira vez em 1980, através de Freddy Klopfenstein, sendo depois considerado um conceito antropológico por Albert Jacquard. Este conceito é definido como as “dádivas que os homens ofereceram desde que têm consciência de o ser e que podem continuar a oferecer-se num enriquecimento sem limites” (Jacquard, 1987 cit in Gineste & Pellissier, 2008, p. 341).

A filosofia da Humanidade abordada por Jacquard, centra-se na perspetiva da evolução do ser humano. Do ponto de vista filosófico, a Humanidade é a contribuição que cada Homem, com as suas especificidades e particularidades pode dar para a construção do universo, mas também para a sua ligação com o mundo.

A Humanidade representa assim, um conjunto de compreensões, emoções e também exigências que existem graças ao homem e às suas interações, sendo sua missão a continuação do enriquecimento deste tesouro, e com isto, evoluir enquanto em interação (Simões, 2013). Humanidade é “um conjunto de particularidades que fazem com que nos sintamos pertencentes à espécie humana e reconheçamos o outro ser humano como pertencente à nossa espécie” (Gineste & Pellissier, 2008, p.268).

Desde cedo o Homem tem a preocupação de colocar os novos seres em Humanidade. Por exemplo, um bebé, quando nasce é envolvido num “manto” de estimulações sensoriais e emocionais. As interações iniciais, como as trocas comunicacionais, o olhar, o sorriso, a palavra, o toque, o vestíário, e a verticalidade que vão evoluindo e complexificando ao longo da vida, proporcionando um sentir-se pertencer à mesma espécie (Simões, 2013).

A colocação do ser humano em Humanidade, que ocorre desde cedo, e ao longo da vida através da relação com os outros, permite que cada ser se sinta pertencente à espécie humana, procurando atingir o que de mais essencial ela tem para oferecer, o próprio desenvolvimento,

as interações, a transcendência, e a espiritualidade (Simões, 2013).

Para Gineste e Pellissier (2008) o ser humano, passa por dois nascimentos: o primeiro enquanto hominídeo, o nascimento biológico, marcado pela extrema vulnerabilidade de recém-nascido, incapaz de se proteger; o segundo quando é colocado na “sociedade dos Homens” (Gineste & Pellissier, 2008, p.17), ou seja quando o adulto começa a cuidar do recém-nascido, iniciando-se assim uma troca de estímulos sensoriais e emocionais, através do calor, olhares, palavras, carícias, toque, sorriso, vestuário e apoio na verticalidade (Simões, 2013), que colocam o novo elemento em Humanidade.

Em 1979, Yves Gineste e Rosette Marescotti, professores de Educação Física e Desportiva, foram convidados para fazerem formação num hospital em França sobre ergonomia devido aos elevados problemas dorso-lombares e músculo-esqueléticos dos profissionais que conduziam a elevadas taxas de absentismo por entre os mesmos. Durante esse período tiveram oportunidade de observar a prestação de cuidados, tendo verificado que a maioria das pessoas cuidadas era higienizada no leito, seguindo uma sequência céfalo-caudal. Desde então seguiram-se anos de observações, questionamentos e reflexões sobre esses mesmos cuidados (Simões, 2013). Dessas observações e reflexões sobre as ações, integraram o conceito de Humanidade e transformaram-no numa filosofia de cuidados, no sentido de nunca esquecer preciosas características que permitam a um “homem sentir-se humano e permanecer humano aos olhos dos semelhantes” (Gineste & Pellissier, 2008, p. 247).

3.2. A Metodologia de Cuidado Humanidade

A MCH, desenvolvida por Gineste e Marescotti pode ser replicada em qualquer contexto, adequa-se a qualquer cuidado, tendo vindo a demonstrar efetividade quando aplicada em pessoas vulneráveis, com graus de dependência e em situações de fragilidade (Simões et al., 2012).

Esta metodologia de cuidado assenta em princípios antropológicos e humanistas e fomenta o respeito pela pessoa, os seus gostos, a satisfação das suas necessidades, a salvaguarda do direito à sua intimidade assim como a promoção da sua autonomia. Esta metodologia auxilia também os cuidadores, facilitando a relação de entre o cuidador e pessoa cuidada, promovendo uma relação de confiança, bem-estar e um cuidado de excelência (IMG, Portugal, s/d). Vários autores (Melo, Soares, Manso, Gaspar & Melo, 2017a) destacam que esta abordagem revela particular eficácia na redução dos comportamentos de agitação nas pessoas com demência, por

exemplo, durante os cuidados de higiene, devido à intencionalidade, compreensão e preocupação dos cuidadores face à pessoa cuidada e vice-versa, levando a uma maior aceitação e participação nos cuidados.

Neste âmbito a MCH, tendo por base princípios éticos, regras de arte e os pilares Humanidade, permite a operacionalização e sistematização da relação através de uma Sequência Estruturada de Procedimentos Cuidativos em Humanidade (SEPCH).

3.2.1. Princípios éticos e regras de arte

Segundo Gineste e Pellissier (2008) a MCH, baseia-se em cinco princípios éticos fundamentais, designadamente:

- Prestar cuidados com zero cuidados de força, ou seja, os cuidados devem ser prestados com a pessoa, envolvendo-a de modo a promover a sua autonomia, evitando que os cuidados sejam prestados contra a sua vontade;

- Respeito pela singularidade e intimidade, significando que se deve respeitar as particularidades da pessoa, os seus gostos, hábitos de vida e a sua privacidade nunca deve ser violada;

- Viver e morrer de pé, este princípio defende que sempre que possível se deve promover a verticalidade durante os cuidados até ao final de vida, desde que não haja contra-indicação para que tal aconteça;

- Abertura da estrutura para o exterior, a pessoa deve ter a liberdade de interagir com a família, pessoas significativas e com a comunidade;

- Lugar de vida, lugar de vontades e onde se deseja viver, significa que as instituições devem ser promotoras de um ambiente onde as pessoas são parceiros ativos nos cuidados e onde se respeitam as suas vontades (Gineste & Pellissier, 2008; Salgueiro, 2014).

As regras de arte de uma profissão são, segundo Gineste e Pellissier (2008, p. 275), “maneiras concretas de pôr em prática um certo número de princípios fundamentais” e que podem mudar em função dos avanços científicos (Salgueiro, 2014). Para estes autores as principais regras de arte são as seguintes:

1. **Respeito pelo seu domicílio**, ou seja, não se deve entrar no espaço íntimo da pessoa sem antes pedir autorização para o fazer;

2. **Anunciar-se**, a fim de evitar abordagens surpresa, o que significa que o cuidador deve avisar a sua chegada;

3. **Negociação dos cuidados**, negociar os cuidados, pedindo autorização à pessoa cuidada para a realização dos mesmos, informando-a a fim desta poder dar o seu consentimento informado;

4. **Respeito pelo sono**, os cuidados devem ser planeados de modo a não coincidirem com o horário de sono da pessoa que será cuidada, respeitando o padrão de sono da pessoa, evitando acordar a pessoa, pela importância que o sono tem na consolidação das aprendizagens e na memória desta. Por isso os cuidados devem estar organizados em função das necessidades das pessoas cuidadas e não das rotinas instituídas:

5. **Não levantar as pessoas por baixo dos ombros**, evitar as pegadas em garra e por baixo dos ombros, substituindo-as por técnicas que se adequem à situação de cada pessoa, para que se possam evitar lesões musculoesqueléticas, tanto para a pessoa cuidada como para o cuidador;

6. **Contenções só quando justificadas**, o uso de contenções não justificadas, constitui uma ofensa à dignidade, integridade física, psíquica e à liberdade da pessoa, provocando reações contrárias às que se previam, como agitação e agressividade (Henriques, 2017). Conter pessoas agitadas ou limitar a deambulação para a prevenção das quedas são alguns dos motivos pelos quais são usadas as contenções, contudo é de evidenciar que não existem provas científicas da eficácia da sua utilização (Gineste & Pellissier, 2008). Sendo assim as contenções⁵ só devem ser utilizadas quando prescritas, sendo fundamental perceber a causa do comportamento de agitação e planejar intervenções adequadas.

3.2.2. Os pilares de Humanidade

A MCH, tem por base os pilares relacionais: olhar, palavra e toque e um pilar identitário a verticalidade (Figueiredo et al., 2018; Gineste & Pellissier, 2008; Henriques, 2017), os quais possuem características específicas, que devem ser apreendidas e tornadas operativas no ato de cuidar.

Segundo Gineste e Pellissier (2008) existem dois princípios fundamentais do cuidar: respeito pela autonomia e a especificidade do cuidar. A pessoa idosa já viveu uma longa vida, ou seja, não pode nem deve ser tratada como um bebé, por isso a forma como se fala, olha ou toca deve ter em conta a sua identidade de modo a respeitar a sua autonomia, sensibilidade e desejos. Quanto à especificidade do cuidar, o cuidador não pode ignorar os conhecimentos que

⁵ Neste sentido e segundo a Lei n.º 31/2018 de 18 de julho (alínea 4, artº3) “A contenção física com recurso a imobilização e restrição físicas reveste carácter excecional, não prolongado, e depende de prescrição médica e de decisão da equipa multidisciplinar que acompanha a pessoa doente” (Lei n.º 31/2018, p.3238).

possui, salientando as diversas formas de olhar, falar e tocar. Estas são algumas das regras a fim de garantir o bem-estar à pessoa cuidada, mostrando-lhe que respeita a sua identidade que “respeita a sua Humanidade e que se tem em conta a sua vulnerabilidade” Gineste e Pellissier (2008, p.23).

Assim, o pilar do **olhar** permite a interação com a pessoa através do contacto visual, devendo ter as seguintes características: ser axial, ou seja, de frente garantindo a estimulação visual; horizontal, ao mesmo nível para transmitir igualdade; progressivamente próximo para não ser invasivo e transmitir afetividade; e longo, ou seja, sustentado de acordo com a aceitação da pessoa para transmitir confiança. Através do olhar estabelece-se o primeiro contacto com a pessoa, captando e dando-lhe a atenção (Simões, 2013). Neste sentido e segundo Phaneuf (2010), durante a prestação de cuidados num doente com dependência cognitiva o olhar deve favorecer o reconforto devendo estar sempre presente e sendo cada vez mais importante com o avanço do estado da doença.

A **palavra** permite a interação entre pessoas, devendo ser utilizada mesmo em pessoas que não comunicam verbalmente, sendo que nestas situações o cuidador deve utilizar o auto *feedback*, através da utilização do discurso preditivo, ir informando o que se vai realizar, evitando abordagens surpresa e descritivo, descrevendo o que se está a realizar, para envolver a pessoa no cuidado. A palavra deve ter as seguintes características: terna, suave e com um tom de voz grave e descritiva de modo a que a pessoa cuidada perceba os procedimentos que consigo estão a ser realizados (Simões, 2013).

O **toque** deve ser amplo, suave, lento e acariciador, designado de toque ternura. Este é um pilar, essencial, para a comunicação não verbal, devendo por isso, ser iniciado pelas zonas neutras e sociais (e.g., palma das mãos, ombros), respeitando sempre a aceitação da pessoa. Este é um pilar que pode ter particular efetividade em doentes de Alzheimer, dado que a tomada de consciência da presença de alguém através do toque, pode revelar-se um momento tranquilizante (Phaneuf, 2010). Assim, deve ser mantido até ao final do cuidado (Simões, 2013). O toque deve ser aprendido e profissionalizado para evitar a utilização de dedos em pinça e a mão em garra, percebidos como toques punitivos, podendo desencadear agitação (Gineste & Pellissier, 2008).

Por fim, a **verticalidade** (pilar identitário) é uma das primeiras características que distingue o homem dos outros animais. A operacionalização deste pilar fomenta um dos princípios da filosofia de Humanidade “Viver e morrer de pé” (Simões, 2013, p.84). A posição vertical traz inúmeros benefícios à saúde do indivíduo, por exemplo a nível do funcionamento cardíaco e digestivo, pela estimulação do apetite e digestão (Phaneuf, 2010). Segundo Simões

(2013), todas as pessoas que por motivos de saúde não esteja contraindicado o levante, devem permanecer pelo menos 20 minutos por dia de pé. Este período permite à pessoa manter-se de pé e traz vários benefícios como a prevenção de síndromes de imobilismo, acamamento, apatia e redução de lesões por pressão (Gineste & Pellissier, 2008; Henriques, Dourado, Melo & Tanaka, 2019).

A utilização dos pilares de Humanidade durante os processos cuidadosos deve ser mantida, mesmo quando a pessoa cuidada já não seja capaz de olhar, falar, tocar, ouvir, sorrir, vestir-se ou levantar-se (verticalizar-se) pois permite a continuidade da comunicação entre as pessoas (Simões, 2013), e com isso, fazer “sentir-se humano e permanecer humano aos olhos dos seus semelhantes” (Gineste & Pellissier, 2008, p.247).

3.2.3. Sequência Estruturada dos Procedimentos Cuidativos Humanidade

A Sequência Estruturada dos Procedimentos Cuidativos Humanidade (SEPCH) permite operacionalizar os princípios, as regras de arte e os pilares Humanidade (Henriques, 2017; Figueiredo et al., 2018), sendo constituída por 5 etapas “dinâmicas e consecutivas” (Figueiredo et al., 2018, p. 2), nomeadamente: pré-preliminares, preliminares, *rebouclage* sensorial, consolidação emocional, e marcação do reencontro.

Os **Pré – preliminares** permitem a preparação da aproximação com a pessoa cuidada, evitando abordagens surpresa, respeitando assim a autonomia e a privacidade.

Preliminares, ou seja, o encontro entre o cuidador e a pessoa cuidada, permitem estabelecer uma relação positiva de modo a facilitar a aceitação do cuidado, através dos pilares da Humanidade, olhar, palavra e toque.

Rebouclage sensorial, esta etapa corresponde à prestação de cuidados incorporando as características positivas dos pilares relacionais (o olhar, a palavra e o toque) permitindo a estimulação sensorial positiva, fazendo com que a pessoa cuidada recupere sensações corporais positivas, acedidas através da memória emocional. Nesta etapa a utilização de técnicas específicas da MCH, permite que os cuidados que anteriormente eram sentidos como dolorosos e agressivos se tornem em momentos de bem-estar, sendo “*o sinal de relaxamento muscular bem evidente*” (Simões, 2013, p. 92).

Consolidação emocional, esta etapa corresponde ao fecho do cuidado permitindo deixar um registo positivo do cuidado na memória emocional da pessoa cuidada, facilitando o consentimento relacional e a aceitação de cuidados futuros. Nesta etapa o cuidador deve

reforçar positivamente os esforços durante o cuidado e os seus progressos, agradecendo o momento que passaram juntos (Simões et al, 2012).

Na última etapa, **Reencontro** é programado o próximo encontro e os intervenientes despedem-se. O objetivo desta etapa é assegurar um compromisso na continuidade de cuidados e prevenir sentimentos de abandono e de desprezo (Gineste & Pellissier, 2008; Simões et al, 2012; Henriques, 2017).

A SEPCH é constituída por 34 procedimentos incluídos nas 5 etapas acima referidas evidenciando a seguinte articulação:

Os **Pré- preliminares** permitem a preparação da abordagem à pessoa e são constituídos pelos seguintes procedimentos:

1. Prepara o material para evitar a interrupção da relação;
2. Bate à porta aberta ou fechada, em quarto individual ou partilhado;
3. Usa a técnica do Toc –toc;
4. Espera pela resposta;
5. Se não há resposta (expressa ou subentendida), entra no quarto calmamente e bate na barra da cama ou na cadeira;

Os **Preliminares** marcam o início da aproximação física à pessoa cuidada através dos procedimentos a seguir apresentados:

6. Aborda a pessoa de frente;
7. Ajusta o olhar, ao mesmo nível, de forma progressiva (olhar axial, horizontal, longo, progressivo);
8. Introduce a palavra em 3 segundos;
9. Trata a pessoa pelo nome pelo qual se reconhece e gosta de ser tratada;
10. Apresentar-se à pessoa a cuidar (e.g., eu sou ...);
11. Diz à pessoa o motivo do encontro (e.g., está ali para estar com ela, conversar, ajudar);
12. Entra no espaço íntimo da pessoa (20 a 30 cm);
13. Oferece a mão ou iniciar o toque numa zona neutra do corpo (ombro, braço);
14. Usa um tom de voz grave, calmo, melodioso e suave;
15. Oferece um ato gratuito (conversa acerca de outro assunto sem ser o cuidado objetivo, elogia);

16. Espera pelo consentimento relacional, aceitação verbal ou não verbal (e.g., olhar, sorriso, relaxamento muscular);

17. Fala sobre o cuidado depois de obtido o consentimento relacional;

A **Rebouclage sensorial**, ou realização dos cuidados, constitui-se pelos seguintes 12 procedimentos:

18. Usa pegadas profissionais (sem dedos em pinça, nem mão em garra);

19. Mantém o toque pacificante (amplo e suave, sem os dedos em garra, nem em pinça);

20. Usa um tom de voz calmo e suave durante a prestação do cuidado;

21. Pede à pessoa para iniciar os gestos cuidadosos;

22. Anuncia cada gesto cuidadoso (discurso preditivo);

23. Descreve todos os gestos cuidadosos (discurso descritivo);

24. Reforça positivamente os esforços de autocuidado (e.g., muito bem!);

25. Estimula de forma motora ou verbal a pessoa a iniciar os gestos cuidadosos;

26. Está atento às respostas emocionais (e.g., tensão muscular, olhar, fáceis);

27. Olha com frequência de frente nos olhos da pessoa (axial, horizontal, próximo e longo);

28. Promove a verticalidade, se possível. (e.g., erguer o tronco, sentar na cama, pôr de pé, dar uns passos);

29. Ajuda a cuidar da aparência pessoal tendo em conta o seu gosto (e.g., vestuário, adornos);

A **consolidação emocional** permite, no final do cuidado, consolidar os sucessos alcançados, reforçando os incentivos e estímulos dados durante o cuidado, sendo operacionalizada pelos seguintes procedimentos:

30. Valoriza o encontro com a pessoa;

31. Agradece os esforços da pessoa;

32. Reforça positivamente os benefícios do cuidado;

Por fim, a última etapa, o **reencontro**, desdobra-se em dois procedimentos:

33. Combina um novo encontro (e.g., venho ter consigo daqui a 20 min, à hora do almoço ...);

34. Despede-se com amabilidade.

São estes os procedimentos que os cuidadores devem realizar para que a MCH, se traduza nos resultados esperados e pretendidos, sendo para isso necessária a capacitação dos cuidadores da instituição onde é implementada a MCH.

3.2.4. Processo de implementação da Metodologia de Cuidado Humanidade

A implementação da MCH leva a uma mudança na cultura organizacional, para que cada instituição seja encarada como um lugar de vida e não apenas um lugar onde são prestados cuidados (IGM, s/d).

Este é um processo de mudança complexo, sendo por isso adaptado um modelo eficiente e de implementação gradual, ajustado às necessidades das organizações. Importa que este processo seja realizado a par e passo com a instituição e de forma personalizada (IGM, s/d). Para tal é necessária a consciencialização e o envolvimento de todos, com especial atenção para os líderes da mesma, pois sem o envolvimento destes torna-se difícil criar um ambiente adequado para que as práticas se operacionalizem (Tavares, 2019).

Em Portugal a implementação da MCH, está a cargo do Instituto Gineste-Marescotti (IGM) Portugal, estrutura de formação acreditada e responsável pela implementação MCH em Portugal (Melo et al., 2017b). A implementação da MCH, é realizada em 4 fases, as quais se têm mostrado essenciais para garantir o sucesso da mesma (IGM, s/d; Melo et al., 2017b), designadamente:

- a) **Sensibilização:** Nesta fase são realizadas uma análise e uma reflexão dos cuidados, tendo como principal finalidade a consciencialização sobre as práticas. É efetuada uma análise diagnóstica da instituição de modo a criar um ambiente promotor das mudanças necessárias para se passar da prestação de tarefas assistenciais para uma relação profissionalizada entre o cuidador e a pessoa cuidada. Nesta fase estão envolvidos os líderes formais e informais da organização cuidadora.
- b) **Disseminação:** O principal objetivo desta fase é a profissionalização da relação através dos pilares da Humanidade: Olhar, Palavra, Toque, e a Verticalidade. São abordadas técnicas de captura sensorial, demonstração e treino de técnicas de manutenção relacional nos levantes, transferências, posicionamentos e mobilidade. É abordada também a prescrição interdisciplinar de cuidados como ferramenta para a criação e gestão de planos individuais e assim garantir um cuidado personalizado e integrado à pessoa cuidada. Esta fase da formação tem a durabilidade de 5 dias, não podendo

ultrapassar as 4 semanas, estando envolvidos os cuidadores, técnicos e o diretor técnico, num grupo que não deve exceder os 12 elementos em cada formação.

- c) **Consolidação:** Esta fase da formação é destinada à equipa de gestão estratégica responsável pela avaliação do projeto e posterior certificação. Nesta etapa são definidos e dinamizados os planos individuais e ferramentas de prescrição e gestão interdisciplinar de cuidados. São monitorizados os resultados, impactos e qualidade dos serviços, de modo a garantir cuidados humanizados.
- d) **Cerificação:** Esta fase consiste na realização de uma auditoria externa, através de uma observação avaliativa utilizando a grelha SEPCH e os critérios do referencial de qualidade em Humanidade.

3.2.5. Estado da arte em Portugal: da formação aos estudos desenvolvidos

Os primeiros estudos sobre a MCH surgiram em Portugal em 2008. Tendo por base o estudo realizado por Melo et al. (2017b) focalizando o estado da arte acerca da implementação da MCH em Portugal, pode referir-se que a mesma se iniciou a partir de uma formação de formadores realizada por Nídia Salgueiro em 2009 em França com os autores da metodologia a qual possibilitou assumir a responsabilidade da formação em Portugal. Nos anos seguintes, entre 2010 e 2015 mais formandos receberam a mesma formação, tendo também participado em seminários anuais que decorrem durante uma semana a nível internacional.

Em 2011 surgiu em Portugal o Instituto Gineste Marescotti (IGM) Portugal, sendo esta a única estrutura acreditada para a implementação da Metodologia de Cuidados Humanidade em Portugal.

No que diz respeito ao ensino para a implementação da MCH e da sua formação em contexto prático, o IGM, desde 2011, regista 105 instituições nas mais diversas áreas de atuação, sendo que 28 destas instituições são ERPI.

Em 2012 que a Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, introduziu os conceitos da filosofia Humanidade no primeiro ano da licenciatura. No ano posterior (ano letivo 2013/2014) foi introduzida uma unidade curricular de opção sobre Filosofia da Humanidade aplicada à prática dos cuidados de enfermagem. Nos anos letivos subsequentes a unidade curricular “Cuidar com Humanidade” passou a constituir uma opção para os alunos do 2º ano do Curso de licenciatura em Enfermagem.

Em 2016 esta metodologia foi inserida numa unidade curricular de Pós-Graduação na

Escola Superior de Saúde de Alcoitão.

No que diz respeito à componente de investigação, os primeiros estudos surgiram em 2008 com uma tese de doutoramento (defendida em 2014) intitulada “Cuidar em Humanidade: Método de Gineste e Marescotti aplicado a pessoas internadas em cuidados continuados”. Desta tese resultaram 4 artigos científicos. Desde 2008 até ao momento e segundo a base de dados RCAAP (Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal) foram desenvolvidos 16 artigos científicos sobre a metodologia de cuidado Humanidade.

No que diz respeito à produção de trabalhos académicos, e segundo o IGM, foram realizados seis trabalhos académicos, entre doutoramentos e mestrados, estando ainda em curso três doutoramentos e dois mestrados. As dissertações realizaram-se maioritariamente na área da saúde, enfermagem e cuidados continuados ou paliativos e pretenderam demonstrar a efetividade e a importância desta metodologia para a prática dos cuidados para os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros⁶.

No entanto existem trabalhos desenvolvidos em outras áreas, como por exemplo nas ciências sociais, tendo sido desenvolvida uma dissertação de mestrado em Serviço Social⁷, visando demonstrar a reconstrução de um Centro de Dia, para uma Unidade Humanidade. Ainda na área das ciências sociais, foi desenvolvida uma dissertação de mestrado em Direito⁸ Internacional e Europeu pretendeu demonstrar de que forma esta metodologia de cuidados, pode contribuir para a humanização dos respetivos serviços. Na área da Gerontologia Social⁹ registaram-se duas dissertações de mestrado associando a Humanidade à qualidade de vida das pessoas idosas em contexto institucional e à redução do *Burnout* dos cuidadores.

Mais recentemente foram publicados vários livros sobre a temática da Humanidade, nomeadamente, *Cuidar em Humanidade: um imperativo do nosso tempo* (Salgueiro, 2014); *Cuidar em Humanidade: enfermagem neurorelacional* (Simões, 2014); *Ecos de uma formação Humanidade- Manual de Formando* (Salgueiro, 2015) e o livro de homenagem a Margot Phaneuf, intitulado *Margot Phaneuf: Mulher, enfermeira, Autora, Formadora e Pedagoga*

⁶ Vd. a este respeito as dissertações de Figueiredo (2016) sobre a perceção dos enfermeiros face à MCH, Henriques (2017) na qual se pretendeu perceber qual o contributo da MCH para os profissionais e pessoas cuidadas e Tavares (2019) que demonstrou o processo de mudança de uma ERPI com a MCH.

⁷ Vd. Cardoso (2014) - “(Re)Estruturação da Resposta de Centro de Dia para Unidade de Humanidade”.

⁸ Vd. Brízido (2017) - “Cuidar da velhice em Humanidade: Como regular a humanização dos serviços de saúde”.

⁹ Vd. Silva (2018) - “Olhar o passado, pensar o presente e planear o futuro” e Pinto (2019) – “A Metodologia de Cuidado Humanidade: impacto na redução do burnout dos cuidadores formais numa ERPI”.

(Salgueiro, 2015). Já no de 2017 foi publicada a monografia “Higiene e conforto: da tarefa ao cuidado em Humanidade” (Melo, 2017).

3.2.6. A Metodologia de Cuidado Humanidade: benefícios e implicações

Como anteriormente se discutiu a MCH reverte em comprovados benefícios junto de pessoas dependentes com patologia demencial e/ou quadros situações de fragilidade (Simões et al., 2012), os quais se mostram fundamentalmente associados a uma maior aceitação dos cuidados, diminuição dos níveis de ansiedade, redução do consumo de psicotrópicos, promovendo assim o autocuidado e a verticalidade (Melo et.al, 2017a). Complementarmente esta metodologia apresenta também ganhos para os profissionais do cuidado, enfermeiros, médicos, profissionais de ação direta, entre outros cuidadores (formais e informais).

São escassos os estudos sobre os benefícios e dificuldades da implementação desta metodologia nos cuidadores formais que trabalham em contexto de ERPI, bem como sobre as implicações da mesma para a o sistema organizacional.

No entanto e tendo em conta os estudos realizados sobre os benefícios e dificuldades da implementação da MCH, envolvendo profissionais de enfermagem (que atuam em equipas sob o requisito da interdisciplinaridade) destacam-se sobretudo os ganhos na qualidade de vida da pessoa cuidada, e benefícios para os profissionais relacionados com uma maior satisfação profissional e a um aumento da sua realização profissional.

Para Figueiredo e seus colaboradores (2018) as dificuldades na implementação da MCH são devidas a fatores internos ou pessoais como: a rotinização das práticas, alguma resistência à mudança “velhos hábitos” e uma fraca formação dos profissionais em Humanidade; e a fatores externos ou organizacionais como: a falta de recursos humanos e o cumprimento das rotinas instituídas que conduz a uma percepção de falta de tempo para a realização dos cuidados em Humanidade. No entanto e segundo alguns estudos de (Honda, Ito, Ishikawa, Takebayashi, & Tierney, 2016; Melo et al., 2017a), esta metodologia reduziu a oposição e agitação durante os cuidados permitindo uma redução de tempo na prestação dos mesmos. A organização dos cuidados centrados na tarefa é também um obstáculo à implementação da MCH já que o foco do cuidado deixa de ser a pessoa e passa a ser a tarefa. A falta de envolvimento dos líderes também é tida como um fator dificultador na implementação da MCH, e aliás como foi referido anteriormente a organização da instituição tem de estar envolvida e promover um ambiente de mudança institucional, sendo um aspeto fundamental na implementação e disseminação da

mesma pela instituição. O ambiente desadequado também é um constrangimento da implementação da metodologia.

No que concerne aos benefícios para os profissionais, para as pessoas cuidadas e para as instituições, Figueiredo et al., (2018), referem que os mesmos se refletem na facilidade do relacionamento e na prestação de cuidados, na gestão das emoções, na diminuição dos problemas físicos e do *burnout*, devido ao facto do cuidado em Humanidade ter como base alguns princípios como “Zero Cuidados de Força”, ou seja não prestar os cuidados contra a vontade da pessoa, sendo necessário exercer menos força, prevenindo problemas músculo-esqueléticos, facilitando o cuidado e conseqüentemente leva a menos níveis de stress e redução de sintomas de *burnout*. Em resultado destas alterações apresentam também um aumento da satisfação pessoal e profissional.

Os benefícios da MCH para a pessoa cuidada têm sido analisados em diversos estudos. Tomando como exemplo a investigação recente de (Melo et al., 2017a; 2019) tem-se vindo a salientar a redução da agitação (evitando uma aproximação em surpresa aumentando assim a aceitação dos cuidados), a promoção da autonomia e da independência no autocuidado (sendo a pessoa envolvida no cuidado, estimulando as suas capacidades) e a participação da pessoa no seu cuidado, (e.g., cuidados de higiene). Com estes pequenos gestos, que consideram as especificidades e potencialidades da pessoa promove-se também a autoestima, já que a mesma percebe que ainda consegue realizar algumas tarefas, por mínimas que sejam. Esta metodologia traz benefícios a nível da mobilidade, através da promoção da verticalidade, evitando o aparecimento de lesões por pressão, atrofia muscular e desequilíbrio. As famílias, são essenciais neste processo de mudança e também elas reconhecem as mudanças positivas na qualidade de vida do seu familiar (Henriques et al., 2019; Melo et al., 2019).

Por fim, destacam-se os benefícios da implementação na MCH para as instituições, ocorrendo uma mudança na cultura dos cuidados, os quais passam a estar mais centrados na pessoa dando-se “intencionalidade à interação com a pessoa cuidada” (Figueiredo et al., 2018, p. 60). Assinala-se também nos estudos mencionados, uma diminuição da taxa de absentismo dos profissionais, o que alias é tido como um problema para a gestão das organizações. Esta metodologia quando bem implementada apresenta também vantagens relacionadas com a diminuição dos custos económicos, na sequência por exemplo da redução dos tratamentos de lesões por pressão e dispositivos de incontinência, os quais se revelam dispendiosos.

Este são alguns dos benefícios das cerca de 150 técnicas da MCH que emergem esta filosofia de cuidados como positiva tanto para a pessoa cuidada como para o seu cuidador,

trazendo a curto prazo benefícios para a instituição, nomeadamente na mudança da cultura organizacional.

Segunda parte – Estudio empírico

1. Delineamento metodológico do estudo

Qualquer processo de investigação inicia com uma inquietação acerca de um determinado aspeto sobre o qual é necessária uma melhor compreensão (Fortin, 1999). Nas palavras de Marconi e Lakatos (2003, p.97) “toda a investigação nasce de algum problema teórico/prático sentido. Este dirá o que é relevante ou irrelevante observar, os dados que devem ser selecionados”, deste modo é necessário que o objetivo central seja claro e explícito do problema que se pretende investigar.

A formulação do problema constitui uma fase importante no processo de investigação, é nela que se centra a fase concetual. Tal como explica Rudio (1978, cit in Marconi & Lakatos, 2003, p.127) "formular o problema consiste em dizer, de maneira explícita, clara, compreensível e operacional, qual a dificuldade com a qual nos defrontamos e que pretendemos resolver, limitando o seu campo e apresentando suas características”.

Considerando os aspetos que compõem o enquadramento teórico percebe-se que a prestação de cuidados a pessoas idosas traz desafios aos profissionais. A realidade da dependência, a presença de quadros demenciais e as alterações comportamentais constituem fatores que aumentam os níveis de stress e sobrecarga física dos cuidadores (Rolland et al., 2007). A par e como atrás analisado, a fraca informação sobre a doença as dificuldades na gestão do tempo, a nível organizativo e de planeamento de atividades são elementos acrescidos que importa ter em atenção nas instituições (Barbosa et al., 2011).

2. Questão central e objetivos de investigação

Tendo por base a questão norteadora da investigação formulada do seguinte modo - de que forma a implementação da Metodologia de Cuidado Humanidade, auxilia a prestação de cuidados em ERPI e qual o contributo da mesma para o sistema organizacional? - procurou-se analisar a importância e a exequibilidade subjacente aos procedimentos cuidativos em Humanidade por parte dos cuidadores, aferindo as dificuldades e os benefícios na adoção desta metodologia. Considerando o papel da direção técnica na gestão das equipas/organizacional, o estudo procurou também focar o contributo desta metodologia na dinâmica organizacional. Assim, a partir deste questionamento e orientações foi possível elencar de forma mais precisa os objetivos da investigação.

Os objetivos de um estudo assinalam o porquê e a finalidade da sua realização. Para Fortin (1999, p. 100), o objetivo “é um enunciado declarativo que precisa a orientação da investigação segundo o nível dos conhecimentos estabelecidos no domínio em questão”.

Deste modo, o objetivo geral no presente estudo visou compreender de que forma a MCH facilita a prestação de cuidados em ERPI e o contributo da mesma para o sistema organizacional. Quanto aos objetivos específicos, os mesmos pretenderam:

- a) Caracterizar a amostra, ou seja, os interlocutores associados à implementação da MCH em estruturas de apoio a pessoas idosas;
- b) Analisar a aplicabilidade da MCH em contexto de ERPI;
- c) Identificar qual a perceção dos profissionais relativa aos benefícios e dificuldades da implementação da MCH na prática dos cuidados;
- d) Compreender os benefícios/oportunidades e os constrangimentos da MCH no sistema organizacional/instituição;
- e) Percecionar o contributo económico associado à implementação da MCH;
- f) Sinalizar os procedimentos cuidativos em Humanidade que se revelam mais desafiantes de executar.

3. Métodos e procedimentos

Procurando ir ao encontro dos objetivos delineados a investigação prosseguiu uma metodologia qualitativa de cariz interpretativo, com vocação exploratória e descritiva.

3.1. Metodologia e método

Após a revisão de literatura, e de modo a aprofundar os conhecimentos face ao contributo da implementação da MCH para os cuidadores e sistema organizacional sob ponto de vista de profissionais especialistas na área, optou-se por enquadrar a investigação no âmbito dos estudos qualitativos, tendo sido para efeito conduzido este estudo numa ótica exploratória e descritiva a fim de analisar o discurso dos participantes de modo profundo e reflexivo.

As pesquisas qualitativas são as que viabilizam um conhecimento em profundidade e em intensidade intentando desenvolver deste modo o estudo e nas palavras de Gil (2008) é um método utilizando em investigações cujo tema foi pouco explorado, podendo ser aplicado em

estudos em fases iniciais para obter uma visão sobre determinado assunto.

Segundo Kirk e Miller (1986), a intenção destas pesquisas é explorar a complexidade dos fenômenos com base em crenças, representações, valores, hábitos, atitudes e opiniões. Esta investigação assume uma natureza exploratória face à escassez de estudos existentes relacionados com o seu objeto de estudo e dada a importância de incrementar o conhecimento face aos benefícios e dificuldades da implementação da MCH na prática dos cuidados e sistema organizacional.

Por seu lado, o método descritivo da investigação, e nas palavras de Gil (2008, p.28) permite “a descrição de determinada população ou fenómeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis.” Este carácter descritivo, justifica-se pela recolha de testemunhos que permitam descrever a situação atual da prática dos cuidados, como as dificuldades inerentes e as implicações dessas na prática dos cuidados e na gestão organizacional.

Os métodos referenciados são segundo Gil (2008) dos mais utilizados nas investigações em Ciências Sociais e Humanas, ajustando-se ao propósito deste estudo que pretende mostrar evidências e contributos da MCH, por forma a auxiliar as reais necessidades dos cuidadores e sistema organizacional.

3.2. População-alvo/ amostra

O presente estudo assumiu como universo a globalidade dos formadores do IGM-Portugal, num total de 8 formadores.

Em relação ao tipo de amostragem selecionado optou-se pela amostragem não probabilística e de cariz intencional. Nas palavras de Schutt (1999), este é um tipo de amostragem no qual cada elemento é selecionado para uma finalidade. Este tipo de amostragem pode envolver o estudo de toda a população ou um subconjunto desta. A amostra intencional visa essencialmente indivíduos que possuem um conhecimento especial do problema de investigação.

Deste modo e considerando os objetivos específicos do estudo, foram selecionados três formadores da MCH, pertencentes ao IGM, tendo sido definidos como critérios de inclusão, a experiência na implementação da MCH em contexto ERPI e o desempenho de cargos de responsabilidade acrescida em instituições de apoio à população idosa, nomeadamente em ERPI.

3.3. Técnicas de recolha de dados

Para efeitos da recolha de dados (teóricos e empíricos) foram utilizadas diversas técnicas, designadamente, (Vd. apêndice II) pesquisa bibliográfica e análise documental, bem como questionários aos interlocutores.

3.3.1. Pesquisa bibliográfica e análise documental

A recolha de dados constituiu uma fase crucial em todo o processo de investigação, tendo sido numa primeira fase realizada uma pesquisa bibliográfica e documental acerca das principais temáticas deste estudo, de modo a compreender os principais marcos teóricos, o envelhecimento e as suas repercussões, a reconfiguração do cuidado e a metodologia de cuidado Humanidade, através da contribuição de diversos autores e/ou documentação.

3.3.2. Questionário

O questionário é um instrumento de recolha de dados que necessita de respostas escritas por parte dos sujeitos. Este permite avaliar atitudes e opiniões junto dos mesmos, sendo habitualmente preenchido pelos próprios. De acordo com Freixo (2009) um questionário pressupõe a elaboração de questões, que em relação ao conteúdo se debruçam em factos, ou seja, em toda a informação detida pelos sujeitos, ou podem recair sobre opiniões, atitudes ou preferências, neste caso as questões são baseadas na sua opinião e/ou experiência, “o que pensa de...?”. As questões de um questionário são formuladas com o objetivo de recolher informação sobre os indivíduos ou ainda sobre situações conhecidas dos mesmos (Fortin, 1999). Deste modo e quanto à sua estruturação e à semelhança das entrevistas, as questões do questionário são também classificadas quanto à sua forma, em questões fechadas, nas quais os inquiridos têm a opção de escolher a sua resposta, entre duas ou mais opções, e em questões abertas, nas quais é dada a possibilidade ao inquirido de responder com o seu vocabulário, de forma mais livre e com base na sua experiência, possibilitando este tipo de questão investigações mais profundas (Hill e Hill, 1998; Freixo, 2009). A conjugação de questões abertas e fechadas permite ao investigador uma complementaridade de informação de natureza quantitativa e qualitativa (Hill e Hill, 1998).

No presente estudo foi aplicado um questionário (Vd. Apêndice II) aos participantes atrás identificados, cuja estrutura contemplou três partes, a saber, na primeira parte refere-se à caracterização dos interlocutores, a segunda parte do instrumento de recolha de dados corresponde à perceção dos interlocutores face à implementação da MCH sob o ponto de vista

dos cuidados e das organizações e a parte III permite identificar quais os procedimentos cuidadosos em Humanidade que se revelam mais desafiantes de executar e os motivos que conferem essa dificuldade, respetivamente, deste modo é solicitado aos inquiridos que numa escala de 1 a 3, classifiquem o nível de dificuldade do procedimento, em que 1 corresponde “Baixa dificuldade”, o 2 a “Média dificuldade” e o 3 a “Elevada dificuldade”, e posteriormente indiquem o motivo pelo qual aquele procedimento corresponde aquela dificuldade.

De salientar que a aplicação dos questionários foi precedida de consentimento informado (Vd. Apêndice I) tendo sido dada a garantir o anonimato aos inquiridos, tendo-se optado no estudo por fazer a referência aos participantes através de códigos (I-1, II-2 e III-3).

3.4. Metodologia de análise de dados

A análise da informação recolhida por via dos questionários obedeceu a procedimentos de classificação e categorização informados pela metodologia da análise de conteúdo, tendo esta constituído a via privilegiada para o tratamento dos dados empíricos.

3.4.1. A análise de conteúdo

A análise de conteúdo é uma técnica de tratamento de informação que pretende analisar a informação e interpretar o seu sentido através de categorias e subcategorias (Guerra, 2006). Esta técnica consiste em “arrumar um conjunto de significação, o conteúdo manifesto, nos mais diversos tipos de comunicação (texto, imagem e filme)” (Berelson, 1954, cit in Amado, 2000, p.53). Adicionalmente, Osgood (1959, cit in Amado, Costa & Crusóé, 2014) sugerem que para além do significado anterior esta é uma técnica de processo inferencial, que tem como principal finalidade a procura de significado.

Segundo Bardin (2016) esta é uma técnica de análise do tipo exploratório executada em três momentos sucessivos, a pré-análise, momento em que se escolhe, delimita todo o material a ser analisado. Nesta fase todo o material a ser investigado deve ser organizado de modo a que a sua análise seja o mais objetiva possível, deve ser alvo de uma “leitura flutuante” de modo a conhecer os documentos analisados, é neste momento que surgem os objetivos do trabalho. Após a “leitura flutuante” deve ser elaborado um índice que serve de guia às questões orientadoras, e organizados os indicadores, os quais têm como finalidade interpretar o material recolhido.

Esta autora alerta também para as regras, que devem estar presentes nos diferentes

momentos da análise de conteúdo. Assim, a pré-análise deve reunir as seguintes características: exaustividade, ou seja, importa considerar todos os componentes que constituem o *corpus* da pesquisa, o que significa que se deve esgotar a totalidade da comunicação e não omitir nenhum aspeto; representatividade, ou seja, a escolha dos elementos (amostra) deve representar o universo; homogeneidade, este aspeto ressalva que os documentos a serem analisados devem ser representativos do tema e serem obtidos por técnicas iguais; exclusividade, os elementos no momento da categorização, não devem de ser incluídos em mais do que uma categoria de análise, e pertinência, ou seja, os documentos de análise devem estar adaptados aos objetivos da pesquisa (Bardin, 1977).

Após a fase da pré-análise, segue-se para a exploração do material, que constitui a fase mais longa e complexa. Nesta fase ocorre a codificação, “processo pelo qual os dados brutos: são transformados sistematicamente e agregados em unidades, as quais permitem uma descrição exata das características pertinentes do conteúdo” (Bardin, 2016, p. 67). Este processo compreende três momentos, o recorte: a escolha das unidades de registo; a enumeração: (escolha das regras de contagem), a classificação e a agregação que corresponde as escolhas das categorias. Nomeada por categorização, esta “é uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento segundo o género (analogia), com os critérios previamente definidos” (Bardin, 2016, p.75). Esta etapa de acordo com a autora deve possuir as seguintes características: exclusão mútua, ou seja, as categorias devem estar construídas de forma a que cada elemento corresponda a uma só categoria. A esta característica relaciona-se o princípio da homogeneidade, deste modo, prevê-se que na mesma categoria só possa funcionar um registo com uma dimensão de análise. As categorias devem ser pertinentes, para isso devem pertencer ao quadro teórico estabelecido e ir ao encontro dos objetivos da pesquisa, sendo também a objetividade e a fidelidade duas características que se tornam essenciais em todo o processo de análise. Se as categorias forem bem definidas e se os indicadores que determinam que aquela unidade de análise corresponda aquela e só aquela categoria, forem claros, não haverá abertura para subjetividade ou novas interpretações. Segundo Bardin, (2016, p.76) “As distorções devidas à subjectividade dos codificadores e à variação dos juízos não se produzem se a escolha e a definição das categorias forem bem estabelecidas”. Refira-se ainda que a produtividade constitui um atributo igualmente associado à análise de conteúdo, significando o mesmo que uma categoria se revela produtiva quando apresenta resultados férteis acoplados a novos dados e/ou hipóteses.

A análise de conteúdo segundo Vala (1990, p.113) “pressupõe a definição de três tipos de unidades: unidade de registo, unidade de contexto e unidade de enumeração”.

Deste modo considera-se unidade de registo um “segmento determinado de conteúdo que se caracteriza colocando-o numa dada categoria” (Vala, 1990, p.114), para determinar as unidades de registo consideram-se os objetivos e a problemática que constituem a pesquisa.

A unidade de contexto é “um segmento mais largo de conteúdo que o analista examina quando caracteriza uma unidade de registo” (Vala, 1990, p.114).

A unidade de enumeração nas palavras de Vala (1990, p.115) é “a unidade em função da qual se procede à quantificação”.

Depois da exploração do material, procede-se ao tratamento dos resultados. Nesta fase é preciso retomar aos marcos teóricos que sustentam a problematização, pois são eles que dão significado e interpretação ao estudo.

Para Bardin (1977) a fidelidade e a validade da aplicação da técnica da análise de conteúdo deve constituir uma parte importante e merecer principal atenção por parte do investigador. Relativamente à fidelidade, e uma vez que esta técnica analisa palavras é necessário ter atenção, entre outros aspetos, aos problemas de homografia, pelo que é aconselhado “a verificação da fidelidade da codificação pelo método” (Coutinho, 2011, p. 196). A validade e segundo Schutt (1999) assinala a validação do conceito, no qual o investigador confronta se as categorias anteriormente criadas, podem ou não representar os aspetos que pretende testar.

Tendo por base este referencial procedeu-se no presente estudo ao tratamento da informação a partir de todo um trabalho de categorização. Deste modo, tendo por base os eixos analíticos -Eixo I e Eixo II – elencaram-se as seguintes categorias e subcategorias:

Eixo I- “Cuidados e prestação de cuidados” – tem como objetivo compreender de que forma a MCH facilita a prestação de cuidados em ERPI.

Deste modo foram estabelecidas quatro categorias no âmbito do eixo I:

Aplicabilidade da MCH nas ERPI: Tem como objetivo identificar as atividades/intervenções onde a MCH é aplicada. Esta categoria é dividida em duas subcategorias: “Cuidados Diretos à Pessoa Idosa” e “Dinâmica Organizacional”.

Cuidados e dificuldades associadas: Possui como objetivo perceber, qual o cuidado que se revela mais desafiante, assim como os motivos e manifestações que constituem esse cuidado uma atividade de execução complexa. Esta categoria é composta pelas seguintes subcategorias “Tipologia dos Cuidados”, “Motivo” e “Manifestações”.

Benefícios da implementação da MCH: Esta categoria assume como principal objetivo identificar qual é a percepção dos profissionais sobre os benefícios da implementação da MCH na prática dos cuidados. Para a análise desta categoria, foram estabelecidas as seguintes subcategorias “Pessoa Cuidada”, “Cuidador Formal” e “Sistema Organizacional”.

Dificuldades da implementação da MCH: Assume o objetivo de identificar qual é a percepção dos profissionais sobre as dificuldades inerentes à implementação da MCH na prática dos cuidados. Deste modo e para uma abordagem mais holística da categoria, constituíram-se duas subcategorias “Fatores Internos” e “Fatores Externos”.

Eixo II- “Sistema Organizacional” – tem como objetivo compreender qual o contributo desta metodologia para o sistema organizacional.

Foram estabelecidas quatro categorias no âmbito do Eixo II:

Motivação: Possui o objetivo de aferir quais foram as motivações para a implementação da MCH. Para uma abordagem holística desta categoria foram criadas duas subcategorias “Gestão de Recursos Humanos” de modo a perceber a que níveis esta metodologia auxiliou na gestão dos profissionais, bem como, “Gestão Organizacional”, para perceber que motivos levou a implementação da MCH a nível da gestão organizacional.

Benefícios da implementação da MCH: Pretende-se identificar os benefícios da MCH, a nível organizacional. Para analisar esta categoria numa ótica mais abrangente, foram criadas três subcategorias que remetem para a “Pessoa Cuidada”, para o “Cuidador Formal”, e para o “Sistema Organizacional”.

Dificuldades da implementação da MCH: Tendo como objetivo identificar os aspetos que dificultam a implementação da MCH, optou-se por fazer a subdivisão em duas subcategorias, a saber, “Fatores Internos” e “Fatores Externos”.

Contributo económico: Procura-se perceber qual o contributo económico da implementação da metodologia, sendo o mesmo analisado numa perspetiva de “Custo- eficácia.

Em termos de sistematização, a tabela abaixo operacionaliza o trabalho de categorização desenvolvido tendo por base a metodologia da análise de conteúdo.

Tabela 1- Categorização da análise de conteúdo

		Categoria	Subcategoria
		Metodologia de Cuidado Humanidade	Eixo I- Cuidadores e prestação de cuidados
Dinâmica Organizacional			
Cuidados e dificuldades associadas	Tipologia dos Cuidados		
	Motivo		
	Manifestações		
Benefícios da implementação da MCH	Pessoa Cuidada		
	Cuidador Formal		
	Sistema Organizacional		
Dificuldades da implementação da MCH	Fatores internos		
	Fatores externos		
Eixo II- Sistema organizacional	Motivação para a implementação da MCH	Gestão de Recursos Humanos	
		Gestão Organizacional	
	Benefícios da implementação da MCH	Pessoa Cuidada	
		Cuidador Formal	
		Sistema Organizacional	
	Dificuldades da implementação da MCH	Fatores Internos	
		Fatores Externos	
	Contributo económico	Custo Eficácia	

Elaboração da autora, 2020

4. Apresentação e análise dos resultados

Para além da análise de conteúdo também se recorreu à análise descritiva para a apresentação dos dados referentes a elementos de caracterização da amostra e de análise dos dados referentes à parte III do questionário, de modo a identificar os procedimentos cuidativos em Humanidade que se revelam mais desafiantes de executar.

A apresentação e análise dos dados reunidos por via da auscultação aos participantes incide sobre os elementos de caracterização da amostra, e sobre os elementos analíticos referentes às componentes estruturantes do questionário (cuidadores e prestação de cuidados;

sistema organizacional, e identificação/aplicabilidade dos procedimentos cuidados em humanidade), como de seguida se explica.

4.1. Caracterização da amostra

A caracterização da amostra foi efetuada reunindo um conjunto de informações de natureza sociodemográfica decorrente de indicadores como: sexo, habilitações literárias, profissão, anos de exercício de profissão e experiência no âmbito da implementação da MCH (Vd. tabela 2).

Deste modo e numa leitura transversal pode referir-se que a amostra incidiu em dois interlocutores do sexo feminino e um do sexo masculino. Em relação às habilitações literárias dois dos interlocutores possuem mestrado, nas áreas de Gestão de Saúde no caso do participante (I1), Cuidados Continuados e Paliativos no caso do interlocutor (I2) e um Doutoramento em Psicologia cognitiva, participante (I3).

Quanto à profissão e anos de exercício da mesma, um dos interlocutores (I1) desempenha a sua atividade profissional como enfermeiro há 13 anos, é formador, consultor de saúde e coordenador pedagógico do Instituto Gineste Marescotti Internacional. Por seu lado, outro dos interlocutores participante no estudo (I2) desempenha funções de enfermagem há 12 anos possuindo uma vasta experiência com pessoas idosas tornando-se recentemente formador Humanidade. O terceiro interlocutor auscultado (I3) é Assistente Social e formador Humanidade desempenha as suas funções há 16 anos, no entanto e no que diz respeito ao cuidado aos idosos desempenha esse papel há 25 anos.

No que diz respeito à experiência no âmbito da implementação da MCH, um interlocutor (I1) realizou a formação a mais de 50 instituições em diversas respostas, como Hospitais, Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas, Unidades de Cuidados Continuados, Centros de Dia, Serviços de Apoio Domiciliário, entre outros. Num total de mais de 500 cuidadores formais e informais nas mais diversas disciplinas como a gestão, medicina, enfermagem, fisioterapia, terapia ocupacional, psicomotricidade, psicologia, serviço social, educação social, entre outras. O segundo interlocutor (I2) tornou-se em 2019 formador no IGM-Portugal, no entanto acompanhou todo o processo de implementação desta metodologia de cuidados numa ERPI e na Unidade de Cuidados Continuados na qual desempenhava funções. O último interlocutor (I3) enquanto formador Humanidade esteve envolvido na implementação da MCH em 33 instituições, desde lares e Centros de Atividades Ocupacionais (CAO) de pessoas portadoras de

deficiência (dois em Portugal e um na Espanha), a um jardim de infância e a 29 ERPI's. Em 2011 o mesmo participante (I3) desempenhava funções de direção técnica na primeira ERPI a implementar a MCH em Portugal.

Tabela 2- Caracterização dos interlocutores

Interlocutor	Interlocutor 1	Interlocutor 2	Interlocutor 3
Indicador			
Sexo	Masculino	Feminino	Feminino
Habilitação Literárias/ área de estudo	Mestrado em Gestão de Saúde	Mestrado em Cuidados Continuados e Paliativos	Doutoramento em Psicologia cognitiva
Profissão e anos de exercício da mesma	Formador, consultor de saúde e coordenador pedagógico do IGM 13 anos	Enfermeira e formador Humanidade 12 anos	Assistente Social e formador Humanidade Formador MCH- 16 anos Assistente Social- 25 anos
Experiência na implementação da MCH	Formação em mais de 50 instituições nas mais diversas áreas desde Hospitais, Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas, Unidades de Cuidados Continuados, Centros de Dia, Serviços de Apoio Domiciliário. Formação a mais de 500 cuidadores formais e informais em diversas áreas: gestão, medicina, enfermagem, fisioterapia, terapia ocupacional, psicomotricidade, psicologia, serviço social, educação social, entre outras.	Formador em MCH desde 2019, no entanto o vem acompanhando a implementação da MCH na instituição onde prestada apoio.	Dinamização da MCH em 33 desde lares a jardins de infância. Funções de direção técnica na primeira instituição Humanidade em Portugal.

Elaboração da autora, 2020

4.2. Eixo 1- Cuidadores e prestação de cuidados

Elementos analíticos do Eixo 1: Cuidadores e prestação de cuidados

A partir da análise de conteúdo e das categorias do estudo, equacionando a par a teoria relativa ao contributo da MCH na prestação de cuidados, analisaram-se para efeitos da compreensão da perceção dos interlocutores face à implementação da MCH nas ERPI, elementos relacionados com a aplicabilidade da metodologia, os cuidados que se revelam mais difíceis de prestar, os motivos e manifestações dos diversos intervenientes face aos mesmos,

bem como com a compreensão dos benefícios e dificuldades face à implementação da MCH (Vd. apêndice III- tabela 3).

4.2.1. Aplicabilidade da MCH nas ERPI

Da aplicabilidade da MCH nas ERPI's e considerando a teoria advinda de diversos estudos (Figueiredo et al., 2018 e Simões et al., 2012) emergiram duas subcategorias: *Cuidado Direto à Pessoa Idosa*, como o auxílio nas atividades de vida diária, intervenção em saúde, promoção da autonomia potencializada através da fomentação dos pilares Humanidade como a verticalização, bem como a preparação e participação nas atividades. Ao nível da *Dinâmica Organizacional*, consideraram-se aspetos de organização e gestão dos cuidados e a mudança organizacional, promovida através da redefinição das estruturas considerando as regras de arte em Humanidade, lugar de vida, lugar de vontades, (Gineste & Pellissier, 2008; Salgueiro, 2014).

Subcategoria: Cuidados Diretos à Pessoa Idosa

Nesta subcategoria foram registadas três unidades de registo, designadamente, a aplicabilidade na intervenção em saúde e na promoção da autonomia da pessoa cuidada, a prestação de cuidados nas atividades de vida diárias e na preparação e participação nas atividades.

Deste modo e no que diz respeito à intervenção em saúde e promoção da autonomia os interlocutores salientam fundamentalmente os aspetos que se prendem com a intervenção em atos terapêuticos, como os relatos sugerem:

“Desde a administração terapêutica, um posicionamento, a uma consulta, toda a intervenção em saúde (no seu conceito holístico) tem por base a relação, por isso a Humanidade é aplicável, útil e eficaz em todo o tipo de cuidado a qualquer pessoa” (I1).

“se for possível verticalizar a pessoa durante o cuidado em que momento é possível fazê-lo e durante quanto tempo (...) pensar como se deslocam para o refeitório podendo ser um momento ideal para promover a verticalidade (...) como a comida pode ser empratada para facilitar a adesão à refeição e a estimulação do autocuidado, como os utentes são acompanhados na refeição(...)” (I2)

Para além da aplicabilidade na intervenção em saúde e na promoção da autonomia, o cuidado direto à pessoa idosa, reporta-se também toda a intervenção ao nível do auxílio na prestação das AVD, tal como sugere o seguinte discurso:

“os cuidados de higiene (pe. local onde é prestado o cuidado, quantos cuidadores são necessários (...)) como é feita a transferência do utente (...)” (I2)

No que concerne à preparação e participação nas atividades, um dos interlocutores (I2) enfatiza aplicabilidade na metodologia na preparação de sessões:

“Mas também a forma como são preparadas as sessões de animação sociocultural, como são planeadas as sessões de fisioterapia, psicologia, terapia da fala (...)” (I2)

Subcategoria: Dinâmica Organizacional

A MCH revela aplicabilidade em todos os setores, desde os cuidados de higiene até à gestão e organização dos cuidados, sendo registadas nesta subcategoria, duas unidades de sentido, sendo elas, a gestão e organização dos cuidados e a mudança organizacional.

Neste sentido e no que diz respeito à gestão e organização dos cuidados, os interlocutores referem aspetos que se prendem essencialmente com a organização dos cuidados, como mostram os relatos seguintes:

“Na vertente de gestão de cuidados através das ferramentas de supervisão de cuidados e prescrição de cuidados é possível conseguir-se um alinhamento da equipa em função dos objetivos de cuidado personalizados, promovendo uma verdadeira interdisciplinaridade, centrada na relação e na pessoa (...)” (I1)

“(...) organização dos cuidados (pe. adaptação de horários de higiene, horas de levantes e deitar, horas de refeições, ajuste de horas para atividades (...)) na globalidade todos os cuidados podem e devem ser prescritos tendo por base a MCH (...)” (I2)

Para além da aplicabilidade da MCH na gestão e na organização dos cuidados, esta metodologia traduz-se também numa mudança organizacional, promove uma reestruturação de práticas institucionais, como os vários interlocutores realçam:

“(...) a Humanidade promove a reflexão sobre os valores e a sua redefinição em função da promoção da qualidade de vida e bem-estar das pessoas cuidadas e cuidadores. Através do grupo de Líderes Humanidade, antigo grupo de apoio, é possível reorientar a visão da

estrutura, alinhar os valores praticados com os valores defendidos, monitorizar esse alinhamento através de indicadores específicos de performance, e a auditoria e certificação de boas práticas com base no referencial Humanidade.” (I1)

“A receção do utente e da família na instituição é planeada e organizada de acordo com os princípios da MCH (porque é um ótimo momento para conhecer mais sobre o utente, saber quais os seus hábitos, rotinas, gostos, particularidades) (...)” (I2)

“edificação de estruturas residenciais que, reconhecendo a identidade individual de cada pessoa idosa institucionalizada, promovam relações sociais com o exterior, baseado nos princípios: abertura ao exterior; lugar de vida, lugar de vontades (...)” (I3)

4.2.2. Cuidados e dificuldades associadas

Esta categoria traduz um elemento central de análise tendo em termos operativos enquadrado três subcategorias referentes à *Tipologia de cuidados* que se constituem como um maior desafio para os cuidadores, considerando o cuidado à pessoa idosa; o *Motivo* que está subjacente a essas dificuldades sob o ponto de vista da pessoa cuidada, do cuidador formal e do sistema organizacional e a forma como essas dificuldades se *Manifestam* na pessoa cuidada, nos cuidadores formais e no sistema organizacional.

Subcategoria: Tipologia de Cuidados

A prestação de cuidados, no domínio das atividades de vida diária, que se constitui mais desafiantes para os profissionais engloba principalmente o cuidado de higiene, a mobilização da pessoa e a alimentação, como referem os interlocutores:

“(...) cuidado de higiene (...) dificuldade em transferir (...) posicionamento e mobilização da pessoa...” (I1)

“(...) os cuidados de higiene constituem uma dificuldade (...) invariavelmente dificuldades na interação cuidador/pessoa cuidada” (I2)

“(...) a deambulação/imobilização, cuidados com a alimentação, higiene, comunicação dificuldades inerentes às alterações emocionais e outros procedimentos ligados às diversas patologias que os mesmos possam apresentar.” (I3)

Subcategoria: Motivo

Esta subcategoria foi detalhada em três unidades de registo – pessoa cuidada, cuidadores e direção técnica – que dão conta dos diferentes motivos que conduzem à dificuldade na prestação dos cuidados. Face à pessoa cuidada foram relatadas dificuldades que remetem para a falta de interesse das pessoas cuidadas e para o carácter das mesmas:

“Apatia e o desinteresse pelos cuidados e pela vida (...) a pessoa tem um caracter pouco flexível e não cooperante com os profissionais de saúde...” (I1)

Ao nível do cuidador formal, os motivos são de vária ordem, como: a escassez de recursos humanos, a desmotivação para a prestação de serviços de qualidade muito influenciada pela baixa remuneração, a falta de formação e/ou estratégias para lidar com pessoas com quadros demenciais associados, entre outros, tal como demonstra o discurso dos interlocutores:

“(...) escassez de recursos, que por ordem da grandeza identificada são: tempo, pessoal e equipamentos (...) desmotivação para a prestação de serviços de excelência por baixa remuneração (...) conflito com a equipa (...) descrédito da organização e/ou da sua liderança. (...) falta de formação (...) As oportunidades de melhoria são raramente identificadas (...)” (I1)

“(...) os cuidadores não tem as ferramentas necessárias para saber como comunicar com alguém que pode não lhes conseguir responder verbalmente (...) falta de formação e de estratégias que os cuidadores tem para lidar com pessoas com processos demenciais, pessoas agitadas, que se opõem ou recusam os cuidados (atividade associada cuidados de higiene)...” (I2)

“não temos tempo, somos poucos, os horários não nos permitem (...) apoio para a realização das AVD’s requer conhecimento, formação e competências comunicacionais para poderem ser prestados cuidados de qualidade e minimizar a sobrecarga física, psicológica e profissional daí decorrente (...) adesão à formação e ao reconhecimento disso é também muitas vezes uma dificuldade encontrada nas Instituições, no entanto o reconhecimento disso por parte dos cuidadores é que não precisam de formação(...) “já o fazem há tanto tempo e sempre souberam” (I3)

Face aos motivos que se prendem com a direção técnica, destaca-se principalmente a gestão de cuidados “distante”, ou seja, a inconsciência, ainda que involuntária das reais necessidades dos cuidados prestados:

“falta de acompanhamento da equipa técnica (I3)

“a falta de liderança ou gestão de cuidados distante e/ou burocratizada e incoerente com as reais necessidades dos serviços prestados (...) discussão maioritariamente centrada no problema e não na solução, levando à estagnação dos cuidados e ao compromisso da melhoria continua (...)” (I1)

Subcategoria: Manifestações

À semelhança da subcategoria anterior, esta subcategoria foi analisada com base nas mesmas unidades de registo, pessoa cuidada, cuidador formal e direção técnica.

No que reporta às manifestações da pessoa idosa, estas traduzem-se sobretudo em situações de agitação, na oposição, recusa e resistência aos cuidados, tal como mostram os interlocutores:

“Agitação física ou verbal, e a maioria dos cuidados prestados durante a formação são os cuidados de higiene (...) pessoas não colaboram durante a transferência, fazendo força contrária ou não fazendo força para sustentar o seu peso ou facilitar a transferência (...) Impossibilitando o posicionamento ou a mobilização da pessoa (...) pessoa que não participa nos cuidados e gradualmente perde capacidades e fica organicamente mais frágil...” (I1)

“(...) invariavelmente dificuldades na interação cuidador/pessoa cuidada (...) pessoas agitadas, que se opõem ou recusam os cuidados...” (I2)

“comportamentos de agitação e de recusa de cuidados” (I3)

Ao nível do cuidador formal, e considerando a forma como manifestam as dificuldades na prestação de cuidados, prendem-se essencialmente a aspetos relacionados com conflitos entre equipa, tal como mostra o discurso de um dos interlocutores:

“(...) conflitos dentro da equipa, em recusa de prestar cuidados com alguns elementos da equipa, e no limite leva ao absentismo e ao abandono do local de trabalho (rotatividade da equipa) (...)” (I1)

Por fim, a última unidade de registo desta subcategoria diz respeito às manifestações para a direção técnica. Aquando da existência de dificuldades, conflitos, a forma como estes se manifestam na direção técnica abrange um conjunto de situações, como queixas, rescisão do

contrato dos serviços prestados e descontentamento por parte da família, tal como mostra o seguinte relato:

“(...) conflito com a família, evitamento da família, ou queixas informais e formais sobre o serviço prestado, no limite pode levar à rescisão do contrato de cuidado (...)” (I1)

4.2.3. Benefícios da implementação da MCH

Para esta categoria consideraram-se todos os elementos institucionais, como a *Pessoa Cuidada*, tomando em consideração aspetos que melhoram o seu autocuidado, como por exemplo, a promoção da verticalidade; o *Cuidador Formal*, a este respeito consideraram-se aspetos como uma maior satisfação profissional, e os benefícios para o *Sistema Organizacional* elencando a forma como a MCH promove uma mudança na cultura dos cuidados e auxilia na diminuição do absentismo por parte dos cuidadores.

Subcategoria: Pessoa Cuidada

Nesta subcategoria foram consideradas quatro unidades de registo, desde a redução da agitação e aumento da aceitação do autocuidado, à promoção da autonomia e do autocuidado, passando pela diminuição de problemas de mobilidade e qualidade dos cuidados.

Deste modo e no que diz respeito à redução da agitação e aumento da aceitação do autocuidado, percebe-se que a implementação da MCH se reflete na redução da oposição aos cuidados, bem como na redução de comportamentos de agitação, como informam os interlocutores:

“(...) pessoas cuidadas aceitação os cuidados, redução da prevalência dos SCPD, (...) redução das contenções químicas e físicas...” (I1)

“Reduz comportamentos de agitação/oposição/recusa de cuidados (...) aumenta a comunicação /facilita a interação” (I2)

“(...) não há tanta recusa (...)” (I3)

Face à promoção da autonomia e do autocuidado, aspetos como a redução da dependência e o aumento da interação são alguns dos pontos positivos decorrentes da implementação da metodologia, como é possível verificar através dos relatos dos interlocutores:

“(...) Reduz degradação física e mental (...) reduz a dependência, aumenta autonomia e independência, aumenta o envolvimento nos cuidados, promove a verticalidade, reduz a necessidade de utilização de contenções físicas e químicas.” (I2);

“(...) aumento da satisfação, da qualidade de vida, da interação, da participação social (...)” (II)

Quanto à redução de problemas de mobilidade, os mesmos situam-se no domínio da redução das quedas:

“(...) redução de quedas (...)” (II)

Esta alteração na cultura dos cuidados reflete-se na qualidade dos mesmos, os quais passam a ser momentos prazerosos e assentes na relação entre cuidador e pessoa cuidada:

“(...) cuidados tornam-se momentos prazerosos, mais tempo para serem realizados, (sem foco nas tarefas e horários), sem pressão (...) maior negociação dos mesmos (...) a prescrição de cuidados em equipa (...) o foco não é a tarefa mas o objectivo a atingir e o que fazer e como fazer para lá chegar com a pessoa e sobretudo envolvê-la” (I3)

Subcategoria: Cuidador Formal

No que diz respeito aos benefícios da metodologia para os cuidadores foram identificadas duas unidades de registo, a satisfação pessoal e profissional, e a facilitação dos cuidados.

No que diz respeito à satisfação pessoal e profissional, verifica-se sobretudo uma maior motivação face as atividades e tarefas que estes realizam, tal como sugerem os seguintes relatos:

“maior satisfação dos profissionais” (I2)

“(...) motivação (...)” (II).

A satisfação profissional mencionada anteriormente é reflexo de uma mudança ocorrida após a implementação de novas práticas cuidativas que auxiliam o cuidado e facilitam a prestação do mesmo:

“(...) Maior consciencialização da prática individual (...) maior facilidade na prestação dos cuidados (...) maior facilidade na comunicação...” (I2)

“AAD perdem o medo de deixar as pessoas fazerem por si – auto-cuidado (...) As relações são facilitadas e a partilha entre cuidadores muitas vezes toma outro rumo... antes da implementação as quezílias sobre quem fez ou não fez deixa-os agarrados a conflitos, após a implementação a dinâmica da equipa passa para a partilha de conquistas, como definir objectivos capazes de serem atingidos, preocupação com o cuidado avaliativo” (I3)

Subcategoria: Sistema Organizacional

Os benefícios para o sistema organizacional foram analisados com base em duas unidades de registo, a mudança na cultura dos cuidados e a diminuição do absentismo.

Pressupõe-se que a implementação da MCH reformule as prática cuidativas, e que isso a longo prazo se traduza numa mudança na cultura dos cuidados, que na opinião dos interlocutores se reflete em aspetos como por exemplo, o envolvimento de toda a equipa no planeamento e prescrição dos cuidados de forma a construir um cuidado mais adequado e personalizado à pessoa cuidada, como mostram os relatos seguintes:

“(...) Maior intencionalidade na relação (...) prescrição dos cuidados envolvendo toda a equipa interdisciplinar...” (I2)

“As equipas reorganizam-se para não perder tanto tempo com actividades secundárias...” (...) maior preocupação com a preparação dos materiais para não haver interrupções” (I3)

A diminuição da desmotivação e das baixas por lesões são adicionais benefícios que a metodologia traz para a instituição, tal como se explica:

“Diminuição das baixas por lesões dorsolomabres ou similares, baixa da desmotivação” (I2)

4.2.4. Dificuldades da implementação da MCH

A última categoria deste eixo foi definida tomando como base também o trabalho de Figueiredo et. al., (2018), deste modo, as dificuldades inerentes à implementação da MCH, foram analisadas com base em *Fatores Internos* (que constituem um entrave à implementação da MCH, como a rotinização das práticas, resistência à mudança, falta de tempo, entre outros) e *Fatores Externos* (e.g., falta de formação da equipa, o pouco envolvimento das chefias).

Subcategoria: Fatores Internos

Esta subcategoria foi interpretada através de três unidades de registo sendo elas, o tempo para a apropriação das técnicas, a resistência e a insegurança face à mudança, e a gestão das emoções.

O tempo é o maior entrave para a apropriação das técnicas. A implementação da MCH requer tempo, reflexão e disponibilidade. Esta é uma das maiores dificuldades identificada pelos interlocutores:

“(...)apropriação do conhecimento, que acontecendo de uma forma concentrada, torna-se demasiada para que seja assimilada, consolidada e transferida para os cuidados de forma fluida (...) lentificação das práticas durante o período inicial, devido à aplicação de novas técnicas (...) não ter o apoio dos colegas de equipa, e não haver conformidade nas práticas, levando a uma sensação de insucesso e promovendo a desistência da mudança de práticas (...)” (I1)

“(...)acabam até por dizer que se identificam, mas vem mais uma vez a questão TEMPO que não têm para implementar e colocar nas práticas (...) para as AAD se apropriarem da metodologia precisam de ajuda ao longo do tempo para se apropriarem das técnicas” (I3)

Nesta linha de pensamento, para além da falta de tempo, outras das dificuldades identificadas prendem-se com a resistência e insegurança face à mudança, o foco no erro e a resistência à mudança:

“(...) insegurança sentida face à mudança de práticas e de rotinas, que apesar das dificuldades colocadas, são securizantes pela sua previsibilidade (...) A não valorização dos esforços e dos resultados obtidos, sempre em busca da melhoria, focando o erro e o insucesso de longo prazo em vez das conquistas a curto prazo...” (I1)

“(...) rotinização das práticas (...) resistência à mudança por parte dos colaboradores” (I2)

“sentirem-se sozinhos na prestação de cuidados” (I3)

A sobrecarga, os desgastes físicos e/ou psicológicos constituem a par, constrangimentos para a apropriação da metodologia, mostrando-se o controle deste aspeto essencial para o sucesso da metodologia:

“(...) particularmente neste tempo de pandemia é que os cuidadores formais que evidenciam maior cansaço físico e psicológico e maiores níveis de ansiedade tenderão a revelar maiores dificuldades na prestação de cuidados aos idosos institucionalizados, é por isso urgente ajudar e acompanhar a relembrar os princípios da humanidade e as regras de arte” (I3).

Subcategoria: Fatores Externos

Esta subcategoria é analisada a partir de três unidades de registo, a organização dos cuidados centrados na tarefa, a falta de formação da equipa multidisciplinar e o fraco envolvimento das chefias.

A dificuldade na gestão do tempo, aliada à falta de recursos humanos e à necessidade de realizar as tarefas de forma o mais rápido possível e eficazmente foram aspetos assumidos como constrangimentos. Deste modo a organização dos cuidados centrados na tarefa constitui um dos aspetos menos favoráveis à apropriação da metodologia:

“(...) cuidados centrados na tarefa (...) dificuldade na gestão do tempo e dos recursos humanos...” (I2)

A falta de formação da equipa multidisciplinar é identificada pelos interlocutores como uma dificuldade na implementação da MCH:

“(...) não existirem profissionais qualificados na área da saúde (...) O corpo de colaboradores que prestam cuidados diretos é constituído essencialmente por pessoas que frequentemente não tem qualquer tipo de formação em saúde. Se tivermos em conta que as nossas instituições cuidam de pessoas cada vez mais envelhecidas, com problemas agudos e crónicos de saúde, compreendemos a importância do envolvimento dos profissionais da área da saúde (pe. Médicos, enfermeiros...) neste processo. Porque este são elementos muito importante para a avaliação de cuidados e consequente prescrição dos mesmos (...)” (I2)

“A não presença da enfermagem é de facto uma das maiores dificuldades (...) subscrevo inteiramente a desproporção de enfermeiros face aos utentes (I3)

A implementação da metodologia abrange toda a instituição, pelo que o envolvimento das chefias torna-se essencial para a mudança das práticas cuidativas. O envolvimento e o

acompanhamento dos líderes formais no processo de mudança são indispensáveis, quando assim não acontece, existe uma dificuldade, tal como demonstram os discursos seguintes:

“(...) não tolerância desses atrasos por parte da organização (equipa e/ou liderança) (...) A não valorização da implementação por parte das partes interessadas, como a liderança, a direção, as famílias, os sócios e a comunidade.” (I1)

“(...) quando os líderes formais não estão envolvidos é extremamente difícil dar continuidade ao processo de implementação (...) resistência à mudança (...) dos decisores (diretores clínicos, diretores técnicos, provedores, chefes, responsáveis...).” (I2)

“Os Directores Técnicos sentem-se muitas vezes obrigados a seguir as directizes da Segurança Social que apresenta modelos de procedimentos focados apenas nas tarefas” (...) dicotomia valores defendidos - valores praticados.” (I3)

Em suma, para os interlocutores a MCH revela aplicabilidade em todo o contexto organizacional, desde a prática de cuidados de higiene até à promoção de uma reestruturação dos anteriores valores praticados.

Sob o ponto de vista das dificuldades na prestação de cuidados, os cuidados diretos à pessoa cuidada, como a transferência constituem uma dificuldade, os motivos e as manifestações para estas dificuldades, estão repartidos nos elementos constituintes da organização, na pessoa cuidada, na sua recusa e oposição ao cuidado, muito em consequência do seu desinteresse pelo mesmo. A nível dos cuidadores, são inúmeros os motivos que explicam por que razão determinado cuidado se constitui um desafio, como a falta de formação ou os conflitos entre equipa que se traduzem por vezes no abandono do local de trabalho. No que diz respeito à direção técnica, as dificuldades associadas à prestação de cuidados que podem comprometer a qualidade dos cuidados prestados, podendo repercutir-se na insatisfação das partes envolvidas (pessoa cuidada e respetiva família), podendo levar em situações mais extremas, a rescisão do contrato.

No que diz respeito aos benefícios da implementação da MCH e considerando a pessoa cuidada, os mesmos refletem-se por exemplo, numa maior aceitação dos cuidados, o que em consequência será também um benefício para os cuidadores, uma vez que lhes é facilitada a prestação de cuidados. Para o sistema organizacional tais benefícios podem repercutir-se numa diminuição das baixas por lesões.

Os constrangimentos para a implementação da metodologia dividem-se em vários aspetos como anteriormente referido, no entanto as maiores dificuldades resultam do tempo, da apropriação e consolidação das técnicas e da insegurança face às mesmas.

4.3. Eixo 2- Sistema organizacional

Elementos analíticos do Eixo 2: Sistema organizacional

O segundo eixo de análise está associado às motivações inerentes à implementação da MCH em ERPI, os benefícios e dificuldades face à implementação da MCH e ao contributo económico que resulta da implementação da metodologia (Vd. apêndice IV- tabela 4).

4.3.1. Motivação para a implementação da MCH

Esta primeira categoria procurou enquadrar os principais motivos que levam as instituições a procurar soluções que de alguma forma as auxiliem tanto na *Gestão dos Recursos Humanos* (procura de estratégias que promovam uma maior satisfação pessoal e profissional e melhorem a qualidade de vida dos seus cuidadores) como na *Gestão Organizacional* (e.g., serviços personalizados e de qualidade).

Subcategoria: Gestão de Recursos Humanos

Esta subcategoria abrangeu duas unidades de registo, a qualidade de vida dos cuidadores e a satisfação profissional.

A redução dos conflitos entre equipas e a diminuição das baixas por lesões musculoesqueléticas são alguns dos elementos que se traduzem na qualidade de vida dos cuidadores e que constituem uma motivação para a implementação da metodologia, tal como explicam os interlocutores:

“Redução das lesões ocupacionais (...) redução dos conflitos de equipa (...)” (I1)

“(...) diminuição do absentismo entre os colaboradores, diminuição das baixas por lesões musculoesqueléticas, também se verifica uma menor rotatividade dos profissionais (...)” (I2)

A satisfação dos cuidadores é também uma forte motivação para a apropriação da metodologia, tal como mostra o discurso dos interlocutores:

“aumentar a motivação da equipa e com isso reduzir absentismo e turnover (...) valorizar o trabalho dos cuidadores” (I3)

“(...) maior satisfação profissional (...)” (I2)

Subcategoria: Gestão organizacional

Esta subcategoria foi analisada com base em duas unidades de sentido, a qualidade dos cuidados prestados e a visibilidade institucional.

A alteração da qualidade dos cuidados assentes na personalização dos mesmos e a promoção do bem-estar da pessoa cuidada, são aspetos essenciais e suficientemente motivadores para a apropriação da metodologia para a instituição:

“(...) humanização, a personalização de cuidados e a promoção do bem-estar das pessoas cuidadas (...) procura da melhoria da qualidade dos serviços (...)” (I1)

“(...) o facto de se verificar precocemente uma melhoria na qualidade dos cuidados prestados também é motivador (...)” (I2)

“(...) a prestação de cuidados em qualidade (...) preocupação genuína em cuidar bem (mais do que só qualidade nos cuidados)” (I3)

As alterações na qualidade dos cuidados têm repercussões diretas e positivas na visibilidade institucional, podendo afirmar uma instituição de referência em cuidados de excelência, sendo este aspeto bastante motivador:

“(...) mudança na cultura organizacional, o que acaba por ser notado pelos profissionais, utentes e famílias (...) maior visibilidade institucional, passando a ser vista como unidades de referência na prestação de cuidados.” (I2)

“visibilidade (queremos ter o selo) (...) maior reconhecimento (...) ser uma referência nos cuidados” (I3)

4.3.2. Benefícios da implementação da MCH

Nesta categoria procede-se à sinalização das repercussões positivas da metodologia para a *Pessoa Cuidada* (e.g., envolvimento das suas famílias na sua vida em instituição), para o *Cuidador formal* (e.g., facilitação da prestação de cuidados) e para o *Sistema Organizacional* (e.g., visibilidade institucional, satisfação dos seus clientes).

Subcategoria: Pessoa Cuidada

Esta subcategoria foi analisada com base em duas unidades de registo, o envolvimento das famílias e o bem-estar da pessoa cuidada.

A presença das famílias revela-se importante tanto para a prescrição de um cuidado mais adaptado (uma vez que a família pode ser uma fonte de informação sobre a pessoa cuidada e fornecendo elementos para um cuidado mais personalizado), como para presenciar as atividades institucionais nas quais participam as pessoas cuidadas que lhes são próximas:

“maior envolvimento das famílias/cuidadores informais” (I2)

Os benefícios anteriormente explorados assentes na promoção da autonomia e redução da dependência refletem-se num bem-estar para a pessoa cuidada:

“Tudo isto se reflecte no bem-estar das pessoas cuidadas quer ao nível da sua saúde física quer psicológica” (I3)

Subcategoria: Cuidador Formal

Esta categoria foi explorada com base na análise de três unidades de registo, nomeadamente, a forma como a MCH facilita o relacionamento e a prestação de cuidados, a diminuição dos problemas físicos e do *burnout* e a satisfação pessoal e profissional.

A adoção de estratégias que permitam a aquisição de competências para auxiliar nas áreas com mais lacunas, como a comunicação com a pessoa cuidada, traduz um dos benefícios identificados:

“facilidade na comunicação” (I2)

“A possibilidade de se envolverem num programas de formação direcionado aos cuidadores de modo a adquirirem competências, nessas áreas com maior dificuldade, contribuindo desta forma para melhorar a qualidade dos cuidados, sendo formação-acção, traz o benefício de poderem ver in loco a indissociabilidade da teoria com a prática” (I3)

A redução do absentismo e das lesões ocupacionais traduzem também aspetos que melhoram aquando da implementação da metodologia, tal como se explica:

“redução do burnout, do absentismo, da rotatividade, das lesões ocupacionais, da qualidade de vida no trabalho(...)” (I1)

A facilidade na prestação dos cuidados conducente à redução do absentismo e à melhoria na qualidade de vida laboral resultam numa satisfação pessoal e profissional:

“promoção de estratégias de coping para os cuidadores que visam a diminuição dos níveis de cansaço psicológico e de maior motivação para o desempenho da actividade profissional” (I3).

Subcategoria: Sistema Organizacional

Para proceder à análise desta subcategoria foram considerados cinco indicadores, a mudança na cultura dos cuidados, docilidade ambiental, satisfação dos clientes, redução de custos económicos e reconhecimento institucional.

As alterações às rotinas, a redução da rotatividade dos profissionais e a alteração da cultura organizacional são alguns dos aspetos que os interlocutores consideraram:

“mudança das rotinas (...) redução de conflitos na equipa” (I1)

“melhor gestão dos tempos nos cuidados (..) redução da rotatividade dos profissionais”
(I2)

“a cultura organizacional seja transformada” (I3)

Com a implementação da MCH verifica-se um ambiente mais acolhedor e dócil, como se verifica através de um dos depoimentos:

“(...) redução do ruído (...)” (I1)

Todas as alterações na cultura e organização dos cuidados contribuem para uma satisfação dos clientes, e para numa maior valorização das práticas por parte das pessoas cuidadas e respetivas famílias:

“(...) valorização das práticas cuidativas pelas partes interessantes (...) organização dos cuidados em função das vontades das pessoas (...) melhoria da satisfação de cliente (...)” (I1)

Ao nível do sistema organizacional também se verificam ganhos económicos, como referem relatos de dois interlocutores:

“(...) redução dos custos económicos (...)” (I2)

“(...) redução dos custos dos cuidados (...)” (I1)

Inevitavelmente, em instituições Humanidade, devido ao reconhecimento da qualidade dos cuidados há um maior reconhecimento da instituição verificando-se uma maior procura daquela resposta e ganhos económico-financeiros, conforme os seguintes depoimentos:

“(...) aumento da procura (...) redução das queixas dos clientes e representantes legais, (...)” (I1)

“(...) aumento da qualidade dos cuidados (...) redução dos custos económicos para a instituição.” (...) maior reconhecimento da instituição como unidade de referência na prestação de cuidados (I2)

“há instituições que falam em ganhos económico-financeiros. Por isso já se está a fazer o trabalho do cálculo do impacto social (...) os stakeholders também identificados e envolvidos consequentemente uma cultura organizacional focada em responder aos princípios e valores da Humanidade” (I3)

4.3.3. Dificuldades da implementação da MCH

Esta terceira categoria permitiu analisar quais são os constrangimentos face à implementação da metodologia numa perspetiva holística, tendo sido reunidos os constrangimentos assentes em *Fatores internos* (e.g., resistência a identificar a necessidade de mudança) e em *Fatores externos* (e.g., organização de cuidados centrados na tarefa).

Subcategoria: Fatores Internos

Esta subcategoria foi analisada com base em três unidades de registo referentes à rotinização das práticas, resistência à mudança e défice de formação.

A rotinização das práticas e o hábito de realizar dos cuidados como sempre se realizaram constitui um dos maiores entraves à implementação da metodologia. Tendo sido identificada esta dificuldade por todos os interlocutores:

“(...) rotinização de práticas difíceis de mudar (...)” (I1)

“(...) rotinização das práticas (...)” (I2)

“(re)organização das rotinas” (I3)

Outro aspeto que se destaca como constrangimento na apropriação das técnicas é a resistência a adotar novos hábitos e novos procedimentos:

“(...) resistência à mudança (...)” (I1) (I2) (I3)

“resistência a identificar as dificuldades sentidas (“nós já fazemos isso tudo”) (I3)

A fraca formação ou a não apropriação das técnicas constitui também uma dificuldade:

“os cuidadores que receberam a formação não estarem a praticar o que aprenderam, sem necessariamente compreender o porquê, identificando os obstáculos à mudança, a sua remoção, ou a promoção de práticas de mudança em coerência coma formação...” (I1)

“resistência (...) à formação por parte dos cuidadores AAD” (I3)

Subcategoria: Fatores Externos

Esta subcategoria foi analisada com base em seis unidades de registo sendo elas: a organização de cuidados centrados na tarefa, a falta de recursos humanos, a falta de formação da equipa, as burocracias da segurança social, o fraco envolvimento do líder e fatores políticos.

O foco no problema e não na solução leva à estagnação, obstaculizando a melhoria e a apropriação das práticas cuidativas, já que os cuidados se centram somente na tarefa e não na relação:

“(...) Há uma grande inconsciência de gestão de cuidados e de organização de saúde (...) a discussão centra-se no problema e não na solução, levando à estagnação da melhoria continua e da implementação da Humanidade (...)” (I1)

Um dos problemas anteriormente identificados e que constituem um desafio à prestação de cuidados de qualidade é a falta de recursos humanos:

“(...) falta de recursos humanos (...) a rotatividade dos recursos humanos (...)” (I2)

A não diversidade e o défice de alguns profissionais qualificados na área da saúde (nomeadamente enfermeiros) constitui uma dificuldade dado que estes profissionais são essenciais na prescrição, avaliação e supervisão dos cuidados prestados, como referem os interlocutores:

“falta de apoio da saúde, falta de enfermeiros para acompanhar os cuidados” (I3)

“Outra dificuldade é o facto de muitas instituições não terem uma equipa de enfermagem presente que possa acompanhar o processo de implementação, como profissionais qualificados na área da saúde. O envolvimento dos enfermeiros na avaliação dos cuidados e prescrição dos cuidados é extremamente importante no processo de apropriação da MCH.” (I2)

As burocracias associadas aos cuidados e exigências da segurança social tiram o foco no que é realmente importante, os cuidados:

“minimizar a burocracia de registos, mas aumentar a sua efectividade... que o Serviço Social (muitas vezes é a direcção técnica) não tem competências na área da saúde, precisa de especialização...precisa de estar mais perto dos cuidados (...) muita exigência tarefaira da Segurança social, burocratizando tudo, mas sem preocupação com a relação” (I3)

Torna-se difícil implementar a metodologia quando não existe envolvimento por parte de toda a instituição, por isso é essencial a compreensão do significado atribuído a cuidados de qualidade, por parte dos líderes, para que a implementação da MCH seja facilitada:

“(...) a resistência por parte dos líderes informais (...)” (I2)

“Não entendimento dos seus superiores do que são cuidados em qualidade” (I3)

De salientar ainda e como um dos interlocutores informa, os cuidados são geridos por uma série de medidas políticas que nem sempre estão ajustadas à realidade, e pouco consideram a qualidade dos cuidados:

“medidas políticas que não favorecem as necessidades dos idosos, mas interesses económicos (aumentar o número de camas, desde que o quarto tenha as medidas certas (...)) preocupação económica e não preocupação com o bem-estar relacional das pessoas)” (I3)

4.3.4. Contributo económico

A última categoria de análise deste eixo diz respeito ao contributo económico, tendo a análise distinguido a valorização dos aspetos quantificáveis e igualmente de aspetos não quantificáveis, identificando uma relação de *Custo-eficácia*.

Subcategoria: Custo- eficácia

De forma a interpretar esta categoria, foram analisadas duas unidades de registo, o investimento quantificável e o investimento não quantificável, repercutindo-se num grande impacto social.

A redução em materiais de enfermagem e as reduções em material de incontinência constituem pequenos exemplos do contributo que esta metodologia traz para os cuidados e para as instituições:

“(...) redução dos materiais de pensos (...) a redução da prescrição e administração de contênzões químicas (...) Pelos estudos efetuados haverá um retorno de investimento social na casa dos 400% num cuidado com Humanidade. Ou seja, por cada 1€ gasto a prestar cuidados com a Humanidade a pessoa, os cuidadores, a organização, o estado e a comunidade “ganham” 400€.” (I1)

“Redução dos custos com material de incontinência” (...) redução dos custos com material de tratamento de úlceras por pressão...” (I2)

No entanto existem aspetos que não são contabilizados em termos financeiros, mas constituem ganhos não quantificáveis, os quais respeitam ao bem-estar, e a melhoria da qualidade de vida das pessoas cuidadas:

“(...) redução da agitação e ansiedade resultante da utilização das técnicas aprendidas no processo de implementação da MCH (...) “melhoria da qualidade do sono, resultante em parte da maior atividade diária do utente e da redução das interrupções do ciclo de sono” (I2)

Após a análise deste eixo pode-se concluir que as motivações para a adoção da MCH vão desde fatores relacionados com a qualidade de vida das equipas prestadoras de cuidados à visibilidade institucional alcançada através da melhoria continua na prestação de cuidados de qualidade.

No que concerne aos benefícios da MCH para o sistema organizacional, percebe-se que estes se dividem nos benefícios para a pessoa cuidada, que se refletem no bem-estar destas, nos benefícios para o cuidador formal no qual se verifica, por exemplo, a redução do absentismo e ao nível do sistema organizacional, esta metodologia reflete-se na mudança da cultura dos cuidados originando uma maior e melhor visibilidade institucional.

Face às dificuldades para a implementação da MCH, estas dividem-se em fatores internos, como a rotinização das práticas e resistência à mudança e fatores externos, que se dividem em vários aspetos, como a falta de recursos humanos, qualificados na área da saúde (enfermeiros) e a falta de formação da equipa técnica.

Ao nível do sistema organizacional registam-se, aquando da adoção da metodologia, ganhos económicos, sendo estes quantificáveis como a redução do custo com materiais necessários aos cuidados e ganhos não quantificáveis, como a redução da agitação e da ansiedade.

4.4. Identificação dos procedimentos Cuidativos em Humanidade que os profissionais têm mais dificuldades de aplicar na prática

De modo a analisar quais os procedimentos que traduzem maiores dificuldades para os cuidadores foi elaborada uma grelha de análise (Vd. apêndice V – tabela 5), na qual foi registada por referência a cada procedimento, o número de interlocutores que indicaram um determinado nível de dificuldade. Quanto à justificação da dificuldade atribuída a cada procedimento elaborou-se uma grelha (Vd. apêndice VI – tabela 6) para registo dos argumentos apresentados por parte dos interlocutores.

Destacando o último procedimento da fase **Pré-Preliminares** - “Usa a técnica do Toc-Toc” (procedimento 3), três procedimentos da etapa, **Rebouclage sensorial**- “Mantém o toque pacificante (amplo e suave)” (procedimento 19); “Pede à pessoa para iniciar os gestos Cuidativos” (procedimento 21); “Estimula de forma motora ou verbal a pessoa a iniciar os gestos Cuidativos”(procedimento 25) e um procedimento que integra a fase da **Consolidação emocional** - “Agradece os esforços da pessoa” (procedimento 31), os profissionais não foram

unânimos quanto à classificaçãõ atribuída, sendo esta distribuída entre a média e a elevada dificuldade de realizaçãõ, mas existiu um consenso face aos motivos associados à dificuldade de cada procedimento.

No que diz respeito ao procedimento “Usa a técnica do toc-toc” (procedimento 3) a complexidade está na apropriaçãõ da técnica como referem os interlocutores:

“Dificuldade na apropriaçãõ da técnica TOC-TOC” (I2)

“Bater à porta é relativamente simples, mas 3 vezes????” (I3)

Outro procedimento a merecer destaque pela sua dificuldade de realizaçãõ é o procedimento 19 - “Mantém o toque pacificante (amplo e suave)” - cuja não aplicaçãõ (e.g., uso de dedos em garra) torna o cuidado complexo:

“Muito difícil de interiorizar e profissionalizar o toque.” (I2)

Quanto aos restantes procedimentos a dificuldade está na não valorizaçãõ da estimulaçãõ das capacidades da pessoa cuidada, e no foco sobre a tarefa, tal como se explica:

“Desvalorizaçãõ da importância da promoçãõ das capacidades restantes (...) foco na tarefa (...)” (I1)

(I2) *“Estão focados na tarefa e tem as práticas demasiado rotinizadas.” (I2)*

Na **Rebouclage sensorial** - “Usa pregas profissionais (sem dedos em pinças e mãos em garra) (procedimento 18)   o procedimento avaliado por todos os especialistas na implementaçãõ da MCH, como “Elevada dificuldade”. Este é um gesto natural que pode ter repercussões negativas, segundo Simões (2013), já que se traduz num gesto com impacto negativo e que desperta sensa es negativas e punitivas.

“torna-se complexo de desabituar” (I1).

Este é um procedimento difícil de mudar, pois implica a consciencializaçãõ da forma como se toca na pessoa cuidada:

“Muito difícil de interiorizar e profissionalizar o toque (...)” (I2)

Em suma, percebemos que a apropriaçãõ das técnicas cuidativas em Humanidade exige tempo. Sob o ponto de vista dos interlocutores o principal motivo pelo qual os cuidados se revelam complexos prende-se essencialmente com o facto de que os cuidadores não encararem o momento da prestaçãõ de cuidados, como uma atividade na qual se experiência uma

relação/interação, vendo-a, ao invés, como uma atividade vocacionada para o cumprimento de uma tarefa.

5. Discussão dos resultados

Da análise dos resultados apurados pelo estudo empírico salienta-se que o mesmo beneficiou da auscultação a três participantes, maioritariamente do sexo feminino. No que diz respeito ao perfil destes participantes e concretamente no que se refere às habilitações literárias, predomina o grau académico de Mestre (dois interlocutores) obtidos nas áreas de Gestão de Saúde e Cuidados Continuados e Paliativos, sendo que um dos inquiridos possui Doutoramento em Psicologia Cognitiva. Relativamente à profissão e tempo de exercício da mesma, os profissionais inquiridos possuem em comum o facto de serem todos formadores da MCH e desempenharem as suas funções profissionais há mais de 12 anos, nas áreas da Enfermagem e Serviço Social. Como referido, a experiência na implementação da MCH é comum aos três auscultados, tendo sido todos responsáveis pela implementação da metodologia em instituições, designadamente em ERPI, na qual possuem uma vasta experiência.

No que concerne aos dados obtidos relativos aos cuidadores e prestação de cuidados, percebemos que a aplicabilidade da MCH é transversal a todo o contexto institucional, nomeadamente no cuidado direto à pessoa cuidada (e.g., cuidados de higiene, alimentação) verificando-se diminuição da agitação e da recusa dos cuidados (Delmas, 2013) e uma maior aceitação dos mesmos (Gineste & Pellisier, 2008; Melo et al., 2017a; Figueiredo et al., 2018). No domínio organizacional, também se verifica a aplicabilidade desta metodologia, por exemplo na organização e gestão dos cuidados, indo os resultados obtidos ao encontro do estudo de Costa, Galvão e Baptista (2014), o qual refere a exequibilidade da MCH na gestão dos cuidados de saúde e de Tavares (2019) ao enfatizar a mudança na cultura organizacional.

Considerando os dados relativos aos cuidados e dificuldades associadas podemos verificar que as AVD são as atividades que conferem mais dificuldades aos cuidadores, tal como defendem Pereira e Marques (2014), ao salientar que a prestação de cuidados como a mobilização, alimentação, higiene, comunicação, entre outros, são as atividades que para os cuidadores de idosos se revelam mais desafiantes de executar.

No que concerne aos motivos subjacentes a essas dificuldades destacam-se os associados à pessoa cuidada, de que é exemplo o desinteresse desta pelos cuidados e pela vida. Segundo Ballone (2002, cit in Martins, 2008) no caso da pessoa cuidada idosa, esta está sujeita a inúmeras perdas que despertam sentimentos de desânimo e tristeza que podem trazer

repercussões para os cuidados. Ao nível do cuidador, a fraca formação e a desmotivação são razões que conduzem ao desinteresse e desmotivação para a aquisição de ferramentas que auxiliem no dia a dia do cuidado. A falta de acompanhamento da direção técnica e dos profissionais de enfermagem acrescenta outro motivo importante que se pode associar as dificuldades na realização dos cuidados. Estas opiniões e visões dos interlocutores são demonstradas na teoria por vários estudos que observam, que fatores como a desmotivação, têm consequência direta na prestação de cuidados (Sousa, 2011), deste modo prevê-se que a direção técnica possa acompanhar as equipas de modo a perceber as necessidades dos cuidadores e a procurar soluções que possam de algum modo auxiliar a prestação e a incrementar a qualidade dos cuidados (Névoa, 2016).

As dificuldades associadas aos cuidados são manifestadas de formas diferentes pelos diversos intervenientes. Na pessoa idosa verificou-se a recusa e a agitação face aos cuidados, aspeto referido por Henriques et al., (2019) que também constata que as dificuldades associadas aos cuidados se prendem com as situações de agitação e de recusa aos cuidados. Nos cuidadores foi destacado por um interlocutor que as dificuldades associadas aos cuidados se manifestam em conflitos com a equipa, as quais por vezes podem levar ao absentismo e rotatividade da própria equipa. Aliado aos conflitos entre equipas, destaca-se o conflito com a família, sendo esta uma manifestação que traz consequências para a direção técnica.

Analisando os benefícios da MCH sob o ponto de vista dos cuidados percebemos que estes se refletem na pessoa cuidada, através da redução da agitação, na aceitação dos cuidados, na redução da degradação física e mental, na redução da dependência no autocuidado, no aumento da qualidade de vida, da interação e participação social. Estes são alguns dos exemplos dados pelos interlocutores e corroborados pela investigação de alguns autores, como Melo et al., (2017a), Melo et al., (2019) e Henriques et al., (2019), os quais comprovam que após a implementação da MCH se verifica a redução dos comportamentos de agitação e uma maior aceitação do cuidado. Ainda sob o ponto de vista dos benefícios da metodologia para a pessoa cuidada, Simões et., al (2012) informam que os ganhos obtidos pela MCH se têm traduzido na recuperação da qualidade de vida de doentes com grave situação de dependência (como é o caso de doentes acamados), com quadros demenciais e com patologias associadas, repercutindo-se no aumento da sua independência nos autocuidados (Figueiredo et al., 2018; Melo et al., 2019). As pessoas cuidadas usufruem agora de cuidados prazerosos, nos quais o foco deixa de ser a tarefa e passa a ser a pessoa e a relação, tal como sugerem Melo et al., (2019, p. 868) quando salientam que a MCH permite ir “promovendo na pessoa cuidada sentimento de respeito pela sua liberdade, dignidade e autonomia”.

Os benefícios da MCH extravasam toda a instituição, assim, para os cuidadores formais verificaram-se benefícios a vários níveis, como o aumento da satisfação profissional e uma maior consciência da prática individual, sendo estes resultados coincidentes com os estudos de Figueiredo et al., (2018) e Henriques et al., (2019), os quais referem que após a implementação da MCH os cuidadores formais manifestam uma maior consciência da prática dos cuidados, que se traduz numa maior satisfação profissional, e numa melhor gestão das emoções.

A nível dos benefícios para o sistema organizacional mais apontados pelos interlocutores destacam-se uma mudança na cultura dos cuidados e a diminuição das baixas por lesões dorso lombares. Estes dados foram também assinalados no estudo de Melo et al., (2019) no qual mostra que a nível do sistema organizacional e após a implementação da MCH se foi verificando uma mudança na cultura dos cuidados mais focada na pessoa e na humanização, tendo idênticos resultados sido obtidos pelos estudos de Simões et al., (2012) e Figueiredo et al., (2018), os quais informam que a diminuição das lesões músculo-esqueléticas reflete um benefício para os profissionais e simultaneamente para o sistema organizacional, designadamente porque provoca uma diminuição das baixas médicas por esses motivos.

As dificuldades identificadas pelos interlocutores face à implementação da MCH, foram analisadas sob a ótica de fatores internos tendo-se destacando no seio dos mesmos, o tempo como um fator condicionante à apropriação das práticas cuidativas em Humanidade, a resistência e a insegurança face a adoção de novos procedimentos. Esses dados mostram-se suportados, pelo estudo de Figueiredo et al., (2018) o qual analisou as dificuldades e benefícios da metodologia em contexto prático, tendo apurado que um forte entrave à implementação da MCH é a falta de tempo para a realização dos cuidados, a resistência, e insegurança por parte dos profissionais a adotar novas técnicas. No entanto, o estudo de Henriques (2017) veio comprovar que o tempo na prestação dos cuidados de higiene, após a implementação da MCH, reduziu devido à redução da recusa dos cuidados, maior envolvimento no cuidado, traduzindo-se em menor dependência no autocuidado ao longo do tempo.

Os interlocutores identificaram também dificuldades associadas a fatores externos para a adoção da MCH, destacando-se neste âmbito a falta de formação da equipa multidisciplinar e a organização dos cuidados centrados na tarefa como alguns dos maiores constrangimentos. Estes aspetos são também corroborados por Figueiredo et al., (2018) quando identificam a falta de formação e de trabalho interdisciplinar como condicionantes à aplicação da metodologia da Humanidade. Como estes autores reforçam, “falamos muito em interdisciplinaridade, mas estamos constantemente a isolarmo-nos e não trabalhamos em conjunto com os outros profissionais” (Figueiredo et al., 2018, p.57). Os cuidados centrados na tarefa são também

considerados elementos que dificultam a apropriação das práticas Humanidade, adiantando os mesmos autores que o foco na tarefa impede que se valorize a interação entre cuidador e pessoa cuidada.

No que toca aos dados obtidos relativos ao contributo da MCH para o sistema organizacional é perceptível que as motivações para a adoção da metodologia se centralizam no domínio dos recursos humanos, sendo realçados argumentos como a diminuição do absentismo entre os cuidadores, aspeto este também ressaltado por alguns estudos, como o de Simões et al., (2012) e de Figueiredo et al., (2018), os quais mostram que aquando a implementação da MCH se verifica uma diminuição da taxa de absentismo por parte dos colaboradores. Considera-se este aspeto motivador para a gestão de uma instituição visto que as elevadas baixas médicas comprometem a qualidade dos cuidados (Sousa, 2011). Sob o ponto de vista organizacional os formadores Humanidade, destacam também qualidade dos cuidados prestados e a mudança na cultura organizacional, a qual pode “pesar” na escolha da MCH para a instituição. Estas razões são corroboradas por alguns estudos que as identificam como benefícios comprovados da MCH após a sua implementação (Henriques et al., 2019; Figueiredo et al., 2018).

Analisando agora os benefícios da implementação da MCH sob o ponto das organizações foram salientados vários aspetos pelos interlocutores. Para a pessoa cuidada, potencia-se um maior envolvimento da família, benefício este que também o estudo de Figueiredo et al., (2018, p.60) deu a conhecer ao sublinhar que os “benefícios para as pessoas cuidadas se estenderem às suas famílias”.

Face ao cuidador formal, os benefícios destacados relacionam-se fundamentalmente com o sistema organizacional. Da análise realizada foi distinguida pelos interlocutores a possibilidade oriunda da MCH para a aquisição de novas competências associadas à comunicação, bem como oportunidades para desenhar estratégias capazes de diminuir os níveis de cansaço por parte dos profissionais. Simões et al., (2011) são também da opinião de que a implementação da MCH facilita a comunicação com a pessoa cuidada, e com isso denota-se uma maior facilidade na prestação de cuidados, surtindo também desta abordagem consequências diretas em termos da satisfação profissional (Simões et al., 2012, 2018; Figueiredo et al., 2018; Melo et al., 2019).

Os benefícios para o sistema organizacional mereceram neste eixo de análise, mais destaque. Segundo os interlocutores os ganhos para o sistema organizacional com a implementação da MCH são múltiplos, destacando-se a mudança na cultura dos cuidados como benefício alargado a todo o contexto institucional (Simões et al., 2012; Figueiredo et al., 2018;

Henriques et al., 2019; Melo et al., 2019). A mudança na cultura dos cuidados representa também um aumento na qualidade dos cuidados, aspeto este que foi referido por um dos interlocutores e apoiado também pelo estudo de Melo et al., (2017a).

Ainda ao nível do sistema organizacional salientou-se que a MCH possibilita um maior reconhecimento da instituição, tal como outros estudos também reportaram (e.g., Figueiredo et al., 2018). De igual modo a redução dos custos económicos que resultam da implementação da MCH traduziu um apuramento do nosso estudo indo ao encontro da investigação que vem sendo desenvolvida sobre esta matéria (Figueiredo et al., 2018).

No domínio das dificuldades que se colocam à adoção da MCH e da apropriação de novos procedimentos verificaram-se sob o ponto de vista dos interlocutores constrangimentos classificados como fatores internos, destacando-se a rotinização das práticas, a resistência à mudança e o défice de formação, resultados estes também revelados em outros estudos (Figueiredo et al., 2018).

Por seu lado, no campo dos fatores externos que limitam a adoção da metodologia, realça-se a falta de recursos humanos, a focalização no problema e o fraco envolvimento das lideranças, argumentos estes igualmente identificados pela investigação, como dificuldades externas ou organizacionais (Figueiredo et al., 2018).

Acerca do contributo económico potenciado pela MCH o estudo revela vantagens ao nível da redução de materiais de enfermagem e da necessidade de medicamentos. Tal como a investigação vem demonstrado a MCH enquadra-se no âmbito das abordagens não farmacológicas existindo evidências de que as suas práticas conduzem à redução da agitação e consequentemente à redução de psicofármacos (Araújo, Oliveira & Alves, 2012). Além dos ganhos quantificáveis, os interlocutores abordam ganhos não quantificáveis como a melhoria da qualidade do sono e da qualidade de vida da pessoa cuidada (e.g., Simões et al., 2011, 2012; Melo et al., 2017a; Henriques et al., 2019).

No que diz respeito à identificação dos procedimentos Cuidativos em Humanidade que os profissionais têm mais dificuldade em realizar, verificou-se que os procedimentos integrados na *Rebouclage* sensorial são os que mais se destacam nessa classificação. O procedimento integrado na *Rebouclage* sensorial, nomeadamente o procedimento “Mantém o toque pacificante (amplo e suave)” é aquele que se distingue como tendo elevada dificuldade de realização. Refira-se que estes resultados não se mostram coincidentes com os que foram apurados pelo estudo de Henriques e da sua equipa (2019), no qual ficou demonstrado que a maior dificuldade dos profissionais se encontra nos procedimentos integrantes da fase da Consolidação emocional.

Conclusão

A investigação encetada assumiu a seguinte questão de partida: “De que forma a MCH facilita a prestação de cuidados em ERPI e qual o contributo para o sistema organizacional?” e procurou face à escassez de estudos existentes incrementar o conhecimento acerca desta metodologia, revelando alguns dos contributos da mesma para o cuidado a pessoas idosas, encarando, a par, esta metodologia como abrangente a todos os profissionais inseridos em instituição.

Com efeito, o envelhecimento traduz um fenómeno que carece de maior atenção nas sociedades desenvolvidas já que a sua expressão tende a prevalecer relativamente a outros grupos populacionais, mas sobretudo uma das preocupações centrais reside no facto de que frequentemente o envelhecimento é acompanhado por dependência.

No presente as pessoas idosas estão cada vez mais dependentes e a necessitar do apoio para usufruir de cuidados. Ainda que a família permaneça no cerne do cuidado, o que é um facto, resultado de todo um conjunto de mudanças estruturais que vêm acontecendo ao longo dos tempos, a sua resposta mostra-se limitada sobretudo perante idosos em situação de dependência, pelo que as mesmas têm de recorrer às instituições.

As ERPI apresentam-se como uma resposta de apoio no cuidado a pessoas mais velhas que possuem múltiplas patologias, enfrentando deste modo um desafio acrescido a vários níveis. São inúmeros os desafios colocados às direções técnicas, tornando-se necessária a adoção de um modelo de gestão técnica que assegure o envolvimento de toda a equipa técnica na procura de respostas adequadas às necessidades e potencialidades dos seus clientes, que ambicionam não só uma resposta social, mas também uma resposta de qualidade nos serviços usufruídos. As equipas prestadoras de cuidados são elementos fulcrais no cuidado que se exige personalizado e respeitador de um conjunto de valores, como a capacidade de tomada de decisão, o respeito pela intimidade e privacidade e a promoção do autocuidado. No entanto, face às características das pessoas institucionalizadas aliando aspetos como a desmotivação profissional conduzem estes profissionais a sentimentos de desânimo e absentismo o que compromete a sua principal tarefa, o cuidado. Cuidar é mais do que dar alimentação ou fazer uma higiene, é um compromisso de respeito pela autonomia e pela pessoa. A Metodologia de Cuidado Humanidade é uma metodologia assente na filosofia da Humanidade que faz com que nos sintamos pertencentes à espécie humana (Gineste & Pellissier, 2008). Como o estudo

evidenciou, a MCH previne a agitação da pessoa cuidada e promove a aceitação do cuidado, refletindo-se em ganhos para as equipas prestadoras de cuidados, a nível da redução do *stress*, absentismo, facilitando às direções técnicas a tarefa da gestão e organização dos seus recursos humanos (Figueiredo et al., 2018).

A MCH constitui uma abordagem teórica e prática que pretende minimizar dificuldades associadas à provisão dos cuidados mais diretos como o auxílio prestado nas AVD, dificuldades essas que decorrem muito do desinteresse da pessoa idosa pelo cuidado, mas também da escassez de recursos humanos ou da falta de formação e/ou acompanhamento da equipa técnica, contribuindo frequentemente para o desgaste e conflito entre intervenientes, como o nosso estudo revelou. Podemos também concluir que a aplicabilidade da MCH está diretamente relacionada com os benefícios para a prestação de cuidados, uma vez que esta metodologia auxilia a prestação dos mesmos, tal como informa Delmas (2013), que dá como exemplos os cuidados de higiene como uma atividade onde a MCH revela benefícios para os cuidadores, uma vez que a pessoa cuidada apresenta menor agitação e aceita melhor o cuidado. Deste modo percebemos que os benefícios para a prestação de cuidados são os fatores motivacionais primordiais alocados ao sistema organizacional e que suportam a adoção da MCH pela instituição. Os aspetos erguidos como dificuldades à implementação da metodologia são transversais aos dois eixos de análise (cuidadores/prestação de cuidados e sistema organizacional) e encontram-se interligados, uma vez que é identificado pelos formadores que o tempo para a apropriação das técnicas é um dos fatores dificultadores para a implementação da metodologia, tal como outros estudos também demonstraram (e.g., Figueiredo et al., 2018).

De um modo geral conclui-se e em sintonia com a literatura, que o sistema organizacional é o alicerce necessário para uma mudança na cultura dos cuidados, que se espera que seja o mais digna e humanizada possível. A humanização dos cuidados é a principal meta, para a qual se caminha a passos largos, mas sobre a qual ainda se tem muito que refletir e redefinir para que as práticas sejam ajustadas às necessidades e potencialidades das pessoas cuidadas. Percebemos que a MCH permite a operacionalização da humanização dos cuidados, e aplica-se a todo o contexto institucional, necessitando de uma consciencialização de todos os envolvidos no processo de mudança. Com o desenvolvimento deste estudo percebemos que os profissionais reconhecem os aspetos que conferem dificuldades à sua atividade diária, como a falta de formação ou a resistência à mudança, no entanto constatamos também que para existir mudança é necessária a cooperação de toda a equipa e o apoio e envolvimento das chefias, elementos estes que se mostram recorrentes na literatura (Melo et al., 2019).

Ainda que o estudo se tenha mostrado profícuo importa realçar algumas condicionantes

que envolveram a sua realização, ou seja, inicialmente estava delineada a recolha de dados junto da equipa e direção técnica de uma ERPI com certificação em Humanidade, no entanto face ao eclodir da pandemia do Covid-19 que impossibilitou um contato mais aprofundado com instituições optou-se pela auscultação a formadores em MCH (e em ERPI), por via de um inquérito por questionário (maioritariamente incluindo perguntas de resposta aberta), tendo sido a aplicabilidade da MCH apreendida pela perceção destes profissionais e não de forma direta, e.g., junto dos cuidadores e diretores técnicos.

A finalizar e para investigações futuras sugere-se uma maior aposta em estudos que permitam avaliar o impacto social da MCH no campo das instituições do terceiro sector, designadamente em ERPI, estudos estes que nos parecem adquirir a maior oportunidade face ao momento presente em que a questão da humanização dos cuidados aos idosos se coloca com um desafio transversal.

Bibliografia

- Alzheimer's Association (2019). Viagem ao cérebro. Acedido em: https://www.alz.org/brain_portuguese/10.asp
- Amado, J. (2000). A Técnica de Análise de Conteúdo. *Referência*. 5: 53-63.
- Amado, J., Costa, A., & Crusoé, N. (2014). A Técnica de Análise de Conteúdo. In J. Amado (Ed.), *Manual de Investigação Qualitativa em Educação* (pp. 301–350). Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.
- Amat, F. (2007). Dirección, Gestión Y organización de centros de mayores. In M. García. (Ed.), *Trabajo Social en Gerontología* (pp. 331-358). Madrid: Editorial Síntesis.
- Araújo, J., Alves, R., & Oliveira, O. (2012). Impacto da Metodologia de Cuidados Humanidade na redução da agitação e consumo de psicotrópicos nas pessoas idosas internadas. In *Livro de resumos: Congresso Internacional de Saúde do IP Leiria* (p. 135). Instituto Politécnico de Leiria (IPL).
- Araújo, I., Jesus, R., Araújo, N., & Ribeiro, O. (2017). Perceção do apoio familiar do idoso institucionalizado com dependência funcional. *Enfermería Universitaria*. 14(2), 97-103.
- Baltes, P., & Smith, J. (2003). New frontiers in the future of aging: From successful aging of the young old to the dilemmas of the fourth age. *Gerontology*, 49, 123–135.
- Barbosa, A., Cruz, J., Figueiredo, D., Marques, A., & Sousa, L. (2011). Cuidar de idosos com demência em instituições: competências, dificuldades e necessidades percebidas pelos cuidadores formais. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 12(1), 119–129.
- Bardin, L. (1977). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Bardin, L. (2016). *Análise de Conteúdo*. São Paulo: Almedina Brasil.
- Barr, O. (1997). Interdisciplinary Teamwork: Consideration of the challenge. *British Journal of Nursing*, 6(17), 1004-1009.
- Born, T. (2006, novembro). *A formação de cuidadores: acompanhamento e avaliação*. Paper presented Seminário Velhice Fragilizada. Avenida Paulista.

- Cancela, D. (2007). O processo de envelhecimento- O portal dos psicólogos. Trabalho realizado no Complemento da Licenciatura, Universidade Lusíada do Porto.
- Carrilho, M., & Gonçalves, C. (2007). Envelhecimento crescente mas especialmente desigual. In INE (Ed.), *Revista de Estudos Demográficos* (pp.21-37). Lisboa: INE
- Carvalho, M. (2009). A política de cuidados domiciliários em instituições de solidariedade social: risco ou protecção efectiva?, *Locus Soci@l* 1(2), 67-80.
- Carvalho, P. & Dias, O. (2011). Adaptação dos Idosos Institucionalizados. *Millenium*, 40, 161-184.
- Cavaleiro, A., Queirós, P., Azeredo, Z., Apóstolo, J., & Cardoso, D. (2013). Perturbações afectivo-emocionais no contexto de cuidados em cuidados continuados. *Journal of Aging & Innovation*, 2(1), 4-17.
- Chiavenato, I. (2010). *Gestão de pessoas: o novo papel dos recursos humanos nas organizações* (3ª edição). Rio de Janeiro: Elsevier.
- Colliere, F. (1999). Promover a vida- da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem. Lisboa
- Costa, O., Galvão, A., & Baptista, G., (2014). Humanidade: Empreender qualidade em saúde. In C. Moura, M. J. Monteiro, & V. Rodrigues, *Novos olhares na saúde*, 322-334. Chaves, Portugal: Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro.
- Coutinho, C. (2011). *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: teoria e prática*. Coimbra: Almedina.
- Dantas, C., Bello, F., Barreto, K., & Lima, L. (2013). Capacidade funcional de idosos com doenças crónicas residentes em Instituições de Longa Permanência. *Rev Bras Enferm*, 66(6), 914-920.
- Delmas, C. (2013). *Are difficulties in caring for patients with Alzheimer's disease becoming an opportunity to prescribe well-being with the Gineste-Marescotti® care methodology?* IPRIM Institut pour la recherche et l'information sur la méthodologie de soin Gineste-Marescotti®.
- Despacho Normativo n.º12/98 de 25 de Fevereiro. Diário da República nº 47/ 1998, I Série B. Ministério do Trabalho e Solidariedade. Lisboa
- Decreto-Lei n.º 101/2006 de 6 de junho. Diário da República nº 109/2006, I Série A. Ministério da saúde. Lisboa.

- Eurofamcare. (2006). *Services for Supporting Family Carers of Elderly People in Europe: Characteristics, Coverage and Usage*. University Hospital Hamburg-Eppendorf, Institute for Medical Sociology.
- Eurostat. (2019). *Estrutura populacional e envelhecimento*. Acedido em: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Population_structure_and_ageing#The_share_of_elderly_people_continues_to_increase
- Faria, C. & Carmo, M. (2015). Transição e (In)Adaptação ao Lar de Idoso: Um Estudo Qualitativo. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 31(4), 435-442.
- Fernandes, A. (1997). *Velhice e Sociedade*. Celta Editora: Oeiras.
- Fernandes, A. (2001). Reforma, Velhice e Cidadania: Dúvidas e certezas de um contrato social. *Cadernos de política social*, 2(3), p 9-28.
- Fernandes, A. (2007). Determinantes da mortalidade e da longevidade: Portugal numa perspectiva europeia (UE15, 1991-2001). *Análise Social*, XLII (183), 419-443.
- Figueiredo, A., Melo, R., & Ribeiro, O. (2018). Metodologia de Cuidado Humanidade: dificuldades e benefícios da sua implementação na prática. *Revista de Enfermagem Referência*. IV (17), 1-10.
- Firmino, H., Nogueira, V., Neves, S., & Lagarto, L. (2014). Psicopatologia das pessoas mais velhas. In T. Veríssimo (Eds.), *Geriatria Fundamental: Saber e prática* (pp. 143-157). Lisboa: LIDEL.
- Fonseca, A. (2006). *O envelhecimento: uma abordagem psicológica*. Lisboa: Universidade Católica Editora.
- Fortin, M. (1999). *O processo de investigação: Da concepção à realização*. Loures: Lusociência.
- Freixo, M. (2009). *Metodologia Científica*. Lisboa: Instituto Piaget.
- García, M., & Jiménez, J. (2007). Trabajo Social Gerontológico. Aportaciones del Trabajo Social a la Gerontología. In M.M. García (Ed.), *Trabajo Social en Gerontologia* (pp.41-72). Madrid: Síntesis

- GEP (2001). *Carta Social- Redes de Serviços e Equipamentos. Relatório de 2000*. Gabinete de Estratégia e Planeamento. Lisboa: GEP/MSSS.
- GEP (2011). *Carta Social- Redes de Serviços e Equipamentos. Relatório de 2011*. Gabinete de Estratégia e Planeamento. Lisboa: GEP/MSSS.
- GEP (2017a). *Relatório de Portugal*. Gabinete de Estratégia e Planeamento. Lisboa: GEP/MTSS.
- GEP (2017b). *Carta Social- Redes de Serviços e Equipamentos. Relatório de 2017*. Gabinete de Estratégia e Planeamento. Lisboa: GEP/MSSS.
- GEP (2019). *Carta Social- Redes de Serviços e Equipamentos. Relatório de 2018*. Gabinete de Estratégia e Planeamento. Lisboa: GEP/MSSS.
- Gil, A. (2008). *Métodos e Técnicas de Pesquisa Social* (6ª Ed.). São Paulo: Editora
- Gineste, Y., & Pellissier, J. (2008). *Humanidade Cuidar e Compreender a Velhice*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Goldani, A. M. (2004). Contributos intergeracionais e reconstrução do Estado de Bem Estar. Porque se deve repensar essa relação para o Brasil? In A. A. Camarano (Ed.), *Os novos idosos brasileiros. Muito além dos 60?* (pp. 211-250). Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Económica Aplicada (IPEA).
- Gomes, M. & Mata, A. (2012). A família provedora de cuidados ao idoso dependente. In F. Pereira (Ed.), *Teoria e prática da gerontologia, Um guia para cuidadores de idosos* (pp. 163-188). Viseu: PsicoSoma.
- Gomes, S. (2012). *Interdisciplinaridade e relações interprofissionais*. (Dissertação de Mestrado). Universidade Católica Portuguesa.
- Grupo de Coordenação do Plano de Auditoria Social (2005). *Manual de Boas Práticas- Um guia para o acolhimento residencial das pessoas mais velhas*. Lisboa: ISS.
- Guerra, I. (2006). *Pesquisa Qualitativa e análise de Conteúdo: sentidos e formas de uso* (2nd ed.). Estoril: Principia.
- Henriques, L. (2017). *Implementação da Metodologia de Cuidado Humanidade numa Unidade de Cuidados Continuados: Contributo para os profissionais e pessoas cuidadas*. (Mestrado em Cuidados Continuados e Paliativos). Universidade de Coimbra

- Henriques, L., Dourado, M., Melo, R., & Tanaka, L. (2019). Implementação da Metodologia de Cuidado Humanidade: contribuição para a qualidade da assistência à saúde. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 27 (e3123). 1-10.
- Hill, M., & Hill, A. (1998). *A construção de um questionário*: Documento de trabalho. Lisboa: DINÂMIA - Centro de Estudos sobre a Mudança Socioeconómica
- Honda, M., Ito, M., Ishikawa, S., Takebayashi, Y. & Tierney, L. (2016). Reduction of behavioral psychological symptoms of dementia by multimodal comprehensive care for vulnerable geriatric patients in an acute care hospital: A case series. *Hindawi Publishing Corporation*. doi: 10.1155/2016/4813196.
- Honoré, B. (2004). *Cuidar – Persistir em conjunto na existência*. Lusociência. Loures
- IGM Portugal. (s/d). *A Metodologia Gineste-Marescotti: cuidar em Humanidade*. Acedido em 10 de abril de 2019 em : <http://www.humanidade.pt/?tag=igm-portugal>
- IGM Portugal. (s/d). *Cuidados Humanizados: Sistema de Formação e Gestão da Qualidade de Serviços para Respostas Sociais e de Saúde*. Acedido em: <http://www.humanidade.pt/>
- Imaginário, C. (2004). *O idoso dependente em contexto familiar: Uma análise da visão da família e do cuidador principal*. Coimbra: Formassau.
- Instituto Nacional de Estatística (2017) - Destaque, Informação à Comunicação Social, Projeções de População Residente 2015-2080. Consultado em 25 de março de 20 20. Acedido em: [file:///D:/carolina/Downloads/29ProjPop2015-2080_PT%20\(3\).pdf](file:///D:/carolina/Downloads/29ProjPop2015-2080_PT%20(3).pdf)
- Instituto Nacional de Estatística (2015) – Destaque, Informação à Comunicação Social, Dia Mundial da População – 10 de julho de 2015. Acedido em: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=224679354&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt
- Instituto Nacional de Estatística (2020) - Tábuas de Mortalidade para Portugal (2017 – 2019). Lisboa: INE.
- Instituto para a Qualidade na Formação. (2005). *O Sector dos Serviços de Proximidade: serviços de acção social*. Lisboa: Instituto para a Qualidade na Formação.
- Jacob, L. (2007). *Animação de idosos: atividades* (4.ªed.). Porto: Ambar.
- Jacob, L. (2012). Respostas sociais para idosos em Portugal. In F. Pereira (coords.), *Teoria e prática da Gerontologia: Um guia para cuidadores de idosos* (129-147). Viseu: Psicossoma.

- José, J., & Wall, K. (2006). Trabalhar e Cuidar de um Idoso Dependente: Problemas e Soluções. *Actas Dos Ateliers Do Vº Congresso Português de Sociologia*, 65–72.
- Kirk, J. & Miller, L. (1986). *Reliability and validity in qualitative research*. Beverly.
- Kuske, B., Luck, T., Hanns, S., Matschinger, H., Angermeyer, M. C., Behrens, J., & Riedel-Heller, S. G. (2009). Training in dementia care: A cluster-randomized controlled trial of a training program for nursing home staff in Germany. *International Psychogeriatrics*, 21(2), 295–308.
- Lage, M. (2007). *Avaliação dos cuidados informais aos idosos: estudo do impacto do cuidado no cuidador informal* (Tese de Doutoramento). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar- Universidade do Porto.
- Lima, P. (2010). *Envelhecimento(s), Estado da Arte*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.
- Lino, V. (2011). Rastreamento de Problemas de Saúde e Instrumentos usados na Avaliação Geriátrica e Gerontológica. In E.Freitas & L. Py (Eds.), *Tratado de Geriatria e Gerontologia* (pp. 1418-1435). Rio de Janeiro: Guanabara.
- Luz, H. (2014). O Terceiro Setor na política de cuidados aos idosos em Portugal: Tendências e desafios. In H, Luz., & I. Miguel. (coords.), *Gerontologia Social: Perspetivas de análise e intervenção* (pp. 21-38). Coimbra: Centro de Investigação em Inovação Social e Organizacional (CIS) do Instituto Superior Bissaya Barreto (ISBB).
- Luz, H. (2017, setembro). *Problemas sociais complexos - wicked problems - e intermediação das organizações de economia social: Estratégias adaptativas no campo do envelhecimento ativo (EA)*. Paper presented XVII Congresso AHILA, Valência.
- Luz, H. (2019). The framework of organizational capacity to deal with complex problems: Challenges for social workers involved in care services. *Proceedings of the VIII International Conference of Sociology and Social Work*, 298-316. ISBN: 978-989-99775-6-3 298-316.
- Marconi, M. A., & Lakatos, E. M. (2003). *Fundamentos de metodologia científica* (5th ed.). São Paulo: Editora Atlas.
- Martins, R. (2008). A depressão no idoso. *Millenium - Revista do ISPV*, 34. Acedido em: <http://www.ipv.pt/millenium/millenium34/>

- Melo, R. (2017). *Higiene e Conforto: Da tarefa ao cuidar com Humanidade*. Série Monográfica Educação e Investigação em Saúde. Coimbra, Portugal: Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E) / Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC).
- Melo, R., Soares, I., Manso, M., Gaspar, V. & Melo, A. (2017a). Redução da agitação nas pessoas idosas com demência durante os cuidados de higiene: Contributo da Metodologia de Cuidar Humanidade. *Millenium*, 2(ed espec nº2), 57-63.
- Melo, R., Queirós, P., Tanaka, L., Salgueiro, N., Alves, R., Araújo, J., & Rodrigues, M. (2017b). Estado da arte da implementação da metodologia de cuidado Humanidade em Portugal. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(13), 53-62.
- Melo, R., Costa, P., Henriques, L., Tanaka, L., Queirós, P., & Araújo, J. (2019). Humanidade na humanização da assistência a idosos: relato da experiência em um serviço de saúde. *Rev Bras Enferm* 72(3):865-869.
- Moraes, E., Moraes, F., & Lima, S. (2010). Características biológicas e psicológicas do envelhecimento. *Ver Med Minas Gerais*, 20 (1), 67-73.
- Nações Unidas (s/d). Envelhecimento. Acedido em: <https://unric.org/pt/envelhecimento/>
- Netto, M. (2011). O estudo da velhice: Histórico, Definição do Campo e Termos Básicos. In E. Freitas & L. Py (Coords), *Tratado de Geriatria e Gerontologia* (3ªed) (pp. 62-75). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Névoa, M. (2016). O papel do diretor técnico numa ERPI. In C.Moura (Ed.), *Novas competências para novas exigências no cuidar*. (pp.181-216). Porto: Euedito.
- Névoa, M. (2018). *A ação da Direção técnica das estruturas residenciais para pessoas idosas: um estudo de caso no concelho de Viana do Castelo* (Dissertação de Mestrado em Gestão das Organizações, Ramo de Gestão de Empresas). Instituto Politécnico de Viana do Castelo.
- Ordem dos Enfermeiros Sul (2013, 11 de setembro). O Enfermeiro nas Estruturas Residenciais de Idosos. Acedido em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/sul/noticias/conteudos/o-enfermeiro-nas-estruturas-residenciais-de-idosos/>
- Organização Mundial de Saúde. (2017, 12 December). *Mental health of older adults*. Acedido em: <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults>

- Pereira, S., & Marques, E. (2014). Dificuldades dos cuidadores formais de idosos institucionalizados. *Internacional Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(2), 133-140.
- Phaneuf, M. (2010). *O envelhecimento perturbado: A doença de Alzheimer*, 2.^aed. Loures, Portugal: Lusodidacta.
- Pimentel, L., & Albuquerque, C. (2010). Solidariedades Familiares e o Apoio a Idosos. Limites e Implicações. *Textos & Contextos*, 9(2), 251 – 263.
- Polaro, S., Gonçalves, L., Nassar, S., Lopes, M., Ferreira, V., & Monteiro, H. (2013). Dinâmica da família no contexto dos cuidados a adultos na quarta idade. *Rev Bras Enferm*, 66(2), 228-233.
- Pombo, O. (2004). *Interdisciplinaridade: Ambições e Limites*. Lisboa: Relógio D'Água.
- Pordata (2019), Base de dados de Portugal Contemporâneo (online). Disponível em: <https://www.pordata.pt>
- Portaria n.º 67/2012 de 21 de março. *Diário da República n.º 58/2012 – I Série A*. Ministério do Trabalho e da Segurança Social. Lisboa.
- Portugal, A. (2011). *Questões Éticas e Jurídicas na Institucionalização de Idosos: Um Estudo na Santa Casa da Misericórdia* (Curso de Mestrado em Bioética). Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.
- Ribeiro, M., Ferreira, R., Ferreira, E., Magalhães, C., & Moreira, A. (2008). Perfil dos cuidadores de idosos nas instituições de longa permanência de Belo Horizonte. MG. *Ciencia e Saude Coletiva*, 13(4), 1285–1292.
- Ribeiro, O., & Pinto, C. (2014). Caracterização da pessoa dependente no autocuidado: um estudo de base populacional num concelho do norte de Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 32(1), 27-36.
- Ribeirinho, C. (2013). Serviço Social Gerontológico: Contextos e Práticas Profissionais. In M. Carvalho (coords.), *Serviço Social no Envelhecimento* (pp. 177-200). Lisboa: Pactor.
- Ribeirinho, C. (2016). Gestão das Emoções e Afetos no Cuidar: A supervisão emocional das equipas de cuidados. In C. Moura. *Novas competências para novas exigências no cuidar* (pp.219-234). Porto: Euedito.
- Rodrigues, R., Loureiro, L., Crespo, S., & Silva, C. (2014). *Os muito idosos: Avaliação da Funcionalidade na área de saúde mental*. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (12), 25–33. Acedido em: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,cookie,shib,uid&d>

[b=edssci&AN=edssci.S1647.21602014000300004&lang=pt-pt&site=eds-live&scope=site](https://edssci.com/AN=edssci.S1647.21602014000300004&lang=pt-pt&site=eds-live&scope=site)

- Rolland, Y., Pillard, F., Klapouszczak, A., Reynish, E., Thomas, D., Andrieu, S., Rivière, D., & Vellas, B. (2007). Exercise program for nursing home residents with Alzheimer's disease: A 1-year randomized, controlled trial. *Journal of the American Geriatrics Society*, 55(2), 158–165.
- Salgueiro, N. (2014). *Humanidade: um imperativo do nosso tempo: introdução à metodologia de cuidado Gineste-Marescotti*. Coimbra, Portugal: IGM Portugal-Humanidade.
- Santana, I. & Duro, D. (2014). Envelhecimento cerebral e demência. In T. Veríssimo (Eds.), *Geriatría Fundamental: Saber e prática* (pp. 178-157). Lisboa, Portugal: LIDEL.
- Santana, I., Farinha, F., Freitas, S., Rodrigues, V., & Carvalho, A. (2015). Epidemiologia da Demência e da Doença de Alzheimer em Portugal: Estimativas da Prevalência e dos Encargos Financeiros com a Medicação. *Acta Medica Portuguesa*, 28(2), 182-188.
- Schneider, R., & Irigaray, T. (2008). O envelhecimento na atualidade: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. *Estudos de Psicologia*, 25(4), 585-593.
- Serra, A. (2006). Que significa envelhecer?. In H. Firmino (ed.), *Psicogeriatría* (pp. 21-33). Coimbra: Psiquiatría Clínica.
- Simões, M., Rodrigues, M., & Salgueiro, N. (2011). Importância e aplicabilidade aos cuidados de enfermagem do método de cuidados de humanidade Gineste-Marescotti. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(4), 69-79.
- Simões, M., Salgueiro, N., & Rodrigues, M. (2012). Cuidar em Humanidade : estudo aplicado aos cuidados continuados. *Revista de Enfermagem Referência*, 6, 81-93.
- Simões, M. (2013). *Cuidar em Humanidade Método de Gineste e Marescotti Aplicado a Pessoas Internadas em Cuidados Continuados* (Tese de Doutoramento em Enfermagem). Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde.
- Sobreiro, V. (2009). *Sou tudo e não sou nada: as funções de director técnico nos organismos de apoio social a crianças e idosos no concelho de Caldas da Rainha* (Dissertação de Mestrado em Política Social). Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas, Lisboa.
- Sousa, L., Figueiredo, D., & Cerqueira, M. (2006). *Envelhecer em família* (2.ªEd). Porto: Ambar.
- Stone, R. (2007). Introduction: the role of training and education in solving the direct care workforce crisis. *Gerontology & Geriatrics Education*, pp. 5-16.
- Schutt, K. (1999). *Investigating the social world: The process and practice of Research*. (2ª Ed). Thousand Oaks: Pine Forge Press.

- Sousa, M. (2011). *Formação para a Prestação de Cuidados a Pessoas Idosas*. Cascais: Principia.
- Tavares, C. (2019). *Processo de mudança numa Estrutura Residencial para Idosos: Implementação da Metodologia Cuidado Humanidade* (Dissertação de Mestrado em Enfermagem). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Vala, J. (1990). A Análise de Conteúdo. In A. Silva., & J. Pinto (orgs.), *Metodologia das Ciências Sociais* (pp. 101-128). Porto: Edições Afrontamento.

Apêndices

Apêndice I- Explicação do estudo e consentimento informado

Estudo: Implementação da Metodologia de Cuidado Humanidade em ERPI: Contributo para o sistema organizacional

Enquadramento do estudo e pedido de consentimento

Carolina Nogueira Fonseca, Gerontóloga Social, é mestranda em Serviço Social na Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra (n.º 2018248177) e está a desenvolver um estudo sobre o contributo da MCH para o sistema organizacional, o qual é orientado pela Prof. Doutora Helena Reis Amaro da Luz e pela Prof. Doutora Rosa Cândida de Carvalho Pereira de Melo.

Para a realização deste estudo, elaborou-se um questionário, no qual se pretende averiguar a perceção dos interlocutores face à implementação da MCH em ERPI, relacionada com a influência da mesma para os cuidadores e para as organizações, de modo a compreender de que forma a MCH, influi na prestação de cuidados em ERPI e sistema organizacional.

Os dados fornecidos e incluídos no questionário serão trabalhados sob o anonimato e confidencialidade e destinam-se somente à investigação em curso ou a adicional produção científica resultante da mesma. Neste âmbito solicita-se a sua colaboração para a realização deste estudo, através da resposta ao questionário seguinte.

Eu, _____ aceito participar voluntariamente no referido estudo e dou o meu consentimento, nos termos acima referidos.

Apêndice II- Questionário

Implementação da Metodologia de Cuidado Humanidade (MCH) em ERPI: Contributo para o sistema organizacional

Contextualização

Carolina Fonseca, Gerontóloga Social, mestranda em Serviço Social na Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra está a desenvolver um estudo sobre o contributo da MCH para o sistema organizacional.

Para a realização deste estudo, elaborou-se um questionário, no qual se pretende averiguar a **perceção dos interlocutores face à implementação da MCH em ERPI, sob o ponto de vista dos cuidados e das organizações**, de modo a compreender de que forma a MCH, facilita a prestação de cuidados em ERPI e o contributo da mesma para o sistema organizacional.

Instruções gerais:

O questionário é composto por três partes:

A **primeira parte** é composta por questões de caracterização dos interlocutores, na qual é solicitado que se assinale com um **O** (círculo) a resposta que se adequa à situação (questões 1,2,3,4) nas questões 2, 3 e 4, é solicitado também uma resposta breve e na questão 5 de resposta extensa (aberta), na qual se pretende que o inquirido refira a sua experiência na implementação da MCH.

Na **segunda parte** do questionário, solicita-se ao inquirido, que responda às questões apresentadas de forma o mais completa possível.

Na **terceira parte** do instrumento, solicita-se que na 2º coluna possa responder consoante o grau de dificuldade dos profissionais face aos procedimentos da SEPCH. Num intervalo de 1 a 3, no qual o 1 corresponde a “Baixa dificuldade”, o 2 a “Média dificuldade” e o 3 “Elevada dificuldade”. Na 3º coluna é pedido que possa responder o motivo pelo qual confere aquele procedimento, baixa, média ou elevada dificuldade de execução.

Após o preenchimento do questionário, o mesmo deve ser reencaminhado via e-mail para carolina_19fonseca@hotmail.com. O preenchimento de todos os itens de forma o mais completa possível é essencial para compreender os aspetos em estudo.

Os dados fornecidos são confidenciais e destinam-se somente para a investigação em curso.

Grata pela colaboração

Carolina Nogueira Fonseca

Questionário- Parte I – Caracterização dos interlocutores

1. Género
 - a) Feminino
 - b) Masculino

2. Habilitações literárias
 - a) Licenciatura
 - b) Pós-Graduação
 - c) Mestrado/ área _____
 - d) Doutoramento/área _____

3. Profissão _____

4. Anos de exercício da profissão _____

5. Qual é a sua experiência associada à implementação da MCH?

Questionário parte II- Percepção dos interlocutores face à implementação da MCH, sob o ponto de vista dos cuidadores e das organizações

Eixo I- Cuidadores e prestação de cuidados

1. **Quais considera serem as atividades existentes nas instituições e que envolvem o cuidado/apoio à pessoa idosa, onde a MCH revela aplicabilidade?** Considerando o **Cuidado** (Ex: mobilização/posicionamentos/verticalização, banho/ cuidado de higiene e conforto, alimentação... e a **Dinâmica organizacional** (Ex: receção/acolhimento das pessoas idosas, envolvimento, esclarecimento de dúvidas, prestação de informações...)

Procedimentos Cuidativos Humanidade	Nível de dificuldade dos cuidadores face a cada procedimento (1: Baixa dificuldade; 2: Média dificuldade; 3: Elevada dificuldade)	Motivos associados à dificuldade
1. Prepara o material para evitar a interrupção da relação		
2. Bate à porta aberta ou fechada, em quarto individual ou partilhado		
3. Usa a técnica do Toc-Toc		
4. Espera pela resposta		
5. Se não há resposta (expressa ou subentendida), entra no quarto calmamente e bate na barra da cama ou na cadeira.		
6. Aborda a pessoa de frente		
7. Ajusta o olhar, ao mesmo nível, de forma progressiva (olhar axial, horizontal, longo e progressivo)		
8. Introduce a palavra em 3 segundos		
9. Trata a pessoa pelo nome pelo qual se reconhece		
10. Apresenta-se à pessoa cuidada (ex: eu sou...)		
11. Explica à pessoa o motivo do encontro (ex: está ali para estar com ela, ajudar,...)		
12. Entra no espaço íntimo da pessoa (20 a 30 cm)		
13. Oferece a mão ou inicia o toque numa zona neutra do corpo (mão, ombro, braço)		
14. Usa um tom de voz calmo e suave		
15. Oferece um ato gratuito (ex: elogia...)		
16. Espera pelo consentimento relacional, aceitação verbal ou não verbal (ex: olhar, sorriso...)		
17. Depois de obter o consentimento, fala sobre o cuidado		

18. Usa pregas profissionais (sem dedos em pinça, nem em garra)		
19. Mantém o toque pacificante (amplo e suave)		
20. Usa um tom de voz calmo e suave durante a prestação de cuidados		
21. Pede à pessoa para iniciar os gestos cuidativos		
22. Anuncia cada gesto cuidativo		
23. Utiliza um discurso descritivo (descreve os gestos cuidativos)		
24. Reforça positivamente os esforços de autocuidado (ex: muito bem!)		
25. Estimula de forma motora ou verbal a pessoa a iniciar os gestos cuidativos		
26. Está atento às respostas emocionais (ex: tensão muscular, olhar...)		
27. Olha com frequência de frente nos olhos da pessoa		
28. Promove a verticalidade, se possível. (ex: sentar-se na cama, por de pé, dar uns passos)		
29. Ajuda a cuidar da aparência pessoal tendo em conta os gostos da pessoa (ex: vestuário, adornos...)		
30. Valoriza o encontro com a pessoa		
31. Agradece os esforços da pessoa		
32. Reforça positivamente os benefícios do cuidado		
33. Combina um novo encontro (ex: venho ter consigo à hora do almoço...)		
34. Despede-se com amabilidade		

Adaptação da Sequência Estruturada dos Procedimentos Cuidativos Humanidade (SEPCH) (Simões, Salgueiro & Rodrigues, 2012)

Apêndice III

Tabela 3 - Análise de conteúdo – Eixo 1: Cuidadores e prestação de cuidados

Categoria	Sub categoria	Unidade de registo	Unidade de contexto
Aplicabilidade da MCH em contexto ERPI	Cuidados diretos à pessoa idosa	Intervenção em saúde e promoção da autonomia	<p><i>“Desde a administração terapêutica, um posicionamento, a uma consulta, toda a intervenção em saúde (no seu conceito holístico) tem por base a relação, por isso a Humanidade é aplicável, útil e eficaz em todo o tipo de cuidado a qualquer pessoa” (I1).</i></p> <p><i>“se for possível verticalizar a pessoa durante o cuidado em que momento é possível fazê-lo e durante quanto tempo (...) pensar como se deslocam para o refeitório podendo ser um momento ideal para promover a verticalidade (...) como a comida pode ser empratada para facilitar a adesão à refeição e a estimulação do autocuidado, como os utentes são acompanhados na refeição...” (I2).</i></p> <p><i>“(...) esforço de promoção da autonomia proposto pela Humanidade é outro sinal forte da sua aplicabilidade (...) participação da pessoa idosa nos cuidados, entendendo essa participação como um ato terapêutico em si mesmo.” (I3).</i></p>
		Atividades de Vida Diária (AVD's)	<i>“os cuidados de higiene (pe. local onde é prestado o cuidado, quantos cuidadores são necessários...” (...) como é feita a transferência do utente...” (I2)</i>
		Preparação e participação nas atividades	<i>“Mas também a forma como são preparadas as sessões de animação sociocultural, como são planeadas as sessões de fisioterapia, psicologia, terapia da fala(...)” (I2)</i>
	Dinâmica Organizacional	Gestão e organização dos cuidados	<i>“Na vertente de gestão de cuidados através das ferramentas de supervisão de cuidados e prescrição de cuidados é possível conseguir-se um alinhamento da equipa em função dos objetivos de cuidado personalizados, promovendo uma verdadeira interdisciplinaridade, centrada na relação e na pessoa (...)” (I1)</i>

			<p><i>“(...) organização dos cuidados (pe. adaptação de horários de higiene, horas de levantes e deitar, horas de refeições, ajuste de horas para atividades(...))” (... na globalidade todos os cuidados podem e devem ser prescritos tendo por base a MCH(...))” (I2)</i></p>
		Mudança Organizacional	<p><i>“(...) a Humanidade promove a reflexão sobre os valores e a sua redefinição em função da promoção da qualidade de vida e bem-estar das pessoas cuidadas e cuidadores. Através do grupo de Líderes Humanidade, antigo grupo de apoio, é possível reorientar a visão da estrutura, alinhar os valores praticados com os valores defendidos, monitorizar esse alinhamento através de indicadores específicos de performance, e a auditoria e certificação de boas práticas com base no referencial Humanidade.” (I1)</i></p> <p><i>“A receção do utente e da família na instituição é planeada e organizada de acordo com os princípios da MCH (porque é um ótimo momento para conhecer mais sobre o utente, saber quais os seus hábitos, rotinas, gostos, particularidades) (...))” (I2)</i></p> <p><i>“edificação de estruturas residenciais que, reconhecendo a identidade individual de cada pessoa idosa institucionalizada, promovam relações sociais com o exterior, baseado nos princípios: abertura ao exterior; lugar de vida, lugar de vontades(...))” (I3)</i></p>
Dificuldades da prestação de cuidados	Tipologia dos cuidados	Atividades de vida diária	<p><i>“(...) cuidado de higiene (...) dificuldade em transferir (...) posicionamento e mobilização da pessoa...” (I1)</i></p> <p><i>“(...) os cuidados de higiene constituem uma dificuldade (...) invariavelmente dificuldades na interação cuidador/pessoa cuidada (I2)</i></p> <p><i>“(...) a deambulação/imobilização, cuidados com a alimentação, higiene, comunicação dificuldades inerentes às alterações emocionais e outros procedimentos ligados às diversas patologias que os mesmos possam apresentar.” (I3)</i></p>
	Motivos	Pessoa cuidada	<p><i>“(...) Apatia e o desinteresse pelos cuidados e pela vida (...) a pessoa tem um carácter pouco flexível e não cooperante com os profissionais de saúde(...))” (I1)</i></p>

		Cuidador formal	<p><i>“...escassez de recursos, que por ordem da grandeza identificada são: tempo, pessoal, e equipamentos (...) desmotivação para a prestação de serviços de excelência por baixa remuneração (...) conflito com a equipa (...) descrédito da organização e/ou da sua liderança. (...) falta de formação (...) As oportunidades de melhoria são raramente identificadas...” (I1)</i></p> <p><i>“(...)os cuidadores não tem as ferramentas necessárias para saber como comunicar com alguém que pode não lhes conseguir responder verbalmente (...) falta de formação e de estratégias que os cuidadores tem para lidar com pessoas com processos demenciais, pessoas agitadas, que se opõem ou recusam os cuidados (atividade associada cuidados de higiene)(...)” (I2)</i></p> <p><i>“não temos tempo, somos poucos, os horários não nos permitem (...) apoio para a realização das AVD’s requer conhecimento, formação e competências comunicacionais para poderem ser prestados cuidados de qualidade e minimizar a sobrecarga física, psicológica e profissional daí decorrente (...)adesão à formação e ao reconhecimento disso é também muitas vezes uma dificuldade encontrada nas Instituições, no entanto o reconhecimento disso por parte dos cuidadores é que não precisam de formação(...) “já o fazem há tanto tempo e sempre souberam” (I3)</i></p>
		Sistema organizacional	<p><i>“falta de acompanhamento da equipa técnica (I3)</i></p> <p><i>“a falta de liderança ou gestão de cuidados distante e/ou burocratizada e incoerente com as reais necessidades dos serviços prestados (...) discussão maioritariamente centrada no problema e não na solução, levando à estagnação dos cuidados e ao compromisso da melhoria continua (...)” (I1)</i></p>
	Manifestações	Pessoa cuidada	<p><i>“Agitação física ou verbal, e a maioria dos cuidados prestados durante a formação são os cuidados de higiene (...) pessoas não colaboram durante a transferência, fazendo força contrária ou não fazendo força para sustar o seu peso ou facilitar a transferência (...) Impossibilitando o posicionamento ou a mobilização da pessoa (...) pessoa que não participa nos cuidados e gradualmente perde capacidades e fica organicamente mais frágil...”(I1)</i></p> <p><i>“(...)invariavelmente dificuldades na interação cuidador/pessoa cuidada (...) pessoas agitadas, que se opõem ou recusam os cuidados (...)”(I2)</i></p>

			<i>“comportamentos de agitação e de recusa de cuidados” (I3)</i>
		Cuidador formal	<i>“(…) conflitos dentro da equipa, em recusa de prestar cuidados com alguns elementos da equipa, e no limite leva ao absentismo e ao abandono do local de trabalho (rotatividade da equipa) (…)” (II)</i>
		Sistema organizacional	<i>“(…) conflito com a família, evitamento da família, ou queixas informais e formais sobre o serviço prestado, no limite pode levar à rescisão do contrato de cuidado (…)” (II)</i>
Benefícios da Implementação da MCH	Pessoa Cuidada	Redução da agitação e aumento da aceitação do autocuidado	<i>“(…) pessoas cuidadas aceitação os cuidados, redução da prevalência dos SCPD, (...) redução das contenções químicas e físicas (…)” (II)</i> <i>“Reduz comportamentos de agitação/oposição/recusa de cuidados (...) aumenta a comunicação /facilita a interação (I2)</i> <i>“(…) não há tanta recusa (…)” (I3)</i>
		Promoção da autonomia e do autocuidado	<i>“(…) Reduz degradação física e mental (...) reduz a dependência, aumenta autonomia e independência, aumenta o envolvimento nos cuidados, promove a verticalidade, reduz a necessidade de utilização de contenções físicas e químicas.” (I2)</i> <i>“(…) aumento da satisfação, da qualidade de vida, da interação, da participação social, (…)” (II)</i>
		Diminuição de problemas de mobilidade	<i>“(…) redução de quedas (…)” (II)</i>

		Qualidade dos cuidados	<i>“(…)cuidados tornam-se momentos prazerosos, mais tempo para serem realizados, (sem foco nas tarefas e horários), sem pressão (….) maior negociação dos mesmos (….) a prescrição de cuidados em equipa (….) o foco não é a tarefa mas o objectivo a atingir e o que fazer e como fazer para lá chegar com a pessoa e sobretudo envolvê-la” (I3)</i>
	Cuidador Formal	Satisfação pessoal e profissional	<i>“maior satisfação dos profissionais” (I2)</i> <i>“(…) motivação (….)” (I1).</i>
		Facilita o relacionamento e a prestação de cuidados	<i>“...Maior consciencialização da prática individual (….) maior facilidade na prestação dos cuidados (….) maior facilidade na comunicação (I2)</i> <i>“AAD perdem o medo de deixar as pessoas fazerem por si – auto-cuidado (….) As relações são facilitadas e a partilha entre cuidadores muitas vezes toma outro rumo... antes da implementação as quezílias sobre quem fez ou não fez deixa-os agarrados a conflitos, após a implementação a dinâmica da equipa passa para a partilha de conquistas, como definir objectivos capazes de serem atingidos, preocupação com o cuidado avaliativo” (I3)</i>
	Sistema Organizacional	Mudança na cultura dos cuidados	<i>“(…) Maior intencionalidade na relação (….) prescrição dos cuidados envolvendo toda a equipa interdisciplinar (….)” (I2)</i> <i>“As equipas reorganizam-se para não perder tanto tempo com actividades secundárias (….) maior preocupação com a preparação dos materiais para não haver interrupções” (I3)</i>
		Diminuição do absentismo	<i>“Diminuição das baixas por lesões dorsolombares ou similares, baixa desmotivação” (I2)</i>
Dificuldades da implementação da MCH em ERPI	Fatores Internos	Tempo para a apropriação das técnicas	<i>“(…) apropriação do conhecimento, que acontecendo de uma forma concentrada, torna-se demasiada para que seja assimilada, consolidada e transferida para os cuidados de forma fluida (….) lentificação das práticas durante o período inicial, devido à aplicação de novas técnicas (….) não ter o apoio dos colegas de equipa, e não haver conformidade nas práticas,</i>

			<p><i>levando a uma sensação de insucesso e promovendo a desistência da mudança de práticas...” (I1)</i></p> <p><i>“...acabam até por dizer que se identificam, mas vem mais uma vez a questão TEMPO que não têm para implementar e colocar na práticas (...) para as AAD se apropriarem da metodologia precisam de ajuda ao longo do tempo para se apropriarem das técnicas” (I3)</i></p>
		Resistência insegurança face à mudança	<p><i>“(...) insegurança sentida face à mudança de práticas e de rotinas, que apesar das dificuldades colocadas, são securizantes pela sua previsibilidade (...) A não valorização dos esforços e dos resultados obtidos, sempre em busca da melhoria, focando o erro e o insucesso de longo prazo em vez das conquistas a curto prazo (...)” (I1)</i></p> <p><i>“(...) rotinização das práticas (...) resistência à mudança por parte dos colaboradores (I2)</i></p> <p><i>“sentirem-se sozinhos na prestação de cuidados” (I3)</i></p>
		Gestão das emoções	<p><i>“(...), particularmente neste tempo de pandemia é que os cuidadores formais que evidenciarem maior cansaço físico e psicológico e maiores níveis de ansiedade tenderão a revelar maiores dificuldades na prestação de cuidados aos idosos institucionalizados, é por isso urgente ajudar e acompanhar a relembrar os princípios da humanidade e as regras de arte” (I3).</i></p>
	Fatores Externos	Organização dos cuidados centrados na tarefa	<p><i>“(...) cuidados centrados na tarefa (...) dificuldade na gestão do tempo e dos recursos humanos (...)” (I2)</i></p> <p><i>“(...) não tolerância desses atrasos por parte da organização (equipa e/ou liderança) (...) A não valorização da implementação por parte das partes interessadas, como a liderança, a direção, as famílias, os sócios e a comunidade.” (I1)</i></p>
		Falta de formação da equipa multidisciplinar	<p><i>“(...) não existem profissionais qualificados na área da saúde (...) O corpo de colaboradores que prestam cuidados diretos é constituído essencialmente por pessoas que frequentemente não tem qualquer tipo de formação em saúde. Se tivermos em conta que as nossas instituições cuidam de pessoas cada vez mais envelhecidas, com problemas agudos e crónicos de saúde, compreendemos a importância do envolvimento dos profissionais da área da saúde (pe.</i></p>

			<p><i>Médicos, enfermeiros...)</i> neste processo. Porque este são elementos muito importante para a avaliação de cuidados e consequente prescrição dos mesmos...” (I2)</p> <p><i>“A não presença da enfermagem é de facto uma das maiores dificuldades (...) subscrevo inteiramente a desproporção de enfermeiros face aos utentes (...) cuidados são prestados pelas AAD’s (...) (I3)</i></p>
		Fraco envolvimento das chefias	<p><i>“(...) não tolerância desses atrasos por parte da organização (equipa e/ou liderança) (...) A não valorização da implementação por parte das partes interessadas, como a liderança, a direção, as famílias, os sócios e a comunidade.” (I1)</i></p> <p><i>“...quando os líderes formais não estão envolvidos é extremamente difícil dar continuidade ao processo de implementação (...) resistência à mudança (...) dos decisores (diretores clínicos, diretores técnicos, provedores, chefes, responsáveis...) (I2)</i></p> <p><i>“Os Directores Técnicos sentem-se muitas vezes obrigados a seguir as directizes da Segurança Social que apresenta modelos de procedimentos focados apenas nas tarefas” (...) dicotomia valores defendidos - valores praticados.” (I3)</i></p>

Apêndice IV

Tabela 4 - Análise de conteúdo – Eixo 2: Sistema Organizacional

Categoria	Subcategoria	Unidades de Registo	Unidade de contexto
Motivação para a implementação da MCH	Gestão de Recursos humanos	Qualidade de vida dos cuidadores	<p><i>“Redução das lesões ocupacionais (...) redução dos conflitos de equipa (...)” (I1)</i></p> <p><i>“(...) diminuição do absentismo entre os colaboradores, diminuição das baixas por lesões musculares, também se verifica uma menor rotatividade dos profissionais (...)” (I2)</i></p>
		Satisfação profissional	<p><i>“aumentar a motivação da equipa e com isso reduzir absentismo e turnover (...) valorizar o trabalho dos cuidadores” (I3)</i></p> <p><i>“(...) maior satisfação profissional (...)” (I2)</i></p>
	Gestão Organizacional	Qualidade dos cuidados prestados	<p><i>“(...) humanização, a personalização de cuidados e a promoção do bem-estar das pessoas cuidadas (...) procura da melhoria da qualidade dos serviços...” (I1)</i></p> <p><i>“(...) o facto de se verificar precocemente uma melhoria na qualidade dos cuidados prestados também é motivador... (I2)</i></p> <p><i>“(...) a prestação de cuidados em qualidade (...) preocupação genuína em cuidar bem (mais do que só qualidade nos cuidados)” (I3)</i></p>
			Visibilidade institucional
		Cuidador Formal	Facilita o relacionamento e a prestação de cuidados

			<i>forma para melhorar a qualidade dos cuidados, sendo formação-acção, traz o benefício de poderem ver in loco a indissociabilidade da teoria com a prática” (I3)</i>
		Diminuição dos problemas físicos e do Burnout	<i>“redução do burnout, do absentismo, da rotatividade, das lesões ocupacionais, da qualidade de vida no trabalho, (...)” (I1)</i>
		Satisfação pessoal e profissional	<i>“promoção de estratégias de coping para os cuidadores que visam a diminuição dos níveis de cansaço psicológico e de maior motivação para o desempenho da actividade profissional” (I3).</i>
	Pessoa Cuidada	Envolvimento das famílias	<i>“maior envolvimento das famílias/cuidadores informais” (I2)</i>
		Bem-estar da pessoa cuidada	<i>“Tudo isto se reflecte no bem-estar das pessoas cuidadas quer ao nível da sua saúde física quer psicológica” (I3)</i>
	Sistema Organizacional	Mudança na cultura dos cuidados	<i>“mudança das rotinas (...) redução de conflitos na equipa” (I1)</i> <i>“melhor gestão dos tempos nos cuidados (...) redução da rotatividade dos profissionais” (I2)</i> <i>“a cultura organizacional seja transformada” (I3)</i>
		Docilidade ambiental	<i>“(…)redução do ruído(…)” (I1)</i>
		Satisfação dos clientes	<i>“(…) valorização das práticas cuidativas pelas partes interessantes (...) organização dos cuidados em função das vontades das pessoas (...) melhoria da satisfação de cliente (...)” (I1)</i>

		Redução dos custos económicos	<p><i>“(…) redução dos custos económicos (…)” (I2)</i></p> <p><i>“(…) redução dos custos dos cuidados (…)” (I1)</i></p>
		Reconhecimento institucional	<p><i>“... aumento da procura (...) redução das queixas dos clientes e representantes legais (...)” (I1)</i></p> <p><i>“(…) aumento com a qualidade dos cuidados (...) redução dos custos económicos para a instituição. (...) maior reconhecimento da instituição como unidade de referência na prestação de cuidados” (I2)</i></p> <p><i>“há instituições que falam em ganhos económicos- financeiros. Por isso já se está a fazer o trabalho do cálculo do impacto social (...) os stakeholders também indetificados e envolvidos consequentemente numa cultura de organizacional focada em responder aos princípios e valores Humanitude” (I3)</i></p>
Dificuldades da Implementação da MCH	Fatores Internos	Rotinização das práticas	<p><i>“(…) rotinação de práticas difíceis de mudar (...)” (I1)</i></p> <p><i>“(…) rotinação das práticas (...)” (I2)</i></p> <p><i>“(re)organização das rotinas.” (I3)</i></p>
		Resistência à mudança	<p><i>“(…) resistência à mudança (...)” (I1) (I2) (I3)</i></p> <p><i>“resistência a identificar as dificuldades sentidas (“nós já fazemos isso tudo”) (...)”(I3)</i></p>
		Défice de formação	<p><i>“os cuidadores que receberam a formação não estarem a praticar o que aprenderam, sem necessariamente compreender o porquê, identificando os obstáculos à mudança, a sua remoção, ou a promoção de práticas de mudança em coerência coma formação (...)” (I1)</i></p> <p><i>“resistência (...) à formação por parte dos cuidadores AAD” (I3)</i></p>

	Fatores Externos	Organização de cuidados centrados na tarefa	<i>“(...) Há uma grande inconsciência de gestão de cuidados e de organização de saúde (...) a discussão centra-se no problema e não na solução, levando à estagnação da melhoria contínua e da implementação da Humanidade (...)” (I1)</i>
		Falta de Recursos Humanos	<i>“(...) falta de recursos humanos (...) a rotatividade dos recursos humanos (...)” (I2)</i>
		Falta de formação da equipa	<i>“(...) falta de apoio da saúde, falta de enfermeiros para acompanhar os cuidados (...)” (I3) “Outra dificuldade é o facto de muitas instituições não terem uma equipa de enfermagem presente que possa acompanhar o processo de implementação, como profissionais qualificados na área da saúde. O envolvimento dos enfermeiros na avaliação dos cuidados e prescrição dos cuidados é extremamente importante no processo de apropriação da MCH.” (I2)</i>
		Burocracias da Segurança social	<i>“minimizar a burocracia de registos mas aumentar a sua efectividade (...) que o Serviço Social (muitas vezes é a direcção técnica) não tem competências na área da saúde, precisa de especialização...precisa de estar mais perto dos cuidados (...) muita exigência tarefaira da Segurança social, burocratizando tudo mas sem preocupação com a relação” (I3)</i>
		Fraco envolvimento do líder	<i>“(...) a resistência por parte dos líderes informais (...)” (I2) “Não entendimento dos sue superiores do que são cuidados em qualidade” (I3)</i>
		Fatores políticos	<i>“medidas políticas que não favorecem as necessidades dos idosos mas interesses económicos (aumentar o número de camas, desde que o quarto tenha as medidas certas... preocupação económica e não preocupação com o bem-estar relacional das pessoas)” (I3)</i>

Contributo económico	Custo-eficácia	Investimento quantificável	<p><i>“(...) redução dos materiais de pensos (...) a redução da prescrição e administração de contenções químicas (...) Pelos estudos efetuados haverá um retorno de investimento social na casa dos 400% num cuidado com Humanidade. Ou seja, por cada 1€ gasto a prestar cuidados com a Humanidade a pessoa, os cuidadores, a organização, o estado e a comunidade “ganham” 400€.” (I1)</i></p> <p><i>“Redução dos custos com material de incontinência” (...) redução dos custos com material de tratamento de úlceras por pressão... “(I2)</i></p>
		Investimento não quantificável	<p><i>“(...) redução da agitação e ansiedade resultante da utilização das técnicas aprendidas no processo de implementação da MCH (...) “melhoria da qualidade do sono, resultante em parte da maior atividade diária do utente e da redução das interrupções do ciclo de sono” (I2)</i></p>

Apêndice V

Tabela 5 - N.º de ocorrências em cada nível de dificuldade face aos 34 procedimentos

Nível de dificuldade Procedimento	Baixa Dificuldade (1)	Média dificuldade (2)	Elevada Dificuldade (3)
1. Prepara o material para evitar a interrupção da relação	1	2	0
2. Bate à porta aberta ou fechada, em quadro individual ou partilhado	2	1	0
3. Usa a técnica do Toc-Toc	0	2	1
4. Espera pela resposta	1	0	2
5. Se não há resposta (expressa ou subentendida), entra no quarto calmamente e bate na barra da cama ou na cadeira.	2	1	0
6. Aborda a pessoa de frente	2	0	1
7. Ajusta o olhar, ao mesmo nível, de forma progressiva (olhar axial, horizontal, longo e progressivo)	0	1	2
8. Introduce a palavra em 3 segundos	3	0	0
9. Trata a pessoa pelo nome pelo qual se reconhece	3	0	0
10. Apresenta-se à pessoa cuidada (ex: eu sou...)	0	1	2
11. Explica à pessoa o motivo do encontro (ex: está ali para estar com ela, ajudar,...)	1	0	2
12. Entra no espaço íntimo da pessoa (20 a 30 cm)	2	1	0
13. Oferece a mão ou inicia o toque numa zona neutra do corpo (mão, ombro, braço)	0	2	1

14. Usa um tom de voz calmo e suave	3	0	0
15. Oferece um ato gratuito (ex: elogia...)	1	0	2
16. Espera pelo consentimento relacional, aceitação verbal ou não verbal (ex: olhar, sorriso...)	1	1	1
17. Depois de obter o consentimento, fala sobre o cuidado	2	1	0
18. Usa pregas profissionais (sem dedos em pinça, nem em garra)	0	0	3
19. Mantém o toque pacificante (amplo e suave)	0	1	2
20. Usa um tom de voz calmo e suave durante a prestação de cuidados	3	0	0
21. Pede à pessoa para iniciar os gestos cuidativos	1	0	2
22. Anuncia cada gesto cuidativo	0	2	1
23. Utiliza um discurso descritivo (descreve os gestos cuidativos)	0	2	1
24. Reforça positivamente os esforços de autocuidado (ex: muito bem!)	2	0	1
25. Estimula de forma motora ou verbal a pessoa a iniciar os gestos cuidativos	0	2	1
26. Está atento às respostas emocionais (ex: tensão muscular, olhar...)	0	2	3
27. Olha com frequência de frente nos olhos da pessoa	0	2	1

28. Promove a verticalidade, se possível. (ex: sentar-se na cama, por de pé, dar uns passos)	1	1	1
29. Ajuda a cuidar da aparência pessoal tendo em conta os gostos da pessoa (ex: vestuário, adornos...)	1	1	1
30. Valoriza o encontro com a pessoa	1	0	2
31. Agradece os esforços da pessoa	0	1	2
32. Reforça positivamente os benefícios do cuidado	1	0	2
33. Combina um novo encontro (ex: venho ter consigo à hora do almoço...)	2	0	1
34. Despede-se com amabilidade	3	0	0

Apêndice VI

Tabela 6 - Percepção face as dificuldades dos cuidadores em cada procedimento

Procedimento	I-1	I-2	I-3
1.Prepara o material para evitar a interrupção da relação		Com frequência é esquecido material, ou não há o hábito de preparar todo o material antes de ir junto da pessoa.	Acham que não tem dificuldade, mas perdem aqui muito tempo, porque se esquecem de preparar
2. Bate à porta aberta ou fechada, em quarto individual ou partilhado		Frequentemente esquecem de bater à porta, mas mais difícil é baterem à porta quando esta está aberta, pois assumem que estando aberta tem autorização para entrar.	Não têm dificuldade, mas não batem à porta muitas vezes porque não têm esse hábito
3. Usa a técnica do Toc-Toc	Complexidade	Dificuldade na apropriação da técnica TOC-TOC	Bater à porta é relativamente simples, mas 3 vezes????
4. Espera pela resposta		Mesmo quando interiorizam o facto de terem de bater à porta esquecem de esperar por resposta.	Têm dificuldade em esperar porque apresnetam sempre que a pessoa não ouve, não fala... não há tempo
5. Se não há resposta (expressa ou subentendida), entra no quarto calmamente e bate na barra da cama ou na cadeira.	Esquecimento	Neste ponto a dificuldade está em se recordarem de bater na cadeira.	Raramente vejo que as pessoas entrem sem calma
6. Aborda a pessoa de frente		Não se posicionam exatamente de frente para a pessoa, fazendo a abordagem fora do campo de visão	Constrangimentos: grades da cama, camas junto à parede...

7. Ajusta o olhar, ao mesmo nível, de forma progressiva (olhar axial, horizontal, longo e progressivo)	Armadilhas ergonómicas, altura da cama, direção da cadeira, etc	Tem dificuldade em estabelecer o olhar com estas características.	Como pilar primeiro de relação, é confundido com o facto de já ter dito que está ali não precisa de “perder” tempo a olhar nos olhos
8. Introduce a palavra em 3 segundos			
9. Trata a pessoa pelo nome pelo qual se reconhece		Por vezes existem a tendência em utilizar diminutivos ou apelidar a pessoa com nomes pela qual ela não se reconhece. Por exemplo chamarem Sr. Manuel à pessoa que toda a sua vida adulta foi o Sr. Padre Sousa.	
10. Apresenta-se à pessoa cuidada (ex: eu sou...)	Esquecimento, desvalorização da importância	Frequentemente esquecem-se de apresentar ou consideram que não é importante porque assumem que por estarem ali todos os dias as pessoas sabem quem eles são.	“já me conhece”...por isso não preciso dizer o nome
11. Explica à pessoa o motivo do encontro (ex: está ali para estar com ela, ajudar,...)	Foco no cuidado e não na relação. “Estou aqui para lavar.”	Quando surgem dificuldades neste procedimento estão relacionadas com o facto de irem focados na tarefa e dizerem que o motivo do encontro é para ir “dar banho” ou “dar a comida” em lugar de estarem focados na relação.	Não precisam dizer, porque se lá estão é porque é preciso

12. Entra no espaço íntimo da pessoa (20 a 30 cm)			
13. Oferece a mão ou inicia o toque numa zona neutra do corpo (mão, ombro, braço)	Respeito pelo esquema corporal, esquecimento das zonas sensitivas (cara). Armadilha posicional, a pessoa tem a cara exposta e erradamente introduz-se o toque aí.	É frequente terem dificuldade em iniciar o toque numa zona neutra porque existe a tendência de tocarem inicialmente na face, principalmente se a pessoa estiver deitada e for essa a zona exposta.	Não identificam as zonas sociais e confunde-se carinho na testa ou na cara com toque ternura
14. Usa um tom de voz calmo e suave			
15. Oferece um ato gratuito (ex: elogio...)	Esquecimento, desvalorização da auto-estima.		Não há habito de elogiar a pessoa que tem dificuldade
16. Espera pelo consentimento relacional, aceitação verbal ou não verbal (ex: olhar, sorriso...)		Muitas vezes tem dificuldade em identificar quando foi obtido o consentimento relacional e no que consiste a construção deste momento.	Dificuldade em negociar... tem de ser
17. Depois de obter o consentimento, fala sobre o cuidado	Normalmente já foi falado nos primeiros intantes.		
18. Usa pregas profissionais (sem dedos em pinça, nem em garra)	Sendo um gesto inato, natural, torna-se	Muito difícil de interiorizar e profissionalizar o toque, porque implica em	Muito hábito de utilizar garra e pinças

	complexo desabituar	primeiro lugar uma consciencialização da forma como tocamos e depois impõem uma profissionalização do toque	
19. Mantém o toque pacificante (amplo e suave)	Por vezes o hábito da velocidade e do esfregar são mais fortes.	Muito difícil de interiorizar e profissionalizar o toque.	Muito hábito de utilizar garra e pinças
20. Usa um tom de voz calmo e suave durante a prestação de cuidados		Alguns cuidadores tem dificuldade em perceber qual o seu tom de voz (podendo falar demasiado baixo e não se fazer ouvir, ou demasiado alto e agudo o que dificulta a audição das pessoas mais idosas)	
21. Pede à pessoa para iniciar os gestos cuidativos		Tem dificuldade em recordar isto durante todo o cuidado acabando por substituir a pessoa e não pedir para a pessoa iniciar os gestos cuidativos. Estão focados na tarefa.	“Se eu fizer, despachome mais”
22. Anuncia cada gesto cuidativo	Esquecimento. Silêncio por falta de feedback.	Tem dificuldade em manter este procedimento de forma consistente durante o cuidado, acabando muitas vezes por assumir que a pessoa não está a compreender o que está ser dito, ou então, assumindo que a pessoa sabe exatamente o que é	Esquecimento

		esperado acontecer e o que está a ser feito	
23. Utiliza um discurso descritivo (descreve os gestos cuidativos)	Esquecimento. Silencio por falta de feedback.	Tem dificuldade em manter este procedimento de forma consistente durante o cuidado, acabando muitas vezes por assumir que a pessoa não está a compreender o que está ser dito, ou então, assumindo que a pessoa sabe exatamente o que é esperado acontecer e o que está a ser feito.	Não se sabe da importância
24. Reforça positivamente os esforços de autocuidado (ex: muito bem!)			Não se sabe da importância
25. Estimula de forma motora ou verbal a pessoa a iniciar os gestos cuidativos	Desvalorização da importância da promoção das capacidades restantes Substitui-se porque é mais rápido.	Tem dificuldade em manter este procedimento de forma consistente durante o cuidado e muitas vezes perante a situação não sabem exatamente como o podem fazer. Estão focados na tarefa e tem as práticas demasiado rotinizadas.	Não se sabe da importância
26. Está atento às respostas emocionais (ex: tensão muscular, olhar...)	Complexidade da interpretação não verbal em pessoas comunicativas ou com	Tem dificuldade em manter este procedimento de forma consistente durante o cuidado, porque se esquecem de estar atentos às respostas não verbais	

	disfunção da linguagem		
27. Olha com frequência de frente nos olhos da pessoa	Esquecimento. Olhamos para o que estamos a fazer não para os olhos da pessoa.	Tem dificuldade em manter este procedimento de forma consistente durante o cuidado	Posturas difíceis
28. Promove a verticalidade, se possível. (ex: sentar-se na cama, por de pé, dar uns passos)		Porque tem dificuldade em perceber para cada pessoa como podem trabalhar a promoção da verticalidade	Não há avaliação das capacidades e o hábito dos cuidados em leito com a pessoa deitada estão muito arraigados
29. Ajuda a cuidar da aparência pessoal tendo em conta os gostos da pessoa (ex: vestuário, adornos...)			
30. Valoriza o encontro com a pessoa	Foco na tarefa faz que quando se termina o cuidado não se fecha a relação.	Estão focados na tarefa e quando terminam o cuidado (a tarefa) arrumam as coisas, despedem-se e vão embora, esquecendo este procedimento.	
31. Agradece os esforços da pessoa	Foco na tarefa faz que quando se termina o cuidado não se fecha a relação.	Estão focados na tarefa e quando terminam o cuidado (a tarefa) arrumam as coisas, despedem-se e vão embora, esquecendo este procedimento.	Muitas vezes agradecem o idoso por ter colaborado nas tarefas: “obrigada por me ajudar”
32. Reforça positivamente os benefícios do cuidado	Foco na tarefa faz que quando se termina o	Estão focados na tarefa e quando terminam o cuidado (a tarefa) arrumam as coisas,	

	cuidado não se fecha a relação.	despedem-se e vão embora, esquecendo este procedimento.	
33. Combina um novo encontro (ex: venho ter consigo à hora do almoço...)	A rotina centrada no cuidador desvaloriza a necessidade de compromisso e ajuste em função da pessoa cuidada.		
34. Despede-se com amabilidade			