

1 2 9 0



UNIVERSIDADE D
COIMBRA

Rita Taipina Marques

**A Dignidade na ótica do
cuidador formal numa Estrutura
Residencial para Pessoas Idosas**

Um estudo qualitativo numa amostra
do concelho de Oliveira do Bairro

Dissertação apresentada à Faculdade de
Medicina da Universidade de Coimbra, para
obtenção do grau de mestre em Cuidados
Continuados e Paliativos

Julho, 2021

1 2 9 0



UNIVERSIDADE D
COIMBRA

Rita Taipina Marques

A Dignidade na ótica do cuidador formal numa Estrutura Residencial para Pessoas Idosas

Um estudo qualitativo numa amostra
do concelho de Oliveira do Bairro

**Dissertação apresentada a Faculdade de
Medicina da Universidade de Coimbra, para
obtenção do grau de mestre em Cuidados
Continuados e Paliativos**

Sob orientação de:

Professora Doutora Marília Assunção Rodrigues Ferreira Dourado

&

Mestre Liliana Vanessa Lúcio Henriques

Julho, 2021

“(...) por mais materializados que andem os tempos em que vivemos, todo o utente principalmente nas fases finais da sua existência, necessita de amor, o especial amor que rompe ou procura romper aquela solidão espessa e opaca dentro da qual vivemos uma dor individualizada e incomunicável. A ajuda, a cura, o consolo e a compreensão são fatores que rendem testemunho à consciência moral de qualquer boa pessoa (...)”. (Semedo, 2018)

Resumo

Esta dissertação tem como objetivo descrever e analisar o percurso de aprendizagem percorrido na aquisição e/ou desenvolvimento de competências especializadas no âmbito do Mestrado em Cuidados Continuados e Paliativos.

O objetivo deste estudo é identificar atitudes dos CF a trabalhar numa Estrutura Residencial para Pessoas Idosas, com o intuito de compreender a forma como conceptualizam a dignidade enquanto prática profissional e qual a importância que lhe atribuem.

Como objetivos secundários a criação de estratégias de sensibilização e demonstração da importância e promoção do cuidado centralizado na dignidade.

Realizámos um estudo exploratório e descritivo, recorrendo a entrevistas a cuidadores formais, para colheita de dados, quanto ao que consideram ser e que valor atribuem à dignidade nos cuidados, seguido de etapas de observação do desempenho das tarefas profissionais, em contexto institucional. Posteriormente, implementámos ações de formação e sensibilização, dos profissionais.

A nível do cuidado com dignidade as melhorias foram significativas, existiram procedimentos que passaram a ser implementadas na rotina de trabalho diário dos cuidadores formais, tais como: o ato de bater à porta antes de entrar nas casas de banho e quartos, começou-se a valorizar o utente enquanto pessoa e não apenas como utente, e passou a usar-se um tom de voz adequado durante a comunicação.

A implementação e investimento em ações de formação em cuidados de dignidade promove a sua preservação, durante o ato de cuidar, e o valor do significado e a importância da dignidade tornam-se um propósito indispensável, para lidar com os utentes.

Palavras chave: Cuidadores Formais; Dignidade; Estrutura Residencial para Pessoas Idosas; Cuidados continuados

Abstract

This dissertation aims to describe and analyze the learning path taken in the acquisition and/or development of specialized skills in the context of Continuing and Palliative Care.

The aim of this study is to identify FC attitudes working in a Residential Structure for Elderly People, in order to understand how they conceptualize dignity as a professional practice and the importance they attribute to it.

An exploratory and descriptive study was carried, using interviews with formal caregivers, to collect data on what they consider dignity to be and what value they attribute to dignity in care, followed by observation stages of performance of professional tasks, in an institutional context. Subsequently, training and awareness actions implemented for these professionals.

In terms of care with dignity, the improvements were significant. There were tasks that started to be implemented in the daily work routine of the formal caregivers, such as: the act of knocking on the door before entering the bathrooms and bedrooms, valuing the patient as a person and not just as a patient, and began to implement an appropriate tone of voice during communication.

The implementation and investment in training actions in dignity care promotes its preservation, during the act of caring, and the value of meaning, the importance of dignity become an indispensable purpose in dealing with users.

Keywords: Formal Caregivers; Dignity; Residential Structure for Elderly People; Continuous care

Agradecimentos

À avó Irma e avô Taipina por me terem incentivado a cuidar, fazem-me falta todos os dias.

Num ano tão atípico, tão desafiante, e de tanto crescimento pessoal e profissional, descobri-me. Descubri a minha essência, a força incontrolável que tinha dentro de mim que nunca pensei ter, a vontade de fazer mais, de ser mais, de brilhar na minha essência.

Fui sem dúvida posta à prova, com praticamente toda a minha agenda preenchida entre emprego a full-time, part-times, dissertação, família, namorado, perdi-me, aquele amor próprio, auto estima, aquele tempo peculiar para me olhar ao espelho e dizer “Rita és incrível, tu consegues”. Nestes momentos tive quem me deu força, quem me amparou cada queda.

À Faculdade de Medicina de Coimbra, pela honra de poder vestir a camisola durante dois anos incríveis e pelo apoio e presença no esclarecimento de dúvidas, por parte de toda a equipa, obrigada.

Doutora Marília, as suas palavras doces e de apoio ficarão no meu coração para sempre, e espero que continuemos juntas nesta caminhada. Enfermeira Liliana, não encontro palavras, obrigada pela presença, pela força. Não poderia ter escolhido melhor, mais que minhas orientadoras, considero-vos colegas magníficas. Guardo-vos num lugar especial.

Daniela, minha querida colega de trabalho, aconchegaste-me em tantos momentos desafiantes e mostraste-me a força que tinha dentro de mim, obrigada.

Especial agradecimento aos cuidadores formais da instituição, onde se realizou o estudo, pelo empenho, dedicação e pela forma como desde início agarraram este desafio.

Aos meus idosos, são a razão disto tudo, vocês e todos no planeta terra. Confesso que foram muitas as manhãs que pedia para ficar às escuras no meu quarto, depois de uma noite complicada. Vocês foram a razão dessa força incontrolável de sair da cama. Obrigada.

Papá, mamã, a âncora que qualquer menina precisa para se manter forte, num mundo de tanta crueldade, injustiça e frieza. Cada palavra, cada ato, cada gesto, cada momento, cada chatice valeu apena, porque olhem onde cheguei! Consegui! Somos um para sempre! Obrigada!

Mano, Danito, meu para sempre pequeno, meu orgulho, por todas as vezes que me disseste “*tu só tens a tese, eu tenho muitas disciplinas*”, espero que daqui a uns anos não te arrependas. Faz-me orgulhosa, os meus olhos brilham sempre que falo em ti, não duvides, I love you always. Obrigada!

Amor, meu cúmplice, o amuleto da sorte que trago comigo sempre no bolso, obrigada por todas as palavras de força que me deste, por me ergueres sempre que a força desvanecia. Espero continuar a ler capítulos desta vida contigo. Obrigada, amo-te!

Que esta etapa seja apenas o primeiro capítulo de um livro, que conta a história de uma menina, mulher, muito sonhadora.

Brilharei por, para e com vocês.

Índice Geral

RESUMO.....	3
ABSTRACT	4
AGRADECIMENTOS	5
ÍNDICE GERAL.....	7
ÍNDICE DE TABELAS.....	9
ÍNDICE DE FIGURAS	10
ÍNDICE DE GRÁFICOS	11
LISTA DE ABREVIATURAS.....	12
INTRODUÇÃO	13
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	15
2. BASES PARA A DIGNIDADE NO CUIDADO	18
2.1. COMUNICAÇÃO.....	18
2.2. ÉTICA	18
2.3. AUTONOMIA	19
2.4. INDEPENDÊNCIA	19
2.5. IDENTIDADE.....	20
2.6. LIBERDADE.....	20
2.7. PRIVACIDADE	21
2.8. CONFORTO.....	22
2.9. RESPONDER ÀS NECESSIDADES	22
3. ESTUDO EMPÍRICO.....	23
3.1. OBJETIVOS:.....	23
3.2. METODOLOGIA	24
3.2.1. <i>Tipo de Estudo</i>	25
3.2.2. <i>População em Estudo</i>	26
3.2.3. <i>Procedimento de Recolha de dados</i>	26
3.2.3.1. A Entrevista	26
3.3. FASE DE OBSERVAÇÃO INICIAL	27

3.4. INTERVENÇÕES DE FORMAÇÃO	28
3.5. OBSERVAÇÃO- SEGUNDA FASE.....	32
4. PROCEDIMENTOS ÉTICOS	33
5. ANÁLISE DE DADOS - ENTREVISTA.....	34
6. RESULTADOS	35
6.1. ANÁLISE DE CONTEÚDO	36
6.2. ANÁLISE DA PRIMEIRA ÁREA TEMÁTICA	37
6.3. ANÁLISE DA SEGUNDA ÁREA TEMÁTICA	38
6.4. ANÁLISE DA TERCEIRA ÁREA TEMÁTICA	40
6.5. PRIMEIRA FASE DE OBSERVAÇÃO	43
6.6. SEGUNDA FASE DE OBSERVAÇÃO	45
7. DISCUSSÃO	48
8. CONCLUSÕES.....	53
9. BIBLIOGRAFIA	55
ANEXOS.....	1
ANEXO 1- AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO	2
ANEXO 2- GUIÃO DE ENTREVISTA	4
ANEXO 3- CONSENTIMENTO INFORMADO.....	7
ANEXO 4- APROVAÇÃO DA COMISSÃO DE ÉTICA (VIA E-MAIL).....	17
ANEXO 5- ANÁLISE DAS ENTREVISTAS	18
ANEXO 5.1. CITAÇÕES	18
ANEXO 5.1. TABELA ANÁLISE DE CONTEÚDO COM CITAÇÕES	26
ANEXO 6- GRELHA DE OBSERVAÇÃO	36
ANEXO 6.1.- GRELHA DE OBSERVAÇÃO COM DADOS.....	37
ANEXO 6.2.- GRELHA DE OBSERVAÇÃO COM DADOS.....	38

Índice de Tabelas

Tabela 1- Análise de Conteúdo das entrevistas aos CF.....	36
Tabela 2- Significado da dignidade na perspectiva dos cuidadores formais.....	38
Tabela 3- Intervenções valorizadas pelo Cuidador Formal no cuidar	40
Tabela 5- Fatores perturbadores do cuidar da pessoa institucionalizada em ERPI	43

Índice de figuras

Figura 1-Dístico casa de banho e quartos	30
Figura 2- Dísticos colocados no refeitório para informar sobre o tom de voz a usar pelos cuidadores formais durante o período da refeição, e a alertar para informarem sobre a ementa do dia.....	31
Figura 3- Dístico para motivar e reforçar a autoestima do utente	31
Figura 4- Mensagem de apoio aos cuidadores formais, funcionários da instituição	31
Figura 5- Quadro de desafios mensais.....	32

Índice de Gráficos

Gráfico 1- Resultados Primeira Observação	45
Gráfico 2- Resultados Segunda Observação	47
Gráfico 3- Valores das duas Observações	47

Lista de abreviaturas

CF- Cuidadores Formais

ERPI- Estrutura Residencial para Pessoas Idosas

DOCF- Dignidade na Ótica do Cuidador Formal

AVD- Atividades de vida diária

1^a – Primeira

2^a– Segunda

Introdução

Todos nós faremos um dia uma viagem sem retorno. Nesse sentido, a morte é sempre triunfante, imbatível. Nada prevalece contra ela. Por vezes chega como um raio fulminante, noutras situações “*vem correndo o pobre corpo humano, metade viva arrastando metade morta*”. Seja em que idade ou situação um individuo estiver, tem sempre o direito às melhores oportunidades de saúde, da mesma forma que todos têm o direito a viver com a máxima dignidade possível, inclusivamente nos últimos momentos da sua vida. (Semedo, 2018)

Com o iluminismo, a centralidade do/no homem e a dignidade numa perspetiva filosófica, tendo como fundamento a razão, afirma-se a capacidade de valoração moral e a autodeterminação do *eu*. (Andrade, 2012) No século XX, a dignidade torna-se um objetivo político, um fim a ser procurado pelo Estado e pela sociedade. Após a segunda Guerra Mundial, a ideia de dignidade da pessoa humana migra paulatinamente para o mundo da cultura pós positivista, aproximando o direito da filosofia moral e política. O grande desafio presentemente está em dar à dignidade um conteúdo, tendo em conta as suas várias perspetivas. (Brízido, 2018) Numa visão contemporânea religiosa a dignidade tem origem bíblica, segundo a qual o Homem feito à imagem e semelhança de Deus é igual em dignidade, sem distinção. (Anderberg, et al., 2007)

Para cuidar o semelhante com dignidade tem de considerar-se os princípios essenciais, que maximizem o benefício e minimizem o prejuízo, tentando sempre evitar o mal. A dignidade impõe justiça na afetação de recursos adequados, respeitando as escolhas, numa relação de paridade, onde o cuidador e aquele que é alvo dos cuidados se encontrem confortáveis. (Tonolo, 2018) É preciso reforçar diariamente o princípio do respeito pelo outro, não só como utente, mas como pessoa. Formar e destacar a importância de tratar as pessoas que carecem de cuidados especializados, como seres únicos, e ver a totalidade do seu “ser”, de forma física, psicológica, social e espiritual, é um aspeto primordial em cuidados dignos. (Guerra, & Emerique, 2006)

Sendo a área de especialidade da investigadora a gerontologia, importa abordar a gerontologia enquanto profissão que evolui no sentido de uma intervenção cada vez mais responsável, humanizada e fundamentada. Torna-se, portanto, essencial procurar de forma holística praticar sempre a excelência nas intervenções centradas na pessoa. O papel do gerontólogo exige competências técnicas, relacionais e formativas, que devem procurar sempre a melhoria da qualidade do atendimento à pessoa idosa, em todas as

dimensões. Esta perspetiva deve evoluir do “saber” para o “saber fazer”, na perspetiva das competências, e o “saber aprender”, envolvendo atitudes e comportamentos. Com a junção de todos estes parâmetros, numa sociedade e população em constante mudança poderá desenvolver-se a capacidade do “saber transformar”. (Gallagher, et al., 2008)

O Curso de Mestrado em Cuidados Continuados e Paliativos, da Faculdade de Medicina de Coimbra, pretende desenvolver variadas competências que permitam prestar cuidados a todas as populações de modo competente nos domínios científico, técnico e relacional, através da abordagem de temas transversais a todas as áreas do “Cuidar” e específicos de área de especialização. Pela importância reconhecida, e pelo interesse e impacto positivo que tiveram na investigadora, realçam-se as relacionadas com a gestão de cuidados, supervisão de cuidados, planeamento, formação e investigação.

Este trabalho de investigação tem como público alvo os cuidadores formais (CF) de uma Estrutura Residencial para Pessoas Idosas (ERPI), com o objetivo de, por um lado, procurar perceber de que forma estes profissionais percebem e incorporam a dignidade nos cuidados que prestam aos utentes, no seu dia a dia, e fazer intervenções práticas de formação, delineadas para transmitir a importância dos cuidados com dignidade. Em ambas as situações, o objetivo último é manter e respeitar a dignidade do utente.

A ERPI onde foi realizada a investigação situa-se no concelho de Oliveira do Bairro. O dia-a-dia na instituição é caracterizado por rotinas, onde se tenta sempre manter os gostos pessoais dos utentes. Possui uma equipa alargada, multidisciplinar de CF preparados para lidar com as necessidades do público-alvo, constituída por: um médico e um enfermeiro, que dão apoio pontual à instituição, e sempre que solicitado; uma assistente social, para apoio social e familiar, promovendo também o desenvolvimento organizacional; uma gerontóloga que trabalha direta e indiretamente com os utentes, tentando proporcionar-lhes um envelhecimento ativo e bem-sucedido, e por fim, onze auxiliares de ação direta e uma cozinheira preparadas para ajudar diretamente nas necessidades do utente, e no auxílio à refeição.

1. Enquadramento Teórico

Cuidar preservando a dignidade implica perceber o outro, nos seus gestos e falas, na sua dor e limitações, que devem ser o ponto de partida para traçar um plano de cuidados, que possa originar transformações vantajosas, para os envolvidos.

O significado de dignidade e o “ser digno” varia de pessoa para pessoa. Por seu lado, cuidar com dignidade envolve a atenção na maneira de olhar, tocar, falar, e em ter consciência da importância da verticalidade. (Phaneuf, 2007) Para isto, a observação de comportamentos, hábitos e atitudes do utente, torna-se um processo fulcral. (Phaneuf, 2007)

A admissão de um utente idoso numa instituição é muitas vezes inesperada e traumática, desencadeando situações de grande ansiedade, que se mantém por longos períodos de tempo. Tendencialmente segue-se a internamentos hospitalares, por crise aguda ou em casos de súbita deterioração funcional ou cognitiva, o que deixa tanto o idoso como a família, fragilizados. (Cabete, 1999) O ajuste a uma nova rotina, e conviver com indivíduos que não se conhecem, pode, pelo menos durante esta primeira fase, provocar uma sensação de desespero e apatia e perda de apetite, entre outras manifestações, que traduzem, muitas vezes, o desalento de quem se vê desenraizado. Por estas razões é tão importante, e absolutamente necessário, que quem lida com estas pessoas, e situações concretas, seja devidamente formado e treinado, de maneira a conseguir encontrar as formas mais adequadas de as gerir. (Cardoso, 2000)

Para alguns autores a dignidade *“é um conceito complexo, de difícil definição, poderosamente evocativo e amplamente afirmado, mas é evasivo quanto ao seu conteúdo mínimo, significado e exigências precisas”*. (Semedo, 2018) É um núcleo essencial e inalienável da natureza humana, porque aplica-se a todos os seres humanos. Existe, porém, uma dificuldade em reconhecer, respeitar e promover a dignidade dos indivíduos dentro da realidade diária dos cuidados, em contexto de internamento em ERPI. (Pereira, et al., 2014)

A manutenção da dignidade implica defender a autonomia de uma pessoa, considerar o respeito e atendimento individualizado. No cuidado tem sido descrita como uma continuidade de *si*, a preservação de papel, manutenção do orgulho, esperança, autonomia, aceitação e resistência ou espírito de luta. (Blanke, et al., 2017) Em contexto de cuidados foi promovida para dar resposta às necessidades básicas da pessoa, bem como para respeitar a sua identidade e integridade, mas, por vezes, está ameaçada em ERPI,

seja pela equipa profissional seja pelo ambiente, (Agich, 2004) já que a dignidade relacional pode ser melhorada ou prejudicada em função dos contextos. Com alguma frequência verifica-se que a dignidade dos utentes de ERPI é posta em causa por interações negativas entre os CF, em que aquele é visto como um objeto, tratado com falta de privacidade, sem que haja comunicação adequada e, de forma geral, com alguma insensibilidade perante as suas necessidades e potencialidades. (Anderberg, et al., 2007)

A dignidade pode ser absoluta ou relativa. Absoluta, no sentido em que é encarada como respeito pelo indivíduo, como uma liberdade individual, podendo ser respeitada ou violada. Já a dignidade relativa deriva de fatores culturais em que os indivíduos se encontram, como sejam o nível educacional e a rede social. Os CF devem estar conscientes do risco de violação da dignidade, pelo que o respeito pelos princípios éticos e valores fundamentais devem ser incorporados na sua prática, para manter a dignidade plena do utente. (Cruz, 2014) A dignidade pode ter uma dimensão objetiva que é universal, destina-se a todos os indivíduos, e uma dimensão subjetiva individual, que nos define: autonomia, história de vida, crenças e valores individuais. (Anderberg et al., 2007) Visto que a pessoa pode mudar ao longo do tempo devido ao fator idade e às perdas associadas, consideradas de particular importância quando se trata de utentes em situação de vulnerabilidade, fragilidade e dependência, não pode ser ameaçada pelas ações dos outros ou pelo envelhecimento em si. Existe também a dignidade intrapessoal relacionada com ideias pessoais e características físicas, e a dignidade relacional, socialmente construída pelo ato de reconhecimento social. (Anderberg et al., 2007) É igualmente distinguida, por alguns autores, a dignidade atributiva e dignidade intrínseca, sendo a primeira o valor que atribuímos aos indivíduos em virtude das circunstâncias em que se encontram, explicando que uma pessoa pode ter mais ou menos atributos de dignidade dependendo das características ou circunstâncias. A dignidade intrínseca é o valor que os seres humanos têm simplesmente em virtude de serem seres humanos, não sendo determinada pela posição social, poder ou habilidades específicas. (Brízido, 2017)

Os cuidados centralizados numa perspetiva de respeito pela dignidade proporcionam a diminuição de episódios de agressividade, e favorecem ambientes mais harmoniosos na relação entre CF e cuidando, assim como a diminuição significativa no absentismo laboral e do *burnout*. (Barbosa et al, 2016) Estão associados a melhor operacionalização dos cuidados e à redução da aplicação de medidas de contenção e de forma geral contribuem para melhorar a qualidade de vida dos intervenientes. (Brízido, 2017) Na impossibilidade de serem reproduzidas todas as técnicas operacionais de

promoção de dignidade, deve negociar-se os cuidados, por exemplo prestar a informação e pedir o consentimento necessário. No caso de pessoas com demência esta regra carece de adaptações, devendo procurar-se outras alternativas. (Brízido, 2017)

Numa outra perspetiva, a terapia da dignidade (Julião, 2016) é um passo crítico para a compreensão da angústia e sofrimento humano, e deve ajudar os profissionais a oferecer qualidade em cuidados de fim de vida através da conservação da dignidade numa grande variedade de aspetos físicos, aspetos psicossociais, existenciais e espirituais do utente. A terapia da dignidade é exemplo *de um programa terapêutico que ajuda os residentes a reavaliar aspetos da sua vida de forma positiva, enquanto diminuem o sofrimento e reforçam um senso de significado em fim de vida.* (Barbosa et al., 2016)

Os CF podem e devem estar conscientes da ética e dos valores de cada utente, para que a sua dignidade seja plenamente respeitada, e considerando que esta está quase sempre afetada, seja pela doença seja pelo envelhecimento, deve fomentar-se um clima de respeito e de flexibilidade entre CF e residentes em todas as ERPI, (Barbosa et al., 2016) o que facilitará a sua proteção.

O tempo limitado, a falta de recursos, a ausência de prioridades de gestão, as emoções dos CF, a sensação diminuída de confiança e compromisso organizacional, a falta de senso de respeito e pertença, o descontentamento por reduzidas oportunidades de progressão na carreira e *burnout*, são aspetos que podem ameaçar diariamente os cuidados com dignidade à pessoa idosa. (Barbosa et al., 2016)

A experiência da dignidade é dependente do *ser*: *ser* capaz de manter a identidade pessoal e respeito por si próprio, *ser* um *ser* humano igual, *ser* tratado com respeito pelos outros, *ser* capaz de exercer controlo, até mesmo quando dependente de outros. (Tadd, et al., 2011) Tendo esta consciência, que se considera um contributo para a sociedade, a mesma deve ser integradas nos serviços e na criação de programas, para possibilitar transmitir sempre a vontade própria do indivíduo. (Chadwick, 2012)

2. Bases para a dignidade no cuidado

2.1. Comunicação

O modo como somos capazes de interagir e decodificar a mensagem do outro, resulta de processos longos de interação e comunicação contínuos. É possível comunicar através de olhares mais informados, mais complexos, mais densos, promovendo dessa forma relações mais salutares e gratificantes entre os membros da comunidade. (Bertone et al., 2007)

Comunicar é um processo através do qual se constroem formas simbólicas que trazem a realidade à experiência humana. Comunicar é fundar símbolos, sentidos, realidades que experimentam a nossa realidade, seja esta interior ou exterior. (Querido et al., 2016)

A comunicação centralizada na dignidade compreende um olhar axial, horizontal, longo e próximo. A palavra deve ser frequente, melodiosa e com reforço positivo. O toque, também conhecido por toque ternura, deve ser amplo, doce, lento e acariciador, e pode ser uma referência de comunicação não verbal. O estímulo deve promover-se de forma vertical, utilizando sempre as capacidades da pessoa por mínimas que sejam. Ao serem estimuladas e utilizadas todas as capacidades possíveis das pessoas combate-se a dependência, pela promoção da autonomia. (Camilo & Maiorino, 2012)

Nos cuidados ao outro, é fundamental utilizar uma dimensão de comunicação não verbal, em que o toque e o tempo de contacto são das mais utilizadas, e identificam o aspeto afetivo desse contacto. (Coelho & Sequeira, 2013)

2.2. Ética

Na visão de Kant, a razão humana não é somente capaz de fundamentar questões epistemológicas, mas é também capaz de determinar a vontade e, por consequência, a ação moral. (Pereira, 2018) A ética possibilita a construção de argumentos em defesa da dignidade da pessoa, visto que serve de fundamento teórico e moral para as obrigações éticas da pessoa humana em face de uma diversidade de visões do mundo, valores sociais, religiosos e culturais que nos moldam enquanto pessoa. (Chapman, 2011)

Neste sentido, a competência ética é uma questão prévia para influenciar as atitudes no cuidado e manter a dignidade do utente como um estado de plenitude, evitando danos e promovendo o respeito e bem-estar. (Oliveira et al., 2012)

2.3. Autonomia

A autonomia, como princípio ético, proporciona ao utente a oportunidade e o direito de fazer escolhas independentes através de informações adequadas e individualizadas. Trata-se de um conceito acompanhado pela liberdade, autodeterminação, independência, e autoconhecimento, ao mesmo tempo que contém as qualidades de autoafirmação e reflexão crítica. (Welford et al., 2010) Pode ser considerada como uma competência inerente aos seres racionais que possibilita fazer escolhas e tomar decisões com base numa avaliação pessoal de possibilidade, de acordo com o próprio sistema de valores, o que inclui a influência sobre escolhas das atividades de vida diária, como alimentação, vestir, objetos pessoais, horários e rotinas. (Oliveira et al., 2012)

A autonomia é fundamentada no respeito pela capacidade de o utente manter o “eu” de escolher, decidir e assumir responsabilidades pela sua própria vida. (Randers & Mattiasson, 2004) Passa pela capacidade de negociar o cuidado, dar informações, incentivar a pessoa idosa a manter a sua independência física, reconhecer a sua personalidade e individualidade, numa abordagem holística, centrada no *eu* dessa pessoa, sempre com intuito preservar ao máximo a sua autonomia. (Welford, et al., 2010)

Em ERPI os utentes são, na maioria das vezes, dependentes de equipas de cuidadores para conseguir executar as atividades de vida diária (AVD), portanto não pode ser visto como um mero caso clínico. Têm de ser apoiados e cuidados em todas as suas necessidades, mesmo as mais básicas, tendo os CF que preservar, e não inferir ou contradizer, os valores e crenças de vida da pessoa idosa.

2.4. Independência

A independência é, neste contexto, o conceito de funcionalidade física do indivíduo, que implica a capacidade de realizar AVD sem ajuda de terceiros. (Welford et al., 2010) Manter a funcionalidade, e com isto a independência, é importante para a promoção da dignidade. Contudo, o ideal de independência é ainda negado na maioria dos cuidados e serviços de apoio, tal como em ERPI, pois na maioria das vezes as pessoas nestes locais já não possuem capacidade física para resolução dos seus problemas, ou a pouca que ainda tenham preservada não é estimulada nem valorizada no dia a dia. (Randers & Mattiasson, 2004) É possível, no entanto manter estas capacidade de realizar

tarefas, associadas com a capacidade funcional, estimulando a participação do próprio nas rotinas diárias, com supervisão de CF e familiares. (Welford et al., 2010)

2.5. Identidade

Viver em coletivo não significa que os utentes queiram todos as mesmas coisas. Cada pessoa é única e possui necessidades diferentes, o que necessariamente obriga a um atendimento individualizado e diferenciado, tendo em consideração as preocupações do outro, ser autónomo racional, que quer preservar o auto-respeito, ou seja, a sua identidade. (Cruz, 2014) A dignidade do outro aumenta quando ele é reconhecido pelo seu próprio “ser”. Existem momentos em que os estereótipos associados à dependência, carência de cuidados e falta de autonomia, podem adicionar sentimentos negativos, como por exemplo não ver potencial nos utentes residentes em ERPI. (Nordenfelt, 2004)

No que concerne aos espaços é importante respeitar os espaços privados, tendo em conta a pessoa, o seu espaço físico e interior, visto que cada um tem necessidades corporais distintas. O atendimento deve ser individual desde a roupa ao banho, corte e arranjo do cabelo e unhas, isto para que a manutenção do “eu” individual seja promovida na integridade biopsicossocial. (Marques et al., 2012)

O autocuidado está também inteiramente ligado à manutenção de identidade, pelo que a deterioração física de uma pessoa face às experiências do processo de envelhecimento geralmente traz um grau de adaptação à sua identidade. (Marques et al., 2012)

2.6. Liberdade

A capacidade de agir, sem constrangimentos externos ou internos é liberdade. A manutenção da liberdade, da independência e da autonomia são fatores importantes na conservação da dignidade dos utentes. (Rigby et al., 2010) Em ERPI, a liberdade pode ser alcançada através de negociação de cuidados, de forma clara e aberta. Na maioria dos casos os utentes em equipamentos sociais, residenciais ou de outra natureza, requerem ajuda nas AVD o que, muitas vezes, leva ao paternalismo, que pode ser prejudicial na maioria dos casos. O choque entre o paternalismo e a liberdade, muitas vezes surge em ocorrências diárias, como por exemplo em momentos de liberdade de movimento, escolha de alimentos, o que vestir, quando tomar banho, entre outros. (Rigby et al., 2010)

2.7. Privacidade

Privacidade é o direito à reserva de informações pessoais e da própria vida pessoal. (Chadwick, 2012)

“There is no privacy that cannot be penetrated. No secret can be kept in the civilized world. Society is a masked ball where everyone hides his real character, then reveals it by hiding.” Ralph Waldo Emerson.

A falta de privacidade na maioria dos casos resulta em vergonha e humilhação. É nos quartos que normalmente as pessoas encontram o seu “*porto seguro*”, visto que mantêm as suas referências, os seus pertences e podem praticar os seus atos religioso/espirituais, em recolhimento. No entanto, nem sempre existe disponibilidade de quartos individuais, tendo que existir partilha de espaços, para dormir ou para a higiene, com outros indivíduos o que para alguns é um desconforto que leva muitas vezes a que expressem um forte desejo de voltar para casa. (Franklin et al., 2006) Outros demonstram preocupações com questões mais íntimas, por exemplo de higiene pessoal realizados por CF que não conhecem ou que sejam do sexo oposto. O utente em muitos momentos sente-se exposto, tocado e na completa dependência de uma pessoa desconhecida. (Franklin et al., 2006)

As atitudes que promovem a dignidade são refletidas quando os CF respeitam a privacidade, fornecem apoio de tal maneira que os residentes mantêm um sentimento de orgulho e não se sentem um fardo. (Chadwick, 2012) Antes de qualquer intervenção é indispensável que o CF conheça realmente a identidade de cada utente, para conseguir fornecer um cuidado de confiança, parceria e de permissão para aspetos mais íntimos. (Chadwick, 2012)

A privacidade não trata apenas da exposição do corpo, engloba também a confidencialidade, e faz parte do sigilo profissional. As questões e problemas pessoais, partilhados tendo por base uma relação profissional, de confiança, não são para serem discutidos em locais inadequados, mesmo na ERPI.

2.8. Conforto

Conforto pode ser definido como uma necessidade fundamental de todos os seres humanos para alívio, facilidade ou transcendência decorrente de situações de saúde stressantes. (Kolcaba, 2006)

Os utentes idosos, e por vezes não idosos, temem frequentemente o risco de sofrerem quedas, e outros danos físicos, perda da independência, diminuição da capacidade funcional, baixas expectativas de saúde, danos na identidade, que causam constrangimento em diferentes locais. Existem medidas não farmacológicas que podem melhorar os níveis de aptidão funcional e social, para manter a mobilidade, prevenir o declínio funcional e cognitivo, eliminando as angústias sentidas pelas muitas perdas experimentadas. (Mantzoukas & Jasper, 2004) Porém, o ambiente cuidado e “amigo” contribui sempre para a melhoria da interação dos utentes, sua acessibilidade e segurança, o desenvolvimento físico e de bem-estar e, assim, aumentar a sua autonomia e independência. (Penaforte, 2011) A inexistência de barreiras arquitetónicas promove no indivíduo uma maior mobilidade e acessibilidade, fundamentais no seu processo de inclusão e de qualidade de vida através de um ambiente acolhedor, agradável e familiar. (Paiva & Villarouco, 2012)

As instituições devem estar adequadas para promover segurança e o conforto dos seus utentes. Neste conforto está integrado o ambiente físico familiar; a assistência às necessidades dos utentes para a interação social e privacidade; apoio nas atividades do cuidado e por fim a oportunidade de se expressar espiritualmente. (Rigby, et al., 2010) O conforto e segurança são primordiais em espaços físicos, para a manutenção da relação entre a qualidade de vida do utilizador e o ambiente construído. (Paiva & Villarouco, 2012)

2.9. Responder às necessidades

Todo o ser humano tem direito a viver com assistência humana e médica, adequada às suas necessidades. Quando existe uma verdadeira ligação entre a pessoa que cuida e a pessoa cuidada, há uma necessidade de presença, de acompanhamento num percurso particular, seja a nível biológico, psicológico ou social. Quando estes momentos são apreendidos pelo cuidador é conseguida a satisfação do utente. (Ferreira, 2013)

Acompanhar o sofrimento de uma pessoa é um ato humano de amor, e dedicação, que todos devemos assumir. É ir ao encontro da pessoa no mais íntimo do seu ser, dos

seus valores e preocupações. É proporcionando-lhe uma proximidade humana, que lhe permita mergulhar no mistério da sua existência, e encontrar respostas para todas as suas hesitações. (Neto, 2016)

3. Estudo Empírico

Neste capítulo é apresentada a problemática/questão de investigação e as opções metodológicas de estudo, local e amostra do estudo.

Há vários estudos que exploram a vertente da dignidade. Alguns mais direcionados para as pessoas a quem é prestado o cuidado, onde se averigua o sentimento em relação à dignidade, e se esta é respeitada. (Azevedo, 2015) Outros exploram a vertente da dignidade da pessoa em contexto hospitalar. (Bacalhau, 2014) E por fim, existem outros que abrangem a prática da dignidade perante uma profissão específica, com tendência a direcionar para a prática profissional dos médicos e enfermeiros. (Andrade, 2009) Existe, porém, escassa informação sobre como a dignidade é perspectivada e colocada em prática por CF em ERPI, o que justifica a importância/interesse de investigar e compreender qual o conhecimento sobre a temática da dignidade, destes profissionais.

A investigação é composta pela procura de algo, para o que se pretende obter a resposta. Para este estudo a pergunta de investigação, base, foi:

- Como é que o cuidador formal percebe o conceito de dignidade, perante os serviços prestados numa Estrutura Residencial para Pessoas Idosas?

3.1. Objetivos:

A finalidade desta dissertação de mestrado incide sobre a reflexão e prática ética da dignidade numa ERPI.

O objetivo deste estudo é identificar atitudes dos CF a trabalhar em ERPI, com o intuito de compreender a forma como conceptualizam a dignidade enquanto prática profissional e qual a importância que lhe atribuem.

Perante a questão base do estudo, emergiram outras mais específicas:

- O que é a dignidade?
- O que significa a dignidade?
- Como é que cada um interpreta a dignidade?

- A dignidade está associada a vertentes biopsicossociais e espirituais?
- A palavra dignidade tem várias definições, várias formas de ser interpretada?
- Poderá a dignidade ser desempenhada e encarada de forma diferente por cada CF?
- Será a definição de dignidade abrangida por várias perspetivas?

Relativamente a objetivos mais específicos pretende-se:

1. Descrever as dificuldades que os CF têm em desempenhar tarefas com dignidade;
2. Compreender de que forma os CF, através do cuidar, contribuem para a dignidade dos cuidados de saúde;
3. Produzir um guia de formações/recomendações sobre o modo como lidar e utilizar a prática da dignidade nos cuidados prestados.

3.2. Metodologia

Apresentada a problemática e os objetivos que estão na base deste estudo, seguem-se as opções metodológicas que nortearam o seu desenvolvimento e permitiram concretizar o propósito da investigação. Elegeu-se a investigação ação visto que esta permite a identificação facilitada de problemas/situações a investigar. Investiga uma situação social que pretende melhorar a qualidade de ação dentro da mesma. Permite avaliar e superar problemas detetados e potenciar a conceção de métodos inovadores no processo ensino-aprendizagem. (Coutinho et al., 2009; Bogdam & Biklen, 1994)

Num primeiro momento realizaram-se reuniões com a diretora técnica da instituição, com objetivos de perceber a ótica do CF perante os procedimentos cuidadosos, e como se podia melhorar os mesmos. Seguiu-se um estudo qualitativo, em quatro fases:

- **Primeira fase**, inicialmente foi pedida a autorização (Anexo 1) e apresentados os objetivos aos participantes, foi distribuído e assinado um consentimento informado que explicava todo o procedimento do estudo, juntamente com outras informações relativas ao mesmo. Depois de criado o guião da entrevista semiestruturada (Anexo 2), distribui-se os entrevistados em datas específicas de acordo com a sua disposição em escala de trabalho, e realizou-se as entrevistas após horário laboral, de forma a não colidir com as rotinas da ERPI, existiu casos em que os entrevistados mostraram disponibilidade para realizar a entrevista na hora de almoço dos mesmos.

- **Segunda fase**, procedeu-se ao primeiro momento de observação para recolher o máximo de informação possível, e observar se as afirmações expostas em entrevista coincidiam com a prática diária, e também recolher as necessidades cruciais referidas
- **Terceira fase**, procedeu-se a uma intervenção/ação, designada Dignidade na Ótica do Cuidador Formal (DOCF) onde se exploraram algumas vertentes sobre a dignidade, em que se detetaram lacunas durante a prática dos cuidados.
- **Quarta fase**, segunda fase de observação, de modo a avaliar se aquilo que foi transmitido em formação teve efeitos positivos.

3.2.1. Tipo de Estudo

Este estudo tem como base epistemológica a investigação qualitativa por se considerar que esta estratégia é o melhor meio de dar resposta à questão e interrogações colocadas, uma vez que tem como objetivo “*a compreensão dos comportamentos a partir da perspetiva dos sujeitos de investigação*”. (Hill & Hill, 2012) Este método é ainda útil, quando o fenómeno a ser estudado é amplo e complexo, como é o caso presente, onde o corpo de conhecimentos existente ainda não é suficiente para suportar as questões que surgem em redor do mesmo.

Optou-se por um estudo do tipo exploratório-descritivo, método qualitativo, pois este possibilita, descrever um fenómeno ou um conceito relativo a uma população, de maneira a estabelecer as características dessa população. (Hill & Hill, 2012) Exploratório porque se pretende fornecer o maior conhecimento sobre o tema ou problema em investigação, envolvendo geralmente uma pesquisa bibliográfica e entrevistas com pessoas que tiveram ou têm experiências práticas com o problema selecionado para estudo. (Hill & Hill, 2012) Foi igualmente escolhido o método qualitativo, que possibilitou um conhecimento sobre a dignidade, e a experiência dos CF no seu ambiente de trabalho a partir das suas próprias vivências. Este método permite conhecer opiniões da amostra em estudo tendo como ponto de partida o conhecimento que estes têm sobre si próprios. Concretamente, ajudou a ter um conhecimento mais profundo no que diz respeito às significâncias e existências que os cuidadores formais dão à dignidade numa ERPI.

3.2.2. População em Estudo

A população alvo deste estudo são cuidadores formais que exercem a sua atividade na ERPI anteriormente referida. Segundo Forlin (2006), *a população alvo “(...) é um grupo de pessoas ou elementos que têm características comuns.”*

Foi estabelecido o seguinte critério de exclusão: não estar na prestação direta de cuidados, como é o caso dos sócios gerentes. Já relativamente aos critérios de inclusão, foram estabelecidos os seguintes: ser profissional de saúde e profissional da área social e outros a exercer funções na ERPI; idade igual ou superior a 18 anos; qualquer grau de literacia.

3.2.3. Procedimento de Recolha de dados

A recolha de dados é primordial, uma vez que através dela advém dados fundamentais da investigação. Este componente é a ligação entre investigador e o mundo empírico. Este deve obedecer às características da metodologia utilizada. Numa abordagem qualitativa, essa escolha deve compreender a universalidade dos fenómenos.

A recolha de dados deve permitir o aparecimento de constituintes fundamentais para a investigação, salientando os testemunhos orais dos participantes intervenientes no seu contexto real de trabalho.

3.2.3.1. A Entrevista

A recolha de dados foi feita com recurso a entrevista semiestruturada. Este foi o instrumento utilizado não só pela grande adaptabilidade como também pelo facto de permitir uma recolha de *“dados descritos na linguagem do próprio sujeito, permitindo ao investigador desenvolver ideias de como os sujeitos interpretam aspetos do mundo”*. (Bogdan, 1994)

Numa entrevista é essencial a capacidade de observar e de ouvir, porque a forma como determinada resposta é dada, tal como o tom de voz, a expressão facial, ou a hesitação, permite recolher informações que uma resposta escrita nunca revela. (Bell, 2002)

Optou-se para esta investigação utilizar a entrevista semiestruturada, isto porque permite ao entrevistador seguir um guião previamente estabelecido de acordo com os objetivos do estudo, e as questões colocadas ao entrevistado serem pré-determinadas e

abertas, e respondam especificamente ao pretendido, permitindo, no entanto, dar abertura à pessoa entrevistada de poder exprimir opiniões pessoais. Os entrevistados respondem “*a questões idênticas, possibilitando que todas elas sejam comparadas com o mesmo conjunto de perguntas, refletindo diferenças entre os respondentes e não diferenças nas respostas*”. (Lodi, 1974) Durante as entrevistas, teve-se em atenção conceber um clima de confiança e empatia, potenciador de sucesso.

Após entrega e recolha do consentimento informado (Anexo 3) dos participantes, e autorização para a gravação em formato de áudio, realizaram-se 15 entrevistas, entre o dia 2 e 23 de novembro de 2020. As entrevistas foram realizadas fora do horário laboral dos CF, após o turno da manhã, de modo a não existir interposição com as tarefas diárias da instituição. As entrevistas foram realizadas num espaço próprio, para que desse modo o ambiente fosse o mais agradável possível, confortável e seguro, para colocar qualquer dúvida que surgisse. As entrevistas tiveram uma duração média de trinta minutos, cada, onde todos os discursos manifestados em entrevista foram gravados e transcritos para papel.

3.3. Fase de observação inicial

Após a conclusão de todas as entrevistas iniciou-se o processo de observação, por parte da investigadora. Por questões de organização interna do trabalho, esta fase iniciou-se no dia 24 de novembro 2020 e prolongou-se até ao dia 11 de dezembro de 2020.

Durante a fase de observação eram preenchidas grelhas de monitorização (Anexo 6), com tópicos que iam ao encontro dos parâmetros selecionados no guião de entrevista, para fazer a avaliação prática daquilo que foi exposto na fase teórica. Durante este período, foi-se observando factos e citações, que foram expostos durante a entrevista, pelo que se concluía se havia correspondência de informação.

As práticas avaliadas (áreas temáticas) foram: a ligação ética criada com o utente, no sentido de perceber se o CF considera as reais necessidades do utente e as potencialidades do mesmo; se respeita as crenças e religião; se respeita a vontade o gosto e os momentos de alimentação do utente; se estimula a autonomia; se explica procedimentos e pede autorização antes de execução; se comunica adequadamente; se respeita a confidencialidade sobre a informação do utente; se respeita a liberdade individual; e se como estimula a autoestima do utente.

Observaram-se gestos como o bater à porta antes de entrar no quarto e casa de banho; o fechar a porta durante intervenções, no respeito pela privacidade em áreas

íntimas e pelo tempo para necessidades fisiológicas. A comunicação verbal foi observada no que respeita ao tom de voz usado; o uso de expressões e a infantilização do tratamento, respeito pela identidade do utente; e se existe colocação prática da definição que cada entrevistado definiu ser dignidade, e por fim a valorização pelo utente. Estas questões foram avaliadas numa escala de classificação de 0 a 1, sendo que, 0 corresponde a nunca observado; 0,5 às vezes observado; 1 observado sempre. Cada CF foi observado uma vez, durante um dia normal de trabalho, tendo a observação sido iniciada às 9 horas e terminado às 18 horas. Num único caso, realizou-se uma observação, a um CF, durante o turno da noite.

3.4. Intervenções de Formação

Considerando os dados obtidos na primeira observação, foi possível identificar algumas necessidades formativas dos cuidadores, tendo sido construída uma ação de formação desenvolvida pela investigadora, de modo a colmatar as lacunas detetadas na prática profissional de cada CF.

Nesta ação de formação com início no dia 14 de Dezembro de 2020 até ao dia 24 de Dezembro 2020, foram apresentados e explicados conceitos base da dignidade, identificados através de numeras pesquisas na vertente da dignidade, isto para estabelecer uma sequência de procedimentos cuidativos de referência para a prestação de cuidados.

A ação de formação foi divulgada junto dos CF, com uma semana de antecedência, através de chamadas telefónicas, onde foram apresentados alguns objetivos da investigação ação, tais como: definir quais são as práticas que necessitam de melhoria, interceder através de formação e utilização das estratégias no sentido da implementação da dignidade.

Optámos por sessões de *Brainstorming*, como método eficaz para discutir e propor soluções de problemas e no qual a crítica construtiva é aceite e a compreensão é a base de trabalho, em que existe uma transmissão de informação para os formandos, e feedback constante dos mesmos. Neste método a melhoria é sempre desejada. Esta procura pela melhoria, envolve um vasto campo de ideias para procurar encontrar os métodos mais adequados para responder às necessidades existentes. (Baptista, 2007) As temáticas abrangidas em formação foram ao encontro das necessidades detetadas na primeira fase de observação.

Iniciou-se a formação com um breve resumo, abordando as temáticas selecionadas para a formação, justificando aos formandos o porquê da escolha de cada tema. Antes de

qualquer intervenção importava realizar uma técnica que proporcionasse descontração no meio grupal. Optou-se por realizar uma técnica de quebra gelo nomeada “Afinidades e Semelhanças”, com intuito facilitar a harmonia entre os elementos. Para realização da técnica, foi pedido a cada participante que se questionassem sobre gostos pessoais e profissionais e que anotassem numa folha em branco, pelo menos duas ou três características ou gostos que compartilhem mutuamente. (Baptista, 2007) No caso dos grupos individuais, esta técnica de quebra gelo foi realizada com a formadora. Além de divertida, a dinâmica proporciona maior integração entre os CF, permite que conversem e se conheçam melhor fora do conceito de trabalho e que assim possam reconhecer no colega de trabalho afinidades. Na prática, além de criar abertura para que se conheçam melhor, o exercício trabalha a capacidade de procurar união, a importância da comunicação, do respeito e da simpatia.

Seguiu-se com um vídeo que explica a dignidade enquanto direito humano, que originou e deu oportunidade e abertura a um diálogo entre participantes. Foram apresentados os objetivos aos formandos com o intuito de estipular metas, objetivos estes que pretendiam perceber o valor que os CF, atribuem à dignidade, entender qual a perspectiva que os CF têm em relação aos cuidados, definir quais as práticas que necessitam de melhoria e por fim avaliar os resultados da formação e das estratégias de sensibilização utilizadas de modo a melhorar a capacitação dos CF. Antes de iniciar a formação importou apresentar alguns conceitos de autores tais como, (Jacquard, 1986); (Salgueiro, 2014); (Gineste & Pellissier, 2008) sobre a dignidade. Foram selecionadas para a formação temáticas específicas, consoante os resultados que foram obtidos na primeira fase de observação, tais como, a confidencialidade; autonomia e controlo; comunicação; privacidade; respeito e resposta a necessidades. Para construção do modelo de formação foi necessário realizar pesquisas rigorosas de vários autores de modo a ter fundamento sobre cada tópico.

Antes de terminar a formação houve um momento de discussão com os participantes, isto para dar oportunidade aos mesmos de criar um resumo daquilo que foi comentado ao longo da formação. Para término da formação, os participantes visualizaram um vídeo, onde a autora Monja Coen, que transmite uma perspectiva de dignidade muito peculiar, cita a história de uma mãe, com dificuldades financeiras, que no aniversário de dezoito anos do seu filho lhe oferece três batatas doces, e transmite-lhe que na vida nunca se deve rebaixar quem está abaixo nem louvar quem está acima, mas

sim manter sempre a dignidade individual, humildade e respeito. A participação durante a formação foi bastante positiva por parte de todos os intervenientes.

Para complementar a ação de formação, no dia 28 de dezembro de 2020, foram colocados dísticos nas portas dos quartos, casas de banho, refeitório e um quadro de desafios mensais que apresentavam desafios tais como: “perguntar ao utente como se sente”; “questionar a sua vontade”; etc., isto para lembrar e sensibilizar os cuidadores formais a praticar cuidados com dignidade. Foram seleccionados estes locais para colocação dos dísticos por serem os espaços, da ERPI, onde os CF divagavam mais nos cuidados de dignidade. Por exemplo, no refeitório, durante as refeições, existia tendência para acelerar o processo de alimentação, de modo a cumprir horários institucionais, sem existir um momento de explicação à pessoa sobre aquilo que estava a ingerir ou qual a sua vontade, havendo também ruído entre CF, para dialogarem entre si. Relativamente às casas de banho e quartos, acabava por existir falta de consciencialização por parte dos CF. Com a colocação dos dísticos pretendia-se lembrar os CF a cumprir com alguns dos critérios abordados em formação.

Os dísticos nas portas dos quartos e casas de banho apresentam uma imagem com as palavras “TOC TOC”, figura 1, para lembrar a necessidade e importância de bater às portas antes de entrar, proporcionando uma ideia de respeito pela privacidade dos utentes.



Figura 1-Dístico casa de banho e quartos

No refeitório foram colocados dois dísticos de modo a sensibilizar os CF a proporcionar um ambiente tranquilo, agradável e digno durante a refeição. Um dístico pretende lembrar os CF a respeitar o tom de voz durante as refeições, e o outro pretende incentivá-los a informar os utentes acerca da ementa, antes da refeição se iniciar, isto com intuito de estimular a autonomia e vertente sensorial daqueles, figura 2.



Figura 2- Dísticos colocados no refeitório para informar sobre o tom de voz a usar pelos cuidadores formais durante o período da refeição, e a alertar para informarem sobre a ementa do dia.



Figura 3- Dístico para motivar e reforçar a autoestima do utente

Nos espelhos das casas de banho dos utentes foi colocada uma mensagem, figura 3, para proporcionar um momento de motivação ao utente, e que ao mesmo tempo possibilita aos CF relembrar a importância de elogiar e motivar, o utente.

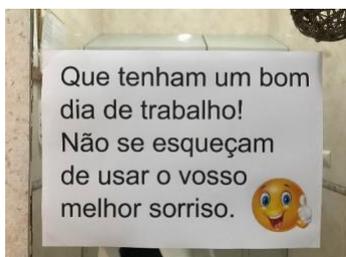


Figura 4- Mensagem de apoio aos cuidadores formais, funcionários da instituição

Na casa de banho das funcionárias foi colocada uma mensagem de apoio e apreço, e para as relembrar da importância de usar a comunicação não verbal adequada, figura 4.

Os dísticos apresentados, tiveram uma grande importância para complementar a formação DOCF. Com subtilidade e discrição, personalizou e estimulou uma postura propiciadora de um ambiente de respeito pela dignidade dos utentes.

No quadro de desafios mensais, apresentavam-se tarefas que deveriam ser executadas ao longo do mês, como “bater à porta antes de entrar em qualquer local íntimo” ou “elogiar o utente de modo a estimular a sua autoestima”.



Figura 5- Quadro de desafios mensais

Porque optar por este mecanismo (dísticos) mesmo após a realização da formação DOCF? Parece estar provado cientificamente que uma parte significativa do nosso córtex cerebral é dedicado ao processamento visual. A visão fornece informações sobre o nosso ambiente. (Atkinson, 2000) Portanto considerou-se o mais sensato fazer esta ligação ténue entre a formação DOCF (intervenção 1) e os dísticos para sensibilização (intervenção 2).

A formação DOCF foi avaliada através do segundo período de observação, de modo a perceber se houve melhoria e mudança de comportamentos.

3.5. Observação- Segunda Fase

Após a formação DOCF procedeu-se a uma segunda observação de modo a avaliar aquilo que se pode considerar o momento revelador da mudança. Cada CF foi avaliado de forma individual, uma vez, num dia específico de acordo com a sua presença laboral na ERPI, este período decorreu entre 4 de Janeiro de 2021 e terminou no dia 4 de Fevereiro de 2021, considerando este o tempo necessário para garantir que todos os parâmetros eram devidamente avaliados. Tal como na primeira etapa de observação, cada CF foi observado uma vez durante o seu período laboral, 12 foram observados no período da manhã e 3 durante o período do turno da tarde. Esta decisão foi tomada pela investigadora visto que, naquele período, 3 CF exerceram os seus serviços, regularmente, no período da tarde.

Durante a observação dos CF preencheram-se as respetivas grelhas de monitorização para que, desse modo, se pudesse detetar alterações, positivas ou negativas, futuramente.

4. Procedimentos Éticos

O facto de a investigadora pertencer à equipa facilitou todo o processo, considerado alguém de confiança e com elevado empenho na equipa, já possuía um elevado conhecimento sobre o funcionamento da ERPI, como também já conhecia os profissionais e o seu desempenho nas tarefas diárias da resposta social. Permitiu-lhe perceber que, na prática, os gestos para atender ao respeito pela dignidade da pessoa cuidada estavam longe de ser usados de forma recorrente.

Antes de qualquer intervenção com os CF foi necessário refletir sobre os procedimentos éticos, que passam a ser expostos de seguida.

Ética é “(...) a ciência da moral, e a arte de dirigir a conduta”, ou seja, cabe ao investigador atenuar os problemas éticos e morais, visto que existem pessoas envolvidas que precisam de ser defendidas. (Streubert & Carpenter, 2002)

Tanto as questões profissionais como a investigação qualitativa em si exigem um conjunto de considerações éticas, e acaba por ser uma reflexão ética muito mais sensível do que a investigação quantitativa. Nem sempre as pesquisas científicas são conduzidas de maneira ética, e esta dificuldade pode ser sentida durante o planeamento dos estudos, visto que são estabelecidos códigos de ética para que haja orientação nesse sentido. (Streubert & Carpenter, 2002)

Para esta investigação respeitou-se a possibilidade de participação ou não participação e, inclusivamente, de poder desistir no decurso do estudo.

Solicitou-se autorização à direção da ERPI para realização do estudo, o que foi autorizado.

Todos os participantes do estudo foram informados e esclarecidos sobre o seu objetivo e a forma como os dados seriam armazenados e anonimizados, e que seriam utilizados apenas para fim deste estudo, após o que foi entregue aos CF o consentimento informado para que pudessem ler e colocar todas as dúvidas/questões que tivessem, e assinar caso aceitassem participar.

Para assegurar a privacidade dos participantes, não se revelou qualquer tipo de dado pessoal que os pudesse identificar em qualquer parte do estudo, para isso as entrevistas foram codificadas com um código alfanumérico (CF1; CF2,).

Todo este processo e informação foi apresentado à Comissão de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, do qual teve um parecer favorável dando autorização para avançar com a investigação (Anexo 4).

Durante a realização da investigação, todos estes princípios foram base de decisão metodológica e a forma como foi tratada a mesma no campo, preservando o respeito pela pessoa e valorizando a autonomia e responsabilidade.

5. Análise de dados - entrevista

Considerando os objetivos e o tipo de estudo para a análise dos dados, recorreu-se à análise de conteúdo que, de acordo com Bardin (2011), é definida como “*um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitem a inferência de conhecimentos*”. (Bardin, 2011)

Estas conclusões pretendem esclarecer a causa da mensagem e consecutivamente as consequências que a mensagem pode provocar. Portanto, a análise de conteúdo visa fornecer técnicas precisas e objetivas que sejam suficientes para garantir a descoberta do verdadeiro significado. (Bardin, 2011)

Neste sentido, e de acordo com Bardin (2011) entende-se que na análise de conteúdo a **pré-análise**, a **preparação do material**, a **referenciação**, a **exploração** e finalmente o **tratamento dos resultados**, *inferência* e *interpretação*, consiste no tratamento dos resultados, permitindo a elaboração de tabelas que condensam e destacam as informações fornecidas, correspondem ao momento chave da investigação. (Bardin, 2011)

Utilizou-se a estratégia de audição/registo e posteriormente transcrição das entrevistas- dos 15 CF, nas entrevistas que constituem o nosso “*corpus documental*”. Partindo desta análise e interpretação, evidenciamos as relações existentes entre o fenómeno estudado e outros fatores e verificamos as relações entre as variáveis o que nos permite assim ampliar os conhecimentos sobre o fenómeno. (Bardin, 2011)

Atentando na definição onde Bardin (2011), defende que a análise de conteúdo alterna entre dois polos que, envolvendo a investigação científica “o rigor da objetividade

e a fecundidade da subjetividade”, resulta na construção de indicadores quantitativos e/ou qualitativos que devem conduzir o investigador a uma posterior leitura da comunicação, tendo por base a dedução e a inferência, uma vez que essa nova percepção do material pretende revelar o que está oculto, latente ou subentendido na mensagem.

Deste modo, ao analisar as entrevistas, baseando no quadro teórico e nos objetivos propostos, emergem um conjunto de categorias de codificação catalogadas segundo as áreas temáticas, que se vão retificando e melhorando com o avançar da análise.

Assim, da análise das entrevistas inerentes a este estudo e com base na técnica de análise de conteúdo de Bardin, emergiu um conjunto de áreas temáticas, categorias e subcategorias.

6. Resultados

A amostra foi constituída por 15 CF, da resposta social ERPI, com idade compreendida entre os 27 aos 63 anos, era maioritariamente constituída por indivíduos do sexo feminino, 14 (90%) vs 1 (10%) do sexo masculino. Quanto à formação académica um tinha o grau de mestre, dois licenciatura, dois com o 12º ano, 2 com o 9º ano, um com o 6º e sete com o 4º ano de escolaridade.

No que concerne ao início de atividade na instituição, o tempo máximo é de 18 anos e o mínimo 10 meses.

A análise dos dados de cada entrevista permitiu reconhecer o olhar de cada CF sobre a sua experiência do cuidar com dignidade. Este olhar é visível no conjunto de áreas temáticas, respetivas categorias e subcategorias obtidas através da análise de conteúdo e que se encontram expressas na tabela 1, onde também consta o número de unidades de análise. Todo o conteúdo apresentado nas seguintes tabelas, encontra-se nos anexos 5 e 5.1., com todas as citações atribuídas a cada área temática.

6.1. Análise de Conteúdo

Tabela 1- Análise de Conteúdo das entrevistas aos CF

Área Temática	Categoria	Sub-Categoria	Nº - número de unidades de registo
1. Significado da dignidade na perspetiva dos cuidadores formais	<u>Respeito</u>	Autonomia	6
		Crenças e valores	2
		Identidade	3
		Individualidade	4
		Privacidade	4
	<u>Promoção de conforto e bem estar</u>	Físico e mental	5
		Ambiente adaptado	1
<u>Empatia</u>	Compreensão	2	
2. Intervenções valorizadas pelo Cuidador Formal no cuidar	<u>Personalização do cuidado</u>	Individualização do cuidado	2
			1
		Adaptação de dietas	1
		Estimular o envolvimento familiar	2
		Estimulação do utente	3
	<u>Cuidado centrado na pessoa</u>	Valorização da pessoa	2
		Reforço positivo	4
	<u>Confidencialidade</u>	Direito à reserva de informação	1
3. Fatores perturbadores do cuidar da pessoa institucionalizada em ERPI	<u>Interação com o outro</u>	Infantilização	9
		Comunicação	10
	<u>Gestão de emoções</u>	Pena	3
		Tristeza	1
		Impotência	2
		Desmotivação	2
		Dificuldade em conciliar a vida pessoal com profissional	4
	<u>Gestão do tempo</u>	Rentabilização do tempo	8
	<u>Práticas rotineiras</u>	Hábitos enraizados	3

		Falta de flexibilidade	1
		Substituição da pessoa	4
	<u>Défi ce no acompanhamento dos profissionais</u>	Défi ce de formação	1
		Falta de Supervisão	1
	<u>Divergências na equipa</u>	Resistência à mudança	1
		Conflitos entre profissionais	3
	<u>Trabalhar em vários locais</u> ¹	Sobrecarga física e emocional ²	4

6.2. Análise da primeira área temática

Pela análise de conteúdo à temática do significado da dignidade na perspetiva dos CF emergiram três categorias principais: o **respeito**, a **promoção de conforto e bem-estar** e a **empatia**.

Dos quinze entrevistados, seis atribuíram ao **respeito**:

1. A **autonomia**, como se pode observar no seguinte discurso: “(...) *dignidade é o respeito pela autonomia física, mental e social do utente(...)*”CF11.
2. As **crenças e valores** foram igualmente referenciadas por dois participantes, tal como refere as seguintes citações:
“(...) *dignidade é o respeito pelas (...) Crenças e valores (...)*” CF11;
“(...) *é importante estabelecer ligações éticas, ou seja, ligações morais, respeito pelos estilos de vida, privacidade, valores (...)*”CF13.
3. O respeito pela **identidade**, subcategoria mencionada por três entrevistados, foi considerado: “(...) *conhecer a pessoa, aquilo que ela foi, aquilo que ela é (...)*”CF1.
4. A **individualidade** indicada por quatro CF, foi transmitida de forma simplista, tal como refere o CF7: “(...) *respeitar-se a individualidade de cada um sem dúvida, (...).*”

¹ Categoria (sublinhado e a negrito)

² Sub-categoria (negrito)

5. E por fim, a **privacidade** citada em três momentos das entrevistas: “(...) *sempre que me lembro dos pormenores, acho que devemos manter a privacidade para preservar a dignidade (...)*”CF10.

Na categoria de **promoção de conforto e bem estar**:

1. O **físico e mental**, emergiu cinco vezes: “(...) *conforto e bem-estar, é algo físico e mental, parece-me adequado para definir dignidade (...)*”. CF3.
2. O **ambiente adequado** foi outra intervenção mencionada pelo CF12, com a seguinte citação: “(...) *eles têm que se sentir em “casa” o máximo possível (...)*”.

Quanto à categoria de **empatia**:

1. Surgiu a **compreensão**, mencionada por dois CF, com uma perspetiva de: “(...) *saber colocar-nos na pele do outro, é uma virtude (...)*” CF15.

Tabela 2- Significado da dignidade na perspetiva dos cuidadores formais

Categorias	Subcategorias	Número de unidades de registo
<u>Respeito</u>	Autonomia	6
	Crenças e valores	2
	Identidade	3
	Individualidade	4
	Privacidade	4
<u>Promoção de conforto e bem-estar</u>	Físico e mental	5
	Ambiente adaptado	1
<u>Empatia</u>	Compreensão	2

6.3. Análise da segunda área temática

Quando inquiridos sobre quais as intervenções que mais valorizam quando cuidam da pessoa institucionalizada em ERPI, os CF destacam três categorias: **personalização do cuidado**, o **cuidado centrado na pessoa** e a **confidencialidade**, como se apresenta na tabela 2.

A **personalização do cuidado** foi uma das categorias desta temática, que se divide em quatro subcategorias:

1. **Individualização do cuidado**, mencionado por três CF, tal como refere as seguintes citações:
 - “(...) tratamos cada um de forma diferente o que é muito bom porque ninguém é igual a ninguém. (...)” CF11
 - “(...)uma recolha rigorosa de informação por parte das técnicas, (...) que se vai realizando diariamente permite conhecer melhor o que precisam cada um dos utentes”. CF1.
2. **A adaptação de dietas**, referido por um dos CF: “(...) é importante que as necessidades nutricionais sejam cumpridas de forma individualizada, e por isso existe várias ementas, para cumprir isso (...)”. CF12,
3. **Estimulação do envolvimento familiar** referido por dois entrevistados: “(...) a participação do familiar em todo o processo de pré e durante institucionalização é indispensável para adaptar os cuidados aos utentes (...)”. CF5
4. **Estimulação do utente**, tal como cita o CF12: “(...) conseguimos reconhecer as capacidades das pessoas, durante as refeições, estimulando o paladar, as memórias, no banho quando lhes pedimos ajuda e vemos se elas conseguem fazer, ou mesmo em pequenos pormenores, (...)”.

Quanto à categoria do **cuidado centrado na pessoa**, surgiram as subcategorias:

1. **Valorização da pessoa**, enunciado por dois CF, como evidencia o seguinte extrato: “(...) valorizo muito o utente e a história, (...) tenho em conta as suas fragilidades e dificuldades (...)” CF15
2. **Reforço positivo**, expressado por quatro CF, revela-se no discurso do CF10: (...) ainda há bocado disse ao Sr. X, que ele estava muito bonito e cheiroso, porque vi que ele tinha ficado muito aborrecido com a conversa ao telefone com a filha. (...) Quando estão mal dispostos pergunto o que se passa, se posso ajudar (...)”.

Na categoria da **confidencialidade**, surgiu uma vez como subcategoria:

1. **O direito à reserva de informação**: “(...) tenta-se sempre manter a informação do utente reservada (...)”. CF1.

Tabela 3- Intervenções valorizadas pelo Cuidador Formal no cuidar

Categorias	Subcategorias	Número de unidades de registo
<u>Personalização do cuidado</u>	Individualização do cuidado	3
	Adaptação de dietas	1
	Estimular o envolvimento familiar	2
	Estimulação do utente	3
<u>Cuidado centrado na pessoa</u>	Valorização da pessoa	2
	Reforço positivo	4
<u>Confidencialidade</u>	Direito à reserva de informação	1

6.4. Análise da terceira área temática

Para os entrevistados, os fatores que de algum modo dificultam o processo de cuidar da pessoa institucionalizada em ERPI, foi uma das temáticas que originou mais categorias e subcategorias, tal como exposto na tabela 3.

Algumas das categorias que surgiram da análise deste tema foram: a **interação com o outro**, a **gestão de emoções**, a **gestão de tempo**, a **práticas rotineiras**, o **défi ce no acompanhamento dos profissionais**, as **divergências na equipa** e por último, **trabalhar em vários locais**.

Na categoria, **interação com o outro**, surgiram como subcategorias:

1. **Infantilização**, mencionada por nove CF. Referindo as seguintes citações:
 - “(...) há momentos que dou por mim a falar com uma voz muito infantil, eu própria reconheço isso (...)”. CF6
 - “... eu olho como se fossem minha família, por exemplo a Dona E, fazia-me lembrar a minha avó e eu tratava-a por avó E (...)”. CF14.
2. **Na comunicação**, destacaram-se duas das dez citações mencionadas:

- “(...) *elevo muito a voz em certos momentos e pode parecer que estou chateada(...)*” CF7.
- “(...) *às vezes quando me exalto um pouco, a minha comunicação falha com o utente(...)*” CF11.

Na categoria relativa à **gestão de emoções**, foram vários os CF que verbalizaram sentimentos no âmbito do cuidar da pessoa. Emoções de difícil descrição, podendo confundir-se em muitas das citações como compaixão. Surgiram como subcategorias:

1. **Pena**, conforme mencionado por três entrevistados, “(...) *dá-me pena ao que chegamos (...)*”. CF8.
2. **Tristeza**, “(...) *Quando eles partem fica sempre um cadeirão vazio. (...)*”. CF13,
3. **Impotência**, apresentada duas vezes pelos CF, “(...) *por vezes não sei bem o que fazer, não sei responder a certas questões (...)*”. CF7,
4. **Desmotivação**, expressa por dois dos participantes, “(...) *damos o nosso todo, e por vezes os utentes não são reconhecedores do nosso trabalho (...)*”. CF8,
5. **Dificuldade em conciliar a vida pessoal com a profissional** “(...) *quando tenho problemas em casa com os filhos ou outros assuntos é muito comum eu trazer essa disposição para o trabalho, e às vezes explodo confesso (...)*”. CF6.

Na categoria da **gestão do tempo**, foi indicada como subcategoria:

1. A **rentabilização do tempo**, em oito momentos, tal como é visível na seguinte citação expressa pelo CF3: “(...) *é uma correria às vezes nem nos lembramos (...) da ética e a dignidade (...)*”.

Face a categoria das **práticas rotineiras**, surgiram como subcategorias:

1. Os **hábitos enraizados**, manifestado por três entrevistados, tal como demonstra as seguintes citações:
 - “(...) *eu sei que a dignidade é precisa, e um dia quero o mesmo para mim, mas nunca tivemos ninguém que nos ensinasse isso, nem eu sei se consigo tirar estes hábitos de mim.*” CF6.
 - “(...) *para cumprir as rotinas, às vezes nem nos lembramos dos pormenores*” CF3.

2. A **falta de flexibilidade**, foi consignada como: “(...) a verdade é que não precisamos de pensar muito, mas por vezes não sei ser flexível e resolver situações simples (...)”. CF11
3. A **substituição da pessoa**, referenciado por quatro CF, no qual um deles citou: “(...) As pessoas com Alzheimer, muitas vezes não sabem o que fazer com um talher e nós nem perdemos tempo em explicar, vamos diretos a dar a comida na boca (...)”CF4.

Relativamente ao **défi ce de acompanhamento dos profissionais**, surgiram subcategorias relativas ao:

1. **Défi ce de formação**, retratado pelo CF8 “(...) confesso que não sei como funciona em outros lares, em termos dos serviços prestados, porque sempre trabalhei aqui, e maior parte das minhas colegas também... é assim, as bases que temos são coisas que fomos aprendendo e outras... olha fomos fazendo como pensamos que está bem (...)”.
2. Segundo um dos entrevistados, a **falta de supervisão**, é também um fator dificultador no cuidar da pessoa institucionalizada em ERPI, tal como demonstra o seguinte excerto: “(...) ao fim de semana descuidámo-nos um bocado, confesso. Porque parece que necessitamos de uma supervisão de alguém superior para detetar certas falhas. (...) por vezes até são os pequenos pormenores, como a roupa que lhe vestimos(...)”. CF6.

Na categoria das **divergências na equipa**, surgiu a:

1. **Resistência à mudança**, assim como nos refere o CF3 “(...) eu até gostava de fazer as coisas bem, mas há colegas que não se esforçam, às vezes nem vale apenas tentar(...)”.
2. Os conflitos entre profissionais, é considerado por três CF como um aspeto dificultador no cuidar: “(...) os conflitos entre colegas, por vezes acabam por prejudicar o bem estar dos utentes(...)”. CF7

E por fim, na categoria de **trabalhar em vários locais**, surgiu a:

1. **sobrecarga física e emocional**, mencionada por um dos quatro CF: “(...) é costume quando faço manhãs ou estou de folga ir fazer limpezas a uma casa, depois no dia seguinte quando venho trabalhar o corpo pesa, mas tem que ser (...)” CF6.

Tabela 4- Fatores perturbadores do cuidar da pessoa institucionalizada em ERPI

Categorias	Subcategorias	Número de unidades de registo
<u>Interação com o outro</u>	Infantilização	9
	Comunicação	10
<u>Gestão de emoções</u>	Pena	3
	Tristeza	1
	Impotência	2
	Desmotivação	2
	Dificuldade em conciliar a vida pessoal com profissional	4
<u>Gestão do tempo</u>	Rentabilização do tempo	8
<u>Práticas rotineiras</u>	Hábitos enraizados	3
	Falta de flexibilidade	1
	Substituição da pessoa	4
<u>Défi ce de acompanhamento dos profissionais</u>	Défi ce de formação	1
	Falta de supervisão	1
<u>Divergências na equipa</u>	Resistência à mudança	1
	Conflitos entre profissionais	3
<u>Trabalhar em vários locais</u>	Sobrecarga física e emocional	4

6.5. Primeira fase de observação

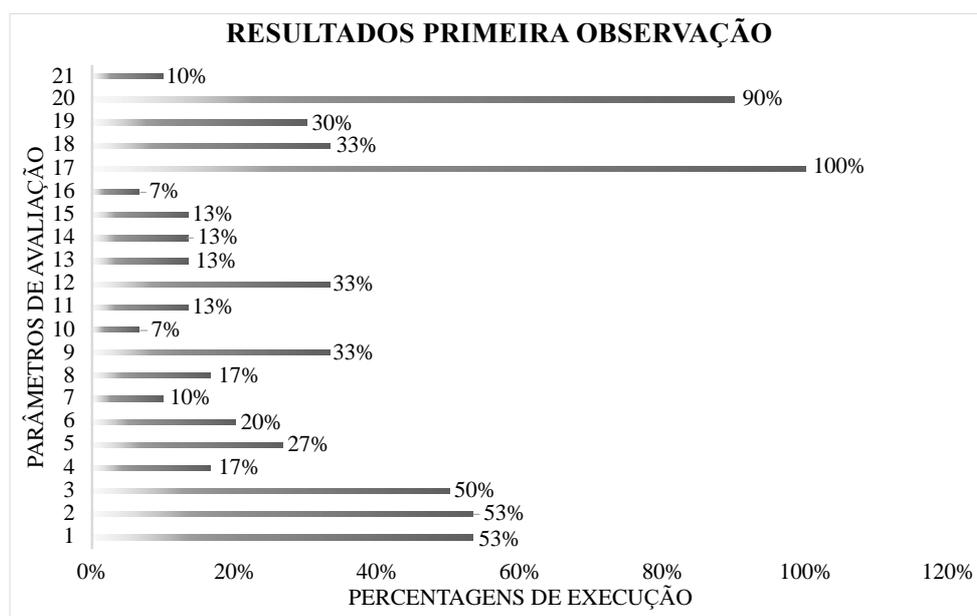
Os CF atribuem significados à dignidade diferentes, demonstram ter perceção sobre quais as intervenções indispensáveis à sua prática e reconhecem os fatores dificultadores da prática, no entanto, a observação da prática efetiva é inferior (Anexo 6.1.). Os resultados desta observação encontram-se no gráfico 1.

Na grelha de observação concebida, cujos critérios são identificados, no texto, por algarismos entre aspas, no que concerne ao primeiro critério de avaliação **(1)** criação de ligações éticas com o utente, e ao segundo critério **(2)** o respeito pelas crenças e religião, ambos obtiveram 53%. A valorização do utente **(3)** este obteve em média de 50%, sendo que metade dos entrevistados valoriza esta vertente e metade desconsidera. O respeito

pela vontade **(4)** obteve uma percentagem de 17% pelo que apenas dois entrevistados praticam com alguma frequência esta postura e um pratica sempre. No quinto critério avaliado, o respeito pelo gosto **(5)** obteve um valor de 27%, consideravelmente baixo para as citações mencionadas nas entrevistas. No que diz respeito aos momentos de alimentação dignos **(6)** este critério apresentou nas grelhas de observação um valor de 20%, sendo que um dos entrevistados proporciona sempre momentos de alimentação dignos, quatro dos entrevistados praticam apenas às vezes, e os restantes nunca, não demonstrando qualquer interesse pelo momento. Na estimulação da autonomia **(7)**, ao contrário da importância dada, apresentada nas entrevistas, este critério teve um valor de 10%. O quarto critério, explicação de procedimentos e pedido de autorização **(8)**, obteve também um valor de 17%.

No que pertence à comunicação **(9)**, esta foi apresentada como uma dificuldade o que acabou por ser apresentado nos resultados, obtendo um valor de 33%, sendo que um entrevistado pratica sempre uma comunicação adequada, oito demonstram que praticam às vezes e os restantes nem sequer apresentam atitude ou interesse de estabelecer uma comunicação adequada. O respeito pela confidencialidade do utente **(10)** obteve uma percentagem de 7%. O respeito pela liberdade individual **(11)** do doente obteve uma percentagem de 13%. Na vertente do estímulo da autoestima do utente **(12)**, esta foi avaliada com o valor de 33%. Na prática do bater à porta antes de entrar no quarto **(13)**, apenas dois cuidadores formais tinham este hábito, apresentando uma percentagem de 13%, sendo que o parâmetro seguinte, bater a porta antes de entrar na casa de banho **(14)** e o respeito pela privacidade em áreas íntimas **(15)** teve o mesmo valor. O fechar a porta durante intervenções **(16)** foi apenas praticado por um dos cuidadores formais tendo uma percentagem de 7%. No parâmetro pelo respeito do tempo de necessidades fisiológicas **(17)**, foi observado que todos os cuidadores formais cumpriam este critério sempre. O tom de voz adequado durante a comunicação **(18)**, obteve uma percentagem de 33%, tendo um valor igual ao parâmetro da comunicação. No respeito pela identidade do utente **(19)**, sete cuidadores formais cumpriam às vezes e um CF sempre, obtendo um valor de 30%. No critério da infantilização **(20)**, todos os cuidadores formais infantilizavam e olham para o utente num estado de vulnerabilidade, pelo que apenas um dos cuidadores formais não infantilizava e outro só o fazia às vezes, tendo uma média de 90%. No último critério, que avalia se o CF, coloca em prática a sua definição de dignidade **(21)**, reparou-se que apenas um cuidador colocava em prática às vezes e outro sempre, tendo no final um valor de 10%.

Gráfico 1- Resultados Primeira Observação



Nota: os números que se encontram no eixo das ordenadas correspondem aos critérios avaliação/observação, de acordo com o identificado no texto

6.6. Segunda fase de observação

Após a realização das intervenções deu-se continuidade ao estudo com uma segunda fase de observação (Anexo 6.2.), cujos resultados são apresentados no gráfico 2 resultados.

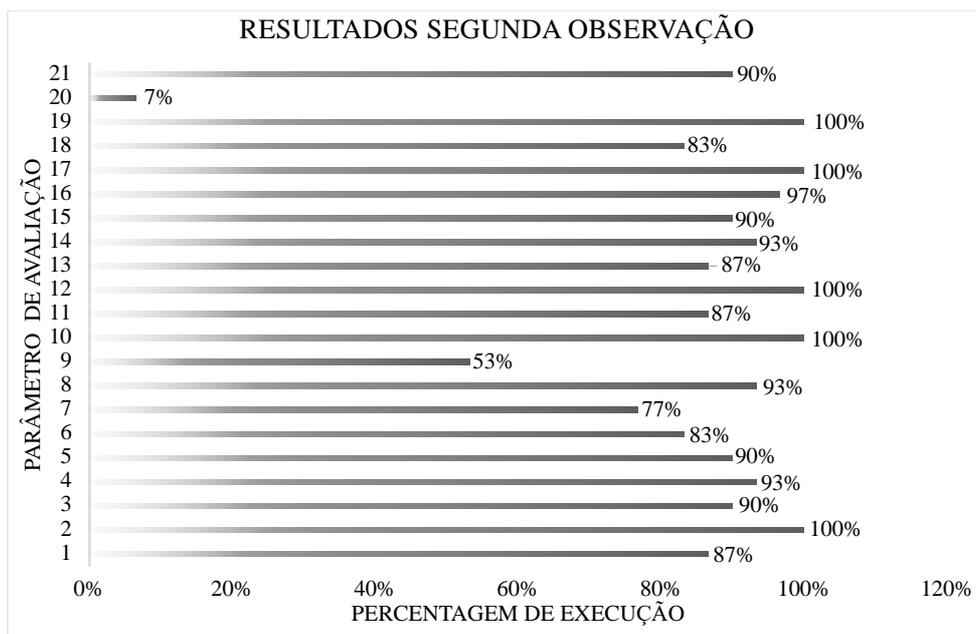
No primeiro critério de avaliação, criação de ligações éticas com o utente **(1)**, esta obteve no total uma percentagem de 87%, sendo que houve uma melhoria de 33% desde a primeira observação. Relativamente ao respeito pelas crenças e religião **(2)** este obteve uma média de 100%, apresentando uma melhoria significativa de 47% desde a primeira fase de observação. Na valorização pelo utente **(3)** este obteve um valor de 90% nas grelhas de observação, com uma melhoria de 40%. No respeito pela vontade **(4)** esta obteve uma melhoria de 77% desde a primeira observação. No respeito pelo gosto do utente **(5)**, este parâmetro teve uma média de 90%, sendo que apresentou uma melhoria de 62% desde os primeiros registos de observação. No proporcionar momentos de alimentação dignos **(6)**, esta prática obteve uma melhoria de 63%.

Na estimulação de autonomia **(7)** maioria começou a utilizar esta prática na prestação de cuidados pelo que houve uma melhoria de 67%. O parâmetro da explicação de procedimentos e pedido de autorização **(8)**, teve um valor significativo de 93%, apresentando uma melhoria de 77%. Na comunicação **(9)**, todos os cuidadores formais

começaram a comunicar na maioria das vezes de forma correta, apresentando um resultado de 53%, havendo uma melhoria de 20%. Na confidencialidade **(10)**, esta obteve uma melhoria extraordinária, pelo que houve sensibilização e mudança de atitudes após intervenções, existindo conhecimento da importância deste parâmetro para o bem-estar do utente, os valores da primeira observação eram de 7%, passaram para 100% em média, com uma melhoria significativa de 93%.

No respeito pela liberdade individual **(11)**, esta teve uma melhoria de 73% desde a primeira observação. O estímulo pela autoestima do utente **(12)** obteve uma média na segunda observação 100% sendo que teve uma melhoria significativa de 67%. O ato de bater à porta do quarto antes de entrar **(13)** apresentou uma diferença de 73% de melhorias, entre a primeira e segunda observação. Maioria dos cuidadores formais começaram a implementar a prática de bater a porta antes de entrar na casa de banho **(14)** o que apresentou uma média de 93% na segunda observação, apresentando uma melhoria de 80% entre as duas observações. O respeito pela privacidade em áreas íntimas **(15)** apresentou o valor de 90%, sendo que maioria dos cuidadores formais, principiaram esta atitude sempre, apresentando uma diferença de 77% desde a última observação. O ato de fechar a porta durante intervenções **(16)** começou a ser regular, pelo que apresentou uma melhoria de 90% entre a primeira e segunda observação. O respeito pelo tempo de necessidades fisiológicas **(17)** manteve-se a 100% nas duas observações realizadas. A implementação de um tom de voz adequado durante a comunicação **(18)** melhorou expressivamente, obtendo um valor de 83%. Houve um reconhecimento elevado pela identidade do utente **(19)**, apresentando uma melhoria de 70%. O critério de observação sobre a infantilização **(20)** na primeira observação, apresentava-se acrescido, passando para um valor de 7%, tendo uma melhoria positiva de 83%. Por fim, a colocação da própria definição de dignidade **(21)**, foi na primeira observação encarada como desnecessária ou pouco praticada, no entanto na segunda observação, após a implementação das intervenções obteve um valor de 90%.

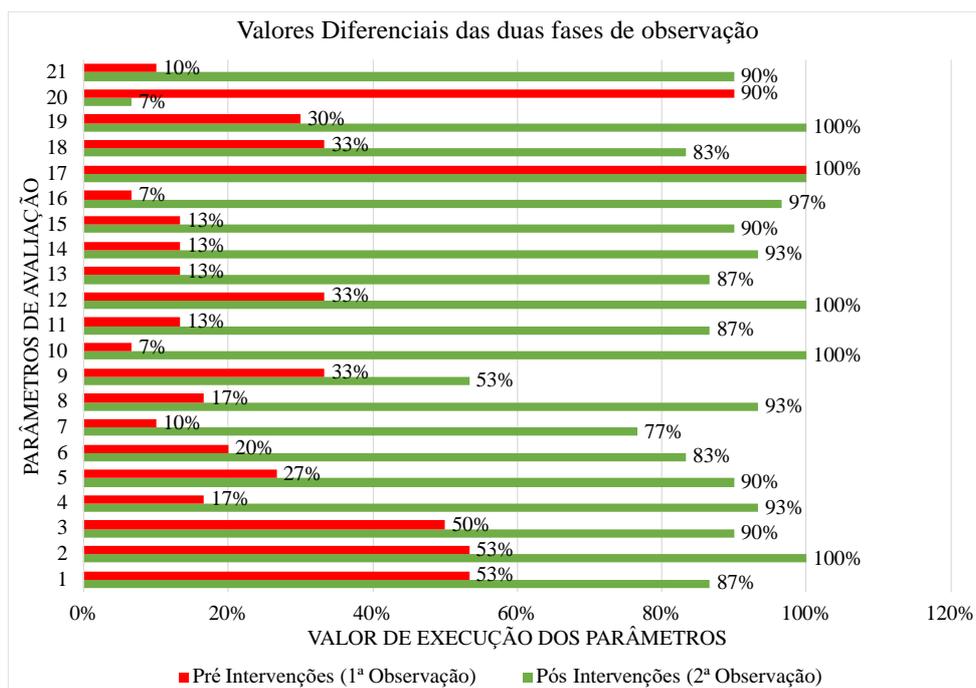
Gráfico 2- Resultados Segunda Observação



Nota: os números que se encontram no eixo das ordenadas correspondem aos critérios avaliação/observação, de acordo com o identificado no texto

De modo geral, existiu uma melhoria significativa das práticas implementadas nos cuidados diários dos CF perante os utentes, sendo que a média dos resultados da primeira observação de todas as questões foi de 31% e na segunda observação o total da média foi de 86%. No gráfico 3 apresentam-se os resultados das duas observações onde, para cada critério, é visível a evolução no sentido da melhoria das práticas durante o cuidado.

Gráfico 3- Valores diferenciais das duas observações



7. Discussão

Este trabalho que decorreu numa ERPI da zona centro de Portugal, estudou uma amostra constituída maioritariamente por CF do género feminino com idade compreendida entre os 27 aos 63 anos, com diferentes graus académicos e formações profissionais todas relacionadas com a prestação direta de cuidados a utentes de ERPI. A maioria dos CF prestavam serviços na ERPI há longos períodos de tempo, entre 10 meses a 18 anos.

Por se tratar de um estudo de investigação ação existe evolução em conhecimentos, práticas e comportamentos, o que exige especial atenção.

Foram várias as dificuldades experienciadas pelos CF perante o processo do cuidar protegendo a dignidade do outro. Uma das principais dificuldades foi relativa à comunicação Chalifour (1989) refere que: “Para sobreviver, crescer e atualizar-se, a pessoa humana necessita estabelecer relações harmoniosas com o meio físico, humano e cultural no seio do qual ela troca informação...”. É efetivamente com a comunicação que contruímos o mundo. É um processo através do qual se constroem formas simbólicas que trazem a realidade à experiência humana. Comunicar é criar sentido da realidade, da nossa realidade, seja esta interior ou exterior. Lemos o mundo a partir dos discursos, e da multiplicidade de vozes. E é por isso que a boa comunicação constrói comunidades. Na opinião de Riley (2004), também pode ser “comunicação terapêutica” e neste caso ser o suporte da relação de ajuda terapêutica. Durman (2003) no seu estudo verificou que apesar dos profissionais reconhecerem a importância da comunicação terapêutica nos cuidados prestados ao doente, apontam falhas no relacionamento interpessoal e referem uma maior necessidade em ouvir os doentes. A comunicação entre todos os intervenientes neste processo torna-se fundamental para que não haja falhas entre as partes envolvidas na etapa de institucionalização.

A dificuldade em saber separar a vida profissional da vida pessoal foi mencionado pelos CF, e também por Rosado (1991) ao observar que do confronto com o cuidar de outros e o cuidado pessoal podem emergir, frequentemente, problemas físicos tais como: fadiga, enxaqueca, dificuldades respiratórias, insónias e anorexia, entre outros. Porém, os mais apontados são: sentimentos de impotência, choro, sensação de abatimento, dificuldades de concentração, cólera, ansiedade e irritabilidade. Alguns destes sentimentos surgiram também neste estudo *Dignidade na Ótica do Cuidador Formal*, como dificuldade no processo cuidados com dignidade.

Relacionado às temáticas apresentadas anteriormente, Sapeta, (2011), refere que cuidar de alguém com respeito pela sua dignidade é um processo de elevada complexidade e contém diversas particularidades a nível de interpretação, tanto de quem presta cuidados como de quem os recebe. É evidente que existem circunstâncias e alterações que ocorrem ao longo da vida que podem alterar a nossa identidade e a forma como encaramos as várias temáticas da vida. Neste sentido, foi importante perceber o significado da dignidade na ótica dos CF que prestam serviços em ERPI.

Os CF que participaram no nosso estudo consideram a dignidade sinónimo de respeito pela autonomia, física, mental, social, como também respeito pelas crenças, valores e histórias de vida e vivências. Para Vilelas (2013) os princípios do cuidado centrado no utente têm de ser pautados pelo direito ao respeito pela vida privada e o direito à informação. Desta forma ser possuidor de direitos numa sociedade que assegura permanência e a concretização dos direitos humanos dos utentes é ao mesmo tempo uma fonte de proteção pessoal e uma fonte de respeito à dignidade humana e tudo o que envolve a mesma Vilelas (2013).

Os CF identificaram também a autonomia como fazendo parte da dignidade. Beauchamp & Childress (2002), referem que todo o relacionamento entre quem cuida e quem é cuidado deve respeitar a autonomia de forma clara e transparente. A autonomia é uma categoria de liberdade. O conceito de autonomia está, necessária e obrigatoriamente, ligado ao exercício daquilo que Aristóteles chamou de *atributo do homem a racionalidade*. (Jólluskin & Toldy, 2011)

Foi referido pelos CF ao longo do estudo, a privacidade. É evidente que a privacidade do utente fica comprometida ao dar entrada numa resposta social o que por vezes se pode acentuar conforme a gravidade da doença e o grau de dependência, nos cuidados. Porém compete à equipa que presta os serviços proporcionar resguardo da privacidade dos utentes. Os autores Pupulim e Sawada (2012) referem que a privacidade não é somente excluir-se ou o artifício de deixar aproximar-se, envolve estar em contacto ou sem contacto com os outros. Privacidade consiste no afastamento temporário e voluntário de uma pessoa, da sociedade me geral, por meios físicos ou psicológicos e incide em ter controlo seletivo do acesso a si próprio, ou melhor em um processo dinâmico de regulação da fronteira interpessoal, por meio do qual os indivíduos ou grupos podem controlar ou regular a interação.

Aquino e Sousa (2017) refere que a constituição preserva em qualquer caso, a dignidade da pessoa humana, os direitos à vida, à integridade pessoal, à identidade

peçoal, à capacidade civil e à cidadania, e ao direito à liberdade de consciência e de religião. E nesta ideologia, em contexto social as pessoas relacionam-se de acordo com a identidade que é própria de cada um, é pressuposto necessário para que as pessoas possam exercer a sua dignidade, independente do padrão social, cultural, econômico, de convicções políticas, religiosas e de faixas etárias. A composição de diversas características com o resultado da identidade própria de cada pessoa faz com que exista uma aproximação comum, visto que todos os seres são pessoas dotadas de uma mesma dignidade, simplesmente pelo facto de ser pessoa.

A saúde por si, consiste no ótimo funcionamento do utente, facilitado pelo alcance do conforto, e o papel do CF consiste na intervenção de confortar as necessidades do doente, implementando formas de conforto para responder às suas necessidades. Para a autora (Kolcaba, 2006) conforto é um estado holístico e complexo, um resultado desejado, e essencial nos cuidados direcionados a qualquer população, é de facto importante para todos os seres humanos. O contexto físico do conforto está relacionado com fatores que afetem o estado biológico, psicológico e social. Considerando que a prática do CF é uma resposta humana de ajuda e conforto. A promoção do conforto relaciona-se com a promoção da autonomia que se baseia no respeito pela pessoa que está a ser cuidada. Neste sentido a valorização da dignidade do utente promove o seu sentido da pessoa atribuindo sentido ao seu conforto. O padecimento dos utentes advém muitas vezes de aspetos como a perda de autonomia e dependência de terceiros, sintomas mal controlados, alterações da imagem corporal, perda do sentido de vida, perda de dignidade, perda de papéis e estatuto, perda de regalias económicas, alterações nas relações interpessoais, modificação das expetativas e planos futuros e abandono.

A intervenção do CF em qualquer intervenção que execute, deve proporcionar alívio físico, a experiência de conforto é influenciada pela relação estabelecida entre o cuidador e quem é cuidado. (Gallagher et al., 2008) Desse modo, para proporcionar conforto e bem-estar é primordial recolher informação clínica e história de vida, de modo a elaborar um plano de cuidados centrado na individualidade de cada utente.

Muito mais do que competências técnicas, o exercício da profissão de CF é desafiador, ao passo que é necessária empatia transpassada por eixos emocionais, psíquicos, culturais e sociais que influem na expressão da liberdade e dignidade humana. Esses eixos são debatidos na teoria sociológica como elementos construtivos do reconhecimento, o qual se fundamenta em dispositivos de proteção intersubjetivos, respeitosos e públicos, que fomentam a formação da personalidade bem-sucedida do

sujeito. Assim como o processo de reconhecer, a empatia procura a ação libertadora a partir da autorrealização individual, englobando o direito civil e da decisão de maneira igualitária na sociedade. Procura-se trazer a empatia para as relações interpessoais. A escuta sensível ativa para procurar a compreensão das situações do outro, sem julgar ou trazer experiências individuais, auxilia o outro não somente a resolver a situação que está a experienciar como sensibilizar a olhar para o próximo como uma rede de apoio, e estar disposto a colocar como suporte quando necessário. Ser empático está inteiramente ligado com a disposição de se conectar com o outro sentimentalmente. (Zuchetto et al., 2019)

Ter conhecimentos científicos, técnicos e uma educação orientada pela dignidade, é saber interpretar ideologias, crenças da pessoa, de modo a personalizar/individualizar o cuidado, de modo a dirigir uma ação confortadora e promotora de bem-estar, e compreender a linguagem da pessoa e a sua subjetividade. É no reconhecimento do outro que somos reconhecidos, e é nesta relação interpessoal que se constrói uma relação de sujeito a sujeito, alicerça a prestação de cuidados personalizados e individualizados.

Nesta vertente da personalização dos cuidados, mencionado nas entrevistas pelos CF, está o saber adaptar dietas de cada utente. A dignidade apresenta-se nos pequenos pormenores da nossa prestação de serviços e o mesmo ocorre durante as refeições. Existe elevada importância em preparar refeições que potenciem os valores gastronómicos do prato. Nunca se deve misturar alimentos, isto porque o momento de alimentação é um momento íntimo e de estimulação sensorial e cognitiva. (Paul, 1991)

No âmbito da formação DOCF foi abordado esta temática, relativamente ao ambiente da refeição. Seja num refeitório, ou num quarto, este momento deve possibilitar ao utente um ambiente acolhedor e culturalmente apropriado, o que promove a dignidade no ato da alimentação. (Gamba & Montal, 2009)

No que concerne ao acompanhamento, foi uma característica indicada pelos CF, também exposto pelos autores Matos e Pires (2009), que para existir cuidados dignos é necessário saber caminhar ao lado de um utente, e lutar tanto ou mais que ele. É fulcral saber lidar corretamente com circunstâncias naturais e emoções negativas. É necessário utilizar recursos pessoais, isto porque o utente tem de ser visto como um ser holístico que precisa não apenas de cuidados clínicos, mas de cuidados psicossociais. As utilizações destes recursos conduzem a uma sensação de bem-estar e de acompanhamento. Muitas vezes a componente psicológica do utente necessita de tratamento e acompanhamento diário, resposta que pode encontrar numa equipa multidisciplinar e interdisciplinar. Os

CF devem trabalhar uniformemente, com objetivos comuns. Isto oferece uma prestação de cuidados diversificada e com qualidade.

Decorrente da análise descritiva, verificou-se que os CF atribuem importância às dimensões de reforço positivo, reconhecendo que é necessário dar poder ao utente, poder de tomar decisões e dar privilégio ao utente de escolher e ser autónomo sobre aquilo que acontece na sua vida. Isto define-se por *empowerment*. Os autores Anderson, Funnell, Butler, Arnold, Fitzgerald e Feste (1995), consideram que cabe aos CF estimular esta capacidade, tendo em conta que a mesma contribui bastante para a valorização da pessoa. Através da estimulação de um papel proativo do utente é possível obter resultados mais imediatos, isto porque possibilita uma transformação interpessoal, e noção de comunidade. (Anderson et al., 1995)

De modo a refletir sobre as dificuldades mencionadas pelos CF importa salientar a dificuldade em conciliar a vida pessoal com a profissional, visto que pode trazer prejuízos no cuidar com dignidade. Como refere Ashforth (1995), esta circunstância pode conduzir a problemas emocionais e psicológicos: tais como fadiga, enxaquecas, insónias, choro, dificuldades de concentração, ansiedade e irritabilidade. Neste sentido, a gestão de emoções torna-se crucial. Elfenbein (2007), Erickson (2008), Fineman, (1996), Fisher (2000), Grandey (2008), Gross (1998), exploram todos a ideia que em contexto laboral é cada vez mais frequente recorrer ao trabalho emocional, que corresponde ao ato de gerir e exibir emoções apropriadas às situações/eventos profissionais, ou seja, à necessidade de realizar uma gestão adequada de emoções em concordância com os propósitos organizacionais. Torna-se indispensável refletir sobre a gestão das emoções dos trabalhadores, em particular dos CF, para garantir prestação de cuidados de excelência e com competência aos utentes institucionalizados.

8. Conclusões

Esta dissertação pretendeu explorar a dignidade e sendo esta considerada um direito humano, o utente tem o direito a ser tratado com respeito às suas convicções culturais, filosóficas e religiosas, como também o direito à escolha dos serviços e prestação de cuidados adequados ao estado de saúde, sejam eles preventivos, curativos, de reabilitação, continuados ou paliativos. O utente tem direito a ser informado a cerca de todos os procedimentos e de exercer a sua autonomia informada, dar ou recusar o consentimento. A confidencialidade de toda a informação clínica e todos elementos identificativos que lhe respeitam, tal como o direito à privacidade na prestação de todo e qualquer ato, é igualmente direitos fundamentais. Estes são, portanto, os pilares que qualquer profissional, incluindo os CF devem seguir, na prestação dos cuidados diários ao utente institucionalizado.

O processo institucionalização e o envelhecimento são momentos muito particulares e nunca serão iguais entre seres humanos, isto porque cada um traz experiências vividas, estilos de vida e históricos de saúde diferentes. À pessoa institucionalizada e idosa, associa-se o estereótipo de ausência de potencial que muitas vezes os excluiu do ambiente sócio-cultural, potencializando a fragilidade que acompanha a senescência.

É importante, um cuidado empático, perceber que lidamos com adultos e que por incapacidade não podem cumprir requisitos diários, portanto é fundamental a inclusão desta população, reconhecendo as suas capacidades e respeitando as suas vivências.

No sentido de estimular a melhoria e capacitação dos CF, torna-se essencial investir em formação que pretende dotar os mesmos de estratégias para se proteger do desgaste causado pelo trabalho numa ERPI. É essencial, transmitir a importância da ocupação e sensibilizar para pequenos gestos e explicar a importância da capacitação, estimulando a participação da pessoa cuidada nas mais diversas atividades, ajudando desse modo a compreender os estados mentais dos utentes, ensinando a ensinar e a facilitar a comunicação com o utente e ajudar a desenvolver habilidades e qualidades, nomeadamente éticas, emocionais e de relacionamento interpessoal, imprescindíveis para se ser cuidador.

A investigação: *A Dignidade na ótica do cuidador formal numa Estrutura Residencial para Pessoas Idosas*, considera-se ter sido desafiante desde o início.

Começando pelo facto de maioria da população ter baixa escolaridade e com

pouca formação, foi complexo desmistificar a ideia de que os cuidados de higiene e as rotinas institucionais, são sempre uma prioridade. Desse modo, pretendeu-se de forma gradual criar estratégias de fácil compreensão e principalmente, formas de aprendizagem que provocassem nos cuidadores formais, integrados no estudo, sentimentos de empatia e eventualmente execução de práticas dignas no cuidado ao utente institucionalizado em ERPI.

Foi espantoso descobrir a capacidade de aprendizagem da população alvo, a forma rápida de instruir-se e implementar as estratégias transmitidas, a partilha de pensamentos e perspetivas. As percentagens na segunda observação demonstraram melhorias significativas relativamente à primeira observação. Após a intervenção-ação os 21 parâmetros de avaliação, nas fases de observação, foram considerados reveladoras de mudança, que foi inicialmente a perspetiva idealizada para esta investigação, alertar, formar e sensibilizar cuidadores formais, para a implementação de práticas dignas, num local que pode em muitas perspetivas ser considerado uma causa perdida.

9. Bibliografia

Agich, J. (2004). *Dependence and autonomy in old age: An ethical framework for long-term care*. (2nd and revised edition). Cambridge: Cambridge University Press.

Albers, G., Pasman, H., Deliens, L., Vet, H., & Philipsen, B. (2012) Does health status affect perceptions of factors influencing dignity at the end of life? *Journal of Pain and Symptom Manage*, 45, 1030-1038.

Anderberg, P., Lepp, M., Berglund, L., & Segesten, K. (2007). Preserving dignity in caring for older adults: a concept analysis. *J Adv Nurs* 59(6): 635-643.

Anderson, R., Funnell, M., Butler, P., Arnold, M., Fitzgerald, J., & Feste C. (1995) Patient empowerment: Results of a randomized controlled trial. *Diabetes Care*.

Andrade, J. (2012). *Os direitos fundamentais na constituição portuguesa de 1976*. Coimbra: Papelmunde.

Aquino, R., & Sousa, A. (2017). A construção da identidade da pessoa humana no processo de formação da família: O afeto como valor jurídico. *Revista de Direito de Família e Sucesso*, v3: pp. 112-133.

Ashforth, E., & Humphrey, H. (1995). Emotion in the workplace: *A reappraisal*. *Human Relations*, 48, 2, 97-125.

Atkinson, J. (2000). *The developing visual brain*. New York, NY: Oxford University Press.

Azevedo, M. (2015). *Dignidade em fim de vida: Perspetiva da equipa prestadora de cuidados*. (Tese de mestrado publicada). Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Bragança, Bragança.

Bacalhau, L. (2014). *Cuidar centrado na Dignidade*. (Tese de mestrado publicada). Universidade Católica Portuguesa, Instituto de ciências de Saúde, Lisboa.

Baptista, F. (2007). *Manual do formando: Métodos, técnicas pedagógicas e suportes didáticos em contexto real de trabalho*. DeltaConsultores e Perfil, Lisboa.

Barbosa, A., Pina, P., Tavares, F., & Neto, I. (2016). *Manual de Cuidados Paliativos*. (Nº 3.). Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

Beauchamp, T., & Childress, J. (2002). *Princípios de Ética Biomédica*. 4ªed. São Paulo, Edições Loyola.

- Bertone, B., Ribeiro, P., & Guimarães, J. (2007). Considerações sobre o relacionamento interpessoal enfermeiro-paciente. *Revista Fafibe On Line*, 3, p. 1-5.
- Bogdam, R., & Biklen, S. (1994). *Investigação Qualitativa em Educação*. Porto: Porto Editora.
- Brízido, P. (2017). *Cuidar da Velhice em Humanidade: Como regular a Humanização dos Serviços de Saúde*. Universidade Nova de Lisboa.
- Cabete, G. (1999). O impacto do internamento no idoso, *Nursing: Revista de Formação Contínua em Enfermagem*, Lisboa, (136), p.33-37.
- Chadwick, A. (2012). A dignified approach to improving the patient experience: Promoting privacy, dignity and respect through collaborative training. *Nurse Education in Practice* 12, 187-191.
- Chalifour, J. (1989). *La relation d'aide en soins infirmiers: une perspective holistique*. Quebeque : Gâetan morin editeur.
- Chapman, A. (2011). Human Dignity, Bioethics and Human Rights. *Amsterdam Law Forum*, 3: 3-12.
- Coelho, M., & Sequeira, C. (2013). Comunicação/Comunicação terapêutica em enfermagem: da formação à utilização pelos enfermeiros. *Revista da UIIPS*, 215 4(1), p.55-67.
- Coutinho, C., Sousa, A., Dias, A., Bessa, F., Ferreira, M., & Vieira, S. (2009). Investigação-acção: Metodologia preferencial nas práticas educativas. *Psicologia, Educação e Cultura*, vol. XIII, 2, pp. 455-479.
- Cruz, S. (2014). *A dignidade em lares de idosos*. (Tese de mestrado). Instituto Superior de Serviço Social, Porto.
- Durman, S. (2003). Enfermeiros assistenciais construindo a relação de ajuda terapêutica em hospital geral. *Revista Cogitare Enfermagem*, 8 (2), 44 – 53. Éditions Seuil.
- Elfenbein, A. (2007). Emotion in organizations: A review and theoretical integration. *Academy of Management Annals*, 1, 1, 315-386.
- Ellis, L., Blanke, C., & Kohn, E. (2017). Words matter: restoring respect and dignity when referring to individuals with cancer. *Wiley Online Library*. DOI: 10.1002/cncr.30625
- Erickson, J., & Grove, J. (2008). Emotional labour and health care. *Sociology Compass*, 704-733.

Ferguson, M., Ward, H., Card, S., Sheppard, S., & McMurtry, J. (2013). Putting the 'patient' back into patient-centred care: An education perspective, *Nurse Education in Practice* 13 (2013) 283-287.

Ferreira, F. (2013). *Necessidades em Cuidados Paliativos: na Pessoa com doença oncológica*. (Master thesis, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar). Disponível em <http://hdl.handle.net/10216/70517>

Figueiredo, A., Melo, R., & Ribeiro, O. (2016). *Formação sobre Metodologia de Cuidados Humanidade: contributo para a melhoria da qualidade dos cuidados*. Referência, Coimbra, Suplemento no10, Série IV (p.60-65).

Fineman, S. (1996). Emotion and organizing. Em S. R. Clegg, C. Hardy, & W. R. Nord, *The handbook of organization studies* (pp. 543-565). California: Sage Publications.

Fisher, D., & Ashkanasy, M. (2000). The emerging role of emotions in work life: an introduction. *Journal of Organizational Behavior*, 21, 2, 123-129.

Franklin, L., Ternstedt, M., & Nordenfelt, L. (2006). Views on dignity of elderly nursing home residents. *Nurs Ethics*, 13 (2): 130– 146.

Gallagher, A., Li, S., Wainwright, P., Jones, I. R., & Lee, D. (2008). Dignity in the care of older people - a review of the theoretical and empirical literature. *BMC nursing*, 7, 11. doi:10.1186/1472-6955-7-11

Gamba, J., & Montal, Z. (2009). Direito humano à alimentação adequada e responsabilidade internacional. *Semana: Ciências Sociais e Humanas, Londrina*, v.30, n.1, p. 53-70.

Gineste, Y., & Pellissier, J. (2008). *Humanidade Cuidar e Compreender a Velhice*. Lisboa: Instituto Piaget

Grandey, A. (2000). Emotion Regulation in the Workplace: A New Way to Conceptualize Emotional Labor. *Journal of Occupational Health Psychology*, 95-110.

Gross, J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of General Psychology*, 2, 3, 271-299.

Guerra, S., & Emerique, L. M. (2006). O princípio da dignidade da pessoa humana e o mínimo existencial. *Revista da faculdade de Direito de Campos*, 9, pp. 379-397.

Hill, M., & Hill, A. (2012). *Investigação por questionário*, Edições Sílabo, 2 ed, 5 Imp, Lisboa.

Jacobs, B. (2001). Respect for human dignity: a central phenomenon to philosophically unite nursing theory and practice through consilience of knowledge. *Advances in Nursing Science* 24, 17–35.

Jacquard, A. (1986). L'héritage de la liberté: De l'animalité à l'humanité. Paris, France: Jólluskin, G., & Toldy, T. (2011). Autonomia e consentimento informado: Um exercício de cidadania? *Antropológicos*, nº12, 44-51.

Julião, M. (2016). Sobre medicina paliativa: alguns aspetos relevantes para reflexão. *Revista Port Med Geral Fam.* 32:174-6

Julião, M. (2016). Cuidados Paliativos: Princípios e conceitos fundamentais in Barbosa, A.; Neto, I. *Manual de Cuidados Paliativos* (pp.797-813). Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa, Centro de Bioética.

Knowles, M., Holton, E., & Swanson, R. (1998). *The Adult Learner: The Definitive Classic in Adult Education and Human Resource Development*. San Diego, CA: Elsevier.

Kolcaba, K., Tilton, C., & Drouin, C. (2006). Comfort Theory – A unifying framework to enhance the practice environment. *The Journal of Nursing Administration.* 36 (11), 538-544;

Kolcaba, Y. (1994). A Theory of Holistic Comfort for Nursing. *Journal of Advanced Nursing.* 19 (6), 1178- 1184.

Kolcaba, Y., & Kolcaba, J. (1991). Na Analysis of the Concept of Comfort. *Journal of Advanced Nursing.* 16 (10), 1301-1310.

Lei n.º 15/2014 e inspirados na Lei de Bases da Saúde, Lei n.º 48/90

Marques, S., Gerry C., Diniz F., & Ferreira, L. (2012). Social Innovation: Determinants of the Demand for High-Quality Institutional Care by the Elderly, *Journal of Knowledge Management, Economics and Information Technology*; 2, 1-19.

Matos, E., & Pires, E. (2009). Práticas de cuidado na perspetiva interdisciplinar: um caminho promissor. *Texto Contexto Enferm.*,18, pp.338-346.

Neto, I.G. (2016). Cuidados Paliativos: Princípios e conceitos fundamentais in Barbosa, A.; Neto, I. G. *Manual de Cuidados Paliativos* (pp.1-20). Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa, Centro de Bioética

Nordenfelt, L. (2004). The varieties of dignity. *Health Care Analysis*, 12(2), 69–81.

Oliveira, M., Barbosa, R. & Barbas, S. (2012). The exercise of autonomy for the elderly in medical treatment, *Revista Bioetica*; 20 (2): 307-17.

Paiva, M., & Villarouco, V. (2012). Accessibility in collective housing for the elderly: a case study in Portugal. *IOS Press, work 41*: 4174-4179.

Parada, F., & Coimbra, J. (1999). O trabalho como dimensão de construção da Inovação In SANTOS, M. (2000). (Dir.). *Revista do Instituto de Inovação Educacional*. Vol.12. n.o 1. Lisboa: IIE- Ministério da Educação.

Paul, M. (1991). *Percursos pela velhice: Uma perspetiva ecológica em psicogerontologia*. (Tese de doutoramento) Instituto de ciências biomédicas de Abel Salazar, Universidade do Porto.

Pereira, J. (2018). Uma discussão sobre a dignidade da pessoa humana a partir da ética de Kant. *Revista de Filosofia*, 17(1), pp.1-11.

Pereira, S., Corte, A., & Marques, E. (2014). Dificuldade dos cuidadores formais de idosos institucionalizados. *International Journal of Developmental and Educational Psychology Revista de Psicologia*, 133-140.

Phaneuf, M. (2007). *O conceito de humanidade: uma aplicação aos cuidados de enfermagem gerais*.

Pollack, J., & Pollack, R. (2015). *Using Kotter's eight stage process to manage an organizational change program: presentation and practice*. Systemic Practice and Action Research, DOI 10.1007/s11213-014-9317-0

Pupulim, J., & Sawada, N. (2012). Percepção de pacientes sobre a privacidade no hospital. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 65 (4): 621-9.

Querido, A., Salazar, H., & Neto, G. (2016) Comunicação in Barbosa, A.; Neto, I. G. *Manual de cuidados paliativos* (pp.815-832). Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos do Centro de bioética da Faculdade de Medicina de Lisboa.

Randers, I., & Mattiasson, C. (2004). Autonomy and integrity: upholding older adult patients dignity. *Journal of Advanced Nursing* 45(1): 63-71.

Rigby, J., Payne, S., & Froggatt, K. (2010). What evidence is there about the specific environmental needs of older people who are near the end of life and are cared for in hospices or similar institutions? *A literature review. Palliative Medicine*; 24(3) 268– 285.

Riley, B. (2004). *Comunicação em enfermagem*. (4a ed.). Loures: Lusociência.

Rosado, M. (1991). *Os técnicos de saúde face ao doente com doença grave*. Lisboa: Vozes.

Salgueiro, N. (2014). *Humanidade: um imperativo do nosso tempo*. Coimbra: PMP, Lda. IGM Portugal-Humanidade.

Sapeta, P., & Lopes, M. (2007). Cuidar em fim de vida: fatores que interferem no processo de interação enfermeiro doente. *Revista Referência*, 2^a, n4, 35-57

Semedo, J. (2018). *Morrer com dignidade: a decisão de cada um*. Lisboa: Contraponto.

Tadd, W, Hillman, A., Calnan, S., Calnan, M., Bayer, A., & Read, S. (2011), Dignity in Practice: An exploration of the care of older adults in acute NHS Trusts. *NIHR Health Services Research and Delivery Programme*: 211-218.

Tonolo, S. (2018). International human rights law and the protection of the elderly in europe. *Medicina, Law & Society*, vol. 11, 2, pp. 107-120.

Vilelas, J. (2013). O trabalho emocional no ato de cuidar em enfermagem: Uma revisão do conceito. *Revista de Ciências da Saúde da Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa* 7:3,41-50.

Welford, C., Murphy, K., Casey, D., & Wallace, M. (2010), A Concept Analysis of Autonomy for Older People in Residential Care. *Journal of Clinical Nursing*. 19: 1226–1235.

Zuchetto, M., Engel, F., Medeiros, L., Hammerschmidt, K., & Schoeller, S. (2019). *Revista Cuidarte*, 10 (3).

Anexos

Anexo 1- Autorização da Instituição

Anexo 2- Guião de entrevista

Anexo 3- Consentimento Informado

Anexo 4- Aprovação da Comissão de Ética

Anexo 5- Análise das entrevistas

Anexo 5.1.- Tabela de Análise de Conteúdo completa

Anexo 6- Grelha de Observação

Anexo 6.1.- Grelha de observação com dados 1ª observação

Anexo 6.2.- Grelha de observação com dados 2ª observação

Anexo 1- Autorização da Instituição



Mestrado em Cuidados Continuados e Paliativos

Diretora Técnica do Lar de Idosos Ricardo Jorge & Andreia, Lda.,
Rua Quinta da Gala, nº31, 3770-034, Mamarrosa

Rita Taipina Marques, Portador (a) do Cartão de Cidadão nº15771794 1ZY3, Gerontóloga, aluna do Mestrado em Cuidados Continuados e Paliativos da Universidade de Coimbra, Faculdade de Medicina, a realizar Tese de Mestrado com o tema “Dignidade na Ótica do Cuidador Formal numa Estrutura Residencial para Pessoas Idosas: Um estudo qualitativo numa amostra do concelho de Oliveira do Bairro,” vem solicitar a V.Ex^a. colaboração para a realização do estudo na vossa instituição, passando a indicar o seguinte:

A finalidade desta dissertação de mestrado incide sobre a reflexão e prática ética da dignidade numa ERPI, pretende-se identificar atitudes dos CF que atuam em estruturas residenciais para idosos, com intuito compreender a forma como utilizam a dignidade enquanto prática profissional e qual a importância que lhe atribuem.

O estudo pretende verificar o impacto da aplicação da Formação DOCF (Dignidade na Ótica do Cuidador Formal) e em que medida é aplicada na parte de prestação de serviço, e verificar a congruência entre a perceção e a sua aplicação na prática.

Será utilizada a entrevista, para colheita de dados, aos cuidadores formais e uma grelha de observação e o respetivo registo escrito conforme consentimento do participante. No mesmo período em que são colhidos estes dados sobre os cuidadores formais serão também colhidos dados sociodemográficos.

Este estudo terá uma duração de intervenção de novembro, 2020 a fevereiro, 2021. Sendo que terá 4 etapas. 1^a entrevistas; 2^a observação; 3^a Formação; 4^a Observação.

Todas as intervenções serão realizadas após o horário laboral dos cuidadores formais ou durante a hora de almoço dos mesmos de modo a não colidir com as rotinas da instituição.

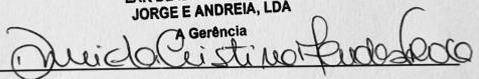
Esta pesquisa contribui para o desenvolvimento do conhecimento acerca da prestação de cuidados a utentes institucionalizados em ERPI, contribuindo para o desenvolvimento do conhecimento acerca do impacto da implementação da DOCF, no estabelecimento da relação profissional-doente, assim como melhoria da condição da pessoa cuidada.

Os relatórios de resultados não identificarão pessoas individuais ou coletivas.

Pede-se diferimento,
21 de Outubro de 2020

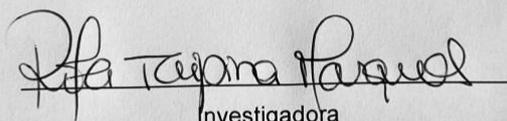
LAR DE IDOSOS RICARDO
JORGE E ANDREIA, LDA

Gerência



Diretora Técnica da instituição

Daniela Troca



Investigadora

Rita Taipina Marques

Anexo 2- Guião de Entrevista

Guião de Entrevista- realizado pela Investigadora Rita Taipina Marques

1. Parte- Caracterização do entrevistado	
Caraterização do entrevistado	<p>Idade _____</p> <p>Género</p> <ul style="list-style-type: none"> • Feminino <input type="radio"/> • Masculino <input type="radio"/> <p>Formação Académica</p> <ul style="list-style-type: none"> • 4º ano: <input type="radio"/> • 6º ano: <input type="radio"/> • 9º ano: <input type="radio"/> • Escola comercial: <input type="radio"/> • Licenciatura: <input type="radio"/> • Especialidade: <input type="radio"/> • Mestrado: <input type="radio"/> • Doutoramento em: _____ • Outra: _____ <p>Tempo de Serviço de _____</p> <p>Tempo de serviço na unidade: _____</p>
2ª Parte- Guião de Entrevistas/Tópicos abordados	
• Estabelece ligações éticas com as pessoas a quem presta serviços?	
• Acha que valoriza o utente? Porquê?	
• Respeita a vontade do utente?	
• Tem em conta o gosto do utente?	
• Respeita a utilização de um toque adequado?	
• É estimulada a autonomia sempre que possível na execução das tarefas, para e com o utente?	
• Pergunta ao utente o que gostaria de vestir para o dia?	
• Pede autorização/explica procedimentos durante a prestação dos cuidados?	
• Utiliza uma comunicação adequada? O que considera uma comunicação adequada?	
• Respeita a religião do utente?	
• É respeitada as crenças do utente? (na alimentação e vestuário, etc.)	
• Respeita a liberdade individual do cliente?	
• Respeita a privacidade do utente? Como acha que pode preservar a privacidade do mesmo?	

• Pede para destapar os utensílios quando os mesmos estão deitados?
• Bate à porta, antes de entrar num quarto ou casa de banho?
• Como acha correto entrar num quarto?
• Fecha a porta, durante as intervenções com o utente?
• Como eleva a autoestima do utente? Acha que o coloca em prática?
• Preocupa-se com a estética do utente? Como promove?
• Apressa os utensílios durante as necessidades fisiológicas?
• Qual considera ser o primeiro passo para despir um utente?

• Incentiva a participação do utente, na resolução de um conflito?
• Esclarece dúvidas de forma clara quando colocadas?
• Sigilo profissional. É respeitado? Que falhas reconhece?
• Grita/ou eleva a voz durante um discurso com um utente com audição reduzida?
• Trata o utente por <i>tu</i> ?
• Inventava alcunhas para o utente?
• Infantiliza o utente? Olha para a pessoa idosa como uma perspectiva de: “Voltamos a ser crianças?”
• Trata o utente por avô ou avó/tia ou tio?
• Mentira ao idoso?
• É respeitada as necessidades nutricionais do utente? O utente participa na elaboração das ementas?
• É incorporado vários alimentos nas ementas diárias?
• É promovido um ambiente de refeição silencioso e calmo?
• As pessoas idosas têm tempo de se alimentar a um ritmo razoável?
• É costume servir mais do que um prato na mesa? • Por exemplo: a pessoa está a comer a sopa e já lhe é colocada o segundo prato na mesa.
• Qual a forma correta de colocar uma mesa? É valorizada a apresentação da mesa onde o utente come?
• Os pratos, quando servidos, são bem-apresentados?
• Pergunta ao utente se deseja comer mais? Estimula a tomada de decisão do utente?
• Costuma misturar alimentos? (Os utensílios que comem passados e os utensílios que são alimentados por sonda nasogástrica, mistura a sopa com a sobremesa?)
• É explicado aos utensílios qual a ementa do dia, antes de começarem a comer?
• O que acha que é mais desrespeitado na ERPI, perante a população a quem presta serviços?
• Acha que o conceito de dignidade está inteiramente ligado à Declaração Universal dos direitos do homem?

<ul style="list-style-type: none"> • Acha que a dignidade tem várias perspetivas?
<ul style="list-style-type: none"> • O que é a Dignidade para si?
<ul style="list-style-type: none"> • Como acha que é encarada a dignidade na ERPI?
<ul style="list-style-type: none"> • Quais são algumas ameaças que sente, relativamente ao desempenho da dignidade?
<ul style="list-style-type: none"> • Acha que coloca em prática a dignidade, como cuidador formal?
3ª Parte- Fecho da Entrevista
<ul style="list-style-type: none"> • Agradecer a colaboração do entrevistado e referir a importância da sua participação no estudo; • Resumir os aspetos essenciais abordados durante a entrevista; • Dar oportunidade ao entrevistado de acrescentar mais algum aspeto que tenha ficado por referir durante a entrevista.

Duração mínima de 30 minutos.

Anexo 3- Consentimento Informado

FORMULÁRIO DE INFORMAÇÃO E CONSENTIMENTO INFORMADO

TÍTULO DO PROJECTO DE INVESTIGAÇÃO: *A Dignidade na ótica do cuidador formal numa Estrutura Residencial para Pessoas Idosas: Um estudo qualitativo numa amostra do concelho de Oliveira do Bairro.*

PROTOCOLO N°

PROMOTOR (Entidade ou pessoa(s) que propõe(m) o estudo) Rita Taipina Marques

INVESTIGADOR COORDENADOR Rita Taipina Marques

CENTRO DE ESTUDO Lar de Idosos Ricardo Jorge & Andreia, Lda.

INVESTIGADOR PRINCIPAL

MORADA Rua Amadeu Francisco Castanheira, N° 4, Lote 2, 1° esquerdo, Febres.

CONTACTO TELEFÓNICO 912364015

NOME DO Participante

(LETRA DE IMPRENSA) _____

É convidado(a) a participar voluntariamente neste estudo visto estar a prestar cuidados como cuidador formal, na instituição onde irá decorrer a investigação “*A Dignidade na ótica do cuidador formal numa Estrutura Residencial para Pessoas Idosas: Um estudo qualitativo numa amostra do concelho de Oliveira do Bairro.*”

Este procedimento é chamado consentimento informado e descreve a finalidade do estudo, os procedimentos, os possíveis benefícios e riscos. A sua participação poderá contribuir para melhorar o conhecimento sobre a dignidade prestada a pessoas idosas numa Estrutura Residencial para Pessoas Idosas.

Receberá uma cópia deste Consentimento Informado para rever e solicitar aconselhamento

de familiares e amigos. O Investigador (Rita Taipina Marques) irá esclarecer qualquer dúvida que tenha sobre o termo de consentimento e também alguma palavra ou informação que possa não entender.

Depois de compreender o estudo e de não ter qualquer dúvida acerca do mesmo, deverá tomar a decisão de participar ou não. Caso queira participar, ser-lhe-á solicitado que assine e date este formulário. Após a sua assinatura e a do Investigador, ser-lhe-á entregue uma cópia. Caso não queira participar, não haverá qualquer penalização nos cuidados que irá receber.

1. INFORMAÇÃO GERAL E OBJECTIVOS DO ESTUDO

Este estudo irá decorrer no Lar de Idosos Ricardo Jorge & Andreia, lda. em colaboração com Rita Taipina Marques com o objetivo compreender o conceito de dignidade numa ERPI, por parte dos Cuidadores Formais.

O seguinte estudo terá como foco principal: como a dignidade é percebida/praticada por cuidadores formais numa Estrutura Residencial para Pessoas Idosas em Oliveira do Bairro. Pretende de forma heterogénea explorar e analisar qual a perceção e valor que os cuidadores formais dão à dignidade enquanto prática profissional diária. O estudo pretende averiguar as lacunas que existem na prestação de serviços, especificamente no que concerne à dignidade e fatores que ameaçam a prática da dignidade.

É preciso diariamente reforçar o princípio do respeito pelo idoso, não como idoso, mas como pessoa. Destacar a importância de tratar os idosos como seres únicos, ver a totalidade do seu “ser” holísticamente, de forma física, psicológica, social, espiritual. (Azevedo, 2015)

Para compreensão do conceito de dignidade, ir-se-á utilizar uma abordagem qualitativa com recurso ao método exploratório e descritivo recorrendo-se à entrevista para colheita de dados que terá uma duração mínima de 30 minutos. Os dados irão ser analisados segundo a análise temática de conteúdo, constituída por pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados e interpretações. Este estudo foi aprovado pela Comissão de Ética da Faculdade Medicina da Universidade de Coimbra

(FMUC) de modo a garantir a proteção dos direitos, segurança e bem-estar de todos os doentes ou outros participantes incluídos e garantir prova pública dessa proteção.

Como participante neste estudo beneficiará da vigilância e apoio da Gerontóloga Rita Taipina Marques, garantindo assim a sua segurança.

Sendo os objetivos específicos do estudo: identificar conceitos de dignidade por parte dos cuidadores formais enquanto prática profissional; descrever dificuldades que os cuidadores formais têm em desempenhar tarefas com dignidade; compreender de que forma os cuidadores formais, através do cuidar, contribuem para a dignidade dos cuidados de saúde; fornecer guia de formações/recomendações sobre o modo como lidar e utilizar a prática da dignidade nos cuidados prestados, pretende-se encontrar formas de captar a atenção do público alvo, isto para suscitar interesse e criar mudança.

Após estabelecimento do protocolo com a instituição, convite e esclarecimento aos cuidadores formais, procedeu-se à distribuição e recolha dos formulários de informação e consentimentos informados.

2. PROCEDIMENTOS E CONDUÇÃO DO ESTUDO

2.1. Procedimentos

A sequência do estudo iniciará com a realização de pesquisas elaboradas e detalhadas sobre a dignidade. Logo, será formulado um desenho de estudo, com a realização de um cronograma e programa adequado.

Posteriormente, ir-se-á iniciar as entrevistas com os 15 cuidadores formais, selecionados para a investigação. Esta etapa do estudo, tem data prevista para início dia 2 de novembro e término a 23 de novembro. As entrevistas terão uma duração mínima de 30 minutos.

Pretende-se com estas entrevistas, perceber qual a perceção sobre a dignidade, se existe desempenho de tarefas/cuidados com dignidade aos utentes institucionalizados; quais são as ameaças sentidas; entre outras questões. Haverá um guião de perguntas semi estruturadas realizado pela investigadora. A entrevista englobará também perguntas mais direcionadas à prática profissional, para contemplar as próximas etapas do estudo.

As entrevistas serão realizadas em tempos adequados, fora do horário laboral, após as 16 horas do turno da manhã ou na hora de almoço do turno da manhã.

O estudo, contempla também a implementação de intervenções. Esta vertente engloba uma formação com os 15 cuidadores formais, distribuindo os mesmos em pares e um cuidador formal individualmente, com data de início estipulada para 14 de dezembro até 30 de dezembro. Esta formação terá como tema “A Dignidade: na prática profissional”. Esta solicita, abordar os aspetos da autonomia; independência; liberdade; identidade; integridade; respeito; privacidade e conforto, em cuidados como: Higiene e conforto; alimentação; e na comunicação. Serão realizadas pesquisas em relação a cada tema, com intuito perceber como se executam cuidados com dignidade em cada uma das vertentes. Como métodos de formação: serão utilizados, exposições teóricas comentadas; Simulações (RolePlay) e discussão de vídeos.

Para complementar a formação ir-se-á desenvolver desafios mensais, (exemplos de como implementar estratégias da dignidade na prática diária.) Os desafios serão expostos num quadro. Será colocado ao longo da instituição dísticos (nas portas; nas paredes), direcionado para os cuidadores formais, para implementação de práticas dignas.

Resumindo, numa primeira abordagem com os cuidadores formais (entrevista) ir-se-á recolher informação consoante a perspetiva do mesmo perante a dignidade. Já a segunda abordagem pretende avaliar a prática diária, perante a dignidade.

Após as entrevistas irá existir por parte da investigadora um período de observação, onde a mesma irá registar em quadros de monitorização, se as informações transmitidas nas entrevistas coincidem com as práticas. Após a implementação das intervenções (formação e sensibilização) ir-se-á realizar novamente uma fase de observação, onde a mesma irá registar em quadros de monitorização, se a formação causou algum impacto. No final, ir-se-á realizar uma avaliação global, para compreender se houve ou não cumprimento dos objetivos; melhoramento a nível da prática e quais foram as ameaças sentidas no decorrer do estudo.

(Avaliação)

A avaliação será realizada através da observação e de grelhas de observação e monitorização.

2.2. Calendário das visitas/ Duração (exemplo)

Prevê-se uma duração de aproximadamente 5 meses para realização da investigação.

Descrição dos Procedimento (exemplo):

Serão realizados os seguintes procedimentos/exames:

- Entrevistas presenciais com os cuidadores formais;
- Observação;
- Intervenções (formação e estratégias de sensibilização);
- Observação durante intervenções.

2.3. Tratamento de dados/ Randomização

Os dados serão principalmente recolhidos através da entrevista presencial, que será realizada fora das horas laborais dos cuidadores formais, de modo a não existir prejuízo nas rotinas de trabalho.

3. RISCOS E POTENCIAIS INCONVENIENTES PARA O DOENTE

Não se aplica.

4. POTENCIAIS BENEFÍCIOS

Este estudo pretende apresentar melhoria na prática profissional; melhores cuidados prestados; melhorias na auto estima do cuidador formal; melhor desempenho da equipa.

5. NOVAS INFORMAÇÕES

Ser-lhe-á dado conhecimento de qualquer nova informação que possa ser relevante para a sua condição ou que possa influenciar a sua vontade de continuar a participar no estudo.

6. TRATAMENTOS ALTERNATIVOS

Não se aplica.

7. SEGURANÇA

Não se aplica.

8. PARTICIPAÇÃO/ ABANDONO VOLUNTÁRIO

É inteiramente livre de aceitar ou recusar participar neste estudo. Pode retirar o seu consentimento em qualquer altura sem qualquer consequência para si, sem precisar de explicar as razões, sem qualquer penalidade ou perda de benefícios e sem comprometer

a sua relação com o Investigador que lhe propõe a participação neste estudo. Ser-lhe-á pedido para informar o Investigador se decidir retirar o seu consentimento.

O Investigador do estudo pode decidir terminar a sua participação neste estudo se entender que não é do melhor interesse para a sua saúde continuar nele. A sua participação pode ser também terminada se não estiver a seguir o plano do estudo, por decisão administrativa.

9. CONFIDENCIALIDADE

Sem violar as normas de confidencialidade, poderão ser utilizados registos ou documentos, da entidade onde se irá realizar o estudo, isto para verificação dos procedimentos realizados e informação obtida no estudo, de acordo com as leis e regulamentos aplicáveis. Os seus registos manter-se-ão confidenciais e anonimizados de acordo com os regulamentos e leis aplicáveis. Se os resultados deste estudo forem publicados a sua identidade manter-se-á confidencial.

Ao assinar este Consentimento Informado autoriza este acesso condicionado e restrito.

Pode ainda em qualquer altura exercer o seu direito de acesso à informação. Pode ter também acesso à sua informação diretamente ou através do investigador. Tem também o direito de se opor à transmissão de dados que sejam cobertos pela confidencialidade profissional.

Os registos que o identificarem e o formulário de consentimento informado que assinar serão verificados **para fins do estudo** pela investigadora Rita Taipina Marques.

A Comissão de Ética responsável pelo estudo pode solicitar o acesso aos seus registos para assegurar-se que o estudo está a ser realizado de acordo com o protocolo. Não pode ser garantida confidencialidade absoluta devido à necessidade de passar a informação a essas partes.

Ao assinar este termo de consentimento informado, permite que as suas informações neste estudo sejam verificadas, processadas e relatadas conforme for necessário para finalidades científicas legítimas.)

Confidencialidade e tratamento de dados pessoais

Os dados pessoais dos participantes no estudo, serão utilizados para condução do estudo, designadamente para fins de investigação científica com a patologia em estudo.

Ao dar o seu consentimento à participação no estudo, a informação a si respeitante, designadamente a informação clínica, será utilizada da seguinte forma:

1. O investigador utilizará os seus dados pessoais para as finalidades acima descritas.
2. Os dados do estudo, associados às suas iniciais ou a outro código que não o (a) identifica diretamente (e não ao seu nome) serão comunicados pelos investigadores e outras pessoas envolvidas no estudo ao promotor do estudo, que os utilizará para as finalidades acima descritas.
3. Os dados do estudo, associados às suas iniciais ou a outro código que não permita identificá-lo(a) diretamente, poderão ser comunicados a autoridades de saúde nacionais e internacionais.
4. A sua identidade não será revelada em quaisquer relatórios ou publicações resultantes deste estudo.
5. Todas as pessoas ou entidades com acesso aos seus dados pessoais estão sujeitas a sigilo profissional.
6. Ao dar o seu consentimento para participar no estudo autoriza o promotor a conferir a informação recolhida e registada, designadamente para assegurar o rigor dos dados que lhe dizem respeito e para garantir que o estudo se encontra a ser desenvolvido corretamente e que os dados obtidos são fiáveis.
7. Nos termos da lei, tem o direito de, através do investigador envolvido no estudo, solicitar o acesso aos dados que lhe digam respeito, bem como de solicitar a retificação dos seus dados de identificação.
8. Tem ainda o direito de retirar este consentimento em qualquer altura através da notificação ao investigador, o que implicará que deixe de participar no estudo. No entanto, os dados recolhidos ou criados como parte do estudo até essa altura que não o(a) identifiquem poderão continuar a ser utilizados para o propósito de estudo, nomeadamente para manter a integridade científica do estudo, e a sua informação não será removida do arquivo do estudo.
9. Se não der o seu consentimento, assinando este documento, não poderá participar neste estudo. Se o consentimento agora prestado não for retirado e até que o faça, este será válido e manter-se-á em vigor.

10. COMPENSACÃO

Este estudo é da iniciativa do investigador e, por isso, se solicita a sua participação sem uma compensação financeira para a sua execução, tal como também acontece com os investigadores e o Centro de Estudo. A investigadora suportará todos os custos inerentes. Não haverá, portanto, qualquer custo para o participante pela sua participação neste estudo.

11. CONTACTOS

Se tiver perguntas relativas aos seus direitos como participante deste estudo, deve contactar:

Presidente da Comissão de Ética da FMUC,

Azinhaga de Santa Comba, Celas – 3000-548 Coimbra

Telefone: 239 857 707

e-mail: comissaoetica@fmed.uc.pt

Se tiver questões sobre este estudo deve contactar:

Rita Taipina Marques

Rua Amadeu Francisco Castanheira, nº4, lote 2, 1º esquerdo, Febres.

912364015

e-mail: rita.taipina@gmail.com

NÃO ASSINE ESTE FORMULÁRIO DE CONSENTIMENTO INFORMADO A MENOS QUE TENHA TIDO A OPORTUNIDADE DE PERGUNTAR E TER RECEBIDO RESPOSTAS SATISFATÓRIAS A TODAS AS SUAS PERGUNTAS.

CONSENTIMENTO INFORMADO

De acordo com a Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial e suas atualizações:

1. Declaro ter lido este formulário e aceito de forma voluntária participar neste estudo.
2. Fui devidamente informado(a) da natureza, objetivos, riscos, duração provável do estudo, bem como do que é esperado da minha parte.
3. Tive a oportunidade de fazer perguntas sobre o estudo e percebi as respostas e as informações que me foram dadas. A qualquer momento posso fazer mais perguntas ao responsável do estudo. Durante o estudo e sempre que quiser, posso receber informação sobre o seu desenvolvimento. O responsável dará toda a informação importante que surja durante o estudo que possa alterar a minha vontade de continuar a participar.
4. Os meus dados serão mantidos estritamente confidenciais. Autorizo a consulta dos meus dados apenas por pessoas designadas pelo promotor e por representantes das autoridades reguladoras.
5. Aceito seguir todas as instruções que me forem dadas durante o estudo. Aceito em colaborar com o responsável do estudo e informá-lo(a) imediatamente das alterações do meu estado de saúde e bem-estar e de todos os sintomas inesperados e não usuais que ocorram.
6. Autorizo o uso dos resultados do estudo para fins exclusivamente científicos e, em particular, aceito que esses resultados sejam divulgados às autoridades competentes.
7. Aceito que os dados gerados durante o estudo sejam informatizados pelo promotor ou outrem por si designado. Eu posso exercer o meu direito de retificação e/ou oposição.
8. Tenho conhecimento que sou livre de desistir do estudo a qualquer momento, sem ter de justificar a minha decisão.

9. Fui informado que o estudo pode ser interrompido por decisão do investigador, do promotor ou das autoridades reguladoras.

Nome do

Participante _____

—

Assinatura : _____

Data: _____ / _____ / _____

Nome de Testemunha / Representante

Legal: _____

Assinatura: _____

Data: _____ / _____ / _____

Confirmo que expliquei ao participante acima mencionado a natureza, os objetivos e os potenciais riscos do Estudo acima mencionado.

Nome do

Investigador: _____

—

Assinatura: _____

Data: _____ / _____ / _____

Anexo 4- Aprovação da Comissão de Ética (via e-mail)

Exma. Senhora

Dra. Rita Taipina Marques,

Cumpre-nos informar que o projeto de investigação apresentado por V. Exa. no âmbito do Mestrado em Cuidados Continuados e Paliativos, com o título **“A dignidade na ótica do cuidador formal numa ERPI: um estudo qualitativo numa amostra do concelho de Oliveira do Bairro”**, foi analisado na reunião da Comissão de Ética de 20 de janeiro, tendo merecido o parecer que a seguir se transcreve:

“Alterações aceites. Parecer favorável”.

Cordiais cumprimentos.

Helena Craveiro

Universidade de Coimbra • Faculdade de Medicina • STAG –
Secretariado Executivo

Pólo das Ciências da Saúde • Unidade Central Azinhaga de Santa
Comba, Celas

3000-354 COIMBRA • PORTUGAL

Tel.: +351 239 857 708 (Ext. 542708) | Fax: +351 239 823 236

E-mail: comissaoetica@fmed.uc.pt | www.fmed.uc.pt

Envio parecer CE_Proc. CE-166/2020_Rita Marques Caixa de entrada x

Comissão Ética - FMUC <comissaoetica@fmed.uc.pt>
para mim, mdourado, lillianhenriques312, Gabinete, Pos

quinta, 21/01, 12:43 ☆ ↶ ⋮

Exma. Senhora
Dra. Rita Taipina Marques,

Cumpre-nos informar que o projeto de investigação apresentado por V. Exa. no âmbito do Mestrado em Cuidados Continuados e Paliativos, com o título **“A dignidade na ótica do cuidador formal numa ERPI: um estudo qualitativo numa amostra do concelho de Oliveira do Bairro”**, foi analisado na reunião da Comissão de Ética de 20 de janeiro, tendo merecido o parecer que a seguir se transcreve:

“Alterações aceites. Parecer favorável”.

Cordiais cumprimentos.

Helena Craveiro
Universidade de Coimbra • Faculdade de Medicina • STAG – Secretariado Executivo
Pólo das Ciências da Saúde • Unidade Central Azinhaga de Santa Comba, Celas
3000-354 COIMBRA • PORTUGAL
Tel.: +351 239 857 708 (Ext. 542708) | Fax: +351 239 823 236
E-mail: comissaoetica@fmed.uc.pt | www.fmed.uc.pt

....

[Mensagem reduzida] [Ver toda a mensagem](#)

Anexo 5- Análise das entrevistas

Anexo 5.1. Citações

“(...) Dignidade para mim é sinónimo de respeito. É a característica ou competência que devemos ter para connosco próprios e com outros”.CF1

“(...) respeito, educação e bem estar (...)”. CF2

“(...) sim, especialmente o respeito, e tenho sempre em conta o gosto dela (...)”CF3

“(...) nosso “ser”, o respeito pela nossa pessoa (...)”. CF6

“(...) dignidade é tratar a pessoa com respeito e ter em consideração as suas fragilidades e dificuldades, sem desvalorizar as suas ideias ou sentimentos (...)”. CF7

“(...) de uma forma simplista, dignidade é o respeito pela autonomia física, mental e social do utente. Crenças e valores (...)”. CF11

“(...) é importante estabelecer ligações éticas, ou seja, ligações morais, valorização à pessoa a quem se presta o serviço, respeito pelos estilos de vida, privacidade, valores, virtudes e de modo geral a história de vida (...)”. CF13

“(...) dar conforto e bem estar, parece-me adequado para definir dignidade (...)”. CF4.

“(...) conforto e bem-estar, é algo físico e mental, parece-me adequado para definir dignidade (...)”. CF3

“(...) na dignidade entra a saúde o bem estar, engloba tudo (...)”. CF8

“(...) a identidade de uma pessoa não se perde a partir do momento em que envelhece porque será sempre ela mesma, com ou sem fralda, conseguindo ou não mastigar a comida que lhe é servida, isso é dignidade é ser quem se é (...)”. CF9

“(...) nosso “ser”, o respeito pela nossa pessoa (...)”. CF6

“(...) os utentes vão construindo a sua dignidade e vão crescendo, ou porque estudaram, ou porque tiveram um ensino diferente ao longo da sua vida. Cada um vai-se construindo, a minha dignidade é vista de forma diferente porque nunca estudei, nem tive tantas experiências de trabalho (...)”. CF12

“(...) confesso que não sei como funciona em outros lares, em termos dos serviços prestados, porque sempre trabalhei aqui, e maior parte das minhas colegas também... é assim, as bases que temos são coisas que fomos aprendendo e outras... olha fomos fazendo como pensamos que está bem, só temos aprendido mais agora(...)”CF8

“(...) é importante estabelecer ligações com a história de vida dos utentes (...)”. CF13

“(...) a recolha da história de vida é feita pelas técnicas da instituição, pelo que muitas vezes não temos conhecimento sobre o utente até elas nos transmitirem.... Acontece que

às vezes não há tempo para saber o que as pessoas fizeram ao longo da sua vida, porque funcionamos como relógios, aí quebramos a dignidade da pessoa, a dignidade para mim é a nossa história de vida (...)". CF14

"(...) é importante estabelecer ligações com a história de vida dos utentes (...)". CF13

"(...) quebramos muitas vezes a dignidade e a privacidade. Acontece muitas vezes de manhã, quando estamos atrasadas, temos dois utentes na mesma casa de banho. Um na sanita e outra a tomar banho. E eu aí não consigo evitar porque vou um bocado atrás das outras colegas (...)". CF1

"(...) dignidade também são as vontades e privacidade do nosso ser (...)". CF4

"(...) para preservar ao máximo a dignidade, devemos ter em conta a privacidade, e nem sempre se respeitada, por exemplo quando estão a tomar banho, muitas vezes entramos dentro da casa de banho para ir buscar material que precisamos para as higiènes dos quartos (...)". CF8

"(...) sempre que me lembro dos pormenores, acho que devemos manter a privacidade para preservar a dignidade (...)". CF10

"(...) Ainda bem que falamos sobre isto, porque realizava antes algo que não via maldade e percebi pouco a pouco com a sua chegada (Investigadora/Gerontóloga) que estava incorreto: que era mudar a fralda a um utente com o outro na casa de banho, ou fazer a higiene no quarto de porta aberta. Mudei porque não é correto, a pessoa tem direito ao seu a vontade, a sua dignidade (...)". CF15

"(...) basta fechar uma porta para manter a privacidade do utente(...)" CF3

"(...) tomará eu quando chegar a idade deles ter carinho e o respeito (...)". CF7

"(...) Tento sempre ir ao encontro da outra pessoa e saber o que posso fazer para a ajudar e compreender. Há coisas que não eram feitas há anos atrás, porque quem governava a casa não estudou para isto, e agora não, temos bons exemplos e acabo por tentar compreender sempre o utente para poder fazer-lhes as vontades (...)". CF15

"(...) saber colocar-nos na pele do outro, é uma virtude. Infelizmente muito poucos sabem fazer isso (...)". CF15

"(...) não devemos inferiorizar, nem tratar como se fossem um pacote de bolachas, devemos conhecer a pessoa, aquilo que ela foi, aquilo que ela é capaz de fazer sozinha ou acompanhada (...)". CF1

"(...) não devemos olhar para a pessoa como uma coitadinha, mesmo quando estão mal da cabeça, devem ter sempre memórias de como fazer algo, e estamos cá para descobrir isso (...)". CF7

“(...) conseguimos reconhecer as capacidades das pessoas, durante as refeições, estimulando o paladar, as memórias, no banho quando lhes pedimos ajuda e vemos se elas conseguem fazer, ou mesmo em pequenos pormenores, e nem sempre isso acontece (...)”. CF12

“(...) temos que saber apoiar, eles vêm para estes sítios para isso mesmo, para ter apoio, às vezes não tenho o tempo que gostava para estar com eles e perceber e compreendê-los (...)”. CF2

“(...) muitos deles só nos têm a nós, somos a única família que eles têm. Se não formos nós a fazer algo por eles, quem vai fazer? Há deles que nem chamadas recebem.... oh... é triste (...)”. CF4

“(...) para despachar o trabalhar e ter tudo feito, às vezes nem olho a pormenores (...)”
C4

“(...) enquanto profissional que labora nesta área, dou muito valor ao meu papel e estou sempre aprender e por isso quando reconheço os meus erros aprendo com eles (...)”.
CF7

“(...) valorizo muito o utente e a história, (...) tenho em conta as suas fragilidades e dificuldades (...)”. CF15

“(...) são muitos a pedir e a desejarem coisas diferentes, não é fácil chegar a todo o lado, mas tenta-se (...)”. CF4

“(...) respeita-se a individualidade de cada um sem dúvida, mas precisamos sempre duma primeira luz, que costuma ser das técnicas (...)”. CF7

*“(...) acho que tratamos cada um de forma diferente o que é muito bom porque ninguém é igual a ninguém. Não digo que às vezes não é mais fácil fazer o mesmo a todos (...)”.*CF11

“(...) é uma correria para cumprir as rotinas, às vezes nem nos lembramos dos pormenores, como a ética e a dignidade (...) sou chamada muito à atenção nisso (...)”.
CF3

“(...) quando entrou cá (investigadora e Gerontóloga da instituição), começou a ter o hábito de ir passando nos quartos, ver como está tudo a correr, antigamente, ninguém fazia nada, era tudo ao Deus dirá (...) muita coisa mudou (...), começou-se a dar mais valor aos utentes e começou-se a ter o pensamento de que se as coisas ficarem por fazer o que importa é que os utentes estejam, limpos, lindos e satisfeitos (...)”. CF8

“(...) aprendi que não há mal nenhum em refletir numa má atitude e pedir desculpa por isso (...), eles são humanos como nós e todos erram (...)” CF4

“...eles têm que se sentir seguros nos nossos braços...” tal como manifesta o CF1

“(...) se a roupa da lavandaria ficar por arrumar ou algo mais desarrumado, não faz mal, porque em primeiro lugar estão os utentes e o bem estar deles (...)”. CF5

“(...) procuro saber se eles estão confortáveis e felizes. (...) Às vezes quando estão mais tristes eu tiro tempo para perguntar o que se passa (...) se bem que eles acabam por desabafar muito com as técnicas da instituição (...)”. CF10

“(...) ao fim de semana descuidámo-nos um bocado, confesso. Porque parece que necessitamos de uma supervisão de alguém superior para detetar certas falhas. (...) por vezes até são os pequenos pormenores, como a roupa que lhe vestimos(...)”. CF6

“(...) digo sempre se estão bonitos, tento confortar (...) CF1

“(...) quando os vejo mais tristes e que andam mais depressivos, elogio sempre o seu aspeto físico e muitas vezes elogio aquilo que eles dizer (...)”. CF7

“(...) ainda abocado disse ao Sr. X, que ele estava muito bonito e cheiroso, porque vi que ele tinha ficado muito aborrecido com a conversa ao telefone com a filha. (...) Quando estão mal dispostos pergunto o que se passa, se posso ajudar (...)”. CF10

“(...) às vezes digo umas brincadeiras para os ver sorrir (...)”. CF12

“(...) tento ao máximo, em qualquer prática, estimular memórias; sabores; proporcionar momentos íntimos, estimular o olfato (...) CF14

“(...) a participação do familiar em todo o processo de pré e durante institucionalização é indispensável (...)”. CF5

“(...) eles são a peça do nosso puzzle incompleto, tanto para os que não se dão muito bem com a família, como para os que se dão excepcionalmente bem (...)”. CF9

“(...) eles têm que se sentir em “casa” o máximo possível, nem que seja só na escolha da comida e poder comer comida caseira (...)”. CF12

“(...) não se pretende tirar a identidade, às vezes lá se perde em pequenos pormenores, mas não é isso que queremos. (...) nas admissões nem costumamos dar logo banho a pessoa (...) a Gerontóloga já nos disse que nesses casos, até tirar logo o cheiro da pessoa do corpo, pode causar uma má adaptação (...)”. CF11

“(...) eles têm que se sentir em “casa” o máximo possível(...)”. CF12

“(...) tenta-se sempre manter a informação do utente reservada, por vezes não acontece, mas em maioria das vezes é tido em conta (...)”. CF1

“(...) perguntamos sempre mais aos independentes o que eles querem e costumamos fazê-lo individualmente (...) nos dependentes nem o fazemos tanto de forma privada, às vezes perguntamos na sala comum a frente de tudo o que querem (...)” CF2

“(...) criar laços para mim é muito importante, é a única forma de chegar a eles (...)”.
CF1

“(...) é preciso gostar do que se faz, para ao menos fazer bem (...)”. CF7

“(...) é preciso amá-los como se fossem nossos, criar afetos (...)”. CF9

“(...) por vezes não sei bem o que fazer, não sei responder a certas questões (...)”. CF7

“(...) a verdade é que não precisamos de pensar muito, mas por vezes não sei ser flexível e resolver situações simples (...)”. CF11

“(...) coitadinhos, eles lá sabem o que fazem (...)”. CF6

“(...) dá-me pena ao que chegamos (...)”. CF8

“(...) oh Dr^a eles às vezes vêm todos baralhados coitados, sabem lá pro que vêm, é uma pena (...)”. CF9

“(...) eu às vezes nem me estou para chatear sobre certas coisas, porque chega a minha hora e não me preocupo mais com isto até voltar a entrar (...)”. CF3

“(...) é cansativo, tem que haver muita paciência para trabalhar nisto, sinto-me irritada às vezes (...)”. CF10

“(...) trabalhar com esta população é difícil, é frustrante às vezes ter que dizer o mesmo tanta vez, explicar as mesmas coisas tanta vez, e depois alguns são teimosos (...)”. CF13

“(...) acabamos por criar laços por muitos limites sentimentais que colocamos. Quando eles partem fica sempre um cadeirão vazio. Existem momentos em que só ao fim de muito tempo é que se mentaliza desta mágoa(...)”. CF13

“(...) damos o nosso todo, e por vezes os utentes não são reconhecedores do nosso trabalho. Por exemplo a Dona T, foi embora, mas fala de nós como se fossemos as piores do mundo, e fizemos tudo por ela(...)”. CF8

“(...) eu sei que a dignidade é precisa, e um dia quero o mesmo para mim, mas nunca tivemos ninguém que nos ensinasse isso, nem eu sei se consigo tirar estes hábitos de mim. Nós trazemos para aqui exatamente o que nos era exigido há uns anos atrás... que era trabalhar e ganhar o dinheiro para meter comida na mesa aos filhos(...)”. CF6

“(...) o processo de admissão engloba várias áreas, uma recolha rigorosa por parte das técnicas, mas é também uma recolha gradual que se vai realizando diariamente(...)”.
CF1

“(...) acho que tratam as pessoas com dignidade uma vez que tentam ir de encontro das necessidades básicas e não só, bem como desejos e atividades que promovam o bem estar dos utentes (...) CF10

“(...) acontece muitas vezes, para apressar o processo de alimentação, nem se pondera a estimulação. As pessoas com Alzheimer, muitas vezes não sabem o que fazer com um talher e nós nem perdemos tempo em explicar, vamos diretos a dar a comida na boca (...).”CF4

“(...) para despachar os serviços e cumprir horários, há muita falta de estimulação dos utentes...”CF8

“(...) às vezes os utentes não sabem o que estão a comer, se é peixe ou carne, porque não se tira tempo para explicar, é tudo contra o relógio (...). CF12

“(...) acabamos por decidir muitas coisas por eles, eles não estão bem, se estivessem estavam em casa (...)”. CF5

“(...) aos que estão bem da cabeça costumo perguntar o que querem (...)”. CF8

“(...) muitos são dependentes, não conseguem decidir muito, por exemplo aos que estão bem eu explico o que vou fazer, ou pergunto o que querem vestir, aos que não estão bem da cabeça não(...)”. CF13

“(...) eu até gostava de fazer as coisas bem, mas há colegas que não se esforçam, às vezes nem vale apenas tentar(...)”. CF3

“(...) desde que vocês entraram (técnicas) as coisas mudaram porque vocês fizeram-nos ver uma realidade diferente(...)”. CF6

“(...) oh Dr^a eles às vezes vêm todos baralhados coitados, sabem lá pro que vêm, é uma pena (...)”. CF9

“(...) antigamente quando primeiro entrei para cá era tudo feito à regra, não havia flexibilidade, nem podia haver, porque senão já não se era boa o suficiente. Boa era quem cumpria horários, estivesse o trabalho bem feito ou não (...)”. CF3

“(...) é importante que as necessidades nutricionais sejam cumpridas de forma individualizada, e por isso existe várias ementas, para cumprir isso (...)”. CF12

“(...) nós para não invadir a privacidade do utente, enquanto está a tomar banho, para buscar material à casa de banho, deveríamos ter recursos na rua, uns carrinhos com o material todo que precisávamos(...)”.

(...) respondemos como não devíamos responder, umas vezes porque trazemos problemas de casa outras vezes pelos problemas que surgem aqui (...)”. CF3

“(...) os conflitos entre colegas, por vezes acabam por prejudicar o bem estar dos utentes(...)”. CF7

“(...) nesta casa às vezes o problema é o trabalho em equipa. O trabalho nunca me preocupou, e não é o trabalho com os idosos e digo idosos, mas muito ainda não são, e desde que aqui entrei o que me custa mais é os conflitos entre equipa (...)”. CF10

“(...) eu até gostava de fazer as coisas bem, mas há colegas que não se esforçam, às vezes nem vale apena tentar(...)”. CF3

“(...) antes costumava dizer “vamos fazer pipi” ou utilizar expressões pouco adequadas para eles, e mesmo agora, há descuidos (...)”. CF2

“(...) trato com o mesmo carinho que trato uma criança (...)”. CF3

“(...) acho que voltamos a ser crianças quando chegamos a velhos (...)”. CF5

“(...) há momentos que dou por mim a falar com uma voz muito infantil, eu própria reconheço isso (...)”. CF6

“(...) eles são como crianças (...), há muita falta de estimulação dos utentes...”CF7

“(...) utilizo diminutivos, mas muitas vezes são as famílias que pedem. Tirando isso utilizo, meus meninos, mas acho que não é infantilizar, acho que é um gesto profundo de carinho(...)”. CF10

“(...) às vezes acabo por tratar como criança e nem me apercebo, às vezes acho certos comportamentos engraçados, que não têm piada, e outras vezes utilizo os diminutivos sem maldade (...)”. CF11

“(...) às vezes nem comunico tanto como devia, porque sou muito introvertida(...)”. CF2

“(...) sendo sincera, quando estou mais cansada, não comunico bem(...)”. CF3

“(...) não comunico da melhor maneira, devido a cansaço, problemas que vêm de casa (...)”. CF4

“(...)às vezes quando havia problemas, entrava em conflito com os utentes e era mais bruta a falar(...)”. CF5

“(...) às vezes reclamamos porque nos esquecemos com quem estamos a lidar(...)”CF6

“(...) elevo muito a voz em certos momentos e pode parecer que estou chateada(...)”CF7

“(...) às vezes as formas de falar; agressividade no diálogo (...)”. CF8

“(...) falamos muitas vezes torto. Temos dias bons e menos bons, mas temos que chegar ao trabalho e separar os problemas(...)” CF9

“(...) respondemos como não devíamos responder, umas vezes porque trazemos

problemas de casa outras vezes pelos problemas que surgem aqui. Acho que os utentes não têm que levar com o nosso mau humor(...) CF10

*“(...) às vezes quando me exalto um pouco, a minha comunicação falha com o utente(...)”*CF11

“(...) Eu trato por avó ou tia porque muitas vezes vejo a minha família neles(...)”. CF7

“(...)Temos que nos lembrar que eles estão aqui é como se fossem a nossa família, temos que os tratar como tal(...)”. CF13

“... eu olho como se fossem minha família, por exemplo a Dona E, fazia-me lembrar a minha avó e eu tratava-a por avó E (...)”. CF14

“(...) sente-se muita revolta, traz-se os problemas de casa; e depois não se pensa no que se faz ou diz aos utentes(...)”. CF1

“(...) devíamos ter paciência, calma e no lar falha muito isso. Os problemas que temos em casa veem muitas vezes para o local de trabalho (...)”. CF2

“(...) respondemos como não devíamos responder, umas vezes porque trazemos problemas de casa... não tratamos mal, mas misturamos muito as coisas(...)”. CF4

“(...) quando tenho problemas em casa com os filhos ou outros assuntos é muito comum eu trazer essa disposição para o trabalho, e às explodo confesso (...)”. CF6

“(...) fora da hora laboral daqui, ou nas minhas folgas costumo fazer limpezas ou trabalho nos cultivos(...)”. CF3

“(...) é costume quando faço manhãs ou estou de folga ir fazer limpezas a uma casa, mas no dia seguinte o corpo pesa, mas tem que ser (...)”. CF6

“(...) sendo o meu emprego por turnos, dou horas noutros sítios, na altura de escamisar o milho, às vezes venho trabalhar a seguir (...)” CF7

“(...) é preciso ter estômago e estofo para trabalhar nestes sítios, chego exausta do meu corpo e cabeça às vezes(...)”. CF5

Anexo 5.1. Tabela Análise de conteúdo com citações

Área Temática	Categoria	Sub-Categoria	Exemplos de passagens de discurso dos cuidadores formais	Nº
Significado da dignidade na perspetiva dos cuidadores formais	Respeito	Autonomia	<p>“(…) dignidade é o respeito pela autonomia física, mental e social do utente(…)”. CF11</p> <p>“(…)na escolha da comida e poder comer comida caseira como quer (…)”. CF12</p> <p>“tenho sempre em conta o gosto dela (…)”CF3</p> <p>“(…) dignidade também são as nossas vontades (…)” CF4</p> <p>“a pessoa tem direito à sua vontade, a sua dignidade (…)” CF15</p> <p>“(…) tratam as pessoas com dignidade uma vez que tentam ir de encontro dos desejos (…)</p>	6
		Crenças e valores	<p>“(…)dignidade é o respeito pelas (...) Crenças e valores (…)” CF11</p> <p>“(…) é importante estabelecer ligações éticas, ou seja, ligações morais, respeito pelos estilos de vida, privacidade, valores (…)” CF13</p>	2
		Identidade	<p>“(…) a identidade de uma pessoa não se perde a partir do momento em que envelhece porque será sempre ela mesma, com ou sem fralda, conseguindo ou não mastigar a comida que lhe é servida, isso é dignidade é ser quem se é (…)” CF9</p> <p>“(…) nosso “ser”, o respeito pela nossa pessoa (…)” CF6</p> <p>“(…)conhecer a pessoa, aquilo que ela foi, aquilo que ela é (…)” CF1</p>	3

		Individualidade	<p>“(…) Cada um vai construindo a sua dignidade, ou porque estudaram, ou porque tiveram um ensino diferente ao longo da sua vida cada um vai ter a sua dignidade (…)”. CF12</p> <p>“(…) respeitar-se a individualidade de cada um sem dúvida, (…).” CF7</p> <p>“(…) a dignidade para mim é a nossa história de vida (…)”. CF14</p> <p>“(…) é importante estabelecer ligações com a história de vida dos utentes (…)”. CF13</p>	4
		Privacidade	<p>“(…) respeito pelos estilos de vida, privacidade (…)”. CF13</p> <p>“(…) dignidade é também a privacidade do nosso ser (…)”. CF4</p> <p>“(…) sempre que me lembro dos pormenores, acho que devemos manter a privacidade para preservar a dignidade (…)”. CF10</p> <p>“(…) basta fechar uma porta para manter a privacidade do utente(…)” CF3</p>	4
	Promoção de conforto e bem estar	Físico e mental	<p>“(…) dar conforto e bem estar, parece-me adequado para definir dignidade (…)”. CF4</p> <p>“(…) conforto e bem-estar, é algo físico e mental, parece-me adequado para definir dignidade (…)”. CF3</p> <p>“(…) na dignidade entra a saúde o bem estar, engloba tudo (…)”. CF8</p> <p>“(…) acho que tratam as pessoas com dignidade uma vez que tentam ir de encontro de (…) atividades que promovam o bem estar dos utentes (…) CF10</p> <p>“(…)em primeiro lugar estão os utentes e o bem estar deles (…)”. CF5</p>	5

		Ambiente adaptado	“(…) eles têm que se sentir em “casa” o máximo possível (…”. CF12	1
	Empatia	Compreensão	“(…) Tento sempre ir ao encontro da outra pessoa e saber o que posso fazer para a ajudar e compreender (…) acabo por tentar compreender sempre o utente para poder fazer-lhes as vontades (…”. CF15 “(…) saber colocar-nos na pele do outro, é uma virtude(…)”. CF15	2
Intervenções valorizadas pelo Cuidador Formal no cuidar	Personalização do cuidado	Individualização do cuidado	“(…) tratamos cada um de forma diferente o que é muito bom porque ninguém é igual a ninguém. (…”. CF11 “(…) são muitos a pedir e a desejarem coisas diferentes, não é fácil chegar a todo o lado, mas tenta-se (…”. CF4	2
			“(…) uma recolha rigorosa de informação por parte das técnicas, (…) que se vai realizando diariamente permite conhecer melhor o que precisam cada um dos utentes”. CF1	1
		Adaptação de dietas	“(…) é importante que as necessidades nutricionais sejam cumpridas de forma individualizada, e por isso existe várias ementas, para cumprir isso (…”. CF12	1
		Estimular o envolvimento familiar	“(…) a participação do familiar em todo o processo de pré e durante institucionalização é indispensável para adaptar os cuidados aos utentes (…”. CF5 “(…) eles são a peça do nosso puzzle incompleto, tanto para os que não se dão muito bem com a família, como para os que se dão excepcionalmente bem (…”. CF9	2
		Estimulação do utente	“(…) não devemos olhar para a pessoa como uma coitadinha, mesmo quando estão mal da cabeça, devem ter sempre memórias de como fazer algo, e estamos cá para descobrir isso (…”. CF7 “(…) tento ao máximo, em qualquer prática, estimular memórias; sabores;	3

			proporcionar momentos íntimos, estimular o olfato (...) CF14 “(...) conseguimos reconhecer as capacidades das pessoas, durante as refeições, estimulando o paladar, as memórias, no banho quando lhes pedimos ajuda e vemos se elas conseguem fazer, ou mesmo em pequenos pormenores, (...)”. CF12	
	Cuidado centrado na pessoa	Valorização da pessoa	“(...) valorizo muito o utente e a história, (...) tenho em conta as suas fragilidades e dificuldades (...)”. CF15 “(...) criar laços com a pessoa para mim é muito importante, é a única forma de chegar a eles (...)”. CF1	2
		Reforço positivo	“(...) digo sempre se estão bonitos, tento confortar (...) CF1 “(...) quando os vejo mais tristes e que andam mais depressivos, elogio sempre o seu aspeto físico e muitas vezes elogio aquilo que eles dizem (...)”. CF7 “(...) ainda há bocado disse ao Sr. X, que ele estava muito bonito e cheiroso, porque vi que ele tinha ficado muito aborrecido com a conversa ao telefone com a filha. (...) Quando estão mal dispostos pergunto o que se passa, se posso ajudar (...)”. CF10 “(...) às vezes digo umas brincadeiras para os ver sorrir (...)”. CF12	4
	Confidencialidade	Direito à reserva de informação	“(...) tenta-se sempre manter a informação do utente reservada (...)”. CF1	1
Fatores dificultadores no cuidar da pessoa institucionalizada em ERPI				
	Interação com o outro	Infantilização	“(...) há momentos que dou por mim a falar com uma voz muito infantil, eu própria reconheço isso (...)”. CF6 “(...) antes costumava dizer “vamos fazer pipi” ou utilizar expressões pouco adequadas para eles, e mesmo agora, há descuidos (...)”. CF2	9

		<p>“(...) trato com o mesmo carinho que trato uma criança (...)”. CF3</p> <p>“(...) acho que voltamos a ser crianças quando chegamos a velhos (...)”. CF5</p> <p>“(...) eles são como crianças (...), há muita falta de estimulação dos utentes...”CF7</p> <p>“(...) utilizo diminutivos, mas muitas vezes são as famílias que pedem. Tirando isso utilizo, meus meninos, mas acho que não é infantilizar, acho que é um gesto profundo de carinho(...)”. CF10</p> <p>“(...) às vezes acabo por tratar como criança e nem me apercebo, às vezes acho certos comportamentos engraçados, que não têm piada, e outras vezes utilizo os diminutivos sem maldade (...)”. CF11</p> <p>“(...) Eu trato por avó ou tia porque muitas vezes vejo a minha família neles(...)”. CF7</p> <p>“... eu olho como se fossem minha família, por exemplo a Dona E, fazia-me lembrar a minha avó e eu tratava-a por avó E (...)”. CF14</p>	
	Comunicação	<p>“(...) às vezes nem comunico tanto como devia, porque sou muito introvertida (...)”. CF2</p> <p>“(...) sendo sincera, quando estou mais cansada, não comunico bem(...)”. CF3</p> <p>“(...) não comunico da melhor maneira, devido a cansaço, problemas que vêm de casa (...)”. CF4</p> <p>“(...)às vezes quando havia problemas, entrava em conflito com os utentes e era mais bruta a falar(...)”. CF5</p> <p>“(...) às vezes reclamamos porque nos esquecemos com</p>	10

			<p>quem estamos a lidar(...)"CF6</p> <p>"(...) elevo muito a voz em certos momentos e pode parecer que estou chateada(...)"CF7</p> <p>"(...) às vezes as formas de falar; agressividade no diálogo (...)" CF8</p> <p>"(...) falamos muitas vezes torto. Temos dias bons e menos bons, mas temos que chegar ao trabalho e separar os problemas(...)" CF9</p> <p>"(...) respondemos como não devíamos responder, umas vezes porque trazemos problemas de casa outras vezes pelos problemas que surgem aqui. Acho que os utentes não têm que levar com o nosso mau humor(...)" CF10</p> <p>"(...) às vezes quando me exalto um pouco, a minha comunicação falha com o utente(...)"CF11</p>	
	Gestão de emoções	Pena	<p>"(...) coitadinhos, eles lá sabem o que fazem (...)" CF6</p> <p>"(...) dá-me pena ao que chegamos (...)" CF8</p> <p>"(...)eles às vezes vêm todos baralhados coitados, sabem lá pro que vêm, é uma pena (...)" CF9</p>	3
		Tristeza	<p>"(...)Quando eles partem fica sempre um cadeirão vazio. Existem momentos em que só ao fim de muito tempo é que se mentaliza desta mágoa(...)" CF13</p>	1
		Impotência	<p>"(...) por vezes não sei bem o que fazer, não sei responder a certas questões (...)" CF7</p> <p>"(...) trabalhar com esta população é difícil, é frustrante às vezes ter que dizer o mesmo tanta vez, explicar as mesmas coisas tanta vez, e depois alguns são teimosos (...)" CF13</p>	2
		Desmotivação	<p>"(...)damos o nosso todo, e por vezes os utentes não são</p>	2

			<p>reconhecedores do nosso trabalho. Por exemplo a Dona T, foi embora, mas fala de nós como se fossemos as piores do mundo, e fizemos tudo por ela(...)”. CF8</p> <p>“(…) é cansativo, tem que haver muita paciência para trabalhar nisto, sinto-me irritada às vezes (...)”. CF10</p>	
		<p>Dificuldade em conciliar a vida pessoal com profissional</p>	<p>“(…) sente-se muita revolta, traz-se os problemas de casa; e depois não se pensa no que se faz ou diz aos utentes(...)”. CF1</p> <p>“(…) devíamos ter paciência, calma e no lar falha muito isso. Os problemas que temos em casa veem muitas vezes para o local de trabalho (...)”. CF2</p> <p>“(…) respondemos como não devíamos responder, umas vezes porque trazemos problemas de casa... não tratamos mal, mas misturamos muito as coisas(...)”. CF4</p> <p>“(…) quando tenho problemas em casa com os filhos ou outros assuntos é muito comum eu trazer essa disposição para o trabalho, e às vezes explodo confesso (...)”. CF6</p>	4
	Gestão do tempo	<p>Rentabilização do tempo</p>	<p>“(…) para despachar o trabalhar e ter tudo feito, às vezes nem olho a pormenores (...)” C4</p> <p>“(…) é uma correria às vezes nem nos lembramos (...) da ética e a dignidade (...)”. CF3</p> <p>“(…)às vezes não tenho o tempo que gostava para estar com eles e perceber e compreendê-los (...)” CF12</p> <p>“às vezes não há tempo para saber o que as pessoas fizeram ao longo da sua vida, porque funcionamos como relógios, aí quebramos a dignidade da pessoa, (...)”. CF14</p> <p>“(…)Boa é quem cumpria horários, estivesse o trabalho bem feito ou não (...)”. CF3</p> <p>“(…) acontece muitas vezes, (...) apressar o processo de alimentação (...)”CF4</p>	8

			<p>“(…) despachar os serviços e cumprir horários”CF8</p> <p>“(…)é tudo contra o relógio. CF12</p>	
	Rotinização das práticas	Hábitos enraizados	<p>“(…) eu sei que a dignidade é precisa, e um dia quero o mesmo para mim, mas nunca tivemos ninguém que nos ensinasse isso, nem eu sei se consigo tirar estes hábitos de mim. Nós trazemos para aqui exatamente o que nos era exigido há uns anos atrás... que era trabalhar e ganhar o dinheiro para meter comida na mesa aos filhos(...)”. CF6</p> <p>“(…)para cumprir as rotinas, às vezes nem nos lembramos dos pormenores”CF3</p> <p>“(…) que era mudar a fralda a um utente com o outro na casa de banho, ou fazer a higiene no quarto de porta aberta (...)”. CF15</p>	3
		Falta de flexibilidade	<p>“(…) a verdade é que não precisamos de pensar muito, mas por vezes não sei ser flexível e resolver situações simples (...)”. CF11</p>	1
		Substituição da pessoa	<p>“(…) acabamos por decidir muitas coisas por eles, eles não estão bem, se estivessem estavam em casa (...)”. CF5</p> <p>“(…) muitos são dependentes, não conseguem decidir muito, por exemplo aos que estão bem eu explico o que vou fazer, ou pergunto o que querem vestir, aos que não estão bem da cabeça não(...)”. CF13</p> <p>“(…) As pessoas com Alzheimer, muitas vezes não sabem o que fazer com um talher e nós nem perdemos tempo em explicar, vamos diretos a dar a comida na boca (...)”CF4</p>	4

			“(…)há muita falta de estimulação dos utentes...”CF8	
	Défice no acompanhamento dos profissionais	Défice de formação	“(…) confesso que não sei como funciona em outros lares, em termos dos serviços prestados, porque sempre trabalhei aqui, e maior parte das minhas colegas também... é assim, as bases que temos são coisas que fomos aprendendo e outras... olha fomos fazendo como pensamos que está bem (...)”CF8	1
		Falta de Supervisão	“(…) ao fim de semana descuidámo-nos um bocado, confesso. Porque parece que necessitamos de uma supervisão de alguém superior para detetar certas falhas. (...) por vezes até são os pequenos pormenores, como a roupa que lhe vestimos(...)”. CF6.	1
	Divergências na equipa	Resistência à mudança	“(…) eu até gostava de fazer as coisas bem, mas há colegas que não se esforçam, às vezes nem vale apenas tentar(...)”. CF3	1
		Conflitos entre profissionais	(...) respondemos como não devíamos responder, (...) pelos problemas que surgem aqui (...)”. CF3 “(…) os conflitos entre colegas, por vezes acabam por prejudicar o bem estar dos utentes(...)”. CF7 “(…) nesta casa às vezes o problema é o trabalho em equipa. (...) desde que aqui entrei o que me custa mais é os conflitos entre equipa (...)”. CF10	3
	Laborar em vários locais	Sobrecarga física e emocional	“(…) fora da hora laboral daqui, ou nas minhas folgas costumo fazer limpezas ou trabalho nos cultivos(...)”. CF3 “(…) é costume quando faço manhãs ou estou de folga ir fazer limpezas a uma casa, depois no dia seguinte quando venho trabalhar o	4

			<p>corpo pesa, mas tem que ser (...). CF6</p> <p>“(...) sendo o meu emprego por turnos, dou horas noutros sítios, na altura de escamisar o milho, às vezes venho trabalhar a seguir (...).” CF7</p> <p>“(...) é preciso ter estômago e estofo para trabalhar nestes sítios, chego exausta do meu corpo e cabeça às vezes(...)”. CF5</p>	
--	--	--	---	--

Anexo 6- Grelha de observação

Classificação numérica: 0- Não observado 0,5- Observado às vezes 1-Observado sempre



Elaborado pela Investigadora Rita Taipina Marques

FHUC FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Grelha de Observação/Monitorização do mês de _____

Cuidador Formal _____

Cria ligação ética com o utente
Respeita crenças e religião
Valoriza o utente
Respeita a vontade
Respeita o gosto
Momentos de alimentação dignos
Estimula autonomia
Explica e pede autorização para executar procedimentos
Comunicação adequada
Respeita a confidencialidade do utente
Respeito pela liberdade individual
Estimula a autoestima do utente
Bate à porta antes de entrar no quarto
Bate à porta antes de entrar na casa de banho
Respeito pela privacidade em áreas íntimas
Fecha porta durante intervenções
Respeita o tempo de necessidades fisiológicas
Tom de voz durante comunicação adequado
Respeita a identidade do utente
Infantiliza
Coloca em prática a sua definição de dignidade

Observações

Anexo 6.1.- Grelha de observação com dados

Grelha de Observação/Monitorização do dia 24 de Novembro 2020 a 11 de Dezembro 2020

	CF1	CF2	CF3	CF4	CF5	CF6	CF7	CF8	CF9	CF10	CF11	CF12	CF13	CF14	CF15	Média
Cria ligação ética com o utente	0,5	0,5	1	0	0	0,5	0,5	0	1	0,5	1	0,5	0,5	0,5	1	53%
Respeita crenças e religião	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	1	53%
Valoriza o utente	0,5	0,5	0,5	0	0	0,5	0,5	0	1	0,5	1	0,5	0,5	0,5	1	50%
Respeita a vontade	0	0	0	0	0	0	0	0	0,5	0	0,5	0,5	0	0	1	17%
Respeita o gosto	0	0	0,5	0	0	0	0,5	0	0,5	0	0,5	0,5	0	0,5	1	27%
Momentos de alimentação dignos	0	0	0	0	0	0	0	0	0,5	0	0,5	0,5	0	0,5	1	20%
Estimula autonomia	0	0	0	0	0	0	0	0	0,5	0	0	0	0	0	1	10%
Explica e pede autorização para executar procedimentos	0	0	0	0	0	0	0	0	0,5	0	0,5	0,5	0	0	1	17%
Comunicação adequada	0	0	0,5	0	0	0	0,5	0	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	1	33%
Respeita a confidencialidade do utente	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	7%
Respeito pela liberdade individual	0	0	0	0	0	0	0	0	0,5	0	0	0	0	0,5	1	13%
Estimula a autoestima do utente	0	0	0,5	0	0	0	0	0	1	0,5	0,5	0	0,5	1	1	33%
Bate à porta antes de entrar no quarto	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	13%
Bate à porta antes de entrar na casa de banho	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	13%
Respeito pela privacidade em áreas íntimas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	13%
Fecha porta durante intervenções	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	7%
Respeita o tempo de necessidades fisiológicas	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	100%
Tom de voz durante comunicação adequado	0	0	0,5	0	0	0,5	0	0	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	1	33%
Respeita a identidade do utente	0	0,5	0,5	0	0	0,5	0,5	0	0,5	0	0,5	0,5	0	0	1	30%
Infantiliza	1	1	1	1	1	1	1	1	0,5	1	1	1	1	1	0	90%
Coloca em prática a sua definição de dignidade	0	0	0	0	0	0	0	0	0,5	0	0	0	0	0	1	10%

Classificação numérica e cores

0. N Observado 0,5 às vezes 1. sempre

Anexo 6.2.- Grelha de observação com dados



FHUC FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Grelha de Observação/Monitorização do dia 4 de Janeiro 2021 a 4 de Fevereiro 2021

	CF1	CF2	CF3	CF4	CF5	CF6	CF7	CF8	CF9	CF10	CF11	CF12	CF13	CF14	CF15	Média
Cria ligação ética com o utente	1	1	1	0,5	0,5	1	1	0,5	1	1	1	1	1	0,5	1	87%
Respeita crenças e religião	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	100%
Valoriza o utente	1	1	1	0,5	0,5	1	1	0,5	1	1	1	1	1	1	1	90%
Respeita a vontade	1	1	1	0,5	0,5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	93%
Respeita o gosto	1	1	1	0,5	0,5	1	1	0,5	1	1	1	1	1	1	1	90%
Momentos de alimentação dignos	1	1	1	0,5	0,5	0,5	1	1	1	1	1	0,5	1	0,5	1	83%
Estimula autonomia	1	1	1	0,5	0,5	0,5	0,5	1	1	1	0,5	0,5	0,5	1	1	77%
Explica e pede autorização para executar procedimentos	1	1	1	0,5	0,5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	93%
Comunicação adequada	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	1	53%
Respeita a confidencialidade do utente	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	100%
Respeito pela liberdade individual	1	1	1	0,5	0,5	0,5	0,5	1	1	1	1	1	1	1	1	87%
Estimula a autoestima do utente	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	100%
Bate à porta antes de entrar no quarto	1	1	1	0,5	0,5	1	1	0,5	0,5	1	1	1	1	1	1	87%
Bate à porta antes de entrar na casa de banho	1	1	1	0,5	0,5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	93%
Respeito pela privacidade em áreas íntimas	1	1	1	0,5	0,5	1	1	0,5	1	1	1	1	1	1	1	90%
Fecha porta durante intervenções	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0,5	1	97%
Respeita o tempo de necessidades fisiológicas	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	100%
Tom de voz durante comunicação adequado	1	0,5	1	0,5	0,5	1	1	0,5	1	0,5	1	1	1	1	1	83%
Respeita a identidade do utente	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	100%
Infantiliza	0	0	0	0,5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,5	0	7%
Coloca em prática a sua definição de dignidade	1	1	1	0,5	0,5	0,5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	90%

Classificação numérica e cores

0. N Observado 0,5 às vezes 1. sempre