

HIGIENE E CONFORTO: DA TAREFA AO CUIDAR COM HUMANITUDE

HYGIENE AND COMFORT:
FROM TASK TO
HUMANITUDE CARING

Série Monográfica | **Monographic Series**
Educação e Investigação | **Health Sciences Education**
em Saúde | **and Research**

17

Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem
Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Health Sciences Research Unit: Nursing
Nursing School of Coimbra



HEALTH SCIENCES
RESEARCH UNIT
NURSING
**UNIDADE DE INVESTIGAÇÃO
EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**
ENFERMAGEM

SÉRIE MONOGRÁFICA

ISSN: 1647-9440

EDITOR / PUBLISHER

Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E)
Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (EEnfC)

RESPONSABILIDADE DA SÉRIE MONOGRÁFICA / RESPONSABILITY FOR THE MONOGRAPHIC SERIES

Manuel Alves Rodrigues, Coordenador Científico da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde:
Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra
Maria da Conceição Bento, Presidente da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

MONOGRAFIA – Nº 17

ISBNp: : 978-989-99426-7-7

COORDENAÇÃO CIENTÍFICA DA MONOGRAFIA / SCIENTIFIC COORDINATION OF THE MONOGRAPH

Investigadora Principal do Projeto estruturante Implementação da Metodologia de Cuidados Humanitude

COMO SE CITA A MONOGRAFIA (Normas APA 6ª edição) / HOW TO CITE THE MONOGRAPH (APA - 6th edition)

Melo, R. C. (Coord.). (2017). *Higiene e Conforto: Da tarefa ao cuidar com Humanitude. Série Monográfica Educação e Investigação em Saúde*. Coimbra, Portugal: Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E) / Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (EEnfC).

COMO SE CITA UM CAPÍTULO (Normas APA 6ª edição) / HOW TO CITE A CHAPTER (APA - 6th edition)

Salgueiro, N. (2017). Higiene do corpo ao longo dos tempos. In R. C. Melo (Coord.), *Higiene e Conforto: Da tarefa ao cuidar com Humanitude. Série Monográfica Educação e Investigação em Saúde* (pp. 5-49). Coimbra, Portugal: Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E) / Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (EEnfC).

HIGIENE E CONFORTO: DA TAREFA AO CUIDAR COM HUMANITUDE

HYGIENE AND COMFORT:
FROM TASK TO
HUMANITUDE CARING

Coord.

Rosa Cândida de Carvalho Pereira de Melo

Série Monográfica | Monographic Series
Educação e Investigação | Health Sciences Education
em Saúde | and Research

17

Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem
Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Health Sciences Research Unit: Nursing
Nursing School of Coimbra

FICHA TÉCNICA / COPYRIGHT PAGE

TÍTULO / TITLE

Higiene e conforto: da tarefa ao cuidar com humanidade

EDITOR / PUBLISHER

Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem
Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

RESPONSABILIDADE DA SÉRIE MONOGRÁFICA / RESPONSABILITY FOR THE MONOGRAPHIC SERIES

Manuel Alves Rodrigues, *Coordenador Científico da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra*
Maria da Conceição Bento, *Presidente da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra*

COORDENAÇÃO CIENTÍFICA DA MONOGRAFIA / SCIENTIFIC COORDINATION OF THE MONOGRAPH

Rosa Cândida de Carvalho Pereira de Melo, Ph.D., *Professora Adjunta na ESEnfC*

AUTORES / AUTHORS

Amélia Martins
Anabela de Sousa Salgueiro Oliveira
António Manuel Fernandes
Cidalina da Conceição Ferreira de Abreu
João Pärtel Araújo
Lia Madalena Ramponi Antonioli
Luiza Hiromi Tanaka
Manuel André António
Maria da Conceição G. Marques Alegre de Sá
Maria Júlia Paes da Silva
Nídia Salgueiro
Rafael Efraim Alves
Rosa Cândida Carvalho Pereira de Melo
Thaila Maki Hiraga

SÉRIE MONOGRÁFICA / MONOGRAPHIC SERIES

ISSN 1647-9440

MONOGRAFIA / MONOGRAPH

Número 17

ISBNp: 978-989-99426-7-7

DEPÓSITO LEGAL:

COPYRIGHT

© 2017 Unidade de Investigação em Ciências da Saúde:
Enfermagem (UICISA: E) / Escola Superior de Enfermagem
de Coimbra (ESEnfC)

REVISÃO FINAL / COPY EDITING

Cristina Louçano, *Lic. em Línguas e Literaturas Modernas, variante de Francês/Inglês*
Daniela Cardoso, *RN – Bolseira de Investigação da UICISA: E, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra*
Daniela Lourenço Pinto, *RN, Bolseira da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem*
Elzbieta Campos, *PhD – Bolseira de Investigação da UICISA: E, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra*
Inês Cardoso, *MS em Psicologia – Bolseira de Investigação da UICISA: E, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra*
Liliana Baptista, *PhD em Psicologia – Bolseira de Investigação da UICISA: E, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra*
Maria Lucília Cardoso, *MS em Sociologia – Bolseira de Investigação da UICISA: E, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra*
Paulo Costa, *MS, RN – Bolseiro de Investigação da UICISA: E, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra*
Susana Branca, *Lic. em Ciências da Informação*

MAQUETIZAÇÃO E PAGINAÇÃO / LAYOUT & DTP

Eurico Nogueira, *MS em Tecnologias de Informação Visual*

REVISÃO DOCUMENTAL / REFERENCES REVISION

Serviço de Documentação da ESEnfC

APOIO TÉCNICO / TECHNICAL SUPPORT

Cristina Louçano, *Secretariado da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem*

GRÁFICA / PRINTED BY

Tipografia Lousanense, Lda – Lousã

TIRAGEM / COPIES

400 exemplares

ANO DE PUBLICAÇÃO / YEAR OF PUBLICATION

2017

ÍNDICE

NOTA CURRICULAR.....	1
NOTA DO EDITOR.....	3
<i>Manuel Alves Rodrigues</i>	
CAPÍTULO I	
Higiene do corpo ao longo dos tempos.....	5
<i>Nídia Salgueiro</i>	
CAPÍTULO II	
Como cuidar o corpo preservando a dignidade da pessoa.....	51
<i>Maria Júlia Paes Da Silva</i>	
CAPÍTULO III	
Conhecer-me para conhecer o outro com atenção.....	63
<i>Luiza Hiromi Tanaka</i>	
CAPÍTULO IV	
História de vida: estratégia de empatia no cuidar em humanidade.....	73
<i>Lia Madalena Ramponi Antonioli</i>	
<i>Thaíla Maki Hiraga</i>	
CAPÍTULO V	
Humanidade: do conceito antropológico a uma ferramenta de cuidar.....	83
<i>Manuel André António</i>	
CAPÍTULO VI	
Prevenção da infecção associada ao cuidado de higiene e conforto: reflexões sobre a higienização das mãos e o uso de luvas.....	95
<i>Anabela Salgueiro Oliveira</i>	
<i>Cidalina da Conceição Abreu</i>	
<i>Rosa Cândida Melo</i>	

CAPÍTULO VII

Cuidados de higiene e conforto: contributo da metodologia de cuidado humanidade para a dignificação da pessoa cuidada.....107

Rosa Cândida Melo

João Pärtel Araújo

Cidalina da Conceição Abreu

Anabela Salgueiro Oliveira

António Manuel Fernandes

Maria da Conceição Alegre de Sá

CAPÍTULO VIII

Gestão dos sintomas comportamentais e psicológicos da demência nos cuidados de higiene e conforto: guia compreensivo e de intervenção.....125

Rafael Efraim Alves

João Pärtel Araújo

Rosa Cândida Melo

CAPÍTULO IX

Estimulação multissensorial durante o cuidado de higiene e conforto.....145

Amélia Martins

João Pärtel Araújo

Rosa Cândida Melo

NOTA CURRICULAR

Amélia Martins, Licenciada em Serviço Social, Pós-graduação em Neuropsicologia Clínica, Doutorada em Psicologia Cognitiva. Formadora Humanitude. Formadora creditada pelo ISNA-MSE (Associação Internacional de Snoezelen). Coordenadora científica da Pós-graduação Estimulação multissensorial no snoezelen - Escola Superior de Saúde do Alcoitão. Cofundadora da Via Hominis, crl.

Anabela de Sousa Salgueiro Oliveira, Doutorada em Enfermagem pela Universidade de Lisboa. Professora Adjunta na Unidade Científico-pedagógica de Enfermagem Fundamental, na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Membro do TecCare e investigadora da UICISA: E.

António Manuel Fernandes, Professor Adjunto (Escola Superior de Enfermagem de Coimbra); DEA (Diploma de Estudos Avançados e Suficiência de Investigação); Doutorado em Ciências da Saúde (Reconhecimento - Universidade de Coimbra) ; Pós-graduado em Pedagogia da Saúde; Especialista em Enfermagem de Reabilitação; Investigador da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem e Fundação para a Ciência e Tecnologia

Cidalina da Conceição Ferreira de Abreu, Licenciada em Enfermagem, Licenciada em Psicologia Pedagógica e concluiu Mestrado em Psicologia Pedagógica pela Universidade de Coimbra em 1999. Doutorada em Psicologia da Educação pela Universidade de Coimbra. É Professora Adjunta na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Publicou 11 artigos em revistas especializadas e 8 trabalhos em atas de eventos

João Pärtel Araújo, Licenciado em Enfermagem e Mestrado em Gestão de Saúde. É um dos fundadores do Instituto Gineste Marescotti Portugal e tem participado internacionalmente na promoção dos cuidados em Humanitude. Com um espírito de empreendedor social é ainda fundador da Via Hominis, CRL e está implicado em vários projetos de inovação social.

Lia Madalena Ramponi Antonioli, Pedagoga, mestre pelo Programa de Integração da América Latina da Universidade de São Paulo, especializada em Educação pela Pontifícia Universidade Católica, em Violência Doméstica pelo Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, em Avaliação Educacional pela Universidade de Brasília e em Gerontologia pela Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo. Aconselhadora Biográfica pela Escola Livre de Estudos Biográficos. Professora voluntária da Escola Paulista de Enfermagem, atuando nos projetos de extensão universitária Envelhecer com Arte e Bem-te-vi.

Luiza Hiromi Tanaka, Enfermeira, doutorado em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e pós doutorado em Ciências de saúde. Atuou na diretoria de enfermagem do Hospital Universitário da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Professor orientador do Programa de Pós-Graduação de Enfermagem da Escola Paulista de Enfermagem da UNIFESP. Instrutora de práticas meditativas pela Associação Palas Athena e em Mindfulness pela Breathworks Foundation, Inglaterra.

Manuel André António, Doutorado em Antropologia da Saúde pelo Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa, em parceria com a Universidade Federal do Rio de Janeiro e Universidade da Califórnia Santa Cruz. Desenvolveu investigação a respeito do Envelhecimento Ativo e do recurso à Medicina Tradicional Chinesa. Consultor da cooperativa Via Hominis para a divulgação da MGM e Humanitude.

Maria da Conceição G. Marques Alegre de Sá, Doutoranda em Enfermagem Avançada na Universidade Católica Portuguesa, Mestre em Sociopsicologia da Saúde pelo Instituto Superior Miguel Torga, Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, Professora Adjunta na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Portugal (calegre@esenfc.pt).

Maria Júlia Paes da Silva, Professora Titular pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, com mestrado, doutorado e livre docência na área de comunicação interpessoal. Autora de vários livros, entre eles: Comunicação tem remédio; O amor é o caminho - maneiras de cuidar; Qual o tempo do cuidado?; No caminho - fragmentos para ser o melhor”.

Nídia Salgueiro, Enfermeira professora, aposentada, da Escola Superior de Enfermagem Dr. Ângelo da Fonseca, atual Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Rafael Efraim Alves, mestre em Geriatria e Gerontologia pela Universidade de Aveiro. Atualmente desempenha funções no Serviço de Psiquiatria Geriátrica do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa, com experiência clínica neste domínio, em diferentes unidades (Service Universitaire de Psychiatrie de l'Agé Avancée do Centre Hospitalier Universitaire Vaudois - Suíça e Unidade de Neuroestimulação em Demências do Hospital do Mar). Formador e co-responsável do projeto Humanidade em Portugal

Rosa Cândida Carvalho Pereira de Melo, Professora Adjunta da ESEnFC, Doutorada em Enfermagem, Especialização em Gestão de Unidades de Saúde e Serviços de Enfermagem pela Universidade Católica Portuguesa; Mestre em Ciências da Educação, Especialização em Pedagogia Universitária; Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica e Curso de Estudos Superiores Especializados em Administração dos Serviços de Enfermagem. Investigadora principal do Projeto estruturante inscrito na UICISA: E “Implementação da Metodologia de Cuidado Humanidade”. Diretora na área de investigação no IGM Portugal. Integra o grupo Internacional de implementação da Metodologia de Cuidado Humanidade no ensino.

Thaila Maki Hiraga, Fisioterapeuta, mestre em Gerontologia pela Universidade Estadual de Campinas especialista na área pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, com experiência clínica em modalidades de atenção à saúde do idoso (reabilitação em Centro de Referência do Idoso da Zona Norte de São Paulo, Núcleo de Assistência à Saúde da Família, Centro-dia para idosos). Preceptora de estágio em assistência domiciliar para residentes em Envelhecimento. Professora da disciplina de Gerontologia e supervisora de estágio em Instituição de Longa Permanência para Idosos no curso de graduação de fisioterapia da Universidade Ibirapuera.

NOTA DO EDITOR

A higiene e conforto do doente é uma ação fundamental dos cuidados de enfermagem. Esta área de cuidados é frequentemente entendida como uma atividade menor, suscetível de ser realizada por rotina e sem exigências técnicas complexas. Ao contrário, trata-se de um cuidado que pode ser orientado em função das necessidades específicas de cada doente, por isso personalizado, implicando planeamento, implementação e avaliação.

Os cuidados de higiene e conforto planificados decorrem no espaço de intimidade da pessoa, o que implica saber agir neste contexto, fortalecendo a relação terapêutica, respeitando todos os pressupostos éticos, agindo com arte, ciência e respeito, gerando oportunidades terapêuticas de ativação, estímulo e proteção.

Nos cuidados de higiene, o banho é uma oportunidade de aproximação aos contextos de intimidade. Nesta ação clínica, vive-se um espaço-tempo de experiência do corpo. Tal como observou Max Van Manen no seu livro de 1998 *Modalities of body experience in illness and health*, é uma experiência curativa que consiste na habilidade de reunir o utente com o seu corpo.

Sartre fala do próprio corpo experienciado como quase um descuido de si próprio “passed over in silence”. A mestria do cuidador pode gerar esses momentos facilitadores da descentração dos sinais incómodos do corpo sofrido, ficando o doente com a mente livre para experienciar o conforto e bem-estar dos cuidados recebidos.

Compreende-se que as abordagens da intimidade sejam o espaço privilegiado para a implementação dos cuidados fundamentados nos pilares da humanidade, possibilitando ao doente em profundo estado de confusão viajar para a consciência de si e progressivamente regressar à autonomia de muitas das atividades da vida diária.

O cuidado e respeito ao corpo do outro implicam o respeito e conhecimento de si próprio por parte do cuidador. É importante dar atenção à formação dos futuros profissionais de enfermagem, promovendo a sua identidade e planeando cuidadosamente a sua integração nos contextos de intimidade do doente, de forma a desenvolverem uma consciência positiva da importância destas ações.

Os diferentes textos desenvolvidos nesta monografia salientam a necessidade da consciência ética, do respeito pela pessoa e da dignidade da relação terapêutica. Abrem

também vários campos de discussão em torno da complexidade dos cuidados de higiene e conforto, enquanto campo de oportunidade para agir com humanidade.

Apresentam-se muitas oportunidades de investigação, as quais certamente permitirão demonstrar a evidência científica desta ação complexa de cuidar assim como os efetivos ganhos em saúde.

Manuel Alves Rodrigues

Professor Coordenador Principal

Coordenador Científico (UICISA: E)

CAPÍTULO I

HIGIENE DO CORPO AO LONGO DOS TEMPOS

NÍDIA SALGUEIRO¹

INTRODUÇÃO

Perante o tema que nos coube, A higiene do corpo ao longo dos tempos, várias questões se nos colocaram: Que tempos, os que vivemos ou até quando recuamos? Restringimo-nos a Portugal ou damos-lhe um âmbito mais amplo? À área da saúde ou reportamo-nos também à comunidade em geral? Higiene e corpo, como evoluíram estes conceitos? Que factores: culturais, socioeconómicos, políticos, religiosos influenciaram as representações sobre corpo, limpo, sujo, banho, higiene...? Que influências, tiveram essas representações sobre os cuidados de enfermagem relativos à higiene do corpo? Será que estes cuidados ainda enfermam por tradições enraizadas num passado mais ou menos remoto? Os tempos que vivemos, sendo um período curto em termos históricos, são imensos em conquistas técnico-científicas. Nós, enfermeiros, será que integramos nas nossas práticas, nesta área, os conhecimentos hoje disponíveis?

Entendemos recuar ao Século XIV, ao Regulamento do *Espital de Santa Helisabet* criado por D. Isabel, Rainha de Portugal (Hospital de Santa Isabel da Hungria, tia avó daquela que viria a ser a Rainha Santa, 1328). No alvor do século XVI, surgem outros marcos importantes: os Compromissos da Misericórdia de Lisboa (1502) e do Hospital das Caldas (1512) dados pela Rainha D. Leonor. O hospital fundado por S. João de Deus, em Granada (1539) e os Hospitais da Universidade de Coimbra (HUC), hoje Centro Hospitalar da Universidade de Coimbra (CHUC), onde exercemos a nossa profissão, descendem do Hospital Real, Fundado por D. Manuel I (1507). Parece-nos lógico recuar à época medieval. Consideramos importante esta contextualização retrospectiva, no entanto, o espaço atribuído não permite senão umas simples pinceladas.

1 Contribuição no capítulo: pesquisa bibliográfica, realização de entrevistas e escrita do capítulo.

Terminamos com uma análise comparativa entre um manual do início da década de 1950 e outro de 2010.

O levantar estas questões foi fulcral para orientar a nossa pesquisa, permitindo-nos também reflectir sobre estes assuntos. Esperamos que sejam tão úteis aos leitores como o foram a nós próprios.

Utilizamos a primeira pessoa do singular, por questão de responsabilização, sempre que se trata de factos por mim vividos ou presenciados.

HIGIENE: PERCURSOS, REPRESENTAÇÕES, CONCEITOS

O termo higiene provém do termo grego *Hygieinos*, *Hygies*, saudável, sendo definido nos dicionários médicos contemporâneos como a ciência da saúde e da sua preservação ou também como uma condição de prática, como o asseio que é condutora à preservação da saúde. “Higiene pública: manutenção da saúde da comunidade, através do fornecimento de água pura, condições sanitárias, de uma boa manutenção da casa, etc.” (Weller, 2004, p. 229); “Estudo da Saúde e a observância das regras sanitárias”; “Estudo dos meios e métodos de preservação da saúde”. “Higiene Comunitária - ramo da higiene que trata da saúde de um grande grupo de indivíduos, por exemplo de uma cidade” (Academia das Ciências de Lisboa, & Fundação Calouste Gulbenkian, 2001); “Estado de um país e, sobretudo que cuida do controlo de doenças notificáveis” (Thomas, 2000); “Ciência da Saúde e da sua manutenção”; “A limpeza que promove a saúde e o bem-estar, especialmente de natureza pessoal” (Stedman, 1996, p. 611). Os dicionários gerais, como o da Língua Portuguesa Contemporânea, da Academia de Ciências de Lisboa, expressam o mesmo sentido.

Uma análise, mesmo simplista, dos conceitos expostos mostra-nos que o termo higiene adquiriu o estatuto de ciência, ciência na área da saúde, cuja finalidade é a sua preservação, com métodos e ferramentas ou equipamentos próprios, de carácter público ou comunitário e individual. A limpeza e o asseio são vistos como meios. Em relação à higiene individual ou pessoal, nestes dicionários e na literatura consultada surgem subdivisões: higiene do corpo, oral, íntima...; higiene mental, do vestuário, da casa... Também termos como: *Higienologia*: ciência da saúde e do saneamento, especialmente a sua prática; *Higienização*: estabelecimento de condições sanitárias e regras de higiene; *Higienista* o que se especializou na ciência da saúde (Stedman, 1996) ou em higiene (Thomas, 2000).

Percursos e representações

Partindo dos conceitos e representações da Idade Média para se chegar aos conceitos actuais de higiene, corpo, saúde e doença, foi preciso percorrer um longo caminho.

Em relação a tais representações, a obra dirigida pelo Professor José Mattoso² é de consulta obrigatória, a começar pelo capítulo da sua própria autoria “O corpo, a saúde e a doença” (2011, pp. 348-374). Nele descreve as representações sobre o corpo ideal, o corpo e a alma, o sujo e o limpo, o corpo pecador, o corpo espelho da alma, o corpo em si mesmo, o corpo doente, a saúde.

Ao reportar-se ao *Orto do Esposo*³⁴, cujo objectivo é a edificação espiritual da comunidade feminina, mostra-nos como é desvalorizado o corpo, em contraste com a sublimidade do espírito. O corpo é transmissor de pecado. A menstruação da mulher, no *Orto*, é vista como um dos indícios mais claros de inferioridade da espécie:

O sangue menstrual é tão aborrecido, tão sujo e tão peçonhento que se cai sobre as plantas faz com que não dêem fruto e faz secar as árvores e as *aruas* e se os cães comem dele tornam-se raivosos (...); os filhos da mulher que concebe durante a menstruação [...] nascem gafos (Maler, 1956, p. 355).

Ainda ouvimos falar dos malefícios do sangue menstrual sobre as plantas. O autor do *Orto* vai mais longe no seu quadro negativo, como p. ex.:

Os “frutos” do corpo são “os piolhos e as lêndeas e lombrigas e corpinhos e urina e esterco”, enquanto no reino vegetal “as árvores lançam de si folhas e flores e frutos e óleo e bálsamo e vinho . . . muito bom odor” (Maler, 1956, pp. 355-356).

. . . o homem não pode ser concebido sem pecado original, “sem fedor e luxúria...”, “a alma quando lançada no corpo toma dele sujidade de pecado, maldade e mágoa de culpa”. É uma concepção muito negativa do corpo, em que este corrompe e suja o espírito, associando pecado original e sexualidade e esta com o corpo. (Maler, 1956, p. 355)

Em contrapartida, Mattoso apresenta também a concepção, dos monges do Norte hispânico, do corpo como *bonum* e o espírito como *magnum bonum*, que não se coaduna com a concepção do autor do *Orto do Esposo* (Mattoso, 2011, p. 356).

Mattoso (2011, pp. 364-373) nas rúbricas “O corpo doente” e “A saúde”, esta é vista, na antiguidade, primeiro, como a integridade e o equilíbrio da natureza, a partir do quente e

2 *História da Vida Privada em Portugal: Idade Média*. Coordenação do Prof. Bernardo Vasconcelos e Sousa.

3 Recorremos a notas de fim de página para esclarecimentos suplementares dos assuntos apresentados ou remeter para as notas dos autores tratados e seus conteúdos.

4 Remete para: Maler, Bertil (1956) *Orto do Esposo*, edição B. Maler.

do húmido, o sangue, reportando-se a Isidoro de Sevilha nas suas *Etimologias*, e a doença a desequilíbrios entre os humores: sangue, bílis, melancolia e fleuma, correspondendo aos quatro elementos, ar, fogo, terra e água, postulado pela harmonia cósmica. Nas *Etimologias citadas por Mattoso (2011)*, os banhos são aconselhados para algumas situações, mas as noções de higiene do mundo antigo estão a ser abandonadas. Mais tarde a saúde e a doença são atribuídas a entidades, cada vez mais personalizadas, de anjos, santos e demónios. As forças malignas são comandadas por bruxas, feiticeiros e necromantes. A saúde mantinha-se pela ajuda de anjos e restabelecia-se pela intervenção de santos, milagres. Surgem as grandes peregrinações aos locais onde se veneravam relíquias de santos e se lhes atribuíam milagres: S. Pedro em Roma, a Santiago em Compostela, a Santo Amador em Rocamador, a S. Domingos em Silos e outros. Doenças físicas e espirituais, que surgiam de forma misteriosa, levavam ao recurso às velhas curandeiras, conhecedoras dos segredos das plantas e das rezas tradicionais, mas também a saladores e endireitas, cujas manipulações e orações, surtiem algum efeito. Perante a doença atribuída a possessões diabólicas, recorria-se ao exorcismo praticado por sacerdotes exorcistas, segundo rituais aprovados pela Igreja (Mattoso, 2011, p. 368). Mattoso refere, entre outros, Pedro Hispano e o seu *Thesaurus Pauperum*, receituário medieval, impresso ainda no séc. XVI; *O Leal Conselheiro* de D. Duarte, onde consta já um regime de vida, de cuidado com a saúde como imposição do “siso” embora os preceitos religiosos e morais prevaleçam (2011); *O Livro da Geração do Feto, o Tratamento das Mulheres Grávidas e dos Recém-nascidos*, de Árib ben Sa’id, autor hispano-árabe (séc. X)⁵.

Os banhos são referidos nos sermões de Frei Paio de Coimbra, como p. ex. na homilia que redigiu para a Vigília de Natal: alimentação, exercício físico e banhos⁶.

O Prof. José Mattoso dá-nos uma informação importante: até aos finais do séc. XIII, o direito canónico não punha restrições ao exercício da medicina pelos clérigos. A sua proibição levou à profissionalização da medicina e ao seu ensino específico em Montpellier (p. 370)⁷, bem como à multiplicação de médicos judeus, o que não foi bem aceite pelo clero mais intransigente, proibindo os fiéis de a eles recorrerem, até de os terem como criados, mas também criticava severamente os físicos (médicos) incompetentes⁸. A ciência médica foi posta à prova, perante as grandes epidemias, como a Peste Negra, a difusão da lepra, a “dança de S. Vito” (Coreia de Sydenham; Mattoso, 2011, p. 370). Perante os sofrimentos e a miséria, a sociedade cristã mobiliza-se, pondo em acção as obras de misericórdia, a Rainha D. Leonor cria as Casas de Misericórdia.

5 O autor remete (nota 58) para a versão resumida e comentada por Oliveira, 2006, pp. 95-107.

6 Remete (notas 45, 46, 37), para: Sermonário (ed de B. de C. Marques, 1994).

7 Lembramos que a Universidade de Montpellier foi uma das primeiras criadas, assim como a de Coimbra.

8 Remete (nota 56) para: Perez, Martín, García e García e Cantelar Rodríguez., *Libro de las Confesiones*, 2002, pp. 126-132.

O texto, a contextualização e análise do Prof. José Mattoso merecem uma leitura atenta. Daí que, não sendo possível apresentar os seus interessantes conteúdos com a profundidade desejada, incorrendo no risco de os desvirtuar, e, porque a obra está disponível e acessível nas bibliotecas públicas, em Coimbra nas Bibliotecas Geral da Universidade e Municipal, limitámo-nos a uns ligeiros apontamentos.

A peste

Neste percurso, enfrentaram-se grandes e terríveis epidemias, como as de peste (bubónica, negra), ou rotuladas como tal, em Portugal e noutros países da România⁹, como relatam Marques (1981) e Vigarello (1988). Perante a fúria devastadora de tal inimigo, sem conhecimentos científicos que permitissem compreender a causa, nem se dispor de armas de combate, mas percebendo a relação com aglomerados populacionais no contágio e propagação das epidemias, o medo instalou-se. As próprias populações circunvizinhas isolavam as cidades empestadas e combatiam os fugitivos desses locais, considerados pestíferos, como aconteceu, p. ex. nas grandes pestes de Barcelona (1546), cujas populações vizinhas impediram as trocas comerciais, ficando a cidade privada de abastecimentos, e Lyon (1628) com “os fugitivos corridos à pedrada, sendo obrigados a vaguear ou a reentrar na cidade pestilenta” (Vigarello, 1988. p. 15). Perante a peste de Coimbra (1477-1499), “os habitantes do Porto estabeleceram um cordão sanitário à volta da sua cidade, impedindo os de Coimbra de nela entrarem” (Marques, 1981, p. 94). A violência desencadeada pelo medo do contágio e a fome instalaram-se, mas a peste grassava.

Estufas, banhos e porosidade do invólucro do corpo

Georges Vigarello relata, apoiando-se em estudos de vários autores, as medidas tomadas para o enceramento ou mesmo destruição das estufas e banhos, que os médicos denunciavam e aconselham, desde o séc. XV: “em tempo de peste os estabelecimentos onde confraternizam corpos nus devem ser encerrados” (1988, p. 16). Cabe aos almotacés e prebostes, em Paris, como noutras cidades francesas, proibi-los, o que desencadeou o ódio dos proprietários desses estabelecimentos. Esta medida vai tomando força, generaliza-se no séc. XVI. Além da aglomeração de pessoas, de corpos nus a tomar banhos juntos, corpos entrelaçados, há outras explicações. O calor das estufas e a água dos banhos dilata os poros, abre-os tornando-os permeáveis ao ar pestilento. Não é o princípio da proximidade, mas o da exposição. O organismo resiste menos porque se lhe oferece

9 România, território ocupado pelo Império Romano, também conjunto de países ocupados pelos romanos.

melhor. Emerge uma representação do corpo composto por invólucros permeáveis, cujo hábito se deixa penetrar tanto pela água como pelo ar. Os poros podem ter mesmo uma certa fragilidade, sendo preciso protegê-los de todos os atentados. A representação dominante do corpo totalmente poroso atravessa os séculos XVI e XVII. Surge uma nova concepção do vestuário e dos tecidos de que é feito, em tempo de peste.

O vestuário em tempo de peste: Deve ser ajustado ao corpo, feito de tecidos lisos, de tramas compactas. O ar empestado deve deslizar sem possibilidade de penetrar e de se fixar. São aconselhados: o cetim, tafetá, camelão, tabi, tecidos que não deixem ver a pele e sejam tão lisos e compactos que o ar e alguma infecção tenham dificuldade em penetrar e fixar-se, principalmente para quem mude com frequência da roupa. O algodão e a lã, por serem porosos, as peles de pelos longos que atraem o mau ar são proscritos. Os pobres dispõem das linhagens e telas enceradas (Vigarello, 1988).

Marques (1981) também estudou os banhos públicos, em Portugal. Considera que apesar de condenados pela ideologia cristã, por serem propícios à devassidão e amolecimento dos costumes, e muitos terem sido encerrados ou destruídos¹⁰, alguns subsistiram. Na Idade Média, um pouco por todo o nosso País, mesmo fora dos grandes centros urbanos, inventariou: Setúbal, Loulé, Faro, Tavira, Castro Marim, Alfaiates, Castelo Bom, Castelo Melhor, Castelo Rodrigo. Refere que, embora sabendo-se pouco sobre o seu funcionamento, admitindo que alguns seriam simples termas medicinais (nesse caso seriam muitos mais), foi possível apurar que em Alfaiates, Castelo Bom, Castelo Melhor e Castelo Rodrigo os balneários funcionavam todos os dias, de sol a sol¹¹.

O exposto permite concluir que ao encerramento das estufas e dos banhos públicos, além de ser uma medida para evitar o contágio e o alastramento da peste e outras epidemias, não são estranhas concepções religiosas e políticas, bem como o que se passava dentro de alguns destes estabelecimentos. Vigarello, no capítulo III, da primeira parte descreve alguns destes estabelecimentos (séc. XV, XVI) como locais de “promiscuidade, prostituição, turbulência, diversão, vinho, jogo e outras ilegalidades e transgressões” (1988, pp. 31-37)¹².

10 Refere “com o triunfo pacífico do cristianismo”. Pelo que a história nos ensina, não seria o cristianismo, mas os dignatários da Igreja Católica. Alguns destes equipamentos foram destruídos após a reconquista cristã. Percebe-se que, na ocupação árabe, se mantiveram e a sua destruição é também política, de apagamento de uma memória.

11 Domingo, terça e quinta para as mulheres e os restantes dias para os homens. Percebe-se existir um regulamento, com multas estabelecidas para os infractores. Dispunham de um banheiro à disposição do público.

12 São exemplos, entre outros, o Valère Maxime (séc. XV) e o de triste desfecho de Jehannotte Saignant, que em 29 de Agosto de 1466 é colocada numa grade, envolvida num saco e afogada no rio Ouche, pelo carrasco de Dijon, por lhe serem imputados vários crimes. O *Roman de la Rose* (1240) é citado na obra de Vigarello, como na de José Crespo (1972) como paradigma do que se passava nas casas de prostituição.

A limpeza a seco, o branco e a limpeza das partes do corpo visíveis

Os temores e as representações acima expostas vão dar lugar a outras formas de precaução, como a limpeza a seco. Continuando, com Vigarello, perante os odores corporais, denunciados nos livros de medicina do séc. XVI, são usadas as fricções e os perfumes: “É preciso friccionar a pele com pano perfumado, para evitar o cheiro a bodum [ou bedum] das axilas, friccionar com trovisco de rosas” (1988, p. 21). Esfregar vivamente com perfume, mas não lavar. O termo limpeza da pele é usado. Concentra-se a atenção nas partes que se vêem, as mãos e o rosto, há recomendações, que são mais de conveniência e civilidade, embora, por vezes haja confusão entre conveniência e higiene: “Lavar a cara de manhã com água fria é tão asseado como saudável” (Erasme citado por Vigarello, 1988)¹³; “É uma questão de asseio e de saúde lavar as mãos e o rosto ao levantar” (Anónimo, citado por Vigarello, 1988)¹⁴.

Vigarello refere-se a regulamentos escolares do séc. XVII que institucionalizam a limpeza: as alunas de Jacqueline Pascal e as das Ursulinas molham as mãos e a boca ao despertar, limpam o rosto, cuidam do cabelo, as alunas mais velhas penteiam as mais novas. Os actos são descritos com algum detalhe, bem como a sua sequência. A água é pouco utilizada, só para as mãos e para a boca misturada com vinho para ganhar acidez¹⁵ (Pascal e Ursulines citados por Vigarello, 1988). Adverte que no séc. XVIII ainda persistiam as mesmas regras e idênticas justificações, referindo-se a Jean Baptiste de La Salle: “Manda o asseio que se limpem as mãos e o rosto todas as manhãs para retirar a sujidade, com um pano branco” (de la Salle citado por Vigarello, 1988, p. 23). Também Nicolas Rétif de la Bretonne refere ter efectuado os mesmos gestos na Escola dos Meninos de Coro do Hospital de Bicêtre, que frequentava em 1746: “Não se perdia um instante: oração da manhã depois do despertar; lavava-se a boca com água e vinagre...” (de la Bretonne citado por Vigarello, 1988, p. 23).¹⁶

A partir do séc. XVII, a água torna-se inquietante na medida em que o rosto é considerado frágil. Neste século as “civilidades” criam várias disposições em favor das fricções e detrimento das lavagens, visto que “as peles infiltradas são susceptíveis de todos os males”, assim:

As crianças limparão o rosto e os olhos com um pano branco, que desengordura e deixa a pele na sua constituição e tom natural. Lavar-se com água prejudica a vista, provoca dores de dentes e catarro, empalidece o rosto e torna-o mais susceptível ao frio do Inverno e ao calor do Verão (Vigarello, 1988, p. 22).

13 Remete para: Erasme, D. (1977, 1.ª ed. 1530) *La Civilité puerile*. Paris : Ramsay.

14 Remete para: Périn (1617) *Bien-séance de la conversation*. Pont-à-Mousson.

15 Remete notas 58 e 59, para: Ursulines (1705, 1.ª ed. 1650) *Règlements des religieuses de la congrégation de Paris*. Paris. Pascal, J. (1845) *Règlement pour les enfants, in Lettres et Memoires*. Paris.

16 Remete, notas 60 e 61, para: Salle, J-B de La (1736) *Les Règles de la bienséance chrétienne*. Reims. Edme, Rétif de La Bretonne, N. (1924, 1.ª ed. 1794) *Monsieur Nicolas*. Paris.

Vigarello prossegue com interessantes descrições, citando textos onde se faz a apologia da lavagem das mãos, ilustrando com versos, p. ex.: “Criança de bem lava as mãos/Ao erguer, ao jantar/E depois da ceia sem tardar”¹⁷ (Glixelli citado por Vigarello, 1988, p. 45). “O branco a imperar e a sobressair das roupas exteriores, nos postiços: cabeções, colarinhos, canhões, punhos, rendas brancas a encobrirem o que se não vê” (Vigarello, 1988, pp. 65-66), os pós que limpam e o empoamento dos cabelos que enfeitam, cosmético, o perfume que “limpa”, o jogo da ilusão do séc XVII (Vigarello, 1988, pp. 70-71).

Uma outra concepção começa a desenhar-se no séc. XVIII “A água que penetra o corpo, que o reforça” (Vigarello, 1988, p. 77), surgindo um novo e raro banho, que dá lugar a novos equipamentos e comodidades da higiene das elites, como a cadeira de abluções e o bidé, cujo uso se inicia nos finais de 1720 (Vigarello, 1988, p. 87). “O frio e os novos vigos” (Prévile citado por Vigarello, 1988, p. 93) com a apologia do banho frio e a terapêutica que explora o imaginário do conflito entre o que contrai e o que comprime; entre o que amolece e endurece (Huxan citado por Vigarello, 1988, p. 95)¹⁸, com histórias interessantes, remontando “a romanos, espartanos . . . até a responsabilizar os pais pela moleza dos filhos antes de nascerem” (Rousseau citado por Vigarello, 1988, p. 97)¹⁹. Apresenta práticas, alude a figuras importantes, p. ex. descreve a paixão com que Benjamin Franklin fala dos banhos no rio, das imersões *tônicas*, a que regularmente se entregava desde 1760, o seu ritual da manhã...As páginas 93-105 da obra de Vigarello (1988) são de grande interesse²⁰, que no nosso entender seria importante apresentar.

A HIGIENE COMO UM NOVO CAMPO DE CONHECIMENTOS

Vigarello situa a “instauração do termo ‘higiene’”, com um sentido inédito, no início do século XIX (1988, pp. 134-135)²¹. Os manuais que se ocupam da saúde, sua manutenção e conservação mudam de título, passam a chamar-se “manuais, tratados, *precis* [no sentido de compêndio] de ‘higiene’” (Vigarello, 1988, p. 134). Este termo deixa de ser um adjectivo que qualifica a saúde, para se tornar numa ciência, com um conjunto de saberes e dispositivos que favorecem a conservação da saúde. Passa a ser vista como uma disciplina particular dentro da medicina, um novo campo de conhecimentos.

17 Remete para Glixelli : *Les contenances de la table* (séc. IV) Romanie, 1921.

18 Remete para: Prévile, L. (1762) *Méthode aisée pour conserver sa santé*. Paris; Huxham J (1750) *An essay on fever*, 2nd edn. S. Austen, London

19 Remete, nota 24, para: Rousseau, J. J. (1951, 1.ª ed. 1762) *L'Émile*. Paris : Gamier.

20 Gostaríamos de apresentar, até porque não conseguimos encontrar o livro, nas redes comerciais.

21 Capítulo I, da quarta parte da sua obra *O Limpo e o Sujo*, Paris (ver notas pp. 199-200).

Implica ligações com a fisiologia, a química, a história natural, exigindo maior rigor, mais sistematização e competência científica. Surgem manuais, tratados, compêndios, cursos sobre higiene, profundos uns, outros a nível de noções, de vulgarização de conhecimentos. A Faculdade de Medicina de Paris introduz a cadeira de higiene no 2.º ano do Curso de Medicina. Pela referência aos professores que a leccionaram, Royer-Collard de 1838-1850 e Hallé até 1882, deduz-se que o início desta cadeira terá sido em 1838. Também nas notas bibliográficas desta obra, começa a estar indicada a *Revue d'Hygiène*, nos fins do séc. XIX. Surgem comissões de salubridade e outras instituições encarregadas de inspeccionar manufacturas, oficinas e outras. No dizer de Vigarello, a revista *La Dominicale, journal des paroisses* (1833, Paris-França), publica "Considérations religieuses sur l'hygiene", surgindo assim os primeiros textos num periódico cristão. Vigarello diz "O cientista descobria o que o padre há muito sabia" (1988, p. 134), remetendo-nos para a tese de J. Léonard - *Les Médecins de l'Ouest au XIXe siècle*, Université de Paris IV, Paris 1976.

A Tabela 1 apresenta um apanhado de autores e obras que Georges Vigarello menciona sobre este assunto na sua obra de 1988.

Tabela 1
Autores e obras indicadas por Georges Vigarello

N.º	Autor/es	Título	Local	Data
1	J. Pissis	Manuel d'hygiène	Le Puy	1802
2	Le Briand	Manuel complet d'hygiène	Paris	1826
3	M. Morin	Manuel théorique et pratique d'hygiène	Paris	1827
4	F. Foy	Manuel d'hygiène	Paris	1844
5	E. A Ancelon	Manuel d'hygiène	Nancy	1852
6	Vidalin	Traité d'hygiène domestique	Paris	1825
7	M. Lévy	Traité d'hygiène publique et privée	Paris	1845
8	P. P., J. Buchez e U. Trélat	Précis élémentaire d'hygiène (Compêndio)	Paris	1825
9	L. Fleury	Cours d'hygiène	Paris	1852
10	A. Tessereau	Cours d'hygiène	Paris	1855
11	E. Pécaut	Cours d'hygiène	Paris	1882
12	C. Londe	Nouveaux Éléments d'hygiène	Paris	1847
13	C. Pavet de Courteille	Hygiène des colléges et des maisons d'éducation	Paris	1827

Tabela 1 (Continuação)
 Autores e obras indicadas por Georges Vigarello

N.º	Autor/es	Título	Local	Data
14	C. Labouverie	Notions de physiologie et d'hygiène à l'usage de la jeunesse et des maisons d'éducation	Paris	1868
15	T. Gallard	Notions d'hygiène à l'usage des instituteurs primaires	Paris	1868
16	L. Gautier	Notions d'hygiène	Philippeville	1892

Uma nova representação do corpo e da higiene

Emerge uma outra representação/concepção que Vigarello expõe sob o título “A pele e a balança energética” (1988, p. 135). A partir de 1830, a função depuradora da água temperada e o papel respiratório da pele ganham terreno. A obstrução dos poros impede as trocas gasosas, o que introduz uma nova energética, que tanto diz respeito à representação do corpo como à higiene. A sujidade pode impedir a libertação do anidrido carbónico através da pele e a entrada de oxigénio, sendo retomadas e transpostas para o homem as experiências de Edwards, em 1824, com rãs e outras. No entanto, é com a conceitualização da termodinâmica de Carnot, citado por Vigarello (1988), e sobretudo com a sistematização das aplicações da termodinâmica à fisiologia de Him citado por Vigarello (1988)²², que se abrem novos horizontes, novas linhas de investigação e novas concepções sobre o corpo.

HIGIENE: CONTRIBUTO DA MICROBIOLOGIA PASTEURIANA

“Os filhos de Pasteur”²³. Sob este título, Vigarello (1988, pp. 159-167) expõe uma série de estudos microbiológicos, a começar pelos de Remlinger²⁴, a partir de 1870-1880, dia após dia, enumera os micróbios da água do banho demonstra como a microbiologia pasteuriana pode transformar a percepção da higiene. Estuda a água do banho de pessoas saudáveis, de militares que há muito não fazem qualquer lavagem, nas mais diferentes zonas do corpo.

22 S. Carnot, 1824, *Réflexions sur la puissance motrice du feu* e, Him, que sistematiza o tema das aplicações da termodinâmica à fisiologia, com o seu *Esquisse élémentaire de la théorie mécanique de la chaleur et de ses conséquences philosophiques* (1864, Estrasburgo), p. 135.

23 Ver capítulo IV da quarta parte, pp 203-204).

24 Remlinger, P. (1896) «Les microbes de la peau», *Medicine Moderne*. Paris.

A ablução reduz acentuadamente a flora da pele. O número médio obtido com germes de nocividades diferentes é questionado. Estudam-se as bibliotecas, as bicas dos fontanários, pias de água benta, objectos correntes como os brinquedos das crianças, os selos, as notas de banco, as penas de tinteiro, as habitações, o vestuário, as mãos desde a ponta dos dedos, unhas e pregas (As mãos de David), a boca... As verificações permitem estabelecer médias e, pelo que se percebe antes e depois das abluções e também fazer comparações. Chega-se a conclusões: Por exemplo, há 50 vezes mais micróbios na casa de um pobre do que no esgoto mais infecto; nas mãos dos cocheiros e operários foram encontrados estafilococos (em cerca de 50%) amarelos e brancos, o micrococo piogénico da saliva e o estafilococo piogénico fluidificante. A água, as abluções com as mãos bem ensaboadas reduzem substancialmente a flora das mãos e, doutras partes do corpo e dos objectos examinados. Não é a pele que está em causa é a mão que transmite, daí que passe a não se indicar o ritmo de lavagem das mãos, mas sempre que necessário, com muita frequência. As zonas tradicionalmente vigiadas nos tratados de cortesia (mãos e rosto, boca e dentes) são bruscamente sobre-investidas nos tratados de higiene, no fim do século XIX. Interessante esta referência em relação ao princípio utilizado no banho, entre nós, “do mais limpo para o mais sujo”, utilizando a sequência utilizando cefalo-caudal. Louis Martin²⁵ citado por Vigarello (1988), ao tratar a desinfecção, insiste no banho semanal para os doentes hospitalizados “Durante muito tempo houve a preocupação de desinfectar as instalações, os instrumentos, os pensos sem pensar devidamente que as pessoas transportam germes” (p. 163). Pela primeira vez, uma circular de 1899, impõe o banho semanal nos hospitais. Vigarello (1988) chegou a esta conclusão “Os banhos frequentes, com ablução consecutiva, constituem um dos melhores desinfectantes”. Mas atenção também podem infectar.

A par destes achados um outro muito importante, a inocuidade verificada em certos germes, p. ex. Remlinger descobriu o bacilo da febre tifóide nas matérias fecais de numerosos militares fora de períodos epidémicos; o bacilo da difteria identificado por Roux, nas crianças de uma escola, sem qualquer contaminação “germens que não germinam, porque o terreno não lhes é favorável”²⁶ (Vigarello, 1988). As galinhas de Pasteur inoculadas com o bacilo da cólera, nem todas são atingidas da mesma maneira, nem todas revelam a mesma resistência. Foi mesmo possível habituá-las, sem perigo e progressivamente a “cargas” coléricas cada vez mais violentas.

A partir das notas constantes das páginas 159-167 da obra de Vigarello (1988), remete-se nas citações deste capítulo (constantes nas p. 203 e 204), construímos o tabela 2, sobre os autores e as suas obras. Muitos deles foram citados mais do que uma vez.

25 Tabela 2, n.º 20.

26 remetendo (nota 39) para Cf. E. Vallin (1896) “De la présence du bacille d’Eberth dans l’eau, le sol et les matières fécales d’individus sains », *Revue d’Hygiène*. Paris.

Tabela 2

Autores citados, suas obras e datas, na secção das notas da obra de Vigarello (1988)

N.º	Notas em Vigarello, 1988	Autor	Título	Ano	Local
1	1	P. Remlinger	«Les Microbes de la peau», <i>Medicine Moderne</i>	1896	Paris
2	3, 22	F. David	<i>Les Monstres invisibles</i>	1897	Paris
3	4	E. Arnould	«Désinfection des livres de Bibliothèques», <i>Revue d'Hygiène</i> .	1897	Paris
4	5, 7 e 9	Chavighy	«Contagion indirecte par voie buccale aux fontaines publiques», <i>Revue d'Hygiène</i> .	Falta	Paris
5	6, 8	F. Abba	«Sur les conditions bactériologiques déplorables de l'eau bénite dans les églises», <i>Revue d'Hygiène</i> .	1899	Paris
6	10, 11	S. Broïdo	«Souillure de la peau par des microbes», <i>Revue d'Hygiène</i> .	1894	Paris
7	12, 16	A. Vigoura	Sur la quantité et variété d'espèces microbiennes sur la peau des sujets sains», <i>Revue d'Hygiène</i> .	1895	Paris
8	13	L. Marchand	<i>Les Microbes</i>	1887	Paris
9	14	R. Blanchard	<i>Les ennemis de l'espèce humaine</i>	1888	Paris
10	15	Dujardin-Baumetz	<i>L'Hygiène prophylactique</i>	1889	Paris
11	17	Marié-Davy	<i>De l'évacuation des vidanges[...]</i>	1882	Paris
12	18, 24	P. Degrave	<i>L'hygiène élémentaire</i>	1902	Paris
13	19	E. Monin	<i>La Propreté de l'individu et de la maison</i>	1884	Paris
14	21, 26	Breucq	<i>La Propreté de de l'écolier</i>	1909	Bayonne
15	23	F. David	<i>Les Microbes de la bouche</i>	1890	Paris
16	27	E. Monin	<i>LeTrésor médicale de la femme</i>	1905	Paris
17	28, 29	J. Verne	<i>Les cinq cents millions de la bégum</i>	1879	Paris
18	30	Grellety	<i>La guerre aux microbes</i>	1900	Mâcon
19	31	C. Flammarion	<i>Uranie</i>	1889	Paris
20	32, 36	L. Martin	«Hygiène Hospitalière»	1907	Paris

Tabela 1 (Continuação)

Autores e obras indicadas por Georges Vigarello

21	33		Hôpitaux et Hospices Règlements intérieurs	1910	Paris
22	34	A. Lutaud	<i>Les États-Unis en 1900</i>	1896	Paris
23	37		«Diphthérie – mesures prophylactiques», <i>Médecine et Chirurgie</i>	1893	Paris
24	38	E. Duchaux	<i>Le Microbe et la Maladie</i>	1886	Paris
25	39, 40	E. Vallin	De la présence du bacille d'Eberth dans l'eau, le sol, et les matières fécales des individus sains. <i>Revue d'Hygiène</i>	1896	Paris
26	41	L. Pasteur	«Sur le cholère des poules», Comptes rendus...	1880	Paris
27	42	L. Gautié	Notions d'Hygiène	1992	Pilippeville
28	43	A. Lutaud	Les microbes et la nature, <i>La Médecine anedoctique, historique et littéraire.</i>	1901	Paris
29	48	E. Rist	La tuberculose	1934	Paris
30	49	O. Mirbeau	Le Jornal d'une femme de chambre	1900	Paris
31	50	L. D'Alq	Les Secrets du gabinet de toilette	1882	Paris
32	52	P. Sédailon & R. Sohler,	<i>Precis d'hygiène et d'épidemiologie</i>	1949	Paris

Nota: Total=32; Séc. XIX, 1882 a 1889=20; Séc. XX, 1900 a 1949=11; 1 sem data.

E em Portugal?

No nosso País tivemos grandes higienistas, mas como referem Pereira e Pita (2011, pp. 94, 95), três vultos se destacam: Ricardo Jorge, Augusto Rocha e Câmara Pestana. Ricardo Jorge pela sua demografia higienista e política sanitária, responsável pelo Laboratório Municipal do Porto, criado em 1892; Augusto Rocha pela investigação aplicada à higiene criou o Laboratório de Microbiologia da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, em 1882, com o nome de Gabinete de Microbiologia, mais tarde passou a Laboratório de Microbiologia e Química Biológica, alargando a área de investigação; Câmara Pestana pelos seus trabalhos bacteriológicos, o Instituto Câmara Pestana de Lisboa (1892), falecido no exercício da sua profissão na epidemia de Peste bubónica do Porto, em 1899. Com as suas equipas fizeram imensos estudos na área da saúde pública. Embora sejam nomes incontornáveis, acrescentaria também António Augusto Costa Simões. A ele se lhe devem:

o estudo e projecto, em 1856 e 1857, sobre o abastecimento de águas à cidade de Coimbra e a luta persistente para que o projecto fosse concretizado, o que só veio a acontecer em 1882, os esgotos nas cidades e nos hospitais, e claro em Coimbra, os cemitérios de Coimbra (Simões, 1858, 1872, 1882, 1889a, 1889b). Concebeu imensos projectos de hospitais, tendo presente a higiene hospitalar, acompanhando a sua realização, sem se fazer pagar por esse trabalho. Dele, o Prof. Maisonet de Rouen, em 1982, disse, ao visitar a então Escola de Enfermagem Dr. Ângelo da Fonseca (EEAF), considerá-lo o maior higienista do seu tempo, a nível internacional.

Higiene: uma nova consciência, novos equipamentos

A partir daqui o sujo e o limpo já não são fruto da nossa percepção, mas do que se vê ao microscópio, *os monstros* invisíveis de Florimond David tornaram-se visíveis, a higiene tomou outros contornos. Procura-se incutir uma outra consciência nas populações, a partir da escola. Por exemplo, David, um velho inspector primário, num texto apaixonado, aquando da sua reforma, destinado ao público escolar, realça as mãos, metamorfoseando micróbios em lobos e leões. Visualizámo-lo de sorriso bondoso, numa voz suave e com muita ternura e entusiasmo: "Sabem em que tocaram e por onde andaram as vossas mãos durante todo o dia? Quem sabe em que tocaram e em que focos de epidemia se detiveram? E, depois levam-nas à boca, mexem em alimentos inconscientemente e com incúria. Ficariam horrorizados se vissem o que formiga por cima delas" (David citado por Vigarello, 1988, pp. 161-162).

Novas concepções na construção civil, edifícios públicos e privados, distribuição dos espaços, contemplando casas de banho, regulamentação e implantação de regras de higiene e equipamentos sanitários. No entanto, foram precisas as grandes epidemias e, até acontecimentos com grande número de mortes, para eliminar práticas arreigadas nas populações, como a dos enterramentos dentro das igrejas.

OS CUIDADOS DE HIGIENE: ENSINO E PRÁTICA

Nas caves do Lar Venâncio/Lar Sede do Lar das Alunas Enfermeiras de Coimbra, criado pela EEAF, foram instaladas as salas de técnicas, onde eram leccionados as técnicas de enfermagem, demonstradas pelas docentes no manequim (Agapita), com retornos feitos pelas alunas umas nas outras, sob os olhares das enfermeiras assistentes, incluindo os cuidados de higiene, o banho completo no leito (Salgueiro, 2007). Também, os treinos em dupla, por iniciativa própria, seguindo as orientações do Manual de Técnica de Enfermagem (MTE1). Era uma aprendizagem *asséptica*, chamemos-lhe assim.

Nos estágios, fazia-se a aprendizagem destes procedimentos técnicos, em situação real, sob supervisão das enfermeiras assistentes e monitoras, primeiro nas enfermarias-escola, depois noutros serviços. As doentes não eram a Agapita, nem as cobaias humanas jovens saudáveis, que começavam o seu dia com um duche e cheiravam a lavado, nos treinos umas nas outras. Além das doenças em si, as mulheres, às quais prestávamos cuidados de higiene, traziam as mazelas das misérias das suas vidas, e nem é bom lembrar as crianças. As histórias são muitas e algumas roçam o absurdo, como o caso de uma senhora com bastantes anos de casamento, cujo marido a não deixava fazer a higiene íntima (3.ª Medicina Mulheres (MM), Enfermaria-Escola, 1953/54). Imagine-se o estado deplorável em que se encontrava. Infestações de piolhos, pulgas e percevejos eram “o prato do dia”, por isso, no MTE1 (Teles, ca. 1950a, p. 10) e no Manual de Técnica de Enfermagem: Higiene e Conforto do Doente (MTE2;; Teles, ca. 1950b, p. 18) constava o tratamento da pediculose cefálica ou desinfestação de piolhos/pediculus e os cuidados para evitar novas infestações.

As condições que encontrámos no meio hospitalar, sobretudo fora do contexto das enfermarias-escola, como aluna e enfermeira, não diferia grandemente do que se passava na comunidade, em geral. Até a roupa “se dava ao rol”, tal como se dava às lavadeiras dos rios Mondego e Ceira, que vinham, em barcas serranas ou a pé, buscar a roupa suja das famílias de Coimbra e na semana seguinte traziam-na lavada, a qual se conferia pela lista da suja. Dos HUC vinha uma empregada, afecta à lavandaria, contar e registar a roupa suja e entregar a lavada. Dada a escassez de roupa hospitalar, nem toda era reposta, sendo-nos entregue vales das peças em falta. Um desespero, porque um pedaço de papel não substituíu a roupa necessária aos cuidados, embora a representasse. Encontrámos ainda colchões, travesseiros e almofadas de brim, cheios a palha, folhelho (MTE2; Teles, ca. 1950b, p. 25)²⁷. Fruto destas condições, tornava-se muito difícil libertar as camas de percevejos. Recordo que, ao tomar a chefia do Serviço de Clínica Médica (4.ª MM), em 1958, esta infestação constituía uma enorme preocupação, como o era noutros serviços, apesar do cuidado de uma limpeza profunda das camas, sobretudo aquando da alta dos doentes (MTE2; Teles, ca. 1950b, p. 28) e, de diariamente o soalho ser alvo de um cuidado especial²⁸ não conseguíamos debelar esta infestação. Nos anos sessenta, desesperada, porque apesar dos cuidados, por vezes, as doentes queixavam-se que às tantas da noite se davam conta de um destes viajantes a passear por cima da coberta branca. Pedi um maçarico nas oficinas e, eu própria passava a base de rede metálica, que suportava o colchão, a fogo, com especial atenção aos encaixes. Esta situação só foi resolvida, quando passámos a dispor de outro tipo de camas e colchões.

27 O MTE2 apresenta, além da constituição da cama, os vários tipos de cama e de colchões. Considera o melhor colchão o de borracha Dunlopilo, mas de aquisição pesada, devido a ser muito caro (pp. 25-27).

28 A experiente empregada geral (criada), diariamente passava o chão com cera derretida, considerava que desinfetava e desinfetava.

O banho: completo, parcial e abluções

Para Francisco Morato Roma, em *Luz da Medicina. Racional e Metódica. Guia de Enfermeiros. Directório de principiantes* (1726, 1.ª ed. 1640), o banho só é abordado no sentido de terapêutica para os casos de febre hética²⁹:

O remédio exterior mais aprovado é o banho de água doce – que refresca e humedece grandemente & relaxando, as extremidades recebem o alimento mais facilmente.

A água do banho moderadamente quente, tomar pela manhã, despejando primeiro o ventre naturalmente ou tomando ajuda, duas ou três horas depois, tomar um caldo de frangão ou uma porcelana de leite, ou umas gemas de ovos.

Deter-se no banho até sentir alguma quentura, tornar a arrefecer, refresque-se a água do banho com água fria antes de sair, de forma que se detenha menos na água quente e fria e mais na tépida. Depois do banho, alimpe-se com panos brandos & quentes, depois somente com óleo violado, de amêndoas doces & manteiga de vaca sem sal. Como descansar tome um caldo de galinha. Pode-se pôr ervas emolientes, malvas, malvaíscos, viola . . . (Roma, 1726, p. 322)

Faz outras recomendações, como o leite ser o principal remédio para os héticos, “porque além de refrescar e humedecer, sustenta muito e distribui-se com facilidade, como afirma Galeno”: 1.º leite de mulher; 2.º leite de burra; 3.º leite de cabra; 4.º leite de vaca. Dá também várias e interessantes receitas de cozidos para a febre hética (Roma, 1726, p. 324), que não cabe apresentar neste capítulo, embora nos agradasse fazê-lo. Esta obra deve ter sido muito utilizada e difundida, pois da primeira edição à da edição consultada decorreram 86 anos.

Fr. Diogo de Sant’Iago (1741) - *Postilla Religiosa e Arte dos Enfermeiros*, Cap. XXII, “Banhos como se devem fazer”. A Postilla apresenta as normas práticas para os enfermeiros, utilizando o sistema de advertências numeradas:

178 Sendo os banhos muitos e de diferentes águas, e cozimentos, e em diferentes partes do corpo, porque uns são gerais, outros particulares, é preciso advertir alguma coisa em geral, para que com perfeição se apliquem, ainda que se não pode premeditar o género de enfermidade, que se poderá oferecer.

29 Febre hética ou febre habitual, nesta obra, é aquela que está pegada às partes sólidas do corpo, como são as partes nervosas e carnudas, e por estar fixa nas partes que compõem o corpo se chama habitual (hábito, invólucro; p. 322). Descreve vários tipos desta febre.

179 Se o banho for geral, em todo o corpo, e se for de cozimento de ervas, de água fria, ou quente, procurareis ter instrumento aonde possa o enfermo estar, de sorte, que o banho o cubra todo, ou até à parte, onde o Médico mandar. Se o cozimento for quente, em que o enfermo tomar banho, seja de forma que o não queime: se for de água, seja a quentura muito moderada, e sendo de água fria, não seja muito.

180 Se o banho for pela manhã, estará o enfermo em jejum; e se for à tarde, se fará o banho cinco horas depois de jantar. Não dareis de comer ao enfermo logo que sair do banho, que é preciso que seja depois dele uma hora, que sendo antes não lhe servirá o banho de proveito, porém se o enfermo estiver fraco, lhe podereis dar assim que sair um caldo de galinha.

181 Perguntareis ao Médico, que tempo há-de o enfermo estar no banho, se for muito e a água do banho, ou o cozimento se esfriar, tereis de prevenção mais cozimento ou água quente, para se lhe ir lançando no banho, e se conserve o calor até completar o tempo, que o Médico determinar. Enquanto o enfermo estiver no banho, esteja sentado ou deitado, o não haveis de desamparar, porque sucede muitas vezes ter um desmaio, e corre perigo dentro do banho, razão porque é conveniente que o banho seja junto da cama, tanto por este incidente como porque acabado o tempo, que nele houver de estar, se possa o enfermo logo meter nela, depois de enxuto, tendo ao mesmo tempo as janelas fechadas, por estarem os poros abertos.

182 Se o Médico determinar façais ao enfermo um banho dos joelhos para baixo, a que chamam semicúpio³⁰, o mandareis sentar na cama, e tendo os pés dentro da bacia, lhe ireis lançando água com um jarro de bico, de forma, que não escale, por espaço de um quarto de hora, e acabado o dito tempo, o enxugareis muito bem, para se deitar na cama. Se o banho for nos braços, ou nas mãos, observareis as mesmas regras que nos semicúpios (Santiago, 1741, pp. 103-105).

Da análise do texto ressalta que se trata de um banho prescrito pelo médico, assim como o próprio modo de actuar, tratar-se-á de banho terapêutico e não de banho higiénico. A concepção de banho e poros abertos, propício à penetração do ar no corpo, parece estar presente.

O Prof. Costa Simões, ao criar a Escola de Enfermeiros de Coimbra, em 1881, contempla o banho geral: “Pôr em limpo um paralítico, ministrar o banho geral a um entrevado” (Simões, 1888, p. 335). No *Guia do Enfermeiro*, elaborado pelo Professor da disciplina Serviços de Enfermaria, Doutor Inácio Rodrigues da Costa, provavelmente continha

30 Semicúpio, neste caso seria genericamente banho parcial ou específico “pedilúvio”.

a técnica a utilizar e as precauções a ter. É possível que também tivessem sido contemplados outros banhos, incluídos na rubrica “Aplicações externas aos doentes de medicina e nos curativos indicados nas variadas moléstias cirúrgicas” em que os alunos eram instruídos. Este Guia, embora incompleto (96 páginas) seria precioso. Infelizmente, não o encontramos, apesar de continuados esforços, de 1981 até ao presente.

Pereira e Pita (2011) abordam os cuidados de higiene/banhos, na época contemporânea, definindo o banho como imersão de uma pessoa, corpo inteiro ou só uma parte, durante um certo tempo dentro de água. Os banhos são categorizados em: banho geral, banho de tronco, de assento, meios banhos, afusões³¹. No banho geral, só a cabeça fica de fora da água; no de tronco fica de fora a cabeça e as pernas; no de assento fica de fora o tronco e os pés, indicado para a higiene ano-genital, prescrito para resolver problemas relacionados com práticas sexuais. Também chamado semicúpio; os meios banhos em que fica de fora a parte superior do corpo; as afusões consistem em regar as pernas com água, e a pessoa de pé num recipiente, mas também os braços ou outra parte do corpo. O termo geralmente utilizado é abluções, nos dicionários não encontramos afusões. Aos vários tipos de banhos correspondem outras tantas variedades de banheiras, de diferentes materiais e tamanhos (Pereira & Pita, 2011, pp. 104-105). Quanto à temperatura: banhos frios., tépidos e quentes. O banho de limpeza seria tépido (25 a 33 graus), tomado semanalmente. O banho quente e o banho frio são considerados revigorantes. O banho de chuveiro é considerado excitante do funcionamento do sistema nervoso. À água poderiam associar-se vários produtos: Sêneas para branquear a pele, farinha de aveia para o mesmo efeito; Amido para dar elasticidade à pele; Gelatina para a suavizar; Tília para acalmar os temperamentos nervosos; Glicerina para combater as irritações da pele; Massagem depois do banho.

Estes autores referem que no século XX, há uma mudança de concepção. O banho aceite com algumas reticências no século XIX, passa a ser considerado essencial em termos higiénicos e decisivo para a saúde individual, tendo como objectivos eliminar substâncias sebáceas, retirar resíduos deixados pela eliminação do suor, de poeiras e outros, bem como limpar a pele dos micróbios, existentes nas camadas superficiais da epiderme e nas pregas da pele, o que está de acordo com outros autores.

Samuel Maia (1931, 1.^a ed. 1910) apresenta idênticas definições e classificações, adiantando que pode ser medicamentoso, tomado em casa, banho doméstico, no balneário hospitalar, piscinas, duches, no rio ou no mar, conjugando estes últimos, o ar livre, o sol e a ginástica. Diz que há meio século atrás não existia o que agora se divulga. Acrescenta “os banhos passaram em julgado, como essenciais e indispensáveis à conservação da saúde e ao

31 Outros autores referem abluções.

tratamento das doenças” (Maia, 1931, pp. 301-309), advertindo que não é só a hidroterapia que serve para sanear e curar, mas o banho. Considera ser serviço essencial da enfermeira, cumprindo-lhe ministrá-lo ao doente e em si própria (banho diário e lavagem das mãos . . .). Desaconselha o banho frio em casa. Aponta uma série de produtos: alguns sobreponíveis aos acima apresentados: farelos, ervas emolientes (folhas, bagas ou raízes - linhaça e malvas), amido, gelatina, tília, folhas de beladona, cicuta, valeriana, casca de carvalho, sal, alcalino derretido, também o banho (carbo-gazoso, sulfuroso, de lama, de mosto, seco com aplicação de areia quente, de vapor, de luz, de sol), fumigações (alcatrão, cânfora, tintura de eucalipto, de malvas).

É um manual deveras interessante. Nas suas 956 páginas, trata da higiene colectiva e individual - moradia: esgotos, fossas, quarto de dormir, roupa, sala de jantar, vestuário, alimentos; apresenta uma bela colecção de plantas medicinais, ilustrado com desenhos científicos, imensas receitas de infusos, cozimentos, caldos . . . Nas páginas 290 a 294, apresenta uma série de cataplasmas, de variados produtos, consoante o efeito pretendido³², assim como outras intervenções terapêuticas usuais naquela época.

Retomando Pereira e Pita (2011), verifica-se uma mudança de representação. Já não é o banho que torna a pele permeável ao ar empestado, mas o banho que liberta a pele de sujidades, as quais tapando os poros, impedem a libertação de substâncias nocivas ao organismo, o que está de acordo com o relatado por Vigarello (1988). Além disso, aqueles autores referem que a pele suja é mais propícia à proliferação de insectos, tais como pulgas, percevejos e outros (Pereira & Pita, 2011, p. 105). Como se sabe, estes parasitas podem transmitir rickettsias e outros agentes infecciosos, causadores de doenças graves: tifo epidémico, febre das trincheiras, febre recidivante..., agindo também como transmissores mecânicos de outros agentes infecciosos, como o da peste bubónica. O banho em pleno século XX passa a ser assumido como uma prática de vários sentidos, mas convergentes: higiénico, terapêutico, preventivo e de bem-estar geral, mesmo bem-estar psicológico. O duche, com os seus equipamentos, é divulgado, até nas Modas & Bordados, e vulgarizado, no início do século XX (Pereira & Pita, 2011, p. 106). A lavagem das mãos é considerada essencial. As regras de higiene a cumprir estão enumeradas nas pp. 107-108 de Pereira e Pita (2011):

- Banho geral semanal;
- As mãos, unhas, punhos, e antebraços deveriam ser lavados de manhã e à tarde, antes e depois das refeições. Limpas com toalha individual, diferente da toalha de rosto;

32 No último serviço que chefieei, 4.ªMM- Clínica Médica, aplicavam-se em muitas doentes cataplasmas, mas não se passava da linhaça. Por vezes, em casos que se desejava um efeito mais revulsivo, polvilhava-se com mostarda moída a face externa do pano que a continha. Desconhecia tal variedade de produtos.

- Lavagem dos pés, todas as tardes;
- Lavagem ano-genital, depois de cada dejectação;
- Lavagem do rosto, todas as manhãs e todas as tardes;
- Barba diariamente, em casa ou no barbeiro, não se aconselhando a ida ao barbeiro diária, pelo perigo de contágio;
- A boca e os dentes lavados ao levantar, ao deitar e depois de cada refeição, com água aromatizada, ou com uma solução anti-séptica, com pós ou pastas dentífricas.

O fio dental data de 1815, inventado pelo dentista Levi Spear Parmly, de Nova Orleães, que o indicava aos seus clientes. Passou a ser produzido em massa pela empresa Codman & Shurtleff, em 1882, sendo a Johnson & Johnson que conseguiu garantir a primeira patente, em 1898. Seguiu-se o fio dental de nylon, de Charles C. Bass, que dada a sua resistência e flexibilidade vulgarizou a sua utilização.

A escova de dentes, muito antiga, era feita de pelos de animais, sendo pouco utilizada. Em 1938, Robert Huntson (EUA) concebeu a primeira escova de dentes de pelos de nylon, que permitiu uma limpeza mais fácil dos dentes, sem danificar as gengivas.

- Lavagem das fossas nasais (anos 30), de manhã e à tarde e, dos canais auditivos, segundo os autores, regra geral não era seguida (108);
- Cabeça e cabelos, uma vez por semana, lavagem com sabão, por vezes com álcool ou água-de-colónia. Pentear-se de manhã e à tarde, com pentes individuais, para dar robustez e beleza aos cabelos.

Nos fins do séc. XIX surgem os primeiros champôs, mas a sua utilização só é vulgarizada na segunda metade do séc. XX, apesar de ser comercializado em larga escala a partir dos anos vinte deste século. *Champô* vem duma expressão hindu que significa massagem, explicam estes autores.

A lavagem das mãos e do rosto estão presentes nos relatos históricos desde a idade média, mais no sentido de regras de civilidade, de aparência, do que se vê (Vigarello, 1988, pp. 44-46).

Para o banho de limpeza, este autor e outros consultados aconselham a água tépida. Alberto Costa, no volume I da sua obra *Auxiliar do Médico Prático, Guia do Enfermeiro Profissional e da Enfermeira doméstica*, 4.ª edição, três volumes, 1956 (1.ª edição 1940), trata do banho de higiene, apresentando alguns equipamentos, como um colar-chuveiro

para crianças e um chuveiro manual. Não especifica os procedimentos técnicos do banho (Costa, 1956). No volume II, Primeira Parte: Enfermagem Médica, Cap. II - Tratamento das doenças pelos agentes naturais e pelos agentes físicos, inclui: Balneoterapia e hidroterapia (p. 434); Banhos gerais de imersão (p. 436); Balneoterapia medicamentosa (p. 437); Banhos de imersão locais (p. 439); Outras modalidades (p. 440)³³. Define o Banho: exposição a um meio diferente daquele em que habitualmente vivemos: água, vapor, lamas medicinais, soluções medicamentosas, etc. Por exemplo: banho de sol, banho de luz. Segundo a temperatura da água, os banhos serão considerados muito frios, frios, tépidos, quentes e muito quentes: Água muito fria 8 a 18º; Água fria 17 a 28º; Água morna/tépida 28 a 33º; Água quente 33º a 38º; Água muito quente 38 a 45º (Costa, 1956).

Banho de admissão

Instituiu-se o banho de admissão, no leito ou na casa de banho, privilegiando o chuveiro, se o estado da doente o permitia, mas acompanhado pela aluna ou enfermeira, a quem tinha sido distribuído, pelo menos nas enfermarias-escola do sector feminino. Além do cuidado em si, impunha-se uma observação minuciosa do estado de saúde em geral, de higiene, e em particular da integridade da pele, com especial atenção ao couro cabeludo e outras zonas sensíveis e, claro, detectar a presença de parasitas. Em relação a este banho de admissão, contactadas algumas colegas, como a Sr.ª Enf. Maria Vieira Falcão (89 anos), desconheciam esta rotina, apesar de relatarem experiências cujos contornos fazem crer que se tratava de um primeiro cuidado de higiene, mas não lhe davam esta conotação. Esta enfermeira, já a chefiar o Serviço de Infecto-Contagiosas, entre outros, relatou o seguinte caso:

Na véspera de Natal, as Filhas do Senhor Director dos HUC, Prof. João Maria Porto, nas suas visitas de beneficência encontraram uma senhora em extremo estado de debilidade e de miséria. Impressionadas, fizeram o que estava ao seu alcance para a internar, possivelmente através do Sr. Dr. José Lopes Cavalheiro, médico escolar e também responsável pelas Brigadas Sanitárias da Família (Serviço Domiciliário). A Senhora foi internada de noite e faleceu de madrugada, pouco depois de ter dado entrada no seu serviço. No banho, os piolhos eram tantos que cobriam total e espessamente a superfície da água na bacia. Tiravam-se às mãos cheias além das pastas de lêndeadas³⁴.

33 Na ESEnFC existem dois exemplares do vol. II, ed. de 1947 e de 1956, um do vol. III, 1947 e nenhum do vol. I. Neste momento há os três vol. da ed. 1956, em volume encadernado. A Biblioteca Geral da Universidade de Coimbra não possui a 1.ª ed., somente a de 1956.

34 Não se lembra, se o banho foi iniciado ainda com a senhora viva ou depois de falecida. Nessa época a Sr.ª Enf. Vieira era encarregada da Residência de Enfermeiras, do outro lado da rua do serviço que chefiava, possivelmente foi chamada ao serviço. Não tem dúvida que observou o facto, e pela forma como o relatou, acreditamos nisso.

[Está convicta, que a causa de morte foi a infestação (possivelmente, *pediculus* sugadores, ordem *anoplura*).] Vi muitas misérias, mas nenhuma como esta. (Falcão, maio/junho, 2017)

É possível que fosse essa a causa da morte desta senhora.

Marques relata que “a Princesa Santa Joana usou a mesma camisa meses e meses a fio, sofrendo terrivelmente com a legião de piolhos . . . Facto louvado pela sua biógrafa, como testemunho de capacidade de sofrimento” (Silva Correia citado por Marques, 1981, p. 89), referindo-se à sujidade como sacrifício em períodos de fervor religioso. Na literatura, encontram-se relatos de uso da mesma camisa por longos períodos, com descrições nojentas. A camisa reestruturou o vestuário a partir do séc. XIII, é a camada mais chegada à pele, feita de panos mais finos do que o das peças mais visíveis (Vigarello, 1988, p. 47).

Admirava-me ter tão presente este tipo de banho e, até as histórias que circulavam sobre ele nos HUC, e as colegas contactadas desconhecerem-no. O MTE2 (década de 1950), também não o refere, o que me levou a uma pesquisa mais ampla. Começava a duvidar da minha certeza, quando contactada a Sr.^a Enf. Maria Helena Correia, de imediato me fala do Banho de Admissão, no leito ou no chuveiro, do exame minucioso que se fazia. Após o banho, a doente vestia uma camisa do hospital de pano de algodão³⁵, e as que se levantavam vestiam uma bata, traçada à frente, deste tipo de pano, mas de cor. Não faltaram no seu relato histórias, vividas como aluna ou Enf. Chefe do Serviço de Infecto-Contagiosas: p. ex. ter encontrado o nódulo de inoculação da *rickettsia rickettsii* da febre da carraça, o que foi importante para o diagnóstico médico. Noutros casos, ainda foram encontradas as carraças, em sítios escondidos, p. ex. a prega da união da face posterior do pavilhão auricular com a cabeça, recordando os cuidados para as retirar. Também, o exame da boca e mucosas permitiu o diagnóstico do sarampo, antes de eclodir a erupção cutânea típica, identificando o sinal de Koplik (manchas ou pintas brancas) ou diferenciar o sarampo da escarlatina, por este sintoma patognomónico. Recordo, uma doente, admitida no serviço que chefiava, com a pele crivada de petéquias, supostamente púrpura de causa hematológica. Afinal eram petéquias provocadas por picadas de pulgas.

Um outro acontecimento veio dissipar dúvidas: ao contactar a Senhora D. Naldi Maria Clara Castelo Branco (90 anos), primeira funcionária da EAAF, admitida em 1948, quando a Escola estava intimamente ligada aos HUC, sobre o assunto, disse:

O meu pai foi ao Banco de Urgências, devido a uma dor ao respirar, depois do resultado da radiografia foi internado num serviço de medicina. Entregue ao empregado (actual

35 Camisas curtas, abertas atrás, fechando-se com atilhos de fita de nastro, nada dignificantes.

maqueiro), este passa primeiro pelo Balneário³⁶ para o banho de admissão. Ao pedido de explicações do Sr. Claro, responderam-lhe que era de rotina para todos os doentes. Depois do banho, vestiram-lhe roupa hospitalar. Chegado ao Serviço de Medicina, um outro episódio [não cabe aqui relatar] fez com que o Sr. Claro trocasse a roupa hospitalar pela sua, e se escapulisse só parando em sua casa [década de 1940]. (Branco, julho, 2017)

A Sr.^a D. Naldi recorda que aquele Balneário era um serviço muito limpo e dispunha de pessoal especializado³⁷.

O Regulamento do Hospital da Rainha Santa Isabel (da Hungria), fundado por D. Isabel, Rainha de Portugal (Rainha Santa), inclui os critérios de admissão, a divisão por sexos, a constituição da cama, a dieta, o vestuário e outros, mas não refere os cuidados de higiene, nem o acto de receber a pessoa e o banho de admissão. Possivelmente pelas concepções vigentes e/ou porque tinha por base as obras de Misericórdia Físicas. Também não prevê a existência de enfermeiros/as.

No Compromisso do Hospital das Caldas, dado pela Rainha D. Leonor em 1512, é tratada “a forma de receber os enfermos pelo hospitaleiro ou hospitaleira, cuja chegada fará saber ao provedor e este, com diligência, virá ver o enfermo e trabalhará honestamente para saber quem é a pessoa e se tem de seu. Depois, o mandará agasalhar, por amor de Jesus, com muita caridade” (Compromisso, 1930, p. 37). O capítulo seguinte trata de uma espécie de triagem feita pelo físico e provedor (p. 38). Interessa-nos o capítulo “Maneira que se terá com os pobres enfermos”:

Se o tal enfermo for pobre, homem ou mulher, feito o exame da sua doença, como da sua pobreza, o provedor mandá-lo-á agasalhar dentro do hospital.

Depois de agasalhado [admitido] os enfermeiros despi-lo-ão, presente o escrivão do hospital, que logo escreverá os tais enfermos e todo o conteúdo do capítulo atrás descrito no livro [inventário de tudo o trouxer para depois lhe ser devolvido] que o dito escrivão é obrigado a fazer a todos os enfermos que no dito hospital se vierem curar.

E logo que o dito enfermo for despido . . . o tomará o enfermeiro ou enfermeira, conforme for homem ou mulher, e o levará, coberto com um manto e uns pantufos

36 A criação do Balneário, deve-se ao Prof. Ângelo da Fonseca. O Decreto 1521 – Aprova o Regulamento do Estabelecimento Hidroterápico dos Hospitais da Universidade de Coimbra (DG, 1.^a Série, n.º 78, de 21 de Abril de 1915 (p. VII), estava aberto ao público. Há legislação que aprova a alteração dos preços em 1920 e 1923.

37 O Decreto-Lei n.º 5:736 de 10 de Maio, Ministério do Trabalho e Direcção Geral de Assistência, a carreira de enfermagem (art.º 56º a 61º) contempla um enfermeiro de cada sexo massagista-duchista.

nos pés, a lavar nos banhos e o limpará com uma toalha grande para não sermos repreendidos como foi o fariseu, Lucc VII³⁸.

Depois de lavado, lhe vestirão os enfermeiros ou enfermeira³⁹ uma camisa lavada e um saio ou saia branca e um carapuço, com os ditos pantufos nos pés e manto e o levará ao seu leito.

Enquanto o dito enfermo curar trará os vestidos do hospital.

Antes que nenhuma física lhe for feita, o dito provedor o fará confessar e comungar, segundo temos dito, se para a comunhão não houver impedimento . . . (Compromisso, 1930, p. 39)

Seguem-se ordenações sobre a feitura do testamento e a conduta a ter se o enfermo morrer, para cumprir as disposições nele contidas; recomendações aos enfermeiros da forma como devem cuidar dos enfermos; sobre as diligências a fazer, se não estiver indicado o tratamento naquele hospital (Hospital Termal):

. . . depois de lhe ser feita a caridade e remediado quanto possível, o provedor mandará alugar uma besta, à custa do hospital, e o enviará aos hospitais de Santarém, Leiria, Vila Franca ou Sintra para aí terem seu remédio e despejarem o lugar para outros que também vierem buscar caridade.

E lhe mandará dar de comer no caminho, vinte ou trinta reais ou mais, segundo for a necessidade do enfermo [Que grande lição, nos nossos dias!] . . . (Compromisso, 1930, p. 39)

A Postilla Religiosa e Arte dos Enfermeiros, de Frei Diogo de Sant’lago, trata da admissão do enfermo, não se refere a banho de limpeza, somente ao lava-pés. Pela frase entre parênteses (que já sabeis se lhe beijam depois de lavados), parece-nos mais uma regra da Ordem dos Irmãos Hospitaleiros de S. João de Deus, imitando o Padre (Pai), como é tratado nalguns escritos S. João de Deus, do que uma regra higiénica. Sabemos que S. João de Deus quando recolhia pobres, prostitutas e outros seus irmãos, como os tratava, caídos em desgraça, levando-os aos ombros, segundo o seu estado, ao chegar ao seu Hospital de Granada (criado em 1539) a primeira coisa que lhes fazia era lavar-lhe os pés e beijar-lhos (Gouveia, 1996)⁴⁰.

38 Dizendo: *aquam pedibus meis nō dedisti eç*.

39 No hospital havia dois enfermeiros e uma enfermeira, com a renda anual de 6000 reais, igual à do boticário, e funções definidas.

40 Em várias obras dos seus historiadores, fazia-o como Jesus, na última ceia. Em cada um ou uma que lavava os pés, beijando-os, vendo a Magestade de Cristo (Gouveia, 1996), Gravura XVIII, p. 274). Colocou-se-me a dúvida se esta prática se tornou uma regra da Congregação dos Irmãos de S. João de Deus.

A *Postilla*, documento precioso para a época e, no presente, para a história, apresenta as normas dos enfermeiros, utilizando o sistema de advertências numeradas.

Advertências relativas à admissão do enfermo:

105 Assim que o enfermo chegar, o recebeis com agrado, dando-lhe ânimo. Se (...) vier com crescimento, ceção, ou gálico (sífilis) não usareis com estes do costume de lhe lavar os pés (que já sabeis se lhe beijam depois de lavados), nem lhe mandareis cortar o cabelo até não estar livre deste impedimento; mas uma e outra coisa se lhe hão-de fazer logo que esteja capaz, para que se não falte a esta tão meritória acção de caridade.

106 Depois de o deitares na cama, lhe advertireis (como é costume) se prepare para se confessar e comungar, que é obrigação precisa da nossa Constituição, razão porque os Médicos dos nossos hospitais vivem descansados de incorrerem na determinação do Concílio Lateranense, que o Médico sob pena de interdito *ab ingressu ecclesia*, advirta o enfermo que logo se confesse; e o Papa São Pio V, que passados três dias de enfermidade na cama, os Médicos os não visitem, sem primeiro estarem os enfermos confessados e lhe constar por fé do Confessor; e que esta Constituição fosse perpétua e permanente sem prescrição.

107..., lhe procurais se tem obrado bem no dia antecedente, se o não tiver feito, lhe mandareis lançar uma ajuda comum, para quando vier o Médico não haja dilação na sangria; e se não falar, procurai a quem o trouxe se ele tem feito esta diligência, e que dias há, que está enfermo, examinando os remédios, que lhe fizeram, para dares ao médico informação de tudo (Santiago, 1741).

O Capítulo II, advertências 113, 114 e 115, trata da aplicação do defensivo [desinfestante], especificando como se corta o cabelo e os cuidados na sua aplicação (Santiago, 1741).

Manual de Técnica de Enfermagem: Higiene e Conforto do Doente

O Manual de Técnica de Enfermagem: Higiene e conforto do doente (MTE2) é do início da década de 1950⁴¹, da EAAF. É da autoria do Sr. Enf. José Pinto Teles, Monitor da EAAF, o primeiro enfermeiro a leccionar as técnicas de enfermagem, em 1932. Até aí eram leccionadas por médicos. É um documento minucioso, contendo, além dos cuidados de

41 Pertence agora à ESEnFC. É um manual dactilografado, é possível que seja de data anterior ou tenha por base um anterior. Sabemos que de um ano para outro era revisto.

higiene com o corpo, o leito do doente, limpeza e desinfecção da cama, fazer a cama fechada, fazer a cama com o doente (leito ocupado); cama para receber um operado; mudança de resguardo, mudar lençóis com a cama ocupada, mudar o colchão com a cama ocupada, aquecimento da cama, cuidados com a roupa (suja e limpa), 46 páginas (Teles, ca. 1950b). Nota-se que faltam páginas a partir da página 46 e, com certeza, outras técnicas, como mudanças de posição, transferência da cama para maca, para o cadeirão e vice-versa e outras, também o sumário. Nos manuais do Senhor Enf. Teles o sumário ficava no fim, imediatamente antes da contracapa.

Inicia com uma breve introdução sobre higiene, as suas funções: (a) proteger contra a invasão microbiana; (b) facilitar a respiração cutânea, que representa um sétimo da respiração total – papel respiratório; (c) o suor é eliminado na quantidade de 1 litro nas 24 horas, em estado normal, podendo aumentar ou diminuir – papel secretor (Teles, ca. 1950b). Estas funções estão de acordo com a concepção expressa em “A pele e a balança energética” (Vigarello, 1988, p. 136).

Depois enumera os cuidados de higiene que são tratados. Apresenta seis desenhos ilustrativos.

Dado o manual disponível estar bastante danificado, é uma raridade e uma preciosidade, em termos históricos, entendemos apresentar integralmente alguns cuidados de higiene parciais e o banho geral no leito, na impossibilidade de o apresentar na totalidade. O Sr. Enf. José Pinto Teles usa o termo *toilete*.

Cuidados de higiene parciais

Toilete diária:

- 1.º Cuidados diários: *toilete* diária do doente, rosto, cabelo, boca e dentes, olhos, ouvidos; mãos, pés, unhas, e *toilete* genital externa.
- 2.º Banho geral e banho parcial, no leito, banho geral e parcial, na banheira.
- 3.º Lavagem da cabeça, no leito.
- 4.º Desinfestação do doente (fórmulas para desinfestação; Teles, ca. 1950b)

Considera as rotinas (de cuidados de higiene) da manhã e da tarde. A todos os doentes acamados será feita a *toilete* da manhã. Os cuidados da tarde têm como objectivo preparar o doente para passar bem a noite.

Recordamos que as conquistas científicas em medicina e cirurgia mudaram muito os cânones da hospitalização. O estatuto do doente já não é estar na cama, mas sair dela o

mais rápido possível. Evitam-se as hospitalizações e as médias de dias de internamento das hospitalizações não-evitáveis diminuíram substancialmente. As condições hoteleiras dos hospitais estão muito longe da década de 1950, felizmente. Há casas de banho, com chuveiro, de fácil acesso; as camas, os colchões e a roupa hospitalar estão a anos-luz daquele tempo. No entanto, os equipamentos só por si não chegam. É preciso ao doente ânimo para os utilizar, ao cuidador intencionalidade para se focar na pessoa, na sua entidade, na sua individualidade. O papel do enfermeiro tomou ou tem que tomar outros contornos.

O Sr. Enf. José Pinto Teles (ca 1950b) adverte que os cuidados de higiene não se ficam pelo corpo, inclui as roupas e os leitos. Implica estudar em pormenor a higiene de cada uma das partes, seus processos e técnicas a observar nos serviços hospitalares. E que os “doentes acamados necessitam de certas atenções e cuidados diários que não são absolutamente necessários aos doentes que andam de pé” (Teles, ca. 1950b, p. 3). Também em relação ao banho adverte que “sempre que o estado do doente o permita se deve optar pelo banho na casa de banho e, se possível, pelo chuveiro, por ser mais higiénico, mais económico e mais cómodo” (Teles, ca. 1950b, p. 16).

As toietes dos órgãos genitais, dos ouvidos assim como da boca e língua, são tratados de forma específica, chama-lhes parciais ou subtoietes. Justifica por as infeções exigirem cuidados especiais.

O Manual, em relação aos procedimentos técnicos, começa por toietes parciais:

Preparação do Material

Preparar e levar para junto do leito todo o material necessário, transportado ao longo da enfermaria em carro apropriado (rodado). Havia vários modelos. Consta de:

1. Um oleado impermeável;
2. Duas cuvets riniformes ou taças de esmalte (no meu curso já eram de inox;
3. Uma saboneteira com sabão,
4. Duas esponjas (uma para o rosto e mãos, outra para os órgãos genitais;
5. Duas bacias de toiete ou de rosto, com a mesma finalidade; taça para os genitais;
6. Tintura de alfazema ou álcool ou água-de-colónia;
7. Um pente, escova de unhas, tesoura;
8. Copo e escova de dentes e pasta dentífrica;
9. Duas toalhas e uma caixa de bolas de algodão;
10. Lençóis lavados para o leito:

11. Jarro com água tépida e balde.
12. Arrastadeira, se for necessário. (Teles, ca. 1950b)

Em relação à toilete genital, faz algumas recomendações:

a lavagem dos órgãos genitais externos constitui uma das obrigações mais delicadas do enfermeiro. Esta deve ser feita, sempre que o possa ser, pelo próprio doente, ainda que com ajuda do enfermeiro. Quando seja impossível, o enfermeiro deve usar do máximo recato, não descobrindo senão o necessário e o menos tempo possível; não expondo o doente, usando sempre os biombos ou cortinas corridas. A máxima correcção nos gestos e nas palavras, não devemos ofender a sensibilidade dos doentes, nem tão pouco ter quaisquer liberdades.

Técnica: Fechar as portas e todas as janelas, retirar as almofadas, deixar apenas uma, se o doente suportar.

1. Fazer a toilete genital, retirar depois o oleado e o lençol respectivo, se for preciso. Adverte, esta toilete consta de um capítulo à parte (Teles, ca. 1950b, pp. 20-21);
2. Voltar o doente de lado, lavar os assentos e o dorso;
3. Friccionar com álcool ou tintura de alfazema;
4. Prestar muita atenção e verificar se na região sacro-coccígea existem quaisquer sinais de formação de escaras: rubor, foliculite, princípio de ulceração;
5. Talcar com abundância;
6. Reinstalar o doente, colocando-lhe as almofadas em posição de comodidade. (Teles, ca. 1950b, p. 20)

Toilete do rosto e das mãos

Técnica: Depois de todo o material preparado e junto do doente, observar os seguintes procedimentos:

1. Proteger o doente com biombos;
2. Colocar o doente em posição horizontal, apenas com uma almofada, se suportar;
3. Encostar bem a bacia do rosto à almofada, voltar o rosto do doente de lado. Lavar com a esponja o rosto, os olhos e os ouvidos, com ou sem sabão conforme a preferência do doente. Os olhos, em especial, devem ser lavados com bolas de algodão e não com compressas; lavar suavemente e nunca usar mais que uma vez cada bola;

4. Abrir ligeiramente a roupa, entreabrindo a camisa para a não molhar, lavando em seguida o pescoço, lavar à frente e atrás levantando levemente a cabeça do doente com a mão esquerda enquanto se lava com a direita;
5. Secar, com leveza de mão, o rosto, os olhos e os ouvidos;
6. Fechar ou abotoar a camisa, colocar as almofadas e instalar o doente comodamente.

Seguidamente, despeja-se a água da bacia, tira-se-lhe o sabão e deita-se água limpa e procede-se à toilette das mãos. (Teles, ca. 1950b, pp. 21-22)

Toilete das mãos

Técnica:

1. Arregaçar bem a manga da camisa do doente e colocar a mão dentro da bacia;
2. Lavar bem toda a mão, entre os dedos, todo o antebraço e braço; escovar as unhas e cortá-las, se necessário; empregaremos uma esponja ou compressa grande para ensaboar a mão e todo o braço, que deve estar protegido por baixo, desde a axila, com uma toalha;
3. Depois de lavada a mão, preparadas as unhas, limpar bem, friccionar com álcool ou tintura de alfazema e massajar levemente com talco;
4. Proceder da mesma forma com o outro membro, quer passando para o outro lado, quer fazendo esta operação de um só lado.

Terminada a lavagem das mãos, procede-se à toilette da boca. (Teles, ca. 1950b)

Toilete da boca

Técnica:

1. Se o doente pode, ele próprio segura a cuvette riniforme junto do mento, bem adaptada;
2. Dá-se um pouco de água tépida para bochechar, que depois deitará na cuvette;
3. Utilizando uma pequena porção de pasta dentífrica, na escova de dentes (do tamanho de um grão de bico), friccionar os dentes em toda a extensão da arcada dentária, primeiro por cima e depois por baixo, no sentido vertical. Se o doente preferir, poderá ele mesmo utilizar a escova de dentes, ensinando nós a maneira de proceder;

4. Dá-se novamente água para bochechar bem, até retirar toda a pasta;
5. Nos doentes febricitantes torna-se muito necessário lavar bem a língua. Nesta altura da higiene da boca, faremos uma limpeza da língua.

Convida-se o doente a pôr a língua de fora, se for preciso, seguramos pela extremidade com uma compressa esterilizada; de seguida, com uma espátula ou mesmo uma pequena colher procuramos desalojar tudo o que se acumulou na língua durante a noite; faz-se depois um pequeno bochecho com borato de sódio e algumas gotas de água oxigenada e um pouco de água com três ou quatro gotas de água de Botot; o doente bochecha bastante. Fica com a língua limpa e gosto agradável na boca. Devemos sempre reparar bem na higiene da boca e dos dentes, porque não é só útil como dá ao doente muita satisfação e bem-estar.

Nos doentes portadores de doenças infecciosas, sobretudo tifosos, estes cuidados devem ser uma preocupação constante do enfermeiro, porque as temperaturas muito elevadas, desidratam de tal forma o doente, que sobretudo as mucosas da boca chegam a transformar-se em autênticas feridas. Para estes torna-se necessário usar de cuidados especiais de assepsia e mesmo de certa delicadeza. Assim, além do material ordinário, devemos preparar o seguinte:

1. Uma pinça de dissecação sem garras;
2. Algodão esterilizado, em bolas;
3. Pequenas zaragatoas preparadas em palitos de dentes, esterilizadas, com qualquer substância para colutório, como mel rosado, mercurocromo, mistura iodada e nitrato de prata.

Depois de tudo preparado e, de lavada a boca como no primeiro caso, devemos desinfectar com borato de sódio e água oxigenada. Depois de bem lavada, faz-se com muito cuidado a limpeza com a pinça, destacando com atenção as crostas e peles de toda a mucosa. Se as gengivas sangrarem, fazer a hemostase, tocando ligeiramente com as zaragatoas pequenas os pontos que sangram. Depois de desinfectar e de fazer o colutório tocando ao de leve com qualquer dos produtos acima indicado. Esta toilette faz-se muitas vezes ao dia. (Teles, ca. 1950b)

Penteia-se o doente e depois de feito o leito e de tudo em ordem, arrumaremos a mesa-de-cabeceira, a própria gaveta, colocamos água na garrafa e deixamos tudo bem arrumado, retiram-se os biombos. (Teles, ca. 1950b)

A lavagem da cabeça e a pediculose, a lavagem dos olhos, dos ouvidos, dos pés, dos genitais são também tratados à parte do banho, assim como posicionamentos, mudanças de posição, transferências (Teles, ca. 1950b).

Rotina da tarde (Cuidados de Enfermagem da tarde). Como foi dito, estes cuidados têm como objectivo preparar o doente para passar bem a noite. Lavar as mãos e a boca, refazer o leito, mudar os lençóis, se necessário (cama ocupada; Teles, ca. 1950b).

A nossa experiência é que os cuidados da tarde dependiam muito da situação do doente e, honestamente, de quem lhes prestava. Alguns necessitavam de um banho mais ou menos aligeirado, outros de higiene íntima, ou de um refrescamento da região dorsal e, sempre se fazia uma massagem de conforto aos doentes acamados. Muitos dos doentes idosos, ansiosos e outros em situação de vulnerabilidade necessitavam muito destes momentos de presença do enfermeiro. O medo da morte, por vezes ideias de morte, das dores e outros instalavam-se e avolumavam-se à noite. Os primeiros raios de sol, do dia seguinte, a entrarem nas enfermarias, como por magia, infundiam-lhes ânimo, vendo a sua situação menos cinzenta.

O Banho geral de limpeza na cama

Também chamado banho coberto, porque apesar ser dado com o doente despido, deve haver a preocupação de não o expor ao ar e ao frio, como também aos olhares indiscretos de outras pessoas, respeitando a sua sensibilidade e o seu pudor.

Lembramos que naquela data, o alojamento hospitalar ainda era em grandes enfermarias. No início da década de cinquenta, nos HUC, as camas começaram a ser isoladas com cortinas de correr, de pano de algodão de fácil lavagem, igual às colchas. Receberam este melhoramento as enfermarias-escola de Cardiologia e 3ª. MM. Seguiu-se a divisão das enfermarias em compartimentos de três a seis camas (boxes), com separadores de madeira pintada, até à altura da cabeça do doente deitado na cama e para cima de vidro. Permitia alguma privacidade. O primeiro serviço assim remodelado foi o de Pediatria, também enfermaria-escola; seguiram-se as restantes enfermarias escolas. Progressivamente esta remodelação foi extensiva a todos os serviços de internamento.

O MTE₂ apresenta dois processos técnicos. Um mais descritivo e outro mais resumido. E começa pelo material:

- Um cobertor fino de lã ou algodão – cobertor de banho;
- Uma bacia de rosto (com água quente, até 40º);

- Uma esponja ou pequena toalha de feltro (utiliza feltro por felpo ou felpa);
- Uma tesoura. Uma escova de unhas e um pente;
- Dois panos pequenos, de feltro, de toilete;
- Um copo, escova de dentes e pasta dentífrica;
- Uma cuvette riniforme;
- Um balão ou jarro com água quente e outro com água fria;
- Uma saboneteira com sabão sólido ou líquido;
- Um frasco com álcool ou perfume, ou tintura de alfazema;
- Um pulverizador com talco, ou uma caixa perfurada;
- Roupa lavada e duas toalhas de rosto. (Teles, ca. 1950b)

Por questão de espaço, elaborámos a Tabela 3 com os procedimentos técnicos do primeiro processo do Banho geral de limpeza na cama do MTE2, integrando um ou outro aspecto do segundo processo, acima referido.

Comparamos com o expresso sobre o Banho na cama com ajuda total do Manual de Normas de Enfermagem: Procedimentos Técnicos (MNE) de 2010⁴², enquadrado no Capítulo 3 - Intervenções do comportamento (Veiga et al., 2010, p.149). A autora do prefácio, Maria Helena Simões, faz referência a um primeiro Manual, filiado no Sistema de Classificação de Doentes, da década de oitenta, com duas revisões. Não conseguimos aceder a este Manual. O MNE tem por base a linguagem da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), do Conselho Internacional de Enfermeiras (CIE).

42 2.ª ed., editado pela Administração Central do Sistema de Saúde, IP, (ACSS), elaborado por um Grupo de Trabalho, constituído pelas Enfermeiras Bárbara Soares Veiga, Eunice Henriques, Fátima Barata, Fátima Santos; Isabel Silva Santos, Maria Manuela Martins, Maria Teresa Coelho e Paula Cannas da Silva.

Tabela 3

Comparação dos procedimentos técnicos do banho geral no leito descritos nos Manuais do início da década de 1950 e de 2010.

Manual de Técnica de Enfermagem: Higiene e conforto do doente (ca. 1950) Procedimentos técnicos numerados	Manual de Normas de Enfermagem: Procedimentos Técnicos (2010). Ações de enfermagem (enf.) numeradas
A - Preparar todo o material, trazendo-o p/ junto do leito do doente (carro próprio, rodado); - Colocar a roupa lavada, pela ordem que vai ser utilizada;	1 - Providenciar os recursos para junto do doente.
1 - Fechar portas e janelas, colocar biombo em volta da cama; - Posicionar o doente, posição horizontal, não deixando senão uma almofada ao doente, se ele puder suportar; - Desprender toda a roupa da cama, dos lados e aos pés; - Retirar a roupa da cama, peça por peça, dobrando-a e colocando-a sobre as cadeiras, aos pés da cama, nunca no chão; - Retirar o lençol de cima, só depois de cobrir o doente com o cobertor de banho;	2 - Lavar as mãos; 3 - Instruir o cliente; 4 - Posicionar o cliente; 5 - Providenciar a arrastadeira se for necessário (s.f.n.); 6 - Remover a roupa da cama, deixando-o protegido com o lençol;
2 - Proceder de igual forma como na toilette do rosto. O rosto inclui os olhos, os ouvidos a boca, a língua (ver acima). A lavagem dos olhos, ensinada na época obedece ao mesmo princípio expresso em 9 b) do Manual de Normas de Enfermagem.	7 - Lavar e cuidar do cabelo, S.f.n. (N.31.2.3); 8 - Lavar a cavidade oral (N 31. 2. 2.); 9 - a) Cobrir o pescoço com a toalha e lavar a face; b) Lavar os olhos com água simples, do canto externo para o interior; c) Enxaguar e secar a face; d) Lavar e secar o pavilhão auricular;
3 - Proceder à toilette do corpo em geral;	
4 - Para proceder a esta toilette, estender o cobertor fino – cobertor de banho – sobre o leito, fixá-lo sob as espáduas do doente, dobrar a roupa de cima em acordeão; - Abrir o leito até à cintura desdobrando a roupa, aconchegando bem contra o doente; - Colocar a bacia com água quente junto ao leito, retirar a camisa;	10 - Despir camisa ou pijama e pôr no saco de roupa suja; - Manter o lençol superior sobre o corpo;
5 - Colocar a toalha de feltro [felpo] debaixo do braço bastante afastado; - Lavar totalmente o braço, a axila e a mão; - Secar e talcar a axila; - Proceder do mesmo modo com o outro braço (passando para o outro lado ou fazendo a operação de um só lado);	11 - Membros superiores: a) Posicionar o membro mais afastado, descoberto sobre a almofada; b) Lavar e secar da parte distal para a proximal, em movimentos circulares, dando especial atenção à região axial; c) Aprontar a bacia sobre a cama, de modo a facilitar a imersão da mão. Lavá-la e cortar as unhas S.f.n.; Executar do mesmo modo para o membro mais próximo.

Tabela 3 (Continuação)

Comparação dos procedimentos técnicos do banho geral no leito descritos nos Manuais do início da década de 1950 e de 2010.

Manual de Técnica de Enfermagem: Higiene e conforto do doente (ca. 1950) Procedimentos técnicos numerados	Manual de Normas de Enfermagem: Procedimentos Técnicos (2010). Ações de enfermagem (enf.) numeradas
6 - A toalha é em seguida estendida sobre o tórax do doente, entre o cobertor de banho e a pele; - Dobrar metade da toalha para o abdômen e lavar bem o peito; - Secar com a parte dobrada, e subir a parte inferior da toalha para o peito; - Lavar bem o abdômen, sobretudo a região umbilical; - Friccionar e talcar o peito, sobretudo sob os seios, se for mulher;	12 - Tórax e abdômen: a) Cobrir o tórax e abdômen com a toalha, removendo o lençol, removendo simultaneamente o lençol para a região infra-umbilical; b) Lavar e secar o pescoço, tórax e abdômen, com especial atenção às pregas do pescoço, umbigo e região infra-mamária. Cobrir todo o corpo com o lençol, removendo simultaneamente a toalha.
7 - Passar para o lado oposto do leito, voltar o doente para si, de bruços e voltar para o lado onde se encontra o material;	
8 - Lavar o dorso por partes, friccionar com álcool e massajar levemente com talco; - Tornar a deitar o doente de costas;	
9 - Recompôr a roupa da cama;	
10 - Os membros inferiores serão lavados um após o outro, começando pelo que fica do lado oposto do enfermeiro; - Com a toalha de feltro, estendida sob todo o membro inferior, proceder como no braço; - Cortar as unhas e lavá-las; - Ensaboar os pés, friccionar, talcar os calcanhares. Lavar os pés no leito a um doente, procede-se da seguinte forma: - Com o doente coberto até aos joelhos, tendo os genitais protegidos com uma toalha, flectem-se as pernas, protegendo o leito com uma toalha, com que se limparão depois os pés, coloca-se sobre esta a bacia própria; - Colocar os pés dentro da bacia, lavando assim com toda a facilidade. Depois de lavados, retirar a bacia, enxugar os pés com a toalha; Tratar as unhas;	13 - Membros inferiores: a) Executar uma dobra na extremidade inferior do lençol até aos joelhos, posicionar o membro mais afastado, descoberto sobre a toalha, lavar e secar todo o membro da parte distal para a proximal em movimentos circulares; b) Executar do mesmo modo para o membro mais próximo; c) Posicionar os pés sobre a toalha colocada no sentido da largura da cama; d) Aprontar a bacia sobre a toalha, elevando simultaneamente os dois pés, baixá-los para a bacia lavá-los e secá-los; e) Cortar as unhas, s.f.n.; f) Aplicar uma substância emoliente, se tiver calosidades; g) Massajar os calcanhares e região maleolar com produto adequado; h) Remover a toalha e a bacia, cobrir os pés com o lençol;

Tabela 3 (Continuação)

Comparação dos procedimentos técnicos do banho geral no leito descritos nos Manuais do início da década de 1950 e de 2010.

Manual de Técnica de Enfermagem: Higiene e conforto do doente (ca. 1950) Procedimentos técnicos numerados	Manual de Normas de Enfermagem: Procedimentos Técnicos (2010). Ações de enfermagem (enf.) numeradas
11 - Toilete dos órgãos genitais externos. Técnica: - Colocar a toalha sob os assentos, dando-lhe o necessário para que ele faça a sua toilette, se assim preferir, proceder sem levantar a roupa, não expondo o doente; - Talcar o períneo e as virilhas e regiões inguinais. Se for necessário uma toilette abundante usa-se a arrastadeira. Técnica no Homem⁴³: a) Deitar o doente recostado, com os assentos sobre a arrastadeira, que deverá ser protegida com algodão ou lençol; b) Flectir as pernas, sob a arrastadeira um oleado; c) Cobrir o peito com um cobertor fino e os membros com a roupa que se desdobrou até meio das coxas; d) Encostar a cápsula com água, sobre o lençol com o oleado, à arrastadeira; e) Lavar primeiro as suas mãos; f) Lavar ligeiramente com suavidade toda a região genital com a esponja ou compressa bem ensaboada; lavar o pénis, o prepúcio e a glândula; g) Retirar o sabão com muita água, secar bem e talcar as virilhas. Repor o doente na posição habitual.	14 - Dorso e nádegas: a) Virar ou assistir o cliente a virar-se para o lado oposto; b) Executar uma dobra no lençol sobre o dorso, mantendo a região corporal anterior protegida; c) Aprontar a toalha sobre a cama, ao longo da região dorsal; d) Lavar e secar o dorso; e) lavar e secar as nádegas; f) Massajar dorso, nádegas e zonas de proeminência óssea, utilizando substância hidratante de acordo com o estado e tipo de pele do cliente; g) Remover a toalha e tapar o cliente com o lençol; h) posicionar o cliente ou assistir a posicionar-se em decúbito dorsal; 15 - Órgãos genitais: a) Posicionar os membros inferiores com os joelhos em flexão ou assistir o cliente a posicionar-se; b) Aprontar a toalha, no sentido do comprimento, elevando ligeiramente as nádegas; c) Aprontar arrastadeira sobre a cama s.f.n.; d) Executar uma dobra na extremidade inferior do lençol até aos joelhos; e) Calçar luvas; f) Posicionar os membros inferiores em abdução ou assistir o cliente a posicionar-se; g) Lavar e secar os genitais ou assistir o cliente; h) Remover a toalha; 16 - Remover luvas;
12 - Cobre-se bem o doente, barbeia-se e cortam-se-lhe as unhas das mãos, penteia-se, s.f.n.;	19 - Penteiar ou assistir o cliente a penteiar o cabelo, caso não tenha sido executado o ponto 7 desta norma (consult. N. 31.2.3.3)
13- A água deve ser sempre mudada no decorrer da toilette e deve ser mantida a boa temperatura;	
14 - Depois de voltado o doente à posição normal, procede-se ao trabalho de refazer o leito, tendo previamente vestido o doente, s.f.n muda-se o lençol de baixo.	17 - Preparar a cama (consult. N. 31.1.2.1); 18 - Vestir o cliente ou assisti-lo;

Tabela 3 (Continuação)

Comparação dos procedimentos técnicos do banho geral no leito descritos nos Manuais do início da década de 1950 e de 2010.

Manual de Técnica de Enfermagem: Higiene e conforto do doente (ca. 1950) Procedimentos técnicos numerados	Manual de Normas de Enfermagem: Procedimentos Técnicos (2010). Ações de enfermagem (enf.) numeradas
15 - Depois de feita a cama, colocar o doente em posição cómoda sobre as almofadas e deixar tudo em ordem. Tudo em ordem era tratar e arrumar o material, arrumar a mesa-de-cabeceira, a própria gaveta, colocar água fresca na garrafa, deixar tudo bem arrumado, retirar os biombos.	20 - Posicionar o cliente ou assisti-lo a posicionar-se; 21 - Apreciar o bem-estar do cliente; 22 - Assegurar a recolha e lavagem do material; 23- Lavar as mãos. VI - Registos: Data e hora; diagnósticos e intervenções de enfermagem; resultados e educação para a saúde.

Banho de limpeza na casa de banho

Inicia com uma pequena introdução, em que se percebe uma chamada de atenção quando diz que há doentes que podem ir ao quarto de banho, onde se pode dar o banho geral com mais facilidade, em ambiente mais próprio. No entanto, exige que o enfermeiro prepare previamente o ambiente e ajude o doente a aceitar de bom grado a ideia deste banho, retirando-lhe receios, dando-lhe a certeza que vai sair da cabine muito mais leve, com muito melhor disposição.

Preparação:

1. Temperatura do meio ambiente do quarto de banho, cerca de 20º;
2. Termómetro de banho controlado;
3. Água do banho, temperatura a cerca de 38º a 39º;
4. Colocar no fundo da banheira um lençol de banho dobrado no sentido do comprimento;
5. Uma bacia de rosto;
6. Sabão, uma esponja, álcool, talco;

43 Esta técnica, no Manual não estava integrada no banho, como havia espaço vazio, transcreveu-se para aqui.

7. Roupa lavada para o doente;
8. Uma pequena caixa ou tabuleiro com alguns tonicardíacos e seringas.

Técnica e cuidados [recomendações]:

1. O doente deve ser levado do leito, com o mínimo de roupa – a de dormir e roupão, com calçado de agasalho;
2. Antes de entrar na banheira, convidar a urinar no urinol, que se lhe apresenta;
3. Ajudar a despir e a entrar na banheira; a água deve ter sido verificada no termómetro e ainda experimentarmos nós c/o cotovelo;
4. Ajudar a ensaboar as costas e pedir ao doente que se lave, ele próprio, pela frente, assentos e região genital e todo o resto do corpo, membros e pés; o rosto deve ser lavado depois do banho, em bacia própria;
5. Ajudar o doente a sair da banheira e a enxugar-se;
6. Fazer por todo o corpo e membros uma ligeira fricção;
7. Finalmente, ajudar o doente a vestir-se, calçar-lhe as pantufas, dar-lhe o pente para que se penteie, depois de lavado o rosto. Acompanhá-lo ao leito, amparando-o e agasalhando-o bem. Pode-se-lhe dar uma bebida quente, estimulante – café ou chá;
8. Se houver suspeita ou a certeza de doença infecciosa, desinfectar a água do banho (ou a banheira), com crisol sódico a 1/100, deixando a água cerca de duas horas na banheira;
9. Esvaziar a banheira e deixar tudo em ordem. (Teles, ca. 1950b)

Faz uma chamada de atenção:

não se pode deixar o doente sozinho no quarto de banho, a não ser que seja um doente sem qualquer doença depauperante. Ainda neste caso, não deve fechar-se por dentro e o enfermeiro deverá vigiá-lo muitas vezes, se não houver campainha.

No caso do doente estar enfraquecido deve vigiar-se o pulso de vez em quando e observar o fâcies. E, se o doente tiver uma síncope, uma lipotímia, e que não tenha havido tempo para sair da banheira, abrir imediatamente o esgoto, levantar a cabeça para não ficar debaixo de água e logo que esta esteja escoada, deitar o doente ao comprido, cobrindo-o com um cobertor de lã. Imediatamente socorre-se

o doente com tónicos cardíacos, chamando alguém para ajudar a transportá-lo ao leito, logo que a crise esteja debelada. O leito deve ser imediatamente aquecido com botijas e administrar ao doente estimulantes. (Teles, ca. 1950b)

Fecha com a apologia do chuveiro, como referido acima.

REFLEXÕES

Em primeiro lugar é de realçar a importância destes dois instrumentos pedagógicos, cada um no seu tempo, lembrando que o primeiro dista do segundo mais de 60 anos, e condiz com o do meu curso (1.º ano, 1952). Profunda gratidão aos seus autores. Em relação ao Sr. Enf. José Pinto Teles, ao rever agora o Manual de Técnica de Enfermagem: Higiene e Conforto do Doente (MTE2), não pude impedir-me de visualizar o Mestre na sua postura serena, na minuciosidade dos procedimentos técnicos e no cuidado para não provocar dano, no profundo respeito pelas regras de higiene e assepsia, nas advertências justificadas por conhecimentos actualizados (para a época) e de experiência feita. Merece a maior admiração dos enfermeiros. Impôs-se à classe médica, aos directores e administradores do hospital pelo seu saber, pelas suas posições serenas mas bem fundamentadas. A pobreza de meios não o impediu de nos deixar o legado de vários manuais e, bem mais importante o legado imaterial. É muito possível que o MTE2, sem data, decorra de uma reorganização por temas, de versões anteriores, visto que eram dactilografados.

Entendemos que os procedimentos técnicos elaborados naquele tempo e contidos no MTE2 expressam a vontade de profissionalizar os cuidados de higiene e valorizar o papel próprio do enfermeiro. Não foi possível determinar quando estes procedimentos técnicos foram introduzidos nas escolas de enfermagem. Encontrámos outros manuais dactilografados, mas de data posterior (P. e. na Biblioteca dos Irmãos de S. João de Deus, Casa de Saúde do Telhal, Mem Martins), entre os quais o do Irmão Arnaldo (1961).

Iniciar, no MTE2, com as toiles parciais do rosto e mãos, fazendo como que uma separação da higiene do corpo em geral, não será por acaso, consciente ou não, representa o princípio utilizado na prática de proporcionar ao doente realizar ele próprio estes cuidados. Por exemplo, no Serviço de Cardiologia, enfermagem-escola, onde se dispunha de algumas camas articuladas, levantava-se o segmento torácico, colocando a doente em posição de Fowler ou semi-Fowler e ela própria lavava a cara e as mãos, os olhos, a boca, mudando a seguir a água, o que não dispensava a aluna ou enfermeira de estar atenta e ajudar quando necessário, como no fim do banho, a doente se penteava.

O MTE2 não tem por base uma teoria ou modelo de enfermagem, que nessa altura ainda não tinha entrado nas Escolas de Enfermagem, enquanto no Manual de Normas de Enfermagem (MNE) na introdução e explicações de utilização são referidos o Modelo de Orem de autocuidado, sendo um dos objectivos do banho promover o autocuidado (Veiga et al., 2010, p. 16). Também é referida Virgínia Henderson (p. 17). O MNE assume uma linguagem atualizada, a CIPE. No MTE2 é utilizado o termo tolete, para os vários cuidados de higiene, no MNE estes estão expressos em Normas.

No MTE2, os objectivos não são formalmente enunciados, enquanto no MNE o são. No MTE2 do curso (1952-1955), já os contém, obedecendo ao seguinte esquema: título, objectivos; requisitos, modo de agir e, nalguns casos também precauções, pontos a atender, acções dos tratamentos, quando se impõe.

Os materiais no MTE2 e recursos no MNE estão de acordo com os seus tempos. Na década de 50, o doente internado nos HUC, e noutros hospitais, não trazia nem os seus objectos nem os seus produtos de higiene, porque estes não lhe eram acessíveis, com excepção dos doentes internados nos quartos particulares, extintos com a Revolução de Abril, 1974. Imperava a tintura de alfazema e de Benjoin, a solução de Botot, o talco, nas massagens o óleo de amêndoas doces, o álcool boricado. No próprio hospital dispor de toalhas e roupas de cama era uma miragem, valia a arte de improvisar.

O MNE, nas “Orientações quanto à execução”, refere o princípio do mais limpo para o mais sujo, quando na verdade, a sequência das acções de enfermagem revela, em termos do tratado de microbiologia de Wilson (2005), um princípio falso. O rosto, as mãos e os espaços interdigitais dos pés, as partes íntimas, são as zonas do corpo mais sujas, isto é, com maior flora microbiana. Os autores da Metodologia de Cuidar em Humanidade, Gineste e Marescotti, encontraram estudos que remontavam a 1950, demonstrando que as zonas “ditas” mais limpas, referidas pelos cuidadores em 1979, no citado princípio do banho, eram as mais sujas (mais contaminadas). Segundo o que agora apurámos, os estudos nos finais do século XIX, já revelaram que a face, em especial a boca, e as mãos são das zonas com uma maior flora, maior número de germes (Vigarello, 1988, pp. 159-164). Os movimentos circulares recomendados no MNE para lavar e secar os membros (acções 11 e 13) não estão de acordo com os conhecimentos que hoje estão disponíveis sobre as fibras do prazer e a sua estimulação (Olausson et al. (2002), nem mesmo com a estimulação de retorno venoso que é referido e da drenagem linfática. As técnicas de mobilização carecem de ser revistas do ponto de vista ergonómico e do cliente (imagens integradas nas mobilizações), solicitam aos cuidadores músculos opostos aos indicados. No MNE a par da coluna de procedimentos há uma coluna de justificativas, no MTE2 não existe esta coluna, mas nas funções da higiene e, no decorrer dos procedimentos percebem-se (Veiga et al., 2010, p. 31). Os procedimentos técnicos do MTE2 não divergem substancialmente das acções do MNE. No entanto, aqueles procedimentos parecem-nos mais minuciosos, mais na acção, enquanto no MNE as acções

se assemelham a orientações gerais. Advirto que a leitura que faço do MTE2 está imbuída daquilo que nos era transmitido nas aulas⁴⁴ e estágios. Por exemplo, a preparação prévia do material obedecia a princípios de organização, tendo em vista a economia de tempo e o respeito por um princípio fundamental importantíssimo – a não-interrupção deste tipo de cuidados, cuja não-observância era considerada erro grave, princípio que não está expresso nos dois Manuais. O MNE dá a justificativa de “gerir o tempo”. O MTE2 expressa o cuidado com a preparação do ambiente: fechar portas e janelas, colocar biombos para preservar a privacidade e intimidade, enquanto no MNE não estão expressos estes procedimentos, embora expresse “verificar as condições ambientais: temperatura, ventilação e iluminação”.

Nos dois Manuais, não estão expressos procedimentos relacionais, para dois seres humanos que se encontram, um, em situação de fragilidade, o outro de cuidador, como: bater à porta, dirigir-se à pessoa pelo seu nome, anunciar-se, apresentar-se, cumprimentar, saber como passou a noite ou como se sente, simples normas de civilidade, de cortesia, utilizando o olhar, o toque ternura, negociar o cuidado (Salgueiro, 2014). No entanto, em dois dos meus internamentos (1961 e 1967), o Enf. Chefe daquele serviço, Sr. Enf. Adolfo Costa, diplomado em 1921, primeiro curso da então Escola de Enfermagem dos HUC, depois EEAF, realizava estes procedimentos tanto comigo como com todos os doentes, constituindo um seu ritual a seguir à passagem de turno. A negociação tanto num como noutro está implícita. Ao serem referidas opções de procedimentos, segundo a preferência do doente (MTE2), ou atender à preferência (MNE), pressupõe alguma negociação. Também durante o banho, não encontrámos anunciar e descrever os gestos, estimular a execução de gestos, com comandos simples, dar-lhe feedback do que está a conseguir (reforço positivo). Como não é fechado o acto, do ponto de vista relacional: pelo menos valorizar os esforços, o que o doente/cliente conseguiu fazer, como se sentiu, agradecer, despedir-se, preparar o reencontro. No MNE, está expresso como objectivo e acção do Enf. “Instruir o Cliente”, cujo significado induz a uma técnica relacional diferente de um diálogo que promova a interacção, o estabelecimento de uma relação de confiança, a própria negociação do cuidado.

Não é expressa a observação a efectuar durante o banho, no MTE2, quando era uma exigência clara nas aulas e estágios, assim como os registos (embora estes fossem rudimentares). No MNE, em “Orientações” é expresso “Examinar o doente, interpretar e orientar antecipadamente” (Veiga et al., 2010), mas não se materializa em acções.

É expresso, no MTE2, a mudança de água, e há mesmo a advertência de que “a água deve ser sempre mudada e mantida a boa temperatura” (proc. 13; Teles, ca. 1950b). No MNE não é referida a mudança de água, nem há esta advertência.

44 As monitoras leccionavam estes conteúdos às alunas, os monitores aos alunos. Tudo o que tinha a ver com cirurgia (esterilização, socorros urgentes, bloco operatório, cuidados de enfermagem no pré-, per- e pós-operatório) era leccionado pelo Sr. Enf. Teles.

O lavar as mãos antes e depois dos cuidados consta no MNE, em nome da higiene e prevenção das infecções. No MTE2, consta nalgumas toiletes parciais, como a genital. No entanto, era um imperativo formativo e uma exigência de exercício profissional – despojar as mãos de anéis, unhas curtas e limpas, sem verniz e, os pulsos sem pulseiras e relógio. A lavagem das mãos (mãos e antebraços) com técnica asséptica cirúrgica (bloco operatório e tratamentos congruentes) e técnica asséptica médica (lavagem higiénica) era leccionada pelo Sr. Enf. Teles.

Estes Manuais expressam a preparação do material e do ambiente e, bem, mas não a preparação do encontro e da pessoa para o cuidado, mostrando-lhe que se respeita na sua dignidade, na sua unicidade, na sua autonomia e liberdade, na sua cidadania. No final do banho ou doutro qualquer cuidado, tratam-se e arrumam-se os materiais, mas não se *arruma* a relação estabelecida, reforçando-a.

No capítulo VII da presente obra, é tratado o banho, segundo a Metodologia de Cuidado Gineste-Marescotti, que tem por base a Filosofia da Humanidade (Gineste & Pellissier, 2008), em capítulo próprio, daí não termos abordado este assunto, no entanto, foi-nos difícil analisar estes documentos, desligando-nos desta filosofia e metodologia.

CONCLUSÕES

As questões formuladas na introdução revelaram-se úteis, foram bússolas orientadoras.

Facilmente se constata que foram privilegiadas algumas obras, de ordem geral como as de: George Vigarello, A. H de Oliveira Marques, José Mattoso (Direcção), e na área da enfermagem Morato Roma, Fr. Diogo de Sant'ago, Samuel Maia. Revisitámos autores tão nossos conhecidos como António Augusto Costa Simões, Ângelo da Fonseca, José Crespo e António Vasconcelos, o Compromisso do Hospital das Caldas, dado pela Rainha D. Leonor. Todas estas obras nos despertaram grande interesse e muito entusiasmo, convidando-nos a ir mais além, o que é uma grande virtude. Houve que fazer cortes e o resultado talvez não revele o prazer e os conhecimentos que estas obras proporcionaram. Retirámos toda uma secção e questionamo-nos se não seria preferível retirar outra, em vez do tratamento apresentado. As notas remissivas dos autores foram uma mais-valia, permitindo outras consultas. Apesar dos constrangimentos, o que fica relatado (é uma ínfima parte do legado dos autores), permite compreender o desaparecimento de certos equipamentos sanitários como as estufas e banhos públicos, o surgir duma limpeza a seco do corpo, substituindo a lavagem, onde a água não entra em cena, senão nas mãos e, por vezes no rosto (partes visíveis), depois ser valorizado o banho frio, atribuindo-lhe qualidades revigorantes. A pouco e pouco surge uma nova concepção das funções da

pele, que leva ao ressurgimento de certas práticas, com novos equipamentos sanitários; a Higiene torna-se uma disciplina científica e, com Pasteur e os seus seguidores, os “monstros invisíveis” de David tomam formas e cor, tornam-se visíveis ao microscópio. Estas descobertas permitem identificar os agentes causadores de diversas doenças, que já não precisam de serem atribuídas a forças maléficas.

É toda uma odisseia que nos leva a concluir que o conhecimento científico hoje disponível se fez de descoberta em descoberta, umas despoletando outras, em várias áreas do saber como no caso da higiene e da saúde, culminando com as conquistas no domínio da Microbiologia. Os próprios equipamentos, objectos e produtos sanitários, de uso corrente, hoje tão vulgarizados e banalizados, como o simples papel higiénico, não nasceram de geração espontânea, foram o fruto do trabalho de investigadores das áreas da física, da química. A emergente Enfermagem de Fr. Sant’Iago, de Roma e de Maia tanto reflectem a realidade da sua época como estão imbuídas das representações do passado ancestral. Também a concluir que a realidade portuguesa e francesa, em termos de conceitos e representações da higiene e do corpo não estarão muito longe uma da outra.

Quanto aos manuais analisados, no MTE2, início dos anos 1950, e no MNE, 2010, distando um do outro pelo menos 60 anos, nas reflexões acima apresentadas, verifica-se diferença de linguagem, da concepção na forma de apresentação dos conteúdos, o que era de esperar, nos procedimentos técnicos em que lhes falta a componente relacional, tal como a concebemos e deixamos expressa nessa rubrica. Mesmo assim, o MTE2 parece-nos mais específico na acção, no fazer.

Consideramos importante, e sugerimos, que o MNE, ainda em uso, contenha expressos procedimentos relacionais, como acima referido. Também o princípio do mais limpo para o mais sujo deve ser repensado, bem como os movimentos circulares recomendados ao lavar os membros, de acordo com os conhecimentos hoje disponíveis.

A minha enorme admiração pelos investigadores históricos saiu reforçada, estou certa que quem ler, p. ex. a *História da Vida Privada em Portugal* (os quatro volumes), dirigida por José Mattoso, passará a olhar para os objectos (livros, documentos, fotografias, velharias de várias natureza, um simples postal ilustrado) de uma outra forma e com muito mais respeito. Percorrer estes caminhos é apaixonante. A minha profunda gratidão aos autores das obras referenciadas e às pessoas que encontrei neste percurso.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Academia das Ciências de Lisboa, & Fundação Calouste Gulbenkian. (2001). *Dicionário da língua portuguesa contemporânea da Academia de Ciências de Lisboa*. Lisboa, Portugal: Verbo.

- Carnot, S. (1824). *Réflexions sur la puissance motrice du feu et sur les machines propres à développer cette puissance*. Paris, France: Bachelier.
- Compromisso do Hospital das Caldas, dado pela Rainha D. Leonor, sua fundadora, em 1512*. (1930). Coimbra, Portugal: Imprensa da Universidade.
- Costa, A. (1956). *Auxiliar do médico prático, guia do enfermeiro profissional e da enfermeira doméstica* (4ª ed.). Coimbra, Portugal: Moura Marques & Filho
- Crespo, J. (1972). *Santa Isabel: Na doença e na morte* (2ª Ed.). Coimbra, Portugal: Coimbra Editora.
- Decreto nº 1521 de 21 de Abril. *Diário do Governo nº 78/1915*. Aprova o Regulamento do Estabelecimento Hidroterápico dos Hospitais da Universidade de Coimbra.
- Decreto-Lei n.º 5:736 de 10 de Maio, Ministério do Trabalho e Direcção Geral de Assistência
- Edme, N. (Rétif de La Bretonne) (1924) *Monsieur Nicolas ou le cœur-humain dévoilé* (1ª ed.). Paris, France: Henri Jonquières.
- Erasme, D. (1530) *La civilité puerile* (1ª ed.). Paris, France: Ramsay.
- Gineste, Y., & Pellissier, J. (2008). *Humanidade, cuidar e compreender a velhice*. Lisboa, Portugal: Instituto Piaget.
- Glixelli, S. (1921). Les contenances de la table (séc. IV). *Romania*, 47, 28-29.
- Gouveia, A. (1996). *Vida e morte de S. João de Deus*. Lisboa, Portugal: Edições Távola Redonda - Editorial Hospitalidade.
- Hirn, G.-A. (1864). *Esquisse élémentaire de la théorie mécanique de la chaleur et de ses conséquences philosophiques*. Strasbourg, France: Colmar
- Huxham, J. (1750). *An essay on fever* (2nd ed.) London, England: J. Hinton.
- Irmão Arnaldo. (1961). *Manual de enfermagem*. Telhal, Portugal: Irmãos de S. João de Deus.
- Maia, S. (1931). *Manual de medicina doméstica: higiene, dietética*. Lisboa, Portugal: Bertrand.
- Maler, B. (1956). *Orto do esposo* (Ed. crítica), Rio de Janeiro, Brasil: Instituto Nacional do Livro.
- Marques, A. H. O. (1981) – *A Sociedade medieval portuguesa: Aspectos da vida quotidiana* (4ª ed.). Lisboa, Portugal: Sá da Costa.
- Marques, B. F. (1994). *Sermonário de Frei Paio de Coimbra. Edição e interpretação da estrutura e formas de pregação, pro manuscripto* (Dissertação de mestrado). Universidade do Porto, Faculdade de Letras, Portugal.
- Mattoso, J. (Org.) (2011). *História da vida privada em Portugal*. Lisboa, Portugal: Temas e Debates - Circulo de Leitores.
- Olausson, H., Lamarre, Y., Backlund, H., Morin, C., Wallin, B. G., Starck, G., ... Bushnell, M. C. (2002). Unmyelinated tactile afferents signal touch project in insular cortex. *Nature Neuroscience*, 5(9), 900-904.
- Oliveira, A. M. (2006). O corpo infantil nos tratados médicos hispano-árabes. In A. I. Buescu, J. S. de Sousa & M. A. Miranda (Eds.), *O corpo e o gesto na civilização medieval* (pp. 95-107). Lisboa, Portugal: Colibri.

- Pascal, J. (1845). Règlement pour les enfants. In M. P. Faugère, *Lettres, Opuscles et mémoires* (pp. 228-300). Paris, France: Auguste Vaton.
- Pereira, A. L., & Pita, J. R. (2011). A higiene: Da higiene das habitações ao asseio pessoal. In J. Matoso (Dir.), *História da vida privada em Portugal* (Vol. 3, pp. 92-116). Lisboa, Portugal: Temas e Debates/Círculo de Leitores.
- Perez, M., García y García, A., & Cantelar Rodriguez, F. (2002). *Libro de las confesiones: Una radiografía de la sociedad medieval española*. Madrid, España: Biblioteca de Autores Cristianos.
- Périn, L. (1617). *Bienséance de la conversation entre les hommes*. Pont-à-Mousson, France : C. Marchant
- Prévile, L. (1762). *Méthode aisée pour conserver sa santé*. Paris, France: Prault.
- Remlinger, P. (1896). Les microbes de la peau. *Médecine moderne*.
- Roma, F. M. (1726). *Luz da medicina, pratica racional, e methodica, guia de enfermeyros, directorio de principiantes, & sumario de remedios pera poder acodir, & remediar os achaques do corpo humano, começando do mais alto da cabeça, & descendo athe o mais baixo das plantas dos pès : Obra muito util, e necessaria, não so pera os professores da arte de medicina, & cirurgia, mas tambem pera todo o pay de famílias; de que se poderão aproveitar pobres, & ricos na falta de medicos doutos*. Coimbra, Portugal: Real Collegio das Artes da Companhia de Jesus.
- Rousseau, J. J. (1762) *L'Émile* (1ª ed.). Paris, France: Gamier.
- Salgueiro, N. (2014). *Humanidade: Um imperativo do nosso tempo*. Coimbra, Portugal: IGM Portugal-Humanidade.
- Salgueiro, N. (2007). *Do LEAEC à SRC da Ordem dos Enfermeiros*. Coimbra, Portugal: Ordem dos Enfermeiros.
- Salle, J.-B. (1736). *Les Règles de la bienséance et de la civilité chrétienne*. Reims, France : Regnaud Flotentin.
- Santiago, D. (1741). *Postilla religiosa, e arte de enfermeiros*. Lisboa, Portugal: Oficina de Miguel Manescal da Costa.
- Simões, A. A. C. (1858). *Relatório da gerência municipal de Coimbra, nos anos de 1856 e1857*. Coimbra, Portugal: Imprensa da Universidade.
- Simões, A. A. C. (1872). *Contrato e projecto dos estatutos da Companhia das aguas de Coimbra*.
- Simões, A. A. C. (1882). *Noticia historica dos Hospitais da Universidade de Coimbra*. Coimbra, Portugal: Imprensa da Universidade.
- Simões, A. A. C. (1888). *A minha administração, a Escola de Enfermeiros de Coimbra*. Coimbra, Portugal: Imprensa da Universidade.
- Simões, A. A. C. (1889a). *Esgotos nas cidades e nos hospitaes: (Resumida apreciação dos principaes systemas) com applicação aos Hospitais da Universidade de Coimbra*. Coimbra, Portugal: Imprensa Universidade.

- Simões, A. A. C. (1889b). *Abastecimento d'águas em Coimbra: (resumida história d'este melhoramento) com applicação aos Hospitaes da Universidade*. Coimbra, Portugal: Imprensa da Universidade.
- Stedman, T. L. (1996). *Dicionário médico ilustrado* (25ª ed.). Rio de Janeiro, Brasil: Guanabara-Koogan.
- Teles, J. P. (ca. 1950a). *Técnica de enfermagem*. Coimbra, Portugal: Escola de Enfermagem Dr. Ângelo da Fonseca.
- Teles, J. P. (ca. 1950b). *Técnica de enfermagem: Higiene e conforto do doente*. Coimbra, Portugal: Escola de Enfermagem Dr. Ângelo da Fonseca.
- Thomas, C. L. (2000). *Dicionário médico enciclopédico de Taber* (17ª ed.). Barueri, Brasil: Manole.
- Vallin, E. (1896). De la présence du bacille d'Eberth dans l'eau, le sol et les matières fécales d'individus sains. *Revue d'Hygiène*.
- Vasconcelos, A. G. R. (1894). *Evolução do culto de D. Isabel de Aragão, esposa do rei Lavrador/ Dom Dinis de Portugal (a Rainha Santa)*. Coimbra, Portugal: Imprensa da Universidade de Coimbra.
- Veiga, B. S., Henriques, E., Barata, F., Santos, F., Santos, I. S., Martins, M. M., ... Silva, P. C. (2010). *Manual de normas de enfermagem: Procedimentos técnicos* (3ª ed.). Lisboa, Portugal: Ministério da Saúde.
- Vigarello, G. (1988). *O Limpo e o sujo: A higiene do corpo desde a Idade Média*. Lisboa, Portugal: Editorial Fragmentos.
- Weller, F. B. (2004). *Dicionário de bolso para enfermeiros* (23ª ed.) (S. Ribeiro, Trad.). Loures, Portugal: Lusociência.
- Wilson, M. (2005). *Microbial inhabitants of humans: Their ecology and role in health and disease*. Cambridge, U.K.: Cambridge University Press.

CAPÍTULO II

COMO CUIDAR O CORPO PRESERVANDO A DIGNIDADE DA PESSOA

MARIA JÚLIA PAES DA SILVA¹

*Afinal, não há como escapar de assumir
responsabilidade por nós mesmos*

(Tarthang Tulku)

Alguns estudiosos derivam a palavra cuidado do latim *cura*. Na sua forma mais antiga, cura era usada num contexto de relações amorosas e de amizade. Era expressão de desvelo, preocupação, de inquietação pela pessoa amada ou por um objeto de estimação (Silva & Leão, 2009).

Outros derivam cuidado de *cogitare – cogitatus*, cujo sentido é o mesmo: colocar atenção, mostrar interesse, desvelo, diligência. Cuidar, ainda hoje, mais do que um ato isolado, é uma atitude de ocupação, responsabilização e de envolvimento com outro alguém ou objeto (Vaitsman & Andrade, 2005).

Dignidade, por sua vez, implica respeitar, envolve o reconhecimento de que alguém merece consideração, tem importância, merece ser poupado.

Segundo a World Health Organization (2000), dignidade envolve tratar as pessoas com respeito e consideração, receber os utilizadores nas unidades de saúde com respeito em qualquer circunstância, examiná-las e tratá-las tendo a privacidade e o direito de sigilo das informações sobre a sua doença respeitados. Implica também saber quem são os profissionais que cuidam da sua saúde, ser tratado pelo nome (e não por números, códigos, de modo genérico ou preconceituoso), ter assegurada a sua privacidade, individualidade e o respeito pelos seus valores éticos e culturais.

1 Contribuição no capítulo: pesquisa bibliográfica, realização de entrevistas e escrita do capítulo.

Cuidar preservando a dignidade implica, portanto, perceber o outro como ele se mostra, nos seus gestos e falas, na sua dor e limitações. Atentos a esse conjunto de sinais, cada plano de cuidado passa a ser um conjunto dinâmico de factos, ideias e ações. Factos – o que é observado no outro; ideias – os recursos do nosso conhecimento disponíveis e da nossa criatividade; e ações – a intervenção conjunta que desencadeia transformações. Que transformações podemos auxiliar a provocar? Transformações que tornem a pessoa mais forte após passar por uma crise; ou, transformações que a tornem mais insegura e com menor autoestima após ter estado enferma.

O cuidado feito amorosamente, com respeito, pode ser um estímulo no sentido das pessoas retomarem o caminho original de sua própria vida. Sentindo-se amorosamente respeitado religa-se a sua essência que sabe ser digna.

Conseguimos acreditar que dar um delicioso banho a uma senhora doente pode mudar o mundo? Se fizermos isso para mudar o mundo, não vai funcionar. Mas, se fizermos porque ela precisa de seu corpo limpo e confortável, então pode ser que funcione, muda o mundo dela e o nosso.

Eu amo aqueles que anseiam pelo impossível.

(Goethe)

Como recordam Simões, Rodrigues, e Salgueiro (2008) os enfermeiros compreendem a verdadeira dimensão do sofrimento humano quando cuidam em espaços de intimidade e procuram promover a pessoa doente à altura da dignidade humana.

É sabido que a doença atrai a nossa consciência para a parte do corpo que está a sofrer e ao focalizar o sofrimento contido nessa área os enfermeiros compreendem o ensinamento maior advindo dessa experiência.

Os cuidados com o corpo são, na verdade, uma ação maior, capaz de integrar por meio da execução de cada procedimento, uma simultânea transformação – corpo e alma.

Cuidar do corpo é cuidar do físico para atingir a representação do espiritual. Por trás de cada situação física de doença, há uma história de vida sendo escrita em muitos detalhes, pois o corpo físico é um tradutor de muitos códigos, revelando em cada detalhe informações dos sentimentos e emoções ali armazenadas (Silva, 2014).

Independente das crenças e concepções de vida que nos guiam, fundamental e inquestionável: o corpo físico é o instrumento que nos faz estar na terra, daí a importância de tratá-lo como a preciosa criação que é.

(Vale lembrar para todo e qualquer cuidador: cuidando com carinho e atenção do nosso próprio corpo, fica mais fácil cuidar com respeito e atenção do corpo do outro!).

Nem tudo que conta pode ser contado.

(Sabedoria sufi)

Os processos de construção de significados relacionados com a situação de precisar de auxílio para se higienizar não são puras formulações e encadeamentos de raciocínios lógicos, baseados em conhecimentos técnicos. Recorrem sobretudo ao imaginário pessoal, às experiências vividas no passado e às crenças e representações sobre a saúde e a doença que podem desencadear vivências emocionais fortes, relacionadas com perdas ou danos pessoais vários – efetivos no presente ou previstos no futuro.

E, por sua vez, essas vivências emocionais podem elas próprias, interferir no processo de construção de significados, introduzindo distorções cognitivas nas representações da situação (auxílio na higienização!) e nos pensamentos em que aquelas se baseiam.

Estar presente para auxiliar nesse processo de higienização é o que permite ao enfermeiro/cuidador identificar e clarificar esses processos de significação que são, inevitavelmente, visíveis e audíveis por meio dos sinais verbais e não-verbais da comunicação.

Estar presente significa ser capaz de ouvir perguntas como - porque isso teve que acontecer comigo? Sabemos que as questões mais importantes não parecem ter respostas prontas. Mas as próprias questões possuem um poder de auxiliar na cura quando são compartilhadas.

Uma resposta é um convite para parar de pensar a respeito de algo, parar de refletir. Uma questão não respondida é uma boa companheira de viagem.

Que o homem seja capaz de considerar-se a si mesmo é o grande prodígio da natureza, pois ele não consegue conceber o que é o seu corpo e muito menos o que é o seu espírito, e finalmente, como o corpo pode se unir ao espírito. Este é o cume de sua dificuldade e, no entanto, é a essência do seu ser.

(Pascal)

O que envolve a dignidade para uma pessoa, pode até ser diferente para outra (por exemplo, o grau de exposição do corpo é bastante diferente de cultura para cultura!). Um dos meios para começar a perceber essa diferença é reconhecer o sentimento expresso

por ela quando nos aproximamos e nas ações que fazemos junto dela. Os profissionais de saúde podem (devem?) começar a observar e a responder ao conhecimento intuitivo que se manifesta nesse nível, e não no nível intelectual apenas. É necessário aprender a reconhecer e a confiar na comunicação não-verbal (Silva, 2014).

Como o ser humano tem códigos que são aprendidos ao longo da sua vida, ele sabe o que é *ser* humano e continua a utilizar esses códigos quando está nas instituições de saúde ou quando está enfermo, ou seja, *não firme*. É com esses códigos que ele avalia o trabalho e atendimento recebidos e que se sente respeitado ou não. Sendo capaz de entender o comportamento humano porque é da mesma espécie.

Quando aceitamos e temos consciência que fomos aprendendo a *ler* e a estar no mundo a partir de códigos, percebemos que não é porque não estamos a falar alguma coisa que não estamos a comunicar algo. O falar é um terço do que ocorre nas relações interpessoais; todos os outros sinais que estão a ser transmitidos pelas pessoas podem ser chamados de comunicação não-verbal (Silva, 2014).

É a comunicação não-verbal que explicita para o outro o interesse e o respeito que temos (ou não) na relação. Ela envolve todas as outras formas de expressão humana que não as palavras propriamente ditas; é composta pelos gestos e expressões faciais feitos pelas pessoas, pela maneira como se tocam, pelos objetos ou adornos que utilizam num ambiente, pela distância que mantêm umas das outras, pelo modo como se vestem, por exemplo (Schmidt, Duarte, & Silva, 2015).

Todos esses são sinais não-verbais usados por todos os membros da espécie ou pelas culturas. Por exemplo: no cuidar, a expressão facial é de nojo por algo que vemos?; o toque é com as pontas dos dedos para não *mexer muito* ou suave porque a área tocada é sensível?; tiramos os anéis para não machucar (ou até contaminar) pessoas idosas quando as estamos a tocar?; fechamos a janela para evitar o vento, aumentamos a temperatura do ar condicionado para que ela não passe frio, fechamos a porta ou colocamos um biombo para protegê-la de outros olhares?. São tantas as possibilidades de sermos respeitosos quando cuidamos, de expressar o nosso interesse e atenção!

A dimensão não-verbal acaba por ser mais valorizada que a dimensão verbal em muitas situações porque nascemos com a capacidade de nos expressar através de um instrumento comum: o nosso corpo. Temos uma forma bastante semelhante de demonstrar emoções: quando estamos felizes, os nossos olhos brilham, o sorriso aparece fácil no nosso rosto; quando estamos tristes, choramos; quando estamos com medo, fugimos ou olhamos fixamente aquilo que nos dá medo; quando estamos com vergonha, ficamos ruborizados; quando ansiosos, as nossas mãos ficam geladas, transpiramos mais ou aumenta a nossa movimentação corporal; quando estamos com fome, o estômago *ronca*; quando estamos com sono, bocejamos (Silva, 2014).

Todos esses sinais são identificados pela pessoa com a qual interagimos, antes mesmo de abriremos a boca e isso faz com que ela preste atenção a esses sinais para saber se o que falamos coincide com a maneira como estamos a agir.

Quando nos sentimos fragilizados, enfermos, tendemos a prestar mais atenção a esses sinais porque temos medo. O medo traz-nos para o presente e para a atenção a muitos detalhes e sinais. Também quando refletimos sobre a comunicação não-verbal ficamos com a impressão de que relembramos alguma coisa muito antiga, como se soubéssemos disso, mas não tivéssemos mais consciência.

As nossas culturas, muitas vezes, nos deseducam para o entendimento desses sinais porque nos ensinam a não tocar, não chegar perto, não olhar, não validar as percepções que eram tão claras quando éramos crianças! Quando um menino fica triste, por exemplo, e a tristeza traz o choro, ele pode escutar do pai: um homem não chora. Contraditório, porque as lágrimas aparecem nos olhos, escorrem, mas, ainda assim, um homem não chora?

Mas, vínculos de confiança são construídos pelas muitas situações onde percebemos coerência, complementaridade entre o discurso e as ações. Se tenho consideração por você, se gosto de você, preservo, então, a sua dignidade, trato-o com respeito! Não se pode sequer falar que uma relação é terapêutica, ou exerce função terapêutica, sem que haja confiança e respeito.

O resgate da humanidade holística, conforme afirmam Simões et al. (2008) e Simões, Rodrigues, e Salgueiro (2011), envolve a atenção na maneira de olhar, no tocar, no falar, a consciência da importância da verticalidade e o vestuário, tem a intenção clara de recordar ao profissional de saúde, e, portanto, da Enfermagem, que independente do processo de doença de alguém, não precisamos de aumentar a sua fragilidade, fazendo-o sentir-se ainda mais enfermo (não firme); pelo contrário, é possível tratá-lo com dignidade e respeito.

A atenção ao falar, por exemplo, implica outra dimensão da comunicação não-verbal que ocorre junto da verbalização: o paraverbal ou paralinguagem, que é como pronunciamos as palavras. Dependendo da ênfase, do tom de voz, da maneira como dizemos algo, dos grunhidos utilizados entre as frases (ah... uhm...), das pausas dadas entre as palavras, o significado e a compreensão ficam bastante diferentes (Silva, 2014).

Dizer: *Ela **foi** ontem* é diferente de ***Ela** foi ontem* ou *Ela foi **ontem***. São mensagens diferentes com as mesmas palavras. Como as emoções também são expressas pelo paraverbal, se estivermos atentos à verbalização do outro, entendemos a emoção que ele traz na sua própria fala, percebemos a hesitação, a ansiedade, o medo, a surpresa.

É sabido que as emoções são o principal sistema organizador da mente. O que sentimos ao cuidar de alguém que não está a conseguir *trocar* mensagens connosco, muda a consciência que colocamos nas ações de cuidado: fica automático ou amoroso.

*O modo como você vê as pessoas é o modo como as trata,
e o modo como você as trata é o que elas se tornam.*

(Goethe)

Nós cuidados com o corpo do outro, uma dimensão não-verbal fundamental é o toque. Não existe neutralidade na maneira como tocamos as pessoas; dependendo da maneira como me aproximo dela para a tocar, o tempo usado no contato, o local onde a tocamos, a pressão exercida, identificam o aspeto afetivo desse contacto (Prochet & Silva, 2013).

Devido à nossa educação, aos nossos condicionamentos sociais, o contato físico com as pessoas pode-nos inspirar receio. Porém, uma vez que sejamos claros no contato, emitindo segurança e respeito, esse medo recíproco diminui e percebe-se que a única dimensão ameaçadora desse encontro é nos transformarmos, ampliando as nossas experiências de vida.

Lembremo-nos de que uma falha muito frequente do cuidador, ao aproximar-se de uma pessoa deitada é, inconscientemente, colocar a mão nos seus pés ou pernas. Acontece que na nossa cultura não estamos acostumados a ser tocados na perna ou no pé: a tendência é reagirmos com tensão, enrijecendo o corpo com esse toque. O melhor, então, se possível, é iniciar o contato físico pelas mãos, braços ou ombros, locais que são mais aceites para que o toque ocorra.

A reação ao toque, reafirmando, devido à sua importância, depende das experiências prévias que se tenha tido, além da sua cultura e do sentimento no momento do contato. O cuidador precisa de perceber os sinais que demonstram que a pessoa se sentiu invadida ao ser tocada, ou seja, ela enrijece o corpo, desvia o olhar, passa a responder de forma monossilábica, vira o rosto para longe do profissional e, até, cobre a cabeça com o lençol! (Silva, 2014).

Além das necessidades básicas de sobrevivência, que necessidade é mais importante para um ser humano do que ser tocado, abraçado, cuidado, visto, ouvido e amado? Eisenstein (2016) inclusive se questiona (e nos questiona, enquanto leitores) que coisas consumimos para tentar compensar pela não satisfação dessas necessidades. Quanto de dinheiro, poder e controle sobre outras pessoas é suficiente para satisfazer essa necessidade de ligação.

*O ponto de vista é sempre a vista
a partir de um ponto.*

(Provérbio popular)

É difícil assumir a responsabilidade de que o que somos e como nos relacionamos afeta aquilo que nós criamos. Difícil aceitar que todos os nossos atos pequenos e invisíveis deixam marcas no mundo de várias maneiras que não entendemos.

Quem pode prever os efeitos de nossas ações? Um polícia deu um par de botas a um morador de rua descalço, num ato invisível de bondade. Como ele poderia saber que alguém o estava a fotografar, e que o seu ato despertaria a bondade em milhões? (essa filmagem correu o mundo, pela Internet). Mesmo que depois esse homem possa ter vendido as botas para comprar drogas, a ação/o gesto que gerou a filmagem não despertou a bondade?

Como bem lembram IGM Portugal (2011, p. 2) “todos os cuidados que propiciam bem-estar, psíquico e físico, conforto, prazer, que vivificam a autoconfiança e a autoestima, que autorizam a pessoa a fazer escolhas; que lhe permite utilizar as suas capacidades físicas, psíquicas e relacionais, são cuidados libertadores”.

Quem sabe quando e como as sementes plantadas num ser humano florescem? Quem sabe, ao longo de sua vida, quais os efeitos que produzirão? Estou a defender uma espécie de confiança na importância de tudo o que fazemos, mesmo quando a nossa visão não pode desvelar os caminhos misteriosos ou sinuosos através dos quais as nossas ações atingem o mundo.

Sentimos gratidão cada vez que escolhemos a conexão com a vida (com quem esteja a precisar das nossas habilidades), a amorosidade (como sentimento de fundo que baliza a nossa ação por estarmos a oferecer o melhor de nós) e estamos disponíveis para o serviço (agindo com habilidade no momento necessário).

O universo suscita os nossos dons de formas distintas em diferentes momentos. Quando o chamamento for para o pequeno e pessoal, vamos combinar prestar-lhe atenção, para que possamos desenvolver o hábito de prestar atenção quando formos convidados para ações grandes e públicas.

Se não é agora, então quando?

(Provérbio zen budista)

Porque a atenção continuada nos atos cuidadosos? Porque cada pessoa é um ato de ser coexistindo com atividades racionais, emocionais e volitivas! Também porque cada um de nós está em constante comunhão (comunicação) consigo próprio na sua interioridade, pois somos autônomos, e simultaneamente, com os outros na sua exterioridade, por ser vulnerável, o que implica relação como expressão de nossa alteridade ou expressividade (Simões et al., 2011).

Conhecer cada uma das técnicas/procedimentos necessários para o cuidar é fundamental para um bom profissional de saúde. Entender que as técnicas só fazem sentido se forem contextualizadas, porque cada pessoa pode precisar de uma técnica diferente, ditada pelas suas necessidades particulares. O domínio das técnicas também implica o cultivo da espontaneidade, sensibilidade e intuição.

A repetição é o nosso esforço maior para ter segurança, só que quanto mais repetimos, menos percebemos e criamos distâncias, portanto, quanto maior a estabilidade, menor o grau de consciência das pessoas. É muito comum organizarmos as evidências para que se encaixem nas nossas crenças, distorcendo ou excluindo o que não se encaixa, buscando outras provas que possam servir-nos e cercando-nos de pessoas que compartilham as nossas ideias.

Muitas vezes é perceptível que, quando estamos a cuidar de uma pessoa, não estamos realmente com ela. Já viram duas pessoas a dar banho no leito de alguém, a conversar sobre novelas, filmes, problemas familiares e não incluindo a própria pessoa cuidada nesses momentos de interação? Já viram profissionais a conversar sobre a pessoa, com outras, como se ela não estivesse presente? Já viram quantos minutos nós, profissionais de saúde, *gastamos* a ouvir os pacientes/clientes, sem os interromper? Precisamos de recuperar a consciência dos nossos gestos e da nossa fala.

Tendo consciência do momento, da realidade, da totalidade que se forma na relação que é única, com cada pessoa, coloca a atenção no seu papel e pode planejar a sua ação (conhece a sua intenção!); tem humildade para reconhecer os seus limites (atento aos próprios preconceitos, estereótipos e miopia) e aceita as diferenças; coragem para reconhecer os próprios enganos e aceitar novos desafios; sabedoria para continuar o seu preparo constante, aceitando que os resultados obtidos podem não ser o esperado (Silva & Gimenes, 2000). Não se atem ao diagnóstico ou prognóstico, mas ocupa-se a ajudar as pessoas a viverem a vida que elas têm para viver, da melhor maneira possível.

Apesar de enfermos, as pessoas que estão nas instituições de saúde e de cuidado conservam os seus direitos (privacidade, intimidade, individualidade), o que implica em deveres para nós, profissionais (bater à porta do quarto para entrar, por exemplo, pedir licença para abrir a sua roupa, protegê-lo da exposição pública, entre outros; Salgueiro, 2014).

De uma maneira geral, segundo Silva (2014) ajuda a preservar a dignidade da pessoa cuidada se:

- a olhamos nos olhos, reconhecendo-a como ser humano, não como uma doença ou deficiência;
- a nossa aproximação é voltada para a pessoa, não lateralizada, ou voltada para sondas, drenos, monitores e infusões;

- a minha expressão facial na aproximação, antes de prestar o cuidado, for com a comissura da boca voltada para cima. Não exatamente o sorrir, mas a consciência da própria face para transmitir uma mensagem que seja: não vim brigar consigo;
- identificamo-nos com nosso nome antes de lhe tocar e também a chamamos pelo próprio nome;
- explicamos os passos do procedimento que estamos a fazer – mostramos que sabemos o que fazemos e a tornamos participante do processo (afinal, o corpo é dela);
- tratamo-la como adulto (quando for o caso) evitando expressões como: *queridinha* (manipulação!), *mãezinha*, *vovozinha* (estereótipo generalizador!);
- ouvimo-la atentamente durante o procedimento, mostrando que estamos igualmente presentes na interação e ação;
- fazemos perguntas a uma distância que permita que ela seja franca nas respostas (atentos para não a expor a outras pessoas que podem estar próximas);
- usamos na hora certa palavras como: desculpe, sinto muito, estou a fazer tudo o que posso, estou com você, não tive a intenção de;
- quando olham para nós, percebem que nos cuidamos também, estamos saudáveis;
- a acomodamos na cama/cadeira atentos ao seu conforto (não à nossa comodidade), no final de qualquer procedimento;
- demonstramos respeito e atenção pelos seus familiares também, pois se a família se sente segura com o nosso cuidado, é mais fácil a cliente sentir-se segura também;
- entendemos que o silêncio possui diferentes significados: desinteresse, vergonha, medo, paciência, atenção, teste. É o conjunto dos sinais não-verbais que permite a sua adequada descodificação.

Também, em muitos momentos, nos calamos, pois como já disse nosso querido poeta Fernando Pessoa:

Existe no silêncio uma tão profunda sabedoria que às vezes ele se transforma na mais perfeita das respostas.

Cada pessoa é uma história. Paramos de contar histórias quando começamos a não dispor do tempo para parar, refletir, maravilhar-se. As histórias são a experiência de alguém sobre os acontecimentos da sua vida e não os acontecimentos.

Todo o cuidador sabe: depois de viver ou ouvir uma história, ficamos grávidos do seu significado, geramos vida nova com esse acréscimo de vida e experiência. E o que é muito interessante: são muitas as histórias de uma mesma pessoa! As melhores histórias possuem muitos significados.

Qualquer relacionamento, portanto, certamente impõe duas coisas: clareza de percepção e exatidão de resposta. Temos que ter clareza das emoções envolvidas, dos estereótipos envolvidos, reconhecendo os sinais não-verbais emitidos pelo outro e por nós, entendendo limitações físicas e fisiológicas como cansaço, dor, desconforto; precisamos de contextualizar cada interpretação e cada situação de comunicação para as respostas não serem estereotipadas, mas serem realmente sentidas.

Em última análise, o nosso melhor mestre somos nós mesmos.

Quando estamos abertos, atentos e alertas, então podemos nos guiar corretamente.

(Tarthang Tulku)

Importante ressaltar que cuidar holisticamente (aceitando que existem as dimensões física/psíquica/emocional/espiritual) de uma pessoa com qualquer alteração de consciência (coma, estado vegetativo, estado minimamente consciente) é uma tarefa exigente, principalmente porque é um estado de consciência que parece deixar-nos também em certa suspensão.

Sem troca comunicativa, atuamos na maioria das vezes de forma automática, baseada em rotinas fixas (Puggina, Silva, & Santos, 2011).

Exatamente por não conhecermos os limites da compreensão e das lembranças possíveis que podem advir de uma pessoa em coma ou no estado minimamente consciente, é fundamental para mantermos o respeito ao cuidar, situa-la no tempo e no espaço constantemente, assim como a explicação do procedimento a ser realizado. Esclarecê-la sobre os ruídos do ambiente, a realidade que a cerca, sem receio de parecer ridículo ao, literalmente, conversar com ela (Silva & Leão, 2009).

Recordando a teórica de enfermagem Martha Rogers (Barnum, 1998), somos seres totais cujo processo vital é dinâmico e contínuo, criativo, evolutivo e incerto, resultando num padrão altamente variável e em constante modificação, que advém da troca de energia permanente por sermos sistemas abertos.

Podemos, além de estabelecer uma relação interpessoal singular com a pessoa chamando-a pelo nome, atuar diretamente sobre o ambiente, minimizando o índice de ruídos desagradáveis, utilizando a música de forma criteriosa, uma vez que nem toda a música é adequada, atentos aos comentários feitos próximos dela, entre outras medidas (Silva & Leão, 2009).

Uma pessoa só tenta quando acredita que pode fazer algo. Quando as nossas crenças mudam, o mesmo acontece com as nossas motivações e percepções: fazemos coisas novas e descobrimos novas oportunidades.

Também quando uma pessoa está, por exemplo, a viver o seu processo de terminalidade nesta vida, tudo o que podemos fazer, além de aliviar os sintomas que por ventura existam, é preservar-lhe a dignidade e oferecer a nossa integridade. Pode ser o suficiente para ela ir em paz. Lembrando: integridade está além de perfeição. De novo: implica presença!

Existe um outro mundo, mas está dentro deste.

(W.B. Yeats)

Finalizando a reflexão, é importante recordar que o tempo de agir é quando sabemos o que fazer. Quando não sabemos o que deve ser feito e agimos de qualquer jeito, é provável que estejamos a agir por hábito.

Num tempo em que todos parecemos imersos em tantos *fazer*es, o pessimismo é paralisante; a esperança (mesmo que pareça ingénua) é que nos inspira a agir. Qualquer um dos dois sentimentos pode ser uma profecia autorrealizável. Ainda que atraindo o cinismo, vive dentro de nós um idealismo infantil, sempre pronto a acreditar, sempre pronto a descobrir novas possibilidades com o olhar renovado, sobrevivendo apesar de muitas deceções (Eisenstein, 2016).

O novo não nega o antigo, mas o engloba e substitui aos poucos.

(Último lembrete: a pessoa ingénua tenta realizar o que o cínico diz ser impossível, e às vezes consegue)

Quando vou saber que me entreguei?

Quando não precisar mais fazer essa pergunta.

(Eckhart Tolle)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Barnum, B. J. (1998). *Nursing theory: Analysis, application, evaluation*. Philadelphia, USA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Eisenstein, C. (2016). *O mundo mais bonito que nossos corações sabem ser possível*. São Paulo, Brasil: Palas Athena.
- IGM Portugal. (2011). *Instituto Gineste-Marescotti Portugal*. Recuperado de www.humanidade.pt.
- Prochet, T. C., & Silva, M. J. (2013). Reconhecimento dos aspectos tacéticos para o cuidado afetivo e de qualidade ao idoso hospitalizado. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 47(2), 426-432. doi:10.1590/S0080-62342013000200022
- Puggina, A. C., Silva, M. J., & Santos, J. L. (2011). Use of music and voice stimulus on patients with disorders with consciousness. *Journal of Neuroscience Nursing*, 43(1), E8-E16. doi:10.1097/JNN.0b013e3182029778
- Salgueiro, N. (2014). *Humanidade: Um imperativo do nosso tempo*. Coimbra, Portugal: IGM Portugal.
- Schmidt, T. C., Duarte, Y. A., & Silva, M. J. (2015). Mediate evaluation of replicating a training program in nonverbal communication in gerontology. *Revista da Escola Enfermagem da USP*, 49(2), 309-316. doi:10.1590/S0080-623420150000200017
- Silva, M. J., & Gimenes, O. M. (2000). Eu: O cuidador. *O Mundo da Saúde*, 24(4), 306-309.
- Silva, M. J., & Leão, E. R. (2009). Sobre o cuidar ampliado. In E. R. Leão (Org), *Cuidar de pessoas e música: Uma visão multiprofissional* (pp. 11-30). São Caetano do Sul, Brasil: Yendis.
- Silva, M. J. (2014). *Comunicação tem remédio*. São Paulo, Brasil: Loyola.
- Simões, M., Rodrigues, M., & Salgueiro, N. (2011). Humanidade, ligação interpessoal de relação e cuidado. *Revista Portuguesa de Bioética*, 14, 213-225. Recuperado de <http://rihuc.huc.min-saude.pt/bitstream/10400.4/1019/1/Humanidade%20liga%C3%A7ao%20inerpessoal%20de%20rela%C3%A7ao%20e%20cuidado.pdf>
- Simões, M., Rodrigues, M., & Salgueiro, N. (2008). O significado da filosofia da humanidade, no contexto dos cuidados de enfermagem à pessoa dependente e vulnerável. *Revista Referência*, 2(7), 97-105. Recuperado de http://rihuc.huc.min-saude.pt/bitstream/10400.4/482/1/Artigo_de_Revis%C3%A3o%5B1%5D.pdf
- Vaitsman, J., & Andrade, G. R. (2005). Satisfação e responsividade: Formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(3), 599-613. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n3/a17v10n3.pdf>
- World Health Organization. (2000). *The world health report: Health systems: Improving performance*. Recuperado de <http://www.who.int/whr/2000/en/>

CAPÍTULO III

CONHECER-ME PARA CONHECER O OUTRO COM ATENÇÃO

LUIZA HIROMI TANAKA¹

A humanização é inerente ao ser humano e para compreendê-la é necessário conhecer o ser humano na complexidade que envolve a relação consigo mesmo e com os outros seres de igual complexidade e que são influenciados pelo ambiente, afetando o seu comportamento perante o trabalho e a vida.

Durante a formação ou mesmo no cotidiano do trabalho, os profissionais de saúde escutam frases sobre a importância da empatia no cuidado, como: “cuidar do paciente de maneira holística”. “Ainda, cuidar do paciente como se estivesse cuidando da sua família!” Ou “coloque-se no lugar do paciente”! Estas frases podem tornar-se apelativas, produzem efeitos conativos, pouco duradouros e acabam por banalizar-se, na perspectiva dos profissionais de saúde.

A ressonância empática com a dor do outro pode conduzir, quando repetidas vezes, a uma exaustão emocional, também chamada fadiga da empatia, e à aflição. É o que vivem frequentemente as enfermeiras, os médicos e os cuidadores que estão constantemente em contato com pacientes atormentados por grande sofrimento. (Ricard, 2015, p. 72)

No entanto, quando a empatia estiver provida do amor e da compaixão, impregna a empatia de compaixão, sem causar sofrimento de quem cuida. Em que a compaixão é o desejo de que todos os seres sejam liberados do sofrimento e de suas causas (Ricard, 2015, p. 72).

Este capítulo propõe algumas reflexões e práticas na possibilidade de ensinar os estudantes, os cuidadores e os profissionais de saúde, sobretudo de enfermagem para cultivar o autoconhecimento, consciente de estar consigo mesmo, para cuidar do outro

1 Contribuição no capítulo: a escrita de todo conteúdo.

em atenção compassiva diante de atividades tão nobres e íntimas como a higiene e o conforto das pessoas, em situações de vulnerabilidade física e emocional.

Como desenvolver o cuidado genuíno, por forma a que os estudantes e os profissionais de saúde aprendam, de facto, a agir nessa perspetiva? Não existe outra maneira, senão, conhecer-me para conhecer o outro, no sentido de conhecer o outro como ser humano, assim como você, como eu...como todos nós que somos providos de pensamentos, que geram emoções e sentimentos e sensações físicas.

Sou enfermeira há 37 anos e atuo como professora de enfermagem há 22 anos e posso afirmar que aprendi a autoconhecer-me, de facto, há uns 10 anos quando fiz a minha formação em práticas de atenção, na tradição espiritual e religiosa, tendo como base a ética, na Associação Palas Athena do Brasil, com a Prof^a. Lia Diskin e no Programa de Atenção Plena, conhecida como *mindfulness*. Este termo, cuja palavra de origem é *sati*, que na língua Pali (uma das mais antigas línguas da Índia) significa *recorda-te*, volte-se ao seu interior e vigie, foi traduzido na língua inglesa como *mindfulness* e é traduzido em português como atenção Plena.

Tem como base os ensinamentos de Sidarta Gautama, príncipe de uma região no sul do Nepal, tendo renunciado ao trono, dedicou-se à busca da erradicação das causas do sofrimento humano e de todos os seres, e encontrou um caminho, vivenciando todo o processo até o *despertar* ou *iluminação*, ocorrido há uns 2.500 anos. Considerado o *Buda*, que significa *iluminado*, mais famoso por ter popularizado os ensinamentos sobre a natureza, causa e a cessação do sofrimento e as práticas para alcançar a felicidade, por meio da plena atenção, concentração e sabedoria.

No ocidente, as práticas secularizadas de atenção plena foram incluídas num Programa de Atenção Plena Baseada na Redução de *Stress*, criada pelo Professor Dr. Jon Kabat-Zinn, na Universidade de Massachussets nos EUA, onde decorreram outros programas como o da *Breathworks*, da qual sou professora acreditada.

Durante a minha formação em práticas de atenção, observando-me e percebendo-me, penso que o caminho da aprendizagem genuína para cuidar do outro é a prática da atenção plena, para compreender a real necessidade do outro, conhecendo-me, que será explicitada no decorrer deste capítulo.

Despertar para o cultivo de *conhecer-me* como recurso no cuidado

Na minha formação como enfermeira, lembro-me da professora da disciplina de Fundamentos de Enfermagem, chamada Carmen Teodora dos Prazeres, que era freira e nos ensinou

sobre a higiene e o conforto do paciente. Ela indagava-nos e pedia para praticarmos, no lugar, o utente: “Porque piscamos? Experimente não piscar. Experimente não escovar os dentes por alguns dias e verificar o que acontece!” Ou orientava-nos a lembrar de colocar as mãos e depois os pés do paciente na bacia com água morna, deitando água nestes locais durante o banho, no leito, porque proporcionava uma sensação boa ao utente.

Estes ensinamentos parecem não causar mais efeitos críticos e reflexivos durante a nossa formação e atuação, e parece que conseguimos ampliar muito pouco os conhecimentos sobre o outro.

Na minha atuação como enfermeira e professora, um episódio que me ajudou a dar um novo significado ao cuidado genuíno foi com um arquiteto, chamado Domingos Fiorentini, que por muitos anos colaborava com o Curso de Especialização em Gerenciamento de Enfermagem, que ministrávamos na universidade. Uma vez, ele foi internado, em estado grave, no hospital, que ajudou a construir, recuperou-se e faleceu, anos depois. O depoimento dele como paciente era uma lição de vida, pois dizia que a parte mais importante do paciente internado era a higiene e conforto, mas que a maioria dos profissionais de saúde, sobretudo de enfermagem, não tinha a real noção disso.

Conto quatro episódios abaixo, com depoimentos reais dos utentes:

1. Era um dia de muito frio, despiram-lhe roupa e levaram-no ao chuveiro. Cobriram-no com uma toalha e ele sentia muito frio. A água do chuveiro estava morna e dava para suportar o frio, até que o sabonete líquido foi colocado no seu corpo, na sua forma natural e ele teve um choque térmico, gritou que estava com frio, ficou muito nervoso, irritado e com muita raiva. Ele disse: “Por que não misturou o sabonete na água quente antes de me ensaboar? Queria que experimentasse em você!”
2. Ele estava com vontade de urinar e tocou a campainha para alguém o ajudar a colocar o urinol. Cada vez que a campainha tocava, a chamada ficava centralizada no posto de enfermagem e a comunicação ocorria através de alta-voz. O paciente escutou: “Pois não? Precisa de algo?”. Mas ele estava com traqueostomia e a voz não saía. Foram mais três tentativas e por fim, urinou na cama. Depois de um longo tempo molhado na cama, incomodado, envergonhado e com muita raiva, uma profissional de enfermagem entrou no quarto e percebendo o seu estado, orientou a tocar a campainha se tivesse vontade de urinar. Ele ficou com raiva e resmungou muito irritado com a injustiça.
3. Um dia, um utente perguntou-me por que os profissionais de enfermagem eram tão frios e cruéis. Ele referiu que o tratavam como um “saco de batatas” na unidade de terapia intensiva e estava com tubo traqueal, onde o manipulavam sem o menor cuidado no banho, na troca de roupa e no posicionamento dele no leito. Ele sentia muitas dores, estava indefeso e éramos insensíveis.

4. Numa manhã, a utente, na minha visão, estava quase a cair da cama, com a cabeça de um lado e as pernas do outro lado da cama. Eu pedi ajuda para colocá-la no centro da cama, alinhando a cabeça com as pernas, deixei-a direita e na posição dorsal. Estiquei todo o lençol e cobri a utente. Depois de terminar de a arrumar no leito, a utente perguntou-me: “Agora eu estou confortável?”

Na verdade, ela quis dizer-me que antes ela estava confortável, da forma como costumava ficar na cama da casa dela.

Porque a lógica de conhecer-me antes, para depois ser capaz de conhecer o outro? Não é exatamente colocar-se no lugar do outro, mas importar-se com o outro. Por exemplo, prestar atenção quando eu experimento as sensações físicas, as emoções, os sentimentos e os pensamentos quando tenho vontade de urinar, quando se torna urgente e o alívio de urinar. Prestar atenção a como eu me percebo e sinto deitada, à vontade, na minha cama.

Há muitos livros editados e cursos a serem ministrados sobre a temática do autoconhecimento, mas a maior dificuldade é colocar em prática a partir da consciência de *mim* mesmo.

Desenvolvimento do autoconhecimento baseado na atenção plena

A prática de atenção plena permite-nos prestar atenção no que está a acontecer no momento presente, estarmos consciente desta presença. Normalmente, quando fazemos algo com atenção, fazemos mais devagar. Toda a prática quotidiana deve ser realizada connosco, prestando atenção às nossas próprias sensações físicas, nas percepções das emoções e sentimentos, assim como prestando atenção aos pensamentos, à medida que as coisas vão acontecendo connosco, interagindo com os cinco sentidos (visão, audição, tato, olfato e paladar).

Experimentar o quanto o ruído e o tom de voz, a agitação da pessoa nos afeta emocionalmente. Tomando esta consciência de nós próprios, somos capazes de perceber o quanto afetamos o outro e assim, conseguimos provocar menos ruído, amenizamos o tom de voz e percebemos a agitação da mente e do corpo, tendo condições para nos acalmarmos.

Quanto mais atenção prestamos ao que ocorre connosco, mais atenção prestamos ao outro.

A prática de atenção plena pode ser incorporada na vida diária, durante atividades de higiene e cuidados pessoais, como tomar banho, escovar os dentes, pentear o cabelo,

barbear-se, hidratar a pele. Basicamente, todos os dias, ao longo de toda a vida, realizou tarefas como estas sem perceber o que realmente estava a fazer, de maneira automática (Bauer-Wu, 2014, p. 107). Fique totalmente presente na experiência de sentir massajar e hidratar as suas mãos e pés ressecados, isso pode trazer-lhe muito conforto e relaxá-lo bastante.

Pare um pouco e pense no que acontece quando você toma banho. Você sente a água escorrendo pelo corpo? Percebe a espuma e o perfume do sabonete e do *shampoo*? São refrescantes? O banho afeta seu nível de energia? Os cuidados pessoais são uma forma prática de ser gentil com si próprio. Cuide de si mesmo com atenção e amor, da mesma forma como cuidaria das outras pessoas. A qualidade da atenção que você dedica a essas atividades diárias afeta a forma como você se sente. (Bauer-Wu, 2014, p. 107)

Quanto mais consideração tiver por cuidados pessoais básicos, maior a probabilidade de sentir prazer e satisfação ao cuidar de si e do outro (Bauer-Wu, 2014).

Uma das práticas quotidianas de atenção plena que irei discorrer é o banho, que tomamos diariamente:

- Quando estamos a despir-nos, verificamos as nossas sensações no corpo (o toque da roupa no corpo, o ar ambiente que afeta a temperatura do corpo; a temperatura em diversas partes do corpo; sensações de prurido, formigueiros, contração e relaxamento musculares; dores; o contato do corpo com a superfície e o que ele provoca no corpo; o peso do corpo).
- Estar atento aos movimentos do braço, do antebraço, da mão e dos dedos quando for abrir a válvula do chuveiro. O peso dessas partes do corpo e o movimento para abrir a torneira ou válvula do chuveiro.
- Sentir o toque da água na superfície do corpo, a sensação que ele provoca. Perceber em que parte do corpo inicia o contato da água e onde ensaboa e assim prestar a atenção à sequência, sentindo a temperatura da água no corpo, se as sensações mudam, dependendo da parte do corpo, observe a respiração, se está mais curta, mais prolongada, a frequência e vamos prestando a atenção nos pensamentos. Perceba os sons mais subtis. Quanto mais pensamentos, menos atenção. Se a mente estiver a divagar ou em agitação, menos atenção naquilo que estamos a sentir e a perceber.
- Perceba como pega na esponja, como escorre ou esfrega o sabão, o peso do recipiente do champô, a sensação de como abre o recipiente, o esforço que é realizado. Observe a temperatura do sabão líquido ou do champô em contato com o corpo. Perceba as sensações de deslizar, do contato com a espuma,

vá observando a respiração, os sentimentos que tudo isso causa. Perceba a respiração e as sensações do corpo quando a sensação é agradável e quando é desagradável. Observe os pensamentos que distraem a atenção e retorne a mente para o momento presente.

- Verifique a pressão da esponja ou dos dedos da mão, em contato com a superfície do corpo enquanto ensaboa e lava. Perceba o que é agradável ou desagradável, tomando consciência desta percepção. Experimente diferentes graus de pressão da esponja sobre o corpo e permita sentir qual é o ideal para o seu conforto.
- Perceba as sensações do contato da água nas mãos e nos pés. A massagem da água no corpo, sentindo a água a escorrer. Quais são as sensações, sentimentos e pensamentos que causam?
- Quando há alguma dor, como cuida dessas partes? Dor mais aguda ou crônica?
- Verifique as sensações do corpo quando desliga o chuveiro. Preste atenção ao que faz! Começa a enxugar por onde? Perceba a pressão da toalha, o movimento mais rápido é agradável? Ou mais devagar é melhor? A cada movimento verifique se o rosto está contraído, relaxado...

É necessário realizarmos cada etapa descrita, com todas as observações das sensações e percepções solicitadas. Assim, pode escolher uma atividade de higiene e conforto por dia, observando-se, percebendo, sentindo as sensações em cada momento presente. Experimentando todas as sensações, naturalmente iremos ampliar para o outro ou outros.

Fazemos a maioria das atividades quotidianas, de forma automática, porque são repetitivas e nem tomamos conhecimento do que sentimos e percebemos em nós. É importante adquirirmos conhecimentos sobre esta questão, para que cognitivamente, nos auxilie na compreensão da interação mente e corpo e as suas reações.

A relação entre pensamentos, emoções e sensações corporais ocorre porque as ligações cerebrais estão intimamente conectadas e integradas ao resto do corpo. A parte do cérebro responsável pelo pensamento (o córtex) e a parte responsável pelas emoções (o sistema límbico) estão sempre se comunicando em ambas as direções. Além disso, o cérebro está anatomicamente conectado ao resto do corpo por meio de nervos e vasos sanguíneos, portanto os pensamentos e as emoções afetam o modo como seu corpo se sente e vice-versa. Moral da história: existe uma interação dinâmica entre os pensamentos, as emoções e as sensações e funções corporais. Faz sentido pensar que, se você controlar seus pensamentos, as emoções ficarão menos intensas, melhorando as sensações corporais e aumentando o bem-estar geral. (Bauer-Wu, 2014, p. 73)

O autoconhecimento acontece em cada momento, em que prestamos atenção às nossas sensações físicas, percepções das emoções e sentimentos e os pensamentos. São pequenas coisas, perceber os detalhes, como caminhar, olhar, respirar, sentar, comer, escovar os dentes, para tal é necessário sair do automático, do habitual. Quanto mais sensações percebemos, menos pensamentos aleatórios e mais atenção. Quanto mais atenção compassiva tiver em mim, maior é o cultivo da consciência para lidar com o outro.

Atento ao conforto do outro

Para o desenvolvimento do autoconhecimento, é interessante realizarmos perguntas a nós mesmos para cultivarmos a consciência do que está ocorrendo conosco, no momento em que as coisas estão a acontecer. Exemplos: “Como eu me sinto?”, “O que o desconforto causa em mim?”, “Quais são as minhas percepções de conforto quando tomo banho, escovo os dentes, lavo o rosto...”, “Que pensamentos são produzidos enquanto me higienizo?”. Muitas vezes fazemos as atividades de higiene de forma automática e não percebemos os sentimentos, percepções e pensamentos do outro relacionando com o conforto. Portanto, é necessário perguntarmos às pessoas de quem iremos cuidar, sobre os confortos e desconfortos que perguntaríamos para nós mesmos, assim evitaríamos ser tão insensíveis com o corpo do outro e desenvolveríamos a gentileza com o conforto do corpo do outro.

Ajudar o corpo não significa que você tenha que gostar do que acontece com ele – muito pelo contrário: significa ser amável e gentil, ouvindo-o com sinceridade, como se fosse seu melhor amigo. Você se abrirá para o seu corpo, unindo-se a ele, ficando ao seu lado e aceitando-o, apesar de todas suas fragilidades e imperfeições. Isso lhe permitirá atingir uma área profunda de conhecimento e aceitação interna capaz de promover uma recuperação em muitos níveis. (Bauer-Wu, 2014, p. 54)

Um dos principais aspetos que precisamos confortar é a presença de dor física, nas atividades de higiene.

Os termos ‘dor’ e ‘sofrimento’ são geralmente considerados sinônimos, mas há uma diferença significativa entre ambos. Dor é um sinal físico desagradável, que nos informa que algo não vai bem em nosso corpo. Sofrimento é a forma como nos relacionamos com a dor; é o significado ou a interpretação (ou a história) que a mente cria em resposta a um sinal físico. O significado que você elabora para a dor e a forma como você a interpreta determinam a experiência, que pode exacerbar muito o desconforto. (Bauer-Wu, 2014, p. 56)

Sintomas crônicos são sensações e experiências corporais desagradáveis que persistem por semanas, meses ou anos. Embora sejam toleráveis, podem acabar por desgastar e drenar energia. Podem desanimar e acabar com o bem-estar.

A pessoa cuidada que possui dor aguda ou crônica tem medo até de se mexer e, quando o cuidador consciente da sua atenção, pergunta sobre o seu desconforto ou conforto, respeita os limites da dor, oferecendo segurança para fazer as atividades de higiene, com mais facilidade. Mas quando não questionamos ou não respeitamos, a pessoa cuidada imobiliza-se durante demasiado tempo podendo até acarretar sentimentos de *stress* e depressão, gerando sofrimento (Burch & Penman, 2016, p. 107).

Conhecer-me para conhecer o outro compassivamente

Qualquer ação quotidiana comum pode ser transformada num ato de atenção consciente: escovar os dentes, tomar banho, lavar o rosto (Hanh, 2017, p. 11). Se você não compreender as dificuldades, dores, sofrimentos e aspirações mais profundas das outras pessoas, não será capaz de cuidar bem delas, ou de as tornar mais felizes. Desta forma, compreender é amar. Dá-se ao trabalho de olhar com atenção e compreender as raízes do seu próprio sofrimento, das suas próprias dores e pesares? Consegue tratar de si mesmo com compaixão? Se não conseguir, como pode ter compreensão e compaixão ao relacionar-se com os outros?

Desenvolver compaixão e compreensão pode promover um código de conduta que torne o seu trabalho harmonioso, feliz e pacífico (Hanh, 2017, p. 94). Compaixão não no sentido de dó, mas de desejar que todas as pessoas se livres do sofrimento, conhecendo a sua natureza e as causas, com bondade e gentileza.

Após muitas práticas de atenção plena a cultivar a consciência, por meio de conhecimento de *mim* mesmo, ou seja, observando os meus pensamentos, percebendo as sensações do meu corpo e as emoções e sentimentos de maneira compassiva, reconheço os confortos e desconfortos, em cada momento das atividades de higiene praticadas comigo. Naturalmente, a percepção sobre o outro a ser cuidado aflora com respeito e dignidade, como se fosse comigo.

Assim, essas simples práticas de natureza humana, porém não simplórias, poderiam ser despertadas na formação e atuação dos profissionais de saúde, como forma de praticar o autoconhecimento com bondade e gentileza.

Agindo de modo consciente permanecemos humanos, não nos tornamos uma máquina, em piloto automático (Hanh, 2017, p. 109).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bauer-Wu, S. (2014). *As folhas caem suavemente*. (D. Kato, Trad.). São Paulo, Brasil: Palas Athena. (Obra original publicada em 2011).
- Burch, V., & Penman, D. (2016). *Mindfulness para a saúde*. (R. D. Lopes, Trad.). Alfragide, Portugal: Lua de papel. (Obra original publicada em 2013).
- Hanh, T. N. (2017). *Trabalho: A arte de viver e trabalhar em plena consciência*. (M. E. Fiker, Trad.). Petrópolis, Brasil: Vozes. (Obra original publicada em 2008).
- Ricard, M. (2015). *A revolução do altruísmo*. (I. Polegato, Trad.). São Paulo, Brasil: Palas Athena. (Obra original publicada em 2013).

CAPÍTULO IV

HISTÓRIA DE VIDA: ESTRATÉGIA DE EMPATIA NO CUIDAR EM HUMANITUDE

LIA MADALENA RAMPONI ANTONIOLI¹

THAILA MAKI HIRAGA²

INTRODUÇÃO

Sob a perspectiva relacional e de empatia no cuidar trazemos para o nosso estudo, o papel da *palavra*, da *escuta sensível*, de *se ouvir*, e de *ouvir o outro*. Acolher e respeitar a história de vida, abrindo um canal de comunicação ao falar do passado e do presente, relacionando-os e interligando-os, através da utilização de técnicas, embasadas pela Antroposofia, organizadas pela metodologia do aconselhamento biográfico (AB).

O AB possibilita ao ser humano, objeto do cuidado, adentrar as memórias de um passado, cujas marcas indelévels podem permanecer intactas. A partir delas, é possível recuperar emoções e sentimentos, acolhendo-os, e ressignificando-os, possibilitando uma situação de estar bem diante das condições de vida presentes, estabelecendo uma postura de empatia entre cuidador e ser cuidado, ultrapassando barreiras do tecnicismo e da impessoalidade, enfim, humanizando atitudes ou criando Humanidade. Aqui explicitada a Humanidade como a prática de cuidado, ética e holística, centrada no estabelecimento de relações humanas, e focada na captura sensorial, citada por Salgueiro (2014), e considerada basilar a qualquer cuidado na perspectiva da metodologia de cuidado Gineste-Marescotti.

A empatia no cuidar

Entende-se a empatia como a capacidade de compreender o outro, de se colocar no seu lugar, evitando, no entanto, um envolvimento emocional que dificulte a ajuda (Melo,

1 Contribuição no capítulo: organização teórica do capítulo.

2 Contribuição no capítulo: pesquisa de publicações científicas e normas técnicas para o capítulo.

2014). Trata-se de *ser com* pois nós estamos interligados uns aos outros, não estamos separados nem misturados (Leloup, 1996).

Andreychik e Lewis (2017), Digby, Lee, e Willians (2016) e Melo (2014) ao tratarem da habilidade de desenvolver atitudes de cuidar referem-se à empatia como fundamental em toda a relação de atenção e cuidado, ou ajuda em todas as suas dimensões. Referem-se à empatia como um conjunto de saberes a serem adquiridos pelo cuidador.

As qualidades de respeito e empatia são expressões determinantes para a qualidade da relação, que acrescentamos como fundamental na atitude humana de ajuda (Melo, 2014, p. 7). O desenvolvimento de uma atitude empática exige do profissional cuidador atitudes de autoinvestimento e capacitação teórico prática para conseguir manter uma qualidade de ajuda efetiva, possibilitando ao mesmo tempo que essa empatia se traduza num processo de fortalecimento pessoal e profissional (Melo, 2014, p. 8).

Assim resumindo, podemos enfatizar que é fundamental dedicar-se ao autoconhecimento para desenvolver a capacidade de ser empático consigo próprio e com os outros, de confrontar-se consigo próprio e com os outros, de ter habilidades e atitudes que vão muito além dos conhecimentos teóricos e práticos, a partir das necessidades, objetivos e prioridades do outro, sem esquecer as próprias, ao que poderíamos chamar de capacidade de estabelecer uma verdadeira relação de ajuda.

Para concluir esta parte afirmamos que o conceito de humanização engloba inúmeros enunciados e é permeado por imprecisões. Entretanto, as formas de perceber ou entender humanização não se dissociam das suas práticas. A humanização pode ser compreendida como um vínculo entre profissionais e usuários, alicerçado em ações guiadas pela compreensão e pela valorização dos sujeitos, reflexo de uma atitude ética e humana. A humanização não se restringe a ações humanitárias, nem é realizada por seres humanos imbuídos de uma bondade supra-humana, na feitura de serviços ideais. A nova humanização é um resultado de novas práticas no modo de se fazer o trabalho em saúde, levando-se em conta o trabalho em equipa adicionado a uma troca de saberes (Moreira et al., 2015).

Sob a perspectiva de Foucault, na civilização ocidental moderna, a categoria do *cuidado de si* é definida como um movimento de construção, manutenção e transformação das identidades do indivíduo, transformando-se em *tecnologia do si*. Nesse processo é imperativo descobrir o sentido do saber, do sentir e da vivência do outro, e abranger o entendimento das linguagens culturais e afetivas dos distintos sujeitos. Esta troca implica a valorização do conhecimento cognitivo e afetivo, da intuição e da sensibilidade própria e do outro, ampliando o diálogo e o vínculo entre o sujeito promotor e aquele que é alvo dos cuidados (Uchôa, 2009).

O cuidado reposicionado como um valor, uma ação integral que tem significados e sentidos voltados ao direito do ser, constitui a integralidade e é abordada como uma construção coletiva que passa a ganhar forma e expressão no espaço do encontro dos diferentes sujeitos implicados (Uchôa, 2009).

História de vida e AB como estratégia de empatia no cuidar

Entendemos que a verdadeira relação de ajuda pressupõe que haja uma comunicação efetiva entre o cuidador e o recetor do cuidado, estabelecendo-se um vínculo de empatia, que de acordo com os autores pesquisados apontam pela capacidade de real escuta ou escuta ativa (Melo, 2014) ou habilidade de escuta sensível (Justo & Burkhard, 2014).

Esta capacidade de escuta aqui apontada é aquela em que o cuidador não apenas ouve, mas demonstra que escutou, penetrando verdadeiramente na carga de sentimentos e emoções que permeiam a fala do paciente. O respeito profundo pelos silêncios e pelos conteúdos trazidos constituem a base essencial da escuta enquanto ferramenta fundamental para a empatia.

A posse desta capacidade de escuta, aqui resumidamente descrita, sistematizada, profissionalizada e aprofundada, pode trazer grandes contribuições para a relação de ajuda, constituindo-se, assim, nestes termos, em estratégia coadjuvante nos cuidados a serem oferecidos. Citamos uma das possibilidades de capacitação para esta habilidade de escuta:

O terapeuta precisará passar por uma fase de aprendizado específico. Este consiste no desenvolvimento de um tipo de experiência interior que o predisponha a entender e compartilhar as experiências do cliente, e também o habilite a acompanhar o paciente até que este seja capaz de integrar suas experiências de modo aceitável tanto social como individualmente. Em outras palavras, o terapeuta terá de conhecer o caminho exterior e o caminho interior, por sua *própria experiência* desde seus primeiros estágios. Isso significa um treinamento de natureza meditativa e um contato mútuo que permite a troca de experiências entre os treinados em terapia ou Aconselhamento. (Lievegoed, 2006, p. 219)

Consideramos que aliada, e parte integrante da capacitação profissional, está a convicção plena de que o terapeuta ou o aconselhador biográfico não pode curar o mundo sem antes curar a si mesmo, lembrando que a única finalidade da vida é crescer, e que a suprema lição é aprender como amar e ser amado incondicionalmente, ou seja, de aprendizagem mútua entre cuidadores e pacientes (Kübler-Ross, 2008).

Assim, enquanto sujeito numa situação dialógica e empática de trocas, o cuidador pode trazer calor, enquanto elemento decisivo para intermediar a relação psique, mente ou espírito, e corpo, ligados inextricavelmente (Arcuri, 2006). O calor humano abarca o conforto, a esperança, enfim, elementos de qualidade de vida que podem contribuir para o bem-estar, adesão aos cuidados e cura por parte do paciente.

O aspeto auto regulador da psique devolve autonomia aos sujeitos, pois dadas as condições ideais, a própria natureza do ser se encarrega de equilibrar . . . Neste caso a natureza nos servirá de guia e a função do médico será mais desenvolver os germes curativos existentes no paciente do que propriamente trata-lo. (Arcuri, 2006, p. 53)

Com esta proposta de aproximação empática é que adentramos os domínios da Memória, da História de vida e da Biografia humana.

Na perspetiva de Jung nas memórias se encontram “muitos – muitíssimos – aspectos da vida que poderiam ser igualmente vividos, mas que jazem no depósito de velharias, em meio às lembranças recobertas de pó; muitas vezes; no entanto são brasas que continuam por baixo das cinzas amareladas” (Arcuri, 2006, p. 53). Assim, reforçamos o papel do terapeuta ou aconselhador biográfico no processo de empatia no cuidar, pois:

Há lugares de nós mesmos que não existem enquanto o amor não penetrar. Há lugares de nós mesmos que não podemos reconhecer enquanto o olhar do outro com benevolência e sem julgamento não reconhecer. É este o lugar do terapeuta. Poder tudo escutar, poder escutar aquilo que não ousamos dizer à outra pessoa que nos é mais cara. Porque o terapeuta é a imagem do self. E o papel do self é de acolher a inteireza daquilo que somos. (Arcuri, 2006, p. 56)

Para o homem que envelhece é um dever e uma necessidade dedicar atenção séria ao seu próprio *si mesmo*, através da memória, que pode ser de grande valia como processo de desenvolvimento, pois traz toda a experiência de uma vida que ao ser reorganizada pode trazer mudanças significativas na vida do ser humano.

Ainda com a intenção de aprofundarmos o entendimento sobre a relação memória e envelhecimento, descrevemos os mecanismos da memória de idosos nos seguintes termos:

Na velhice, os acontecimentos recentes, exatamente por serem recentes, não são suficientes para satisfazer as exigências do carácter. A novidade atrai cada vez menos. A revisão da vida tenta transformar acontecimentos em experiências, retirar deles a emoção e reuní-los em padrões de significado Para o tempo passado não ser

um tempo perdido é preciso dar presença a ele. Portanto, os novos acontecimentos só entram quando ligados aos antigos O surgimento espontâneo de imagens na velhice, um fenômeno amplamente relatado, e o sentimento de que é preciso lidar com elas fazem sentido para mim como uma intenção da alma. É como se o caráter nos forçasse a encontros com a memória A revisão da vida dá ganhos a longo prazo que enriquecem o caráter ao trazer uma compreensão dos acontecimentos A revisão da vida nada mais é, na verdade, do que reescrever – ou escrever pela primeira vez – a história da nossa vida, ou escrever a nossa vida em forma de histórias. (Hillmann, 2001, pp. 115-122)

Complementando essa ideia, Izquierdo (2010, pp. 40-42) explica que toda memória é adquirida em um certo estado emocional, e para serem reativadas requerem estímulos que compreendam, pelo menos, parte da reprodução do estado em que foram originalmente adquiridos, sendo que um estímulo apropriado pode trazer à tona estas memórias dependentes com uma certa rapidez.

Assim, após esta rápida explicação sobre os mecanismos de funcionamento da memória humana, adentramos os conteúdos da história de vida e a sua importância conforme Azcurra (2012), Freitas e Noronha (2010), Barros e Botazzo (2011), Lima e Coelho (2011), Gonçalves, Alvarez, e Arruda (2007), Silva e Alves (2007), Haynes (2006), Papaléo Netto (1999) e Leme (1999). O ser humano enquanto ser biológico e ser biográfico tem a oportunidade de reviver situações marcantes da sua trajetória de vida, revisitando emoções e sentimentos, acolhendo e ressignificando acontecimentos passados e capturando calor e significados para a situação atual e futura de vida. Os autores reiteradamente apontam para que na situação de cuidado haja a atitude de respeito, consideração e acolhimento, pelo ser biográfico que se encontra em situação de ser cuidado.

Contemplar, na relação de cuidado, os elementos biográficos presentes no ser humano enquanto pessoa, é estratégia fundamental de empatia enquanto condição primordial no cuidado, conforme reiterado por nós aqui neste estudo.

Diferentes objetivos e estratégias podem ser utilizados no desenvolvimento da empatia do cuidar utilizando a história de vida. Afonso (2014, p. 224) aponta como estratégia os grupos de reminiscência e revisão de vida, esclarecendo que uma das funções mais importantes destas estratégias é permitir ao indivíduo manter e desenvolver a identidade e a integridade do *eu*, apesar das mudanças e perdas que possam ocorrer com o processo de envelhecimento (Afonso, 2014, p. 224). A reminiscência e a revisão de vida podem ocorrer na velhice, de forma espontânea, como adaptação ao processo de envelhecimento, ou podem ser implementadas como estratégias de intervenção (Afonso, 2014, p. 225).

Consideramos de fundamental importância o papel do aconselhador biográfico na captura dos elementos favoráveis para a evocação e ressignificação de emoções e sentimentos contidos na memória. Dentre as diferentes estratégias utilizadas para trabalhar com os elementos biográficos da história de vida apresentamos a seguir alguns fundamentos da metodologia do AB, propostas pela Antroposofia.

Rudolf Steiner, investigador europeu, introduziu o método de estudos que deu origem à Antroposofia na primeira metade do século XX. A metodologia proposta contempla estudos da natureza humana e do universo, de forma coesa e integrada, ampliando as possibilidades de obter conhecimentos e aplicá-los em praticamente todos os âmbitos da vida humana. O conhecimento antroposófico é apresentado sob a forma de conceitos e chega à conclusão de que o universo é estruturado de forma complexa em vários níveis e que a substância física é uma condensação da sua substância espiritual. Na prática, a teoria amplia, significativamente, o espectro do entendimento da vida e possibilita novas abordagens que vão além do reducionismo dos processos físico, químicos, para pesquisar e explicar o universo, a natureza e a vida humana (Luz & Afonso, 2014).

A fundamentação teórica do AB encontra-se nos princípios básicos na Antroposofia, enquanto ciência que estuda o ser humano nas suas dimensões biológicas, psíquicas, sociais e espirituais. A meta final do AB é apoiar o desenvolvimento da pessoa, mobilizando as suas próprias forças vitais, as suas capacidades de um pensar, de um sentir, de um querer adormecidos, levando-a a uma maior compreensão e visão da sua própria essência e, conseqüentemente, despertando autoconfiança para viver plenamente os acontecimentos da sua vida, inserida num contexto sócioeconómico, político e cultural. A partir da auto-observação dos sentimentos, emoções, habilidades, talentos e demais aspetos que regem a atuação da pessoa nos âmbitos da vida humana, tais como: escolha profissional, relacionamentos, espiritualidade, religiosidade, atuação político-filosófica, enfim, as escolhas que direcionavam o próprio desenvolvimento. A pessoa, direcionada pelo terapeuta, tem a condição de ressignificar e acolher os acontecimentos da própria história de vida e acolher os rumos de seu futuro (Lievegoed, 2007; Burkhard, 2000, 2002, 2006; O'Neil & O'Neil, 2014).

O estudo da biografia utilizando a metodologia criada por Gudrun e Daniel Burkhard, ensina o conhecimento individual, por intermédio das inteligências: lógica, emocional e espiritual. Com esta metodologia é possível manter a comunhão com a individualidade e a humanidade, e a conexão com a humanidade do outro. A metodologia biográfica oferece uma oportunidade única para conhecer o paciente mais profundamente, em seu âmago, e também proporcionar ao mesmo, oportunidades de conhecer a si mesmo e a sua doença, podendo, a partir de então, tomar mais intensamente o seu processo de cura e a sua vida nas próprias mãos. Sendo entendido por cura uma harmonização entre a espiritualidade (o eu), a Alma (ou a atividade anímica: pensar, sentir e agir no mundo) e o corpo biológico-vital. (Justo & Burkhard, 2014, p. 27).

A estrutura do AB pode ser resumida nos seguintes termos: tomar consciência da história de vida, inicialmente olhando para a ancestralidade, e nela percebendo toda a teia existencial que compõe a vida e o quanto isto é trazido para a estrutura física e psíquica. É importante dirigir um olhar consciente para a ancestralidade conforme explicitado acima, observando a geografia do local de nascimento e a contextualização da época que influenciou e sustentou o processo de desenvolvimento físico-anímico-espiritual. O AB trabalha com a consciência do eu mediante três cognições – imaginativa, inspirativa e intuitiva – podendo ensinar novos significados e deles intuir possibilidades para ressignificar crises e desafios, observando as leis biográficas, arquetípicas e individuais. O terapeuta, dentro destas leis supracitadas, conduz um levantamento muito cuidadoso de todos os fatos que ocorreram na biografia do paciente e dos sentimentos gerados por eles e nos quais aconteceram transições e mudanças importantes na biografia, tais como: a maturidade escolar, a puberdade, a maioridade, a crise dos talentos. A partir deste levantamento, o aconselhador biográfico trabalha sobre os eventos marcantes, observando ritmos, factos que se repetem, transformações, enfim a tônica da existência. Ambos, paciente e aconselhador, acolhem a história, correlacionam os factos e trazem novos significados para os eventos vivenciados, assim, levantando possibilidades de cura que neste caso acontecem no nível do eu. Na metodologia do AB apelamos ao eu através da palavra, do diálogo, do contar a biografia. Podemos assim possibilitar a consciencialização do panorama da vida e das leis que regem a existência com sabedoria. Quem sabe poder aprender a perdoar, perdendo a si mesmo e ao outro e, principalmente, aprender a capacidade da gratidão (Justo & Burkhard, 2014; Floriani, 2014).

A cura acontece através do eu, com o resgate da imagem do ser humano total com seus quatro corpos, conforme citado neste estudo, bem como a inter-relação destes corpos com cada órgão, cuja disfunção resulta em doença (Justo & Burkhard, 2014).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Sob a perspectiva das prioridades centradas na pessoa e no cuidado em Humanidade, que valoriza o desenvolvimento dos vínculos terapêuticos com o objetivo de incentivar a autonomia e o fortalecimento das possibilidades de humanização nos cuidados, apresentamos aqui neste estudo, a metodologia do AB, cujo foco é a história de vida do ser humano a ser cuidado.

Apresentamos a citada metodologia como importante estratégia auxiliar no estabelecimento da captura sensorial e na predisposição facilitadora dos cuidados, obtida através do desenvolvimento da empatia, respeitando a individualidade e o momento de vida que está a ser vivenciado pelos envolvidos no processo do cuidado, dentro das leis biográficas e arquetípicas que regem a existência humana. Nesta perspectiva a doença e

a finitude são contempladas como oportunidades de receber cuidado, cuidar do outro e de se autocuidar numa relação verdadeiramente humana, no exercício da empatia e da Humanidade nos termos aqui propostos.

Gostaríamos de enfatizar que não é nosso objetivo esgotar o tema, mas sim apresentar propostas de possibilidades para o debate aproximando saberes que se complementam dentro da perspectiva. Assim como a vida, o conhecimento, é um processo jamais acabado, definido e definitivo. A rede que envolve as teorias e as práticas, a reflexão e a ação, as certezas e os questionamentos, a saúde e a doença, os agentes e os pacientes, são fios de uma mesma rede construída com os laços e os nós da existência ou, os *eus* e os *nós* num único tecido de solidariedade, preenchendo a vida com um sentido integrador de ligação e de significado consubstanciados dentro da metodologia do cuidado humanidade.

Na qualidade de seres biográficos, a partir das nossas memórias, escrevemos a vida presente e definimos o futuro dentro das condições que são colocadas pelo viver humano. E a porção final da vida, como afirma Hillmann (2001, p. 122), pode estar a pedir para tirarmos conclusões de ações anteriores, ou melhor, para capturarmos os reais significados dessa existência, iluminando-a assim como o Sol com os seus raios derradeiros no seu ocaso.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Afonso, R. M. (2014). Reminiscência e revisão de vida como estratégia de promoção da integridade do eu na velhice. In M. J. Lopes, F. R. Mendes & A. O. Silva, *Envelhecimento: Estudos e perspectivas* (pp. 223-225). São Paulo, Brasil: Martinari.
- Andreychik, M. R., & Lewis, E. (2017). Will you help me to suffer less?: How about to feel more joy?: Positive and negative empathy are associated with diferente other-oriented motivations. *Personality and Individual Differences*, 105, 139-149. doi:10.1016/j.paid.2016.09.038
- Arcuri, I. G. (2006). *Memória corporal: O simbolismo do corpo na trajetória da vida* (2ª ed.). São Paulo, Brasil: Vetor.
- Azcurra, D. J. (2012). A reminiscence program intervention to improve the quality of life of long-term care residents with alzheimer's disease: A randomized controlled trial. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 34(4), 422-433. doi:10.1016/j.rbp.2012.05.008
- Barros, R. S., & Botazzo, C. (2011). Subjetividade e clínica na atenção básica: Narrativas, histórias de vida e realidade social. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(11), 4337-4348. doi:10.1590/S1413-81232011001200006
- Burkhard, G. (2006). *Biográficos: Estudos da biografia humana*. São Paulo, Brasil: Associação Tobias.

- Burkhard, G. (2002). *Bases antropológicas da metodologia biográfica: A biografia diurna*. São Paulo, Brasil: Antropológica.
- Burkhard, G. (2000). *Livres na terceira idade: Leis biográficas após os 63 anos*. São Paulo, Brasil: Antropológica.
- Digby, R., Lee, S., & Williams, A. (2016). Nurse empathy and care of people with dementia. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 34(1), 52-59. Recuperado de <http://www.ajan.com.au/Vol34/Issue1/6Digby.pdf>
- Floriani, C. A. (2014). *No umbral da morte: Antroposofia e os cuidados no fim da vida*. São Paulo, Brasil: Antropológica.
- Freitas, A. V., & Noronha, C. V. (2010). Idosos em instituições de longa permanência: Falando de cuidado. *Interface-Comunicação Saúde Educação*, 14(33), 359-69. doi:10.1590/S1414-32832010000200010
- Gonçalves, L. H. T., Alvarez, A. M., & Arruda, M. C. (2007). Pacientes portadores de doença de Parkinson: Significado de suas vivências. *Acta Paulista de Enfermagem*, 20(1), 62-68. doi:10.1590/S0103-21002007000100011
- Haynes, K. (2006). *Other lives in accounting: Critical reflections on oral history methodology in action: Working paper*. New York, USA: University of York, Department of Management Studies.
- Hillmann, J. (2001). *A força do caráter: E a poética de uma vida longa*. Rio de Janeiro, Brasil: Objetiva.
- Izquierdo, I. (2010). *A arte de esquecer: Cérebro e memória* (2ª ed.). Rio de Janeiro, Brasil: Vieira & Lent.
- Justo, A. A., & Burkhard, G. K. (2014). *Biografia e doença: Abordagem biográfica de pacientes com doenças crônicas*. São Paulo, Brasil: Antropológica.
- Kübler- Ross, E. (2008). *Sobre a morte e o morrer: O que os doentes terminais têm para ensinar aos médicos, enfermeiras, religiosos e aos seus próprios parentes*. São Paulo, Brasil: Martins Fontes.
- Leloup, J. (1996). *Caminhos da realização: Dos medos do eu ao mergulho do ser*. Rio de Janeiro, Brasil: Vozes.
- Leme, L. E. G. (1999). O idoso, a morte e o sofrimento. In L. Py (Ed.), *Finitude: Uma proposta para reflexão e prática em gerontologia* (pp. 100-118). Rio de Janeiro, Brasil: Editora Nau.
- Lievegoed, B. C. (2006). O homem no limiar. O desafio do auto desenvolvimento. (2ª Ed). São Paulo, Brasil: Antropológica..
- Lima, P. M., & Coelho, V. L. (2011). A arte de envelhecer: Um estudo exploratório sobre a história de vida e o envelhecimento. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 3(1), 4-19. doi:10.1590/S1414-98932011000100002
- Luz, M. T., & Afonso, V. W. (2014). *A medicina antropológica como racionalidade médica e prática integral de cuidado à saúde: Estudo teórico-analítico e empírico*. Juiz de Fora, Brasil: UFJF.

- Melo, R. C. (2014). *Liderança e gestão: Desenvolvimento de competências relacionais*. Loures, Portugal: Lusodidacta.
- Moreira, M. A., Lustosa, A. M., Dutra, F., Barros, E. O., Batista, J. B., & Duarte, M. C. (2015). Políticas públicas de humanização: Revisão integrativa da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(10), 3231-42. doi:10.1590/1413-812320152010.10462014
- O'Neil, G., & O'Neil, G. (2014). *A vida humana: Fundamentos antroposóficos para a compreensão da biografia individual*. São Paulo, Brasil: Antroposófica.
- Papaléo Netto, M. (1999). Finitude: Hospital-fronteira. In L. Py (Ed.), *Finitude: Uma proposta para reflexão e prática em gerontologia* (pp. 86-99). Rio de Janeiro, Brasil: Editora Nau.
- Salgueiro, N. (2014). *Humanidade, um imperativo do nosso tempo*. Coimbra, Portugal: IGM Portugal.
- Silva, A. I., & Alves, V. P. (2007). História de vida de idosos: Superar as adversidades sem perder o senso de integridade. *Envelhecimento: Resiliência e Espiritualidade*, 14, 189-208.
- Uchôa, A. C. (2009). Experiências inovadoras de cuidado no programa saúde da família. *Interface: Comunicação Saúde Educação*, 13(29), 299-311. doi:10.1590/S1414-32832009000200005

CAPÍTULO V

HUMANITUDE: DO CONCEITO ANTROPOLÓGICO A UMA FERRAMENTA DE CUIDAR

MANUEL ANDRÉ ANTÓNIO¹

A genealogia do conceito de *Humanitude* foi já devidamente traçada por outros autores (Gineste & Pellissier, 2008; Jacquard, 1988; Phaneuf, 2007). Assim sendo, neste capítulo, procurarei, sobretudo, analisar as suas implicações para a estruturação de uma ferramenta de cuidar que decorre deste conceito – a Metodologia de Cuidado Gineste-Marescotti® (MGM®) – nomeadamente, a sua ênfase na promoção da autonomia e da participação, como elementos centrais nos cuidados.

Daqui resulta o enorme potencial da Humanitude para uma efetiva implementação do *envelhecimento ativo* em contextos institucionais, tendo a MGM® revelado ser uma resposta válida: “Diminuiu os quadros de agitação e oposição aos cuidados das pessoas dementes, promovendo-lhes uma postura ativa, melhorando também a satisfação profissional dos cuidadores e reduzindo significativamente a taxa de absentismo devido a lesões músculo-esqueléticas e burnout” (Simões, 2013, p. 9).

Distinguindo-se do conceito filosófico de Humanismo (Phaneuf, 2007) – que salienta a importância do ser humano no mundo – a Humanitude, enquanto conceito antropológico, procura descrever a essência da condição humana, referindo-se ao conjunto complexo de compreensões, de emoções e, sobretudo, de exigências que existem graças a nós e que desaparecerão se nós desaparecermos (Simões, Rodrigues, & Salgueiro, 2008). Este tesouro, constituído como um legado passado de geração em geração, inclui todas as características específicas do ser humano, como caminhar sobre duas pernas ou falar, transformar o mundo ou interrogar-se sobre o futuro (Jacquard, 1988).

A MGM®, desenvolvida em França, desde 1979, e hoje presente em vários países, nomeadamente em Portugal,² já foi adotada por mais de 2300 organizações. A MGM®

1 Contribuição no capítulo: responsabilidade exclusiva na escrita da totalidade do capítulo.

2 Em Portugal, a MGM é oficialmente representada pelo Instituto Gineste-Marescotti (IGM) Portugal (cf. <http://www.humanitude.pt/>), em estreita colaboração com os seus fundadores.

é constituída por uma sequência estruturada de procedimentos cuidadosos, dinâmicos e interdependentes, que tem suporte nos pilares da Humanidade (olhar, palavra, toque e verticalidade); nos princípios da Humanidade® (zero cuidados de força, respeito pela singularidade e intimidade, viver e morrer em pé, abertura da estrutura para o exterior e lugar de vida, lugar de vontades); e nas regras de arte da gerontologia moderna. É composta por 5 etapas: pré-preliminares, preliminares, *rebouclage* sensorial, consolidação emocional e reencontro, que incluem técnicas relacionais e de manutenção específicas e especializadas, todas elas criteriosamente definidas em função da sua coerência com a orientação filosófica de base, ou seja, o respeito pela Humanidade (Gineste & Pellissier, 2008; Salgueiro, 2014; Simões, Salgueiro, & Rodrigues 2012).

Assim, por um lado, enquanto conceito antropológico na base de uma determinada filosofia de cuidados, a Humanidade propõe uma reformulação do modo como a sociedade no seu conjunto perspetiva o envelhecimento demográfico e o papel dos idosos na sociedade, através de um questionamento antropológico (com implicações sociológicas, políticas e económicas) que coloca a autonomia e a participação da população idosa no centro de debate. E, por outro lado, enquanto metodologia de cuidado, a MGM® oferece ferramentas concretas de promoção da autonomia da pessoa idosa, de respeito pela sua identidade e singularidade, possibilitando a promoção do envelhecimento ativo em contextos institucionais. Ou seja, de um lado, procura a transformação da sociedade e das instituições para que se adaptem às necessidades individuais dos idosos (enquanto pessoas) – acentuando a importância da responsabilidade coletiva – e do outro lado, promove a autonomia individual e a participação em contextos institucionais – colocando ênfase na responsabilidade individual.

UM CONCEITO ANTROPOLÓGICO AO ENCONTRO DO ENVELHECIMENTO ATIVO

Apesar de alguma atenção concedida pela Antropologia à questão da idade na detenção e exercício do poder político nas sociedades não industrializadas por parte dos homens mais velhos, a questão do envelhecimento, poucas vezes, foi tornada tema central de investigação. Segundo Jay Sokolovsky (1990), para uma história do encontro da Antropologia com o tema do envelhecimento, é importante destacar, pelo seu carácter excecional, o livro seminal de Leo Simmons, *The role of the Aged in Primitive Society*, de 1945. Nesta obra pioneira, destacava-se a importância dos idosos permanecerem ativos, como forma de garantirem um papel valorizado na sociedade em que se inserem. A tal ponto que Leo Simmons concluiria que a longevidade, juntamente com a capacidade de permanecer ativo no dia-a-dia, são aspirações universais (Simmons, 1945).

A importância de permanecer ativo era, assim, problematizada ainda na primeira metade do século XX, muito antes do desenvolvimento do conceito de *envelhecimento ativo*, proposto pela World Health Organization (WHO, 2002), e do debate em torno das políticas públicas para fazer face ao problema do envelhecimento demográfico.

O conceito antropológico de Humanidade, desenvolvido fora do âmbito específico da Antropologia, ensaia, todavia, uma possível resposta às preocupações fundamentais da mesma, procurando identificar as características essenciais do ser humano, em contraste com as que derivam da variação cultural. Prova disso mesmo é o facto de que, guiados por este conceito de base universalista, têm vindo a ser reunidas evidências da aplicabilidade transcultural da Humanidade enquanto metodologia de cuidados.³

Sem negar a relevância dos desafios associados ao envelhecimento demográfico, a Humanidade, enquanto filosofia e metodologia de cuidados, partindo de uma conceção do ser Humano como ser relacional e, por isso, nascido e criado numa teia de interdependências (aquilo que designamos por Sociedade) promove um questionamento crítico a respeito do envelhecimento demográfico como problema social. Efetivamente, de acordo com Yves Gineste, um dos autores da MGM®, a resposta a esta questão depende daquilo que se entende por *problema social*. No seu entender, se é o problema que uma parte da sociedade coloca ao seu conjunto, então, corremos o risco de ir excluindo diversos grupos da nossa sociedade (os iletrados, os velhos, os desempregados, os adolescentes, os doentes, os incapacitados, os imigrantes, os pobres, etc.) até já não restar aquilo que efetivamente chamamos de sociedade (Gineste & Pellissier, 2008). Ou seja, aceitando a interdependência como uma característica estruturante da sociedade humana, e inclusivamente libertadora da individualidade (ao garantir a segurança socioeconómica), uma outra definição seria dizer que há um problema social quando há uma inadaptação da sociedade à evolução dos indivíduos que a compõem, uma inadequação das respostas sociais à situação de uma parte da população. Nesta aceção, o envelhecimento é pois um verdadeiro problema social, o problema da sociedade atual em lidar com o crescente número dos seus cidadãos de mais idade.

Trata-se, portanto, de equacionar a responsabilidade individual face à responsabilidade coletiva da sociedade como um todo, na resolução dos desafios decorrentes da inadaptação das pessoas que a compõem, neste caso, das pessoas idosas. É de grande relevância proceder a este debate atual, uma vez que as políticas sociais e de saúde destinadas aos mais idosos, bem como as metodologias de cuidados vigentes nas instituições de acolhimento da pessoa idosa, derivam de diferentes conceções

3 A Humanidade está atualmente presente em países de variadas regiões geográficas e de diversas raízes culturais, da Europa ao Japão, por exemplo, onde, à semelhança de Portugal, foi igualmente fundado um Instituto Gineste-Marescotti, para a representação oficial desta metodologia de cuidados (cf. <http://igmj.org/>)

de responsabilidade individual e coletiva, ainda que nem sempre evidenciando uma consciência devidamente apurada dos seus postulados fundamentais.

Na verdade, seria impossível aqui elencar tão sucintamente tudo que já foi escrito a este respeito, no âmbito de diferentes áreas disciplinares. Importa, no entanto, destacar a forma como esta questão da inadaptação da população idosa à sociedade envolvente tem vindo a estruturar amplos debates a respeito do envelhecimento, pelo menos desde os anos 60 do século XX. Vários autores (Barker, 1990; Cowgill & Holmes, 1972; Olson, 1990) da área das ciências sociais concentraram-se em torno do que lhes parecia ser a questão fundamental, da perda de um papel socialmente definido e valorizado para a população idosa. Nessa altura, procurando identificar os fatores mais determinantes do que consideravam ser uma desregulação social da etapa final da vida do ser humano, Clark (1967) apontou algumas questões fundamentais:

- o enfraquecimento dos laços de parentesco;
- a rapidez das transformações industriais e tecnológicas, tornando as competências das pessoas idosas desadequadas;
- um aumento rápido e acentuado do número de pessoas idosas;
- uma extrema valorização da produtividade, com o trabalho assumindo um valor cultural de importância primordial.

Passado mais de meio século sobre o advento destas transformações sociais que estes autores procuravam, em primeira mão, captar e analisar, estas questões continuam a merecer atenção e a deter grande potencial explicativo para muitos dos desafios decorrentes do envelhecimento demográfico.

A mais recente forma política de procurar solucionar estas questões assenta no envelhecimento ativo, promovido pela WHO desde o início do século (WHO, 2002) e adotado pela União Europeia enquanto paradigma de políticas públicas.⁴

O conceito tem as suas raízes na investigação gerontológica a respeito do *envelhecimento bem-sucedido* (Neri, 2007; Pruchno, 2010), que se refere ao estudo científico do envelhecimento saudável, ou envelhecimento positivo, mas que procura superar o campo da saúde individual, para constituir-se também como um paradigma de definição de políticas públicas a respeito do envelhecimento. Definido pela WHO como um processo de otimização das oportunidades para a promoção da saúde, participação e segurança,

4 Consultar Decisão Nº 940/2011/UE do Parlamento Europeu e do Conselho, de 14 de Setembro de 2011 sobre o Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e da Solidariedade entre as Gerações (2012).

com o objetivo de melhorar a qualidade de vida, à medida que as pessoas envelhecem, a partir desta primeira definição ficam identificados os três pilares essenciais deste novo paradigma: a saúde, a participação e a segurança (WHO, 2002).

De acordo com o quadro de políticas traçado pela WHO, observa-se que a saúde corresponde ao completo estado de bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente à ausência de doença. Por outro lado, a participação exige a capacitação das pessoas idosas para que possam permanecer ativas, sendo que essa atividade refere-se, não apenas ao exercício físico ou à permanência no mercado laboral, mas a uma participação mais efetiva da população idosa nas várias dimensões da vida social, económica, espiritual e cívica (WHO, 2002).

A questão da segurança, o terceiro pilar do envelhecimento ativo, é clarificada por Alexandre Kalache, um dos seus principais teóricos:

Então, saúde, com capacitação para que você tenha novas ferramentas, habilidades para continuar presente na sociedade. Ativo. Mas, faltando isso, você precisa de algum sistema que te proteja. Segurança. E essa segurança pode ser do Estado, do seguro, do seu bolso, do seu filho. (Moreira, 2012, p. 21)

Entre o campo de promoção da saúde individual e o campo de promoção da *saúde* social, advogando a *atividade* como solução primordial para uma e para outra, o paradigma do envelhecimento ativo estabelece uma ponte entre o campo do envelhecimento biológico individual e o campo do envelhecimento demográfico, como problema social.

Efetivamente, o problema da sustentabilidade económica e social tem vindo a ser identificado como o maior desafio colocado pelo envelhecimento populacional, ao que o paradigma do envelhecimento ativo pretende dar resposta no plano político. No entanto, o envelhecimento ativo pretende ser mais do que um programa de políticas públicas. Desenvolvido a partir da investigação da Gerontologia, o envelhecimento ativo pretende, também, servir a educação para a saúde dos sujeitos idosos. Neste sentido, para a sociedade em geral, como para sujeitos individuais, a solução para o problema do envelhecimento é a mesma: o envelhecimento tem de ser ativo!

Na parte que compete à sociedade, trata-se de criar as oportunidades para a promoção da saúde, da participação e da segurança da população idosa, tal como é enunciado pela WHO, como os três pilares essenciais do envelhecimento ativo (WHO, 2002). No lado dos sujeitos idosos, trata-se de assumirem uma postura ativa e responsável para exercerem os seus plenos direitos, e cumprirem os seus deveres, em cada um dos três pilares enunciados.

No entanto, importa considerar, por um lado, os fatores sociais determinantes da saúde, com poderosas implicações na saúde da pessoa idosa (Marmot & Wilkinson, 2006) e, por outro lado, as próprias limitações físicas e cognitivas individuais, tão recorrentemente agravadas nos últimos anos de vida (Baltes & Smith, 2003), e que reduzem as possibilidades de muitas pessoas abraçarem o Envelhecimento Ativo. Coloca-se, então, a questão de como implementar este paradigma em contextos institucionais, onde se encontram muitas pessoas com elevados níveis de dependência?

UMA METODOLOGIA DE CUIDADO PARA A IMPLEMENTAÇÃO DO ENVELHECIMENTO ATIVO EM CONTEXTOS INSTITUCIONAIS

Para que o envelhecimento ativo não fique fora das instituições onde residem atualmente muitas pessoas idosas, e para que não se reduza à promoção do exercício físico ou ao desempenho de múltiplas atividades de lazer, enfim, para que o pilar fundamental da *participação*, anteriormente mencionado, seja uma realidade plena nestas instituições, é necessário adotar metodologias de cuidados promotoras da autonomia: a capacidade de gerir o quotidiano, de tomar decisões, de fazer escolhas de acordo com as suas preferências (WHO, 2002).

Reconhecendo a promoção da Autonomia e a defesa da liberdade individual como valores fundamentais das sociedades democráticas, a Humanidade procura abolir os cuidados em força e promover a participação da pessoa idosa nos cuidados, respeitando a sua vontade (Gineste & Pellissier, 2008). De acordo com estes autores, uma das grandes dificuldades em fazê-lo decorre da convicção (muitas vezes implícita) dos profissionais de saúde e cuidadores em geral de que é legítima a adoção de medidas de contenção ou privação da liberdade dos mais idosos, mesmo indo contra a sua vontade expressa, desde que essas medidas garantam a proteção da sua saúde física.

Trazendo esta discussão para o âmbito específico da realidade portuguesa, e alargando este debate à sociedade em geral, é de apontar a existência de um preconceito benevolente e paternalista da população portuguesa em geral em relação aos idosos, juntamente com a prevalência de um estereótipo que tende a considerá-los como simpáticos mas pouco competentes (Lima, 2011). Estando os cuidadores formais e informais, também eles envolvidos na edificação destas representações sociais a respeito do envelhecimento e das pessoas idosas, é possível admitir que o mesmo preconceito benevolente e paternalista esteja presente nos cuidados prestados, configurando mais uma forma daquilo que tem vindo a ser designado por *idadismo*.⁵

5 No estudo acima citado, o *idadismo* é definido como as atitudes negativas face a pessoas, com base apenas na sua idade, sendo que: as atitudes são tendências psicológicas que se expressam numa avaliação favorável ou desfavorável de uma entidade específica. Essa entidade é o objeto da atitude, neste caso grupos de idade, especificamente o grupo dos idosos. Na medida em que a atitude é composta por três dimensões, os três tipos de expressão das atitudes face a um grupo social são o estereótipo (expressão cognitiva), preconceito (expressão afetiva) e a discriminação (expressão comportamental). (Lima, 2011 p. 11)

Pelo contrário, no âmbito da Humanitude, considera-se que é necessário não apenas respeitar a autonomia e a liberdade da pessoa como, inclusivamente, promove-las. E, à semelhança de outras metodologias de cuidados congêneres, de diferentes origens, a Humanitude advoga que é necessário, antes de mais, entender que os cuidados prestados não devem ser centrados na tarefa, mas sim na relação (Soklaridis, Ravitz, Nevo, & Lieff, 2016). Ou seja, é necessário convocar a participação da pessoa idosa para os cuidados (entendendo essa participação como um ato terapêutico em si mesmo, de restauração da autonomia); é necessário reconhecer a identidade individual da pessoa cuidada, os seus afetos e emoções; é necessário reconhecer que a manutenção de relações sociais é imprescindível para a saúde e que essas relações são múltiplas, da pessoa cuidada com o seu cuidador, com a sua família e com a comunidade em que se insere.

Desta forma, o esforço de promoção da autonomia a partir da Humanitude tem pelo menos dois níveis de intervenção: o da apologia da participação da pessoa idosa nos cuidados, entendendo essa participação como um ato terapêutico em si mesmo, que pode restituir à pessoa uma parte da sua autoconfiança e do domínio da sua vida, afetados pela incapacidade ou pela doença; o da edificação de estruturas residenciais que, reconhecendo a identidade individual de cada pessoa idosa institucionalizada, promovam relações sociais com o exterior.

Ambos estes níveis de intervenção vão diretamente ao encontro de uma efetiva implementação do envelhecimento ativo em contextos institucionais. E do muito que poderia ser dito a respeito deste dois níveis de intervenção, irei apenas fazer algumas considerações em relação ao segundo nível, por ser aquele que mais diretamente se relaciona com as preocupações de ordem antropológica e sociológica, na base deste capítulo.

No que respeita à promoção da autonomia e da liberdade individual, estando a Humanitude na base de uma metodologia de cuidado centrada na relação, as instituições que queiram operar dentro deste paradigma filosófico e metodológico deverão configurar-se como *lugares de vida*. Trata-se de um conceito que reúne em si mesmo, por um lado, o respeito pela singularidade de cada pessoa idosa institucionalizada, e, por outro lado, a promoção de uma ampla rede de relações sociais dentro das instituições e para com o exterior, consideradas como uma das particularidades fundamentais da Humanitude.

Em relação ao primeiro aspeto, a sua operacionalização passa por estruturar as instituições de uma forma que permita a participação da pessoa idosa em atividades que estejam em consonância com as suas preferências, em continuidade com a sua identidade individual. Pois, efetivamente, como desde há muito apontou a antropóloga Sharon Kaufman, aquilo que confere sentido à vida na velhice não é apenas o estar ativo por si só, mas a possibilidade do sujeito estar ativo naquilo que escolheu fazer (Kaufman, 1986). No entanto, a realidade

de muitas instituições portuguesas onde reside uma parte significativa da população idosa, continua aquém da tão necessária construção destes lugares de vida, desembocando, muitas vezes, na passividade e inatividade dos seus residentes:

Na construção de uma vivência satisfatória em lar quase nunca são consideradas as características mais particulares da história de vida de cada indivíduo, assim como os seus gostos e hábitos de vida anteriores. Alguns idosos ainda conseguem dar continuidade, ou descobrir, actividades que lhes restituam o sentimento de continuidade e de utilidade social. A maioria, porém, remete-se para uma postura de inatividade e passividade. (Guedes, 2007, p. 339)

Relativamente ao segundo aspeto que configura um lugar de vida, trata-se de estabelecer uma distinção entre simplesmente partilhar uma residência, por um lado, e desenvolver relações sociais subjetivamente apreciadas, por outro lado, o que poderá ser relevante para repensarmos a realidade institucional em que se encontram muitas pessoas idosas. Trazendo esta discussão para a especificidade da realidade portuguesa, num estudo recente do Instituto do Envelhecimento da Universidade de Lisboa, centrado na área metropolitana da capital portuguesa, é apresentado o retrato de uma cidade envelhecida. O estudo chama a atenção para o número de pessoas idosas que vivem sós, em particular as pessoas com 75 anos ou mais, que representam quase 10 por cento do universo sénior (pessoas com mais de 50 anos), considerando que esta transição para a vida a sós deverá aumentar em todos os grupos etários, em virtude de mudanças das estruturas familiares.

No entanto, a questão da solidão não se resume puramente à da existência de redes sociais, familiares ou outras, mas à qualidade das relações estabelecidas. Algo que adquire uma ampla expressão em Portugal, já que metade das pessoas idosas que vivem com outros familiares descrevem sentimentos intensos (muitas vezes) ou relativamente intensos (algumas vezes) de solidão:

Se é verdade que o presumível isolamento social das pessoas que vivem sozinhas pode ser apontado como uma causa importante da solidão, o facto de aqueles que vivem com outros familiares exprimirem o mesmo sentimento com uma intensidade semelhante leva a supor que a co-residência não é suficiente para evitá-lo ou reduzir a sua intensidade. A solidão não existe apenas quando há isolamento físico ou social (Cabral, 2011, p. 32)

Este aspeto foi também desenvolvido pelos autores da Humanitude, com base na sua experiência de terreno em diversas instituições, nos vários países onde realizam a sua intervenção. De acordo com estes autores, podemos falar de diferentes solidões,

de acordo com três sentimentos diferentes: um sentimento de solidão existencial (a dificuldade em ser compreendido), um sentimento de solidão emocional (a perda dos seres que amava), um sentimento de solidão social e de isolamento (quando ninguém se interessa pela pessoa). Aos dois primeiros, as pessoas idosas fazem face como toda a gente, com mais ou menos dificuldade. Em relação ao último, que afeta muitas das pessoas institucionalizadas, mas não só, as pessoas idosas consideram-no ser o mais duro de viver: Pois, aceitar que uma pessoa morta não está presente é, por vezes, menos doloroso do que aceitar que os vivos nos abandonam. Tanto mais que, muitas vezes, a pessoa culpabiliza-se por esse abandono, julgando-se de pouco valor e interesse, pelo facto de já ninguém a procurar (Gineste & Pellissier, 2008).

É este reconhecimento de diversos tipos de solidão na velhice que leva a Humanidade a configurar-se como uma metodologia de cuidado relacional, como foi referido anteriormente, procurando tratar os idosos como pessoas, com identidade individual, mas, também, edificando estruturas residenciais que promovam as relações sociais dentro da instituição e com o exterior. Essas estruturas residenciais apresentam-se como lugares de vida, o que implica uma flexibilidade que permita:

- por um lado, uma participação da pessoa idosa (por exemplo, na decisão da hora e frequência de tomar o seu banho, na sequência e tipologia do cuidado de higiene, na liberdade de decidir qual o cuidador na prestação deste cuidado tão íntimo);
- por outro lado, uma abertura ao exterior (que se traduz na presença de família (e/ou pessoas significativas) e voluntários, promovendo a manutenção dos laços familiares e a manutenção dos laços sociais e culturais).

Retomando a discussão, anteriormente desenvolvida, a respeito da maior ou menor capacidade de adaptação das pessoas idosas à sociedade envolvente, que desemboca na questão do envelhecimento demográfico como problema social, a Humanidade apresenta uma perspectiva diversa sobre esta questão, denunciando uma realidade atual de muitas instituições ainda demasiado rígidas, centradas no desempenho da tarefa, pouco atentas à singularidade de cada pessoa, e pouco flexíveis para acomodar uma efetiva participação da pessoa idosa no quotidiano da instituição, bem como uma maior abertura desta última ao exterior. Argumentando que o êxito do processo de adaptação depende não apenas da pessoa idosa, mas também da capacidade do meio envolvente estar atento à fragilidade de certas pessoas, a Humanidade promove lugares de vida que favorecem esta adaptação:

- em primeiro lugar, zelar para que não haja ambientes rígidos e imóveis. Uma instituição terá de apresentar, tanto alguns elementos rígidos que todos respeitam, como, também, um conjunto de elementos flexíveis e personalizáveis (ex: horários ajustáveis para o despertar e para os cuidados de higiene, respeito dos seus hábitos);

- em segundo lugar, a instituição deve, por um lado, fornecer informações claras sobre as suas regras de funcionamento, ao mesmo tempo que, por outro lado, deve auscultar os seus residentes, no sentido de recolher informação que lhe permita modificar-se, se necessário, para garantir uma melhor adaptação dos residentes à instituição, mas, também, da instituição aos seus residentes;
- em terceiro lugar, desenvolver a consciência de que as pessoas adaptam-se melhor quanto mais tempo têm para o fazer, procurando evitar provocar a angústia e ansiedade decorrentes da surpresa e da incapacidade de antecipação.

A criação destes lugares de vida, marcados pela abertura ao exterior, constituem uma efetiva implementação dos pilares fundamentais do envelhecimento ativo em contextos institucionais, evidenciando que só é possível o envelhecimento ativo e saudável em respeito pela Humanidade: ou seja, reconhecendo as particularidades de cada pessoa, promovendo a sua autonomia e liberdade, no âmbito de uma responsabilidade coletiva e não apenas como resultado do esforço, vontade e capacidade individual.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Baltes, P., & Smith, J. (2003). New frontiers in the future of aging: From successful aging of the young old to the dilemmas of the fourth age. *Gerontology*, 49(2), 123–135. doi:10.1159/000067946
- Barker, J. C. (1990). Between humans and ghosts: The decrepit elderly in a polynesian society. In J. Sokolovsky (Ed.) *The cultural context of aging* (pp. 295-315). New York, USA: Bergin and Garvey Publishers.
- Cabral, M. (2011). *Seniores de lisboa: Capital social e qualidade de vida*. Recuperado de http://www.ienvelhecimento.ul.pt/images/stories/Relatorios/Seniores_Lisboa_final_online_01032012.pdf
- Clark, M. (1967). *Culture and aging: An anthropological study of older americans*. Springfield, USA: Charles C. Thomas.
- Cowgill D. & Holmes L. (Eds.). (1972). *Aging and modernization*. New York, USA: Appleton-Century-Crofts.
- Gineste, Y., & Pellissier J. (2008). *Humanidade: Cuidar e compreender a velhice*. Lisboa, Portugal: Instituto Piaget
- Guedes, J. (2007). *O internamento em lar e a identidade dos idosos* (Dissertação de mestrado). Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Portugal.
- Jacquard, A. (1988). *A herança da liberdade da animalidade à humanidade*. Lisboa, Portugal: Publicações Dom Quixote.
- Kaufman, S. (1986). *The ageless self: Sources of meaning in late life*. Madison, USA: University of Wisconsin Press.

- Lima, M. (2011). *Idadismo na europa: Uma abordagem psicossociológica com o foco no caso português*. Recuperado de <http://www.ienvelhecimento.ul.pt/images/Relatorios/relatorioidadismo2ieul.pdf>
- Marmot, M., & Wilkinson, R. (Eds.). (2006). *Social determinants of health*. Oxford, England: Oxford University Press.
- Moreira, J. (2012). Envelhecimento ativo. *Rediteia: Revista de Política Social*, 45.
- Neri, A. (Org.). (2007). *Qualidade de vida e idade madura*. São Paulo, Brasil: Papirus.
- Olson, P. (1990). The elderly in the people's republic of china. In J. Sokolovsky (Ed.), *The cultural context of aging* (pp. 143-162). New York, USA: Bergin and Garvey Publishers.
- Phaneuf, M. (2007). *Le concept d'humanité: Une application aux soins infirmiers généraux*. Recuperado de <http://www.humanitude.pt/fr/articles>
- Pruchno, R. (2010). Successful aging: Early influences and contemporary characteristics. *The Gerontologist*, 50(6), 821-833. doi:10.1093/geront/gnq041
- Salgueiro, N. (2014). *Cuidar humanidade: Um imperativo do nosso tempo*. Coimbra, Portugal: IGM Portugal.
- Simmons, L. (1945). *The role of the aged in primitive society*. New Haven, USA: Yale University Press.
- Simões, M. (2013). *Cuidar em Humanitude. Método de Gineste e Marescotti Aplicado a Pessoas Internadas em Cuidados Continuados*. (Tese de doutoramento). Universidade Católica Portuguesa, Lisboa.
- Simões, M., Rodrigues, M., & Salgueiro, N. (2008). O significado da filosofia da humanidade, no contexto dos cuidados de enfermagem à pessoa dependente e vulnerável. *Referência*, 2(7), 97-105. Recuperado de http://rihuc.huc.min-saude.pt/bitstream/10400.4/482/1/Artigo_de_Revis%C3%A3o%5B1%5D.pdf
- Simões, M., Salgueiro, N., & Rodrigues, M. (2012). Cuidar em humanidade: Estudo aplicado em cuidados continuados. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(6), 81-93. doi:10.12707/R111177
- Soklaridis, S., Ravitz, P., Nevo, G., & Lieff, S. (2016). Relationship-centred care in health: A 20-year scoping review. *Patient Experience Journal*, 3(1), 130-145. Recuperado de <http://pxjournal.org/cgi/viewcontent.cgi?article=1111&context=journal>
- Sokolovsky, J. (1990). *The cultural context of aging*. New York, USA: Bergin and Garvey Publishers.
- World Health Organization. (2002). *Active ageing: A policy framework*. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67215/1/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf

CAPÍTULO VI

PREVENÇÃO DA INFECÇÃO ASSOCIADA AO CUIDADO DE HIGIENE E CONFORTO: REFLEXÕES SOBRE A HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS E O USO DE LUVAS

ANABELA SALGUEIRO OLIVEIRA¹
CIDALINA DA CONCEIÇÃO ABREU²
ROSA CÂNDIDA MELO³

INTRODUÇÃO

Ao longo do ciclo vital a pessoa torna-se cada vez mais independente e autônoma, nomeadamente no cuidado de higiene e conforto, passando a ser realizado pela mesma num ambiente de grande intimidade. Quando por alguma circunstância a capacidade para o autocuidado fica comprometida e há necessidade de intervenção do enfermeiro, levantam-se questões que se prendem, entre outras, com a relação com a pessoa, privacidade/intimidade e a segurança, nomeadamente as Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS).

Durante os cuidados de higiene e conforto, o enfermeiro através do processo relacional vai compreender a pessoa na sua individualidade, tornando o cuidado mais humanizado, não descurando a privacidade/intimidade da mesma e contribuindo, deste modo, para o respeito pela sua dignidade. Segundo Moura, Martins, Lobo, Ribeiro, & Sequeira (2015) enquanto direito individual, “a privacidade contempla a proteção da intimidade, respeito à dignidade, limitação de acesso ao corpo, aos objetos íntimos e aos relacionamentos familiares e sociais” (p. 98).

1 Contribuição no capítulo: pesquisa bibliográfica e escrita do capítulo.

2 Contribuição no capítulo: participação na pesquisa bibliográfica, colaboração na redação do capítulo e na revisão do texto.

3 Contribuição no capítulo: conceção, pesquisa bibliográfica, escrita, leitura e a revisão final.

Para além de outros aspetos inerentes ao cuidado, o enfermeiro deverá recolher informações que lhe permitam decidir adequadamente sobre a importância da higienização das mãos e do uso de luvas. Nesta situação, encontra-se implícito a segurança da pessoa e do enfermeiro, sendo importante o juízo clínico como processo facilitador da identificação e prevenção da infeção associada ao cuidado de higiene e conforto.

As recomendações da Direção-Geral da Saúde (DGS; 2015) estabelecem que para os cuidados de higiene, as luvas apenas são necessárias para alguns cuidados específicos, nomeadamente quando há contacto com sangue e fluidos. Porém, constatamos que as luvas são usadas de forma recorrente em todas as pessoas (Fonseca, Penaforte, & Martins, 2015; Penaforte, 2011).

A questão das IACS e resistência a antimicrobianos, são problemas de importância crescente à escala mundial a que nenhum profissional de saúde pode ficar alheio. Tendo em consideração que as mãos dos profissionais são o principal reservatório e vetor de transmissão de bactérias e outros microrganismos, com grande potencial de risco de contaminação, sendo uma das principais causas de IACS, é fundamental a sua higienização (DGS, 2015). Mas, apesar de estar claramente estabelecida a importância dos cinco momentos da higiene das mãos e o uso adequado de luvas, não há uma adesão de todos os profissionais de saúde a estes princípios (Fernandes, Silva, Cruz & Paiva, 2016).

O facto de alguns enfermeiros não respeitarem os princípios baseados nas recomendações da DGS (2015), dá origem a que as pessoas em ambiente hospitalar fiquem infetadas, por vezes com microrganismos multirresistentes, colocando em causa a qualidade dos cuidados, segurança da pessoa e dos profissionais de saúde.

A não-avaliação do risco de infeção pelos enfermeiros contribui para a ocorrência de infeções, tal como evidenciado no estudo realizado por Abreu (2015), em 14,29% dos casos os enfermeiros, ao executarem os procedimentos, não usaram a técnica asséptica no doente e hospital. Também o último Inquérito de Prevalência de Infeção Adquirida no Hospital e do Uso de Antimicrobianos nos Hospitais Portugueses, realizado em 2012, revelou uma prevalência de infeções hospitalares de 10,6%, bem acima da média europeia com 6,1% (Pina, Paiva, Nogueira, & Silva, 2013). Esta situação é preocupante, dado que “estudos internacionais revelam que cerca de um terço das infeções adquiridas no decurso da prestação de cuidados são seguramente evitáveis” (DGS, 2007, p. 4).

Assim, considerando a importância da prevenção de infeções durante o cuidado de higiene e conforto, levantamos as seguintes questões: Será que os enfermeiros estão consciencializados sobre a importância da higienização das mãos como principal fator de transmissão das IACS? Será necessário a utilização das luvas durante todo o cuidado de higiene e conforto? Que implicação terá o uso desadequado das luvas no estabelecimento da relação com a pessoa cuidada?

Pretendemos com este capítulo refletir sobre a importância da higienização das mãos e o uso adequado de luvas pelo enfermeiro no cuidado de higiene e conforto. Concomitantemente, objetivamos identificar alguns fatores, para além da prevenção das infeções, que poderão influenciar a tomada de decisão dos profissionais de enfermagem quanto ao uso de luvas e, finalmente, teceremos alguns contributos relativamente à importância da formação.

Higienização das mãos e uso adequado das luvas durante o cuidado de higiene e conforto

Quando a capacidade para o autocuidado da pessoa fica comprometida, face a situações de doença física ou mental, levantam-se questões ao enfermeiro que se prendem com o nível da intervenção nos cuidados, sem descurar a promoção da sua autonomia e quanto à necessidade de equipamentos de proteção individual (EPI) e/ou higienização das mãos.

A questão da higienização das mãos e o uso de luvas são medidas de segurança para a prevenção de IACS, contudo, não deverá ser descurado o impacto que as luvas poderão também ter na relação estabelecida entre a pessoa e o enfermeiro.

Relativamente à importância da higienização das mãos é consensual que a transmissão de microrganismos entre os profissionais de saúde e os doentes, e entre doentes, se faz através das mãos, sendo a sua higienização considerada uma das medidas mais simples e mais efetivas para a prevenção de IACS (DGS, 2010; DGS, 2013).

A pessoa quando necessita de cuidados de saúde poderá apresentar alterações no seu sistema imunitário, contribuindo para um risco elevado de contrair uma infeção (Ribeiro, 2012). Durante os cuidados de higiene e conforto, o doente está suscetível à ocorrência de infeções, podendo as mãos dos profissionais ser um veículo de contaminação. Por outro lado, os profissionais também ficam suscetíveis à infeção pelo contacto com possíveis fluidos e secreções (Möller & Magalhães, 2015). Apesar das “evidências quanto à eficácia das luvas na prevenção da contaminação das mãos e na redução da transmissão cruzada, é importante salientar que esta proteção não é total, porque a integridade completa das luvas não pode ser garantida, além de haver a possibilidade da contaminação das mãos durante a remoção das luvas” (DGS, 2015).

Assim, durante os cuidados de higiene e conforto, os enfermeiros deverão proceder à higienização das mãos de acordo com o modelo proposto pela Organização Mundial da Saúde, designado por “Cinco Momentos”. Deverão ainda cumprir os princípios relativos às técnicas adequadas a este procedimento e quanto aos produtos a utilizar, conforme regulamentado na circular normativa Nº: 13/DQS/DSD (DGS, 2010).

A Campanha Nacional de Higiene das Mãos, “Medidas Simples Salvam Vidas” proposta pela *World Alliance for Patient Safety*, da Organização Mundial da Saúde (OMS), no seu 1º. Desafio “Clean Care is Safer Care”, tem tido por parte dos enfermeiros uma adesão contínua, embora ainda aquém do desejado (Fernandes et al. 2016). Uma investigação realizada com enfermeiros demonstrou precisamente que durante os cuidados de higiene, cerca de 60% destes profissionais nunca higienizaram as mãos e 40% apresentaram falhas neste procedimento (Möller & Magalhães, 2015).

A utilização de uma solução antisséptica de base alcoólica (SABA) deve ser a primeira escolha para a higiene das mãos, desde que as mesmas estejam visivelmente limpas e/ou isentas de matéria orgânica. Os cinco momentos deverão ser seguidos de forma rigorosa durante os cuidados de higiene e conforto, para a prevenção de infeções, nomeadamente, antes do contacto com o doente, antes do procedimento, após risco de exposição a fluidos orgânicos, após contacto com o doente e após contacto com o ambiente envolvente do doente (DGS, 2010).

Para além da importância da higienização das mãos, o uso adequado de luvas pode ser imprescindível durante os cuidados de higiene, contudo, na tomada de decisão o enfermeiro deve atender à individualidade de cada pessoa e aos critérios estabelecidos pela DGS para a sua utilização. Sendo que nos critérios estabelecidos na norma 013/2014 não está indicado o uso de luvas durante todo o cuidado de higiene, estas devem ser utilizadas só se houver necessidade de precauções de contacto e quando há presença de sangue ou outros fluidos orgânicos, nomeadamente na higiene oral e higiene dos órgãos genitais (DGS, 2015). Sendo importante o enfermeiro estimular a pessoa no seu autocuidado, promovendo a sua autonomia, evitando substituí-lo naquilo que ainda consegue realizar e estimulando as capacidades restantes, não havendo, muitas das vezes, necessidade de ser o profissional a realizar os cuidados íntimos à pessoa (Gineste & Pellissier, 2008).

Considerando que as normas estabelecidas sobre a importância da higienização das mãos e o uso de luvas para a prevenção de infeções durante os cuidados de higiene são bastante claras, poderemos questionar-nos sobre as razões porque os profissionais utilizam as luvas recorrentemente durante todo o cuidado de higiene e em todas as pessoas cuidadas?

Neste âmbito, Augusto (2004) refere que os enfermeiros exageram no uso de luvas em atividades que apenas exigem o contacto da pele, como por exemplo, durante os cuidados de higiene, massagem e posicionamentos. Penaforte (2011) constatou que tanto os enfermeiros como os assistentes operacionais, antes de iniciarem o cuidado de higiene e conforto, colocavam sempre avental e luvas, com frequência mais do que um par. Igualmente, outros estudos evidenciaram que as luvas faziam parte do equipamento de proteção utilizado pelos enfermeiros em todas as pessoas (Ribeiro, 2012; Simões, Salgueiro, & Rodrigues, 2012).

Salientamos também que o uso de luvas não deverá substituir a higienização das mãos, devendo ser executado antes de calçar as luvas e após retirar as luvas (DGS, 2015), uma vez que as mãos com as luvas são um ótimo reservatório, devido ao ambiente promotor do desenvolvimento de microrganismos (temperatura, humidade e matéria orgânica). Por outro lado, as luvas devem ser substituídas entre os doentes e no mesmo doente quando se vai realizar outro procedimento (DGS, 2010). Contudo, é preocupante constatar que as mesmas luvas que são utilizadas nos cuidados de higiene e conforto são, simultaneamente, utilizadas para realizar cuidados a feridas (Möller & Magalhães, 2015), e para realizar massagem de conforto, que muitas vezes não é mais que um espalhar de creme hidratante (Simões et al., 2012).

Neste enquadramento, diversos aspetos poderão influenciar a tomada de decisão do enfermeiro, quanto ao uso de luvas, alguns dos quais merecem ser objeto de reflexão.

Tomada de decisão do enfermeiro quanto ao uso de luvas

A tomada de decisão do enfermeiro quanto ao uso de luvas durante o cuidado de higiene e conforto poderá ser influenciada por vários fatores, ainda pouco espelhados na evidência científica publicada. Assim, é fundamental que os enfermeiros, considerando a importância da segurança da pessoa, implementem práticas baseadas na evidência e estratégias que visem prevenir a ocorrência de eventos adversos, durante o cuidado de higiene e conforto e melhorem os resultados em saúde (El-Soussi & Asfour, 2017; Vollman, 2013).

Numa pesquisa efetuada em bases de dados dos motores de busca B-on e EBSCO, em abril de 2017, não foram encontrados estudos sobre o impacto que as luvas poderão ter no bem-estar da pessoa, no entanto, ao enfermeiro levantam-se questões que se relacionam, entre outras, com a influência que poderão ter na relação estabelecida e preservação da privacidade/intimidade, assim como na segurança dos cuidados.

Torna-se fundamental uma correta avaliação da pessoa e o planeamento de intervenções no sentido de contribuir para a segurança da pessoa, seja através da prevenção de eventos adversos, nomeadamente a infeção, seja pela sua deteção precoce, dado que, um dos períodos onde ocorrem mais eventos adversos, é precisamente durante os cuidados de higiene e na hora seguinte aos mesmos (Carvajal Carrascal & Montenegro Ramírez, 2015).

Relativamente ao uso de luvas para a prevenção de infeções durante o cuidado de higiene e conforto, existem normas nacionais e internacionais com orientações bem definidas, contudo como anteriormente constatámos os enfermeiros utilizam luvas sem atenderem aos critérios definidos.

Face a esta situação, podemos questionar se os enfermeiros durante o cuidado de higiene e conforto conhecem e/ou refletem sobre o que está regulamentado para o seu uso? Será que em todas as situações há contacto com sangue e outros fluidos orgânicos, ou há necessidade de Precauções de Contacto?

A mobilização das diferentes competências e a utilização do pensamento crítico sustentado na evidência científica é essencial para a tomada de decisão, quanto ao nível da intervenção do enfermeiro nos cuidados e quanto à necessidade de utilizar EPI. Tomar como decisão o uso de luvas antes de iniciar os cuidados de higiene e conforto, substituindo a pessoa, sem preocupações em conhecer a mesma e a sua capacidade para o autocuidado, poderá colocar em causa a promoção da sua autonomia, a relação e segurança dos envolvidos, no processo de cuidados.

Neste sentido, o conhecimento da pessoa facilitará o processo de tomada de decisão. Sabemos que durante os cuidados de higiene e conforto existe oportunidade de realizar cuidados individualizados de elevada qualidade, não se centrando apenas no lavar a pele, mas simultaneamente na comunicação, partilha de saberes e interação com a pessoa, promovendo e incentivando a sua participação ativa nos cuidados (Fonseca et al., 2015).

Pela componente relacional, o enfermeiro tendo em consideração uma diversidade de elementos como a idade da pessoa, as concepções culturais e sociais sobre o corpo sujo e a forma como utiliza o toque na interação, cria laços de confiança e compreende a mesma no que concerne à sua privacidade/intimidade, facilitando a tomada de decisão quanto ao uso de luvas.

Assim, durante os cuidados de higiene e conforto há inevitavelmente uma violação do espaço íntimo da pessoa e a necessidade de tocar a pele, no entanto, não poderá ser descurado o impacto que poderá ter no processo relacional e na invasão da privacidade/intimidade da mesma, o facto de o enfermeiro ter ou não luvas.

Os enfermeiros são os profissionais que mais tocam os doentes, especialmente, durante os cuidados de higiene e conforto invadindo a sua privacidade (Augusto, 2004). No entanto, se para algumas pessoas poderá ser desconfortável ser cuidado com luvas, pois o contacto com a textura do material poderá prejudicar a sensação de tocar a pele e ser uma barreira à comunicação, para outras, o sentimento poderá ser o oposto. As luvas funcionariam de igual forma como uma barreira, mas neste caso confortável, à proximidade inevitável entre o corpo da pessoa e o corpo do profissional.

Efetivamente, uma investigação realizada revelou que apesar do uso de luvas ser entendido pela pessoa como parte integrante do cuidar, pode por outro lado, funcionar como barreira à comunicação, provocando desarmonia interior, desencadear sofrimento e mal-estar nomeadamente durante a realização da massagem, mas por outro, tornar menos constrangedor o contacto físico, nomeadamente durante os cuidados às zonas íntimas (Augusto, 2004).

O uso de luvas durante o cuidado de higiene e conforto, sem recurso a critérios na tomada de decisão também foi evidenciado por Simões et al., (2012), pois mesmo durante a massagem as luvas eram utilizadas, mas apenas para espalhar o creme, não contribuindo para a harmonia interior da pessoa e descurando o relaxamento da mesma.

Assim, quando as questões da transmissão de infecção por contacto não se colocarem, o enfermeiro deverá respeitar a vontade da pessoa sobre o uso de luvas, durante o cuidado de higiene e conforto, promovendo o autocuidado da mesma e considerando sempre a relevância da higienização das mãos, conforme preconizado pela DGS (2015).

O uso de luvas não deve dificultar a relação pessoa/enfermeiro para que a pessoa não se sinta como um objeto, mas que seja uma oportunidade de cuidar de forma personalizada, envolvendo-a no processo de cuidados (Lopes, 2005).

No processo de interação estabelecido durante o cuidado de higiene e conforto, não poderá ser esquecida a representação cultural e social que cada um tem do corpo doente, visto como um “corpo sujo”, que eventualmente poderá também condicionar a tomada de decisão quanto ao uso de luvas (Augusto, 2004). Contudo, verificamos que esta representação cultural, inserida num paradigma simplista ou reducionista estará presente, também, em alguns profissionais de saúde, considerando-os como “cuidados sujos” (Penaforte, 2011, p. 84).

As conceções do corpo sujo e do corpo limpo são, segundo Lopes (2005), uma construção social e cultural, existindo uma hierarquia do sujo causador de maior ou menor aversão, conforme se associa ao mau cheiro e à presença de constituintes desagradáveis. Para este autor, os fluidos corporais são considerados contaminados, nomeadamente as fezes, salientando-se o vômito como o mais desagradável (Lopes, 2005).

Consideramos assim que esta representação cultural tem que ser mudada para um paradigma holístico, em que a pessoa é considerada como um todo nas diversas vertentes física, social, psicológica, espiritual e cultural.

Neste âmbito, questionamos também sobre quais as razões de os enfermeiros utilizarem luvas em adultos/idosos e não adotarem o mesmo princípio com bebés/crianças? Será que os estereótipos *cuidados sujos*, *nojo*, *pudor* têm influência? Será que a importância do toque para a qualidade da relação é diferente entre adultos/idosos e bebés/crianças? Será que a questão da privacidade/intimidade é tida em consideração ao longo do ciclo vital?

Em síntese, existem diversos fatores que poderão influenciar a tomada de decisão dos enfermeiros quanto ao uso de luvas, para além da prevenção de infeções. A relação estabelecida e o conhecimento da pessoa, são de extrema importância pois estão intimamente ligados à preservação da privacidade/intimidade, utilização do toque,

concepções culturais e sociais sobre o corpo e a idade da mesma, sendo que a promoção da autonomia e do autocuidado deverá ser uma preocupação do enfermeiro.

Importância da formação

Face à problemática analisada anteriormente e às questões levantadas, consideramos que a formação dos enfermeiros sobre cuidados de higiene e conforto, mais especificamente na higienização das mãos e uso adequado de luvas, necessitará de maior investimento das lideranças das instituições de saúde, assim como dos próprios enfermeiros. Neste âmbito, foram identificadas como barreiras dificultadoras na implementação de um modelo de intervenção nos cuidados de higiene à pessoa, a sobrecarga de trabalho, recursos insuficientes, não possuírem conhecimentos/treino e ausência de políticas de cuidados (El-Soussi & Asfour, 2017). Esta situação põe em causa a qualidade dos cuidados e a segurança da pessoa, por implicar um comprometimento ético e estético no cuidar da mesma, merecendo uma reflexão séria por parte das entidades responsáveis pelas políticas governamentais relacionadas com a saúde, influenciando estas as institucionais de saúde.

No estudo de Fonseca et al. (2015) concluíram ser crucial aprender e reaprender o cuidado de enfermagem, na prestação de cuidados de higiene, tornando-o humanizado, desde a formação inicial até à pós-graduação e ao longo da vida profissional do enfermeiro. A investigação realizada por El-Soussi e Asfour (2017), indicou ainda que as práticas relacionadas com o cuidado de higiene e conforto, não eram as mais adequadas, sendo os conhecimentos satisfatórios em relação aos cuidados à pele, mas insatisfatórios em relação à lavagem das mãos e à higiene oral. No mesmo estudo, os autores identificaram que os enfermeiros têm uma baixa perceção acerca da cultura de segurança dos doentes, relacionadas com práticas de cuidados de higiene e conforto e com a ocorrência de eventos adversos, nomeadamente a infeção. Estas situações comprometem a qualidade dos cuidados, contribuindo para a falta de segurança na prestação do cuidado de higiene e conforto.

Face ao exposto anteriormente, consideramos que durante o Curso de Licenciatura em Enfermagem a formação sobre cuidados de higiene e conforto não se deve restringir a ensinar a aplicar a técnica (Collière, 2003), porque consideramos ser um ato complexo da *legis artes* da enfermagem. Para além de aulas teóricas e teórico-práticas, a realização de práticas simuladas a partir de casos clínicos ou de situações problema que incluam alterações na necessidade de cuidado de higiene e conforto, poderá ser uma estratégia a utilizar com os estudantes. Neste contexto, os estudantes mobilizariam diferentes competências, descentrando a atenção da técnica de execução dos referidos cuidados, desenvolvendo o pensamento crítico para a tomada de decisão, quanto às intervenções adequadas à situação específica e quanto aos recursos e EPI necessários, nomeadamente o uso de luvas, não descurando a relevância da higienização das mãos.

É de salientar que após prática simulada em laboratório, os ensinamentos clínicos também são ótimos contextos de aprendizagem, contribuindo para reflexão dos estudantes sobre a situação problemática e, consequentemente, sobre a importância da higienização das mãos e a utilização adequada de luvas (Abreu, 2015).

Pela complexidade dos cuidados de higiene e conforto, os mesmos deverão ser também abordados transversalmente ao longo da formação pós-graduada de forma a permitir desenvolver competências cada vez mais complexas. Na formação pós-graduada, é ainda importante considerar a experiência dos profissionais, pois a mesma é chave do desenvolvimento da prática e da ciência de enfermagem (Benner, 2001). A experiência permite a problematização e compreensão da ação, a revelação dos saberes neles contidos e dos gerados na própria ação (Rebelo, 2012). O desenvolvimento de competências através de práticas simuladas deverá ser mantido, mas potencializar o saber adquirido pela experiência, no sentido da promoção da sua perícia.

Neste âmbito, os enfermeiros em fases de desenvolvimento de competências mais avançadas deverão demonstrar maior capacidade para refletir sobre a temática e decidir adequadamente sobre a importância da higienização das mãos e pertinência do uso adequado de luvas. Consideramos que o desenvolvimento de investigação sobre esta temática é uma responsabilidade que permitirá valorizar o conhecimento da enfermagem.

NOTA CONCLUSIVA

Com esta reflexão pretendemos valorizar a importância dos cuidados de higiene e conforto para a pessoa cuidada e para os enfermeiros, reafirmando o impacto que poderão ter na prevenção de eventos adversos, resultados de saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem e qualidade de cuidados.

As IACS e os cuidados de higiene surgem na atualidade como duas problemáticas associadas, em que os enfermeiros poderão contribuir muito positivamente para melhorar os resultados em saúde.

Mas, apesar de as IACS serem uma preocupação mundial pela morbilidade e mortalidade associadas, e estarem claramente definidas as orientações nacionais e internacionais para a sua prevenção, nomeadamente quanto à higienização das mãos e uso adequado de luvas durante os cuidados de higiene, ainda se verificam más práticas.

Assim, o enfermeiro antes de iniciar e durante o cuidado de higiene e conforto deverá proceder à avaliação da pessoa, no sentido de identificar qual o nível de intervenção necessário durante os cuidados e consequentemente que EPI se devem utilizar.

Para a prevenção de IACS, a higienização das mãos é a medida considerada mais eficaz e não deverá ser substituída pelo uso de luvas entre doentes e no mesmo doente, em diferentes cuidados.

Não menos importante é ter em conta o impacto que as luvas poderão ter como barreira no processo comunicacional e relação estabelecida entre enfermeiro e a pessoa, assim como o desconforto provocado no contacto com a pele.

Noutra perspetiva, não poderá ser esquecido que para algumas pessoas, as luvas poderão ser entendidas como forma de preservação da privacidade/intimidade, ao impedir o contacto da sua pele com a do profissional de saúde. Esta constatação reforça a importância do questionamento da pessoa sobre como gostaria de ser cuidada, ou a explicação sobre a necessidade de utilização de luvas em caso de risco de infeção.

O cuidado de higiene e conforto decorre diariamente nos hospitais, rotinizado, incorporados nas suas realidades organizacionais e culturais, pelo que é fundamental discutir as práticas em uso de forma a potenciar as oportunidades que estes cuidados representam para a prevenção de eventos adversos, satisfação dos doentes e qualidade de cuidados.

As instituições de ensino têm, também, um papel fulcral na valorização destes cuidados, sendo que deverão centrar a formação neste âmbito não apenas na formação do primeiro ciclo, mas também na formação pós-graduada, mobilizando a experiência, o conhecimento prático dos enfermeiros e incentivando a investigação científica nesta área.

Efetivamente o enfermeiro durante os cuidados de higiene e conforto, apesar da evolução tecnológica da atualidade, continua a ter um papel fundamental e insubstituível quando se almeja a qualidade de cuidados em saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, C. (2015). *A percepção dos enfermeiros relacionada com o erro na prática clínica: Implicações para o planeamento de cuidados e para a formação*. (Tese de doutoramento). Universidade de Coimbra, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Portugal.
- Augusto, B. (2004). *O corpo e os cuidados*. Coimbra, Portugal: Formasau.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito*. Coimbra, Portugal: Quarteto.
- Carvajal Carrascal, G., & Montenegro Ramírez, J. D. (2015). Hygiene: Basic care that promotes comfort in critically ill patients. *Enfermería Global*, 14(40), 351-361.
- Collière, M. (2003). *Cuidar... a primeira arte da vida* (2ª ed.). Loures, Portugal: Lusociência.
- Direção-Geral da Saúde. (2007). *Programa nacional de prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados de saúde*. Lisboa, Portugal: Autor.

- Direção-Geral da Saúde. (2010). *Orientação de boa prática para a higiene das mãos nas Unidades de Saúde*. Norma Nº: 13/DQS/DSD de 14/06/2010. Lisboa, Portugal: Autor.
- Direção-Geral da Saúde. (2013). *Precauções básicas do controlo da infeção (PBCI)*. Norma nº 029/2012, atualizada em 31/10/2013. Lisboa, Portugal: Autor.
- Direção-Geral da Saúde. (2015). *Uso e gestão de luvas nas unidades de saúde*. Norma nº 013/2014, atualizada em 07/08/2015. Lisboa, Portugal: Autor.
- El-Soussi, A. H., & Asfour, H. I. (2017). A return to the basics; nurses' practices and knowledge about interventional patient hygiene in critical care units. *Intensive And Critical Care Nursing*, 40, 11-17. doi:10.1016/j.iccn.2016.10.002
- Fernandes, P. A., Silva, M. G., Cruz, A. P., & Paiva, J. A. (2016). *Programa de prevenção e controlo de infeções e de resistência aos antimicrobianos em números-2015*. Lisboa, Portugal: Direção-Geral da Saúde.
- Fonseca, E. F., Penaforte, M. H., & Martins, M. M. (2015). Hygiene care - bath: meanings and perspectives of nurses. *Revista De Enfermagem Referência*, 4(5), 37-45. doi:10.12707/RIV14066
- Gineste, Y., & Pellissier, J. (2008). *Humanitude: Cuidar e compreender a velhice, cuidar dos homens velhos*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Lopes, M. A. (2005). Dificuldades ocultas na interação dos cuidados de enfermagem ao corpo da pessoa idosa. *Pensar Enfermagem*, 9(1), 2-12.
- Möller, G., & Magalhães, A. M. (2015). Bed Baths: Nursing staff workload and patient. *Texto & Contexto Enfermagem*, 24(4), 1044-1052. doi:10.1590/0104-0707201500003110014
- Moura, C., Martins, M., Lobo, A., Ribeiro, C., & Sequeira, C. (2015) Preservação da privacidade em hemodiálise: Perceção dos enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(6), 97-104.
- Penaforte, M. H. (2011). *O Autocuidado de higiene: Conhecimento científico e ritual* (Tese de doutoramento). Recuperado de <http://repositorio.ul.pt/handle/10451/7342>
- Pina, E., Paiva, J., Nogueira, P., & Silva, M. (2013). *Prevalência de infeção adquirida no hospital e do uso de antimicrobianos nos hospitais portugueses: Inquérito 2012*. Lisboa: Direção Geral de Saúde: Departamento de Qualidade em Saúde.
- Rebelo, M. T. (2012). O regresso do doente a casa: Saberes e práticas dos enfermeiros no processo de alta. In M. Basto (Org.), *Cuidar em enfermagem: Saberes da prática* (pp.189-273). Coimbra, Portugal: Formasau.
- Ribeiro, P. C. (2012). *A natureza do processo de conforto do doente idoso crónico em contexto hospitalar construção de uma teoria explicativa: Projecto integrado de vivência e cuidado co-criado* (Tese de doutoramento). Recuperado de <http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/12685/1/Tese%20Doutoramento%20-%20Patr%C3%ADcia%20Pont%C3%ADfice%20Sousa.pdf>
- Simões, M., Salgueiro, N., & Rodrigues, M. (2012). Cuidar em Humanitude: Estudo aplicado em cuidados continuados. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(6), 81-93.
- Vollman, K. (2013). Interventional patient hygiene: Discussion of the issues and a proposed model for implementation of the nursing care basics. *Intensive and Critical Care Nursing*, 29(5), 250-255. doi:10.1016/j.iccn.2013.04.004

CAPÍTULO VII

CUIDADOS DE HIGIENE E CONFORTO: CONTRIBUTO DA METODOLOGIA DE CUIDADO HUMANIDADE PARA A DIGNIFICAÇÃO DA PESSOA CUIDADA

ROSA CÂNDIDA MELO¹

JOÃO PÄRTEL ARAÚJO²

CIDALINA DA CONCEIÇÃO ABREU³

ANABELA SALGUEIRO OLIVEIRA⁴

ANTÓNIO MANUEL FERNANDES⁵

MARIA DA CONCEIÇÃO ALEGRE DE SÁ⁶

INTRODUÇÃO

O cuidado de higiene e conforto é uma necessidade humana, “imprescindível para a condição de vida saudável” (Nóbrega & Silva, 2009, p. 9), considerada por Henderson, em 1965, no seu modelo teórico, como uma das 14 necessidades essenciais.

Cuidado de higiene e conforto pode ser definido como um conjunto de práticas que visam manter a pessoa limpa, promovendo-lhe proteção, promoção e manutenção de saúde, relaxamento, conforto, autoestima e sensação de bem-estar (Nightingale, 2005; Potter & Perry, 2006).

1 Contribuição no capítulo: pesquisa bibliográfica, conceção e escreveu o capítulo.

2 Contribuição no capítulo: conceção, pesquisa bibliográfica, escreveu parte dos capítulos assim como realizou a leitura e a revisão final.

3 Contribuição no capítulo: pesquisa bibliográfica, colaboração da escrita do capítulo, leitura e revisão do capítulo.

4 Contribuição no capítulo: pesquisa bibliográfica, colaboração na escrita do capítulo, leitura e revisão do capítulo.

5 Contribuição no capítulo: revisão crítica do manuscrito quanto ao conteúdo.

6 Contribuição no capítulo: revisão crítica do manuscrito quanto ao conteúdo.

No estudo realizado por Fonseca, Penaforte, e Martins (2015), o banho foi considerado pelos enfermeiros como um instrumento de cuidado, tempo de relação, momento de atenção às necessidades e processo de organização dos cuidados. Relativamente ao banho como instrumento de cuidado, os enfermeiros enfatizaram que este é um momento em que se promove a higiene corporal, proporcionando um momento de avaliação, de mobilização e de relaxamento. No banho, como um tempo de relação, foi referido que é uma oportunidade para se fortalecer a relação terapêutica, pois é um momento onde estão mais tempo junto das pessoas cuidadas. No banho, como um momento de atenção às necessidades, os enfermeiros valorizaram os seguintes focos: Pele, mobilidade, autocuidado, higiene, orientação, odor e ventilação. No banho, enquanto um processo de organização de cuidados, os enfermeiros referiram que é o momento propício à recolha de dados para o diagnóstico, dado que a pessoa se encontra mais exposta, tornando-se mais fácil a perceção geral do corpo da pessoa através da observação.

Este momento de grande intimidade permite ainda proporcionar um espaço de escuta ativa, comunicação, presença, partilha de saberes e de avaliação da pessoa cuidada, permitindo elencar os focos que necessitam de intervenção (Fonseca et al., 2015).

Assim, a prestação de cuidados de higiene e conforto tem vários objetivos, desde a limpeza da pele e a sua hidratação, proporcionar conforto, bem-estar, relaxamento e repouso, melhorando a autoimagem e promovendo o autocuidado de higiene pessoal.

O enfermeiro tem um papel muito importante na promoção do autocuidado. Para isso, deve realizar uma avaliação da pessoa durante os cuidados de higiene para poder identificar os conhecimentos, motivação e capacidade para o autocuidado e planejar intervenções adequadas no sentido de obter resultados de saúde sensível aos cuidados de enfermagem, com impacte positivo na promoção da saúde e no bem-estar da pessoa (Petronilho, 2012).

Dado o cuidado de higiene ser um cuidado de manutenção de vida e ser complexo, o enfermeiro é considerado o profissional de saúde com conhecimentos e competência para a sua prescrição e prestação (Phaneuf, 2010). Como é um cuidado em que o enfermeiro está com a pessoa, de forma continuada, num maior período de tempo (Gineste & Pellissier, 2008), é um momento privilegiado para estabelecer uma comunicação terapêutica, conhecer a pessoa, realizar o exame físico, estimular a nível multissensorial, promover a verticalização e a mobilização ao longo de todo o procedimento, proporcionando vários benefícios a nível dos vários sistemas (Phaneuf, 2007, 2010).

Mas apesar de se conhecerem os benefícios atribuídos aos cuidados de higiene, estes têm sido alvo de desvalorização, sendo encarados como secundários, organizando-se em torno das necessidades dos profissionais (Penaforte, 2011). Muitas vezes são prestados sem interagir com o alvo dos cuidados (Nóbrega & Silva, 2009), sendo

esquecida a parte mais importante dos mesmos: A relação com a pessoa, perdendo-se uma oportunidade de investir na promoção da saúde, na prestação de apoio emocional e promoção de conforto e bem-estar (Collière, 2003).

Assim, como as pessoas cuidadas valorizam a dimensão humana, relacional e terapêutica (disponibilidade, comunicação, atenção, privacidade, simpatia e confiança; Penaforte, 2011), para se poder preservar as particularidades e características de cada pessoa, torna-se fundamental que se conheça bem a pessoa cuidada, os seus hábitos, os seus desejos, o que a faz sentir-se bem, com o objetivo de uma prescrição de cuidados específicos e individualizados.

Ao longo deste capítulo refletiremos sobre a importância do cuidado de higiene e conforto como um momento avaliativo e imprescindível para a prescrição do cuidado, tendo em conta as particularidades da pessoa cuidada, os objetivos a atingir e os resultados que se pretendem alcançar. Esta prescrição do cuidado vai desde a tipologia do cuidado, sequência da higiene e condições de realização.

CUIDADO DE HIGIENE E CONFORTO

Cuidar em enfermagem é complexo e o cuidado de higiene e conforto denota essa complexidade, não apenas pela necessidade de considerarmos a avaliação da pessoa nas suas diferentes dimensões, mas também, pela oportunidade de num momento de interação longo e de grande proximidade permitir implementar diferentes cuidados que vão muito para além do procedimento de lavar a pele.

Numa perspetiva histórica, para Nightingale (2005), o banho estava associado à água quente, favorecedora da limpeza, destacando-se a higiene do corpo para o restabelecimento da saúde, conforto e alívio. Assim sendo, concedia-lhe propriedades para além da limpeza, como a de tornar “puro” porque a pele sem ser lavada “envenenava” o doente. Por outro lado, Henderson (2007) salienta como fulcral nos cuidados de enfermagem “ajudar o doente a manter o corpo limpo, com bom aspeto e a proteger os tegumentos” (p. 45), seu valor físico e fisiológico. A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) define cuidar de higiene como a ação de “executar: Dar banho, mudar a roupa, levantar da cama, associado a padrão cultural e nível socioeconómico” (International Council of Nurses, 2011, p. 96). Segundo a mesma fonte, o enfermeiro deverá ainda implementar cuidados de conforto, definidos como “sensação de tranquilidade física e bem-estar corporal” (p. 45).

Na senda da constatação relativa à complexidade dos cuidados de higiene e conforto, compreendemos que os conceitos anteriores refletem essa mesma complexidade. Se na

primeira parte do conceito *cuidar de higiene*, estabelecido na CIPE, podemos identificar uma aparente visão redutora do mesmo, quando associamos o padrão cultural, nível socioeconómico da pessoa e o conceito de *conforto*, essa visão altera-se para uma abordagem mais completa e complexa do conceito do cuidado de higiene.

No cuidado de higiene, o enfermeiro, num ambiente de grande intimidade, poderá prestar cuidados personalizados e de elevada qualidade, devendo, para isso, ter em consideração a especificidade de cada pessoa e as necessidades individuais, que dependem de fatores físicos, psicológicos, culturais, socioeconómicos, bem como da idade e dos conhecimentos sobre saúde e higiene (Carrascal & Ramírez, 2015), transformando a “lavagem de outrora num dos momentos mais preciosos do cuidar” (Gineste & Pellissier, 2008, p. 285).

Os cuidados de higiene e conforto são uma oportunidade para comunicar com a pessoa, avaliar a sua condição física e psicológica, identificar medos e ansiedades, planear cuidados e prestar uma atenção individualizada, sem impor os seus próprios padrões de higiene (Carrascal & Ramírez, 2015).

O valor destes cuidados ainda se torna superior, pelo tempo necessário para a realização dos mesmos. Segundo alguns estudos, o enfermeiro está em interação íntima e constante com a pessoa durante um tempo médio que varia entre 14 a 26 minutos (Gineste & Pellissier, 2008; Möller & Magalhães, 2015). O tempo destinado aos cuidados de higiene e conforto é fulcral para a pessoa que se encontra vulnerável e fragilizada, bem como para o enfermeiro, pela importância da relação que se poderá estabelecer.

É importante que, durante os cuidados de higiene e conforto, os enfermeiros valorizem a dimensão humana, relacional e terapêutica que implica vários aspetos como a disponibilidade, informação, explicação, comunicação, atenção, privacidade, simpatia, autonomia, segurança, confiança, entre outros (Penaforte, 2011).

Conforme o acima exposto, salientamos a dimensão relacional com a finalidade de alcançar um resultado terapêutico, considerada essencial nos cuidados de enfermagem, comparativamente à técnica que neste âmbito, seria considerada como acessória (Watson, 2002).

Neste âmbito, é importante que os enfermeiros redesenhem a forma como abordam os cuidados de higiene e conforto e o valor que lhe é atribuído pela cultura organizacional (Vollman, 2013). O facto de os enfermeiros mais qualificados terem assumido funções que não são da sua competência profissional, passando os cuidados de higiene para pessoal com pouca ou nenhuma formação, é uma constatação em muitos contextos de cuidados (Henderson, 2007).

Segundo Carrascal e Ramírez (2015), os profissionais de enfermagem realizam, muitas vezes, os cuidados de uma forma mecânica e delegam os mesmos, sem terem em consideração que esses cuidados constituem indicadores da qualidade dos cuidados.

Também os resultados de uma investigação realizada por El-Soussi e Asfour (2017) revelaram que os cuidados de higiene eram inadequados, verificando-se uma discrepância entre o conhecimento e a aplicação na prática. Ainda, num outro estudo, constatou-se que o tempo do banho não era potenciado para a implementação de outras atividades, nomeadamente para avaliar a pessoa (Möller & Magalhães, 2015).

Assim, considera-se fulcral a avaliação inicial da pessoa e ao longo da prestação dos cuidados de higiene para a tomada de decisão do enfermeiro, nomeadamente quanto aos conhecimentos, motivação e capacidade para o autocuidado.

HIGIENE E CONFORTO: DA AVALIAÇÃO À PRESCRIÇÃO DO CUIDADO

O momento do cuidado de higiene deve ser potenciado, permitindo avaliar as capacidades da pessoa, definir objetivos e prescrever intervenções adequadas para que se obtenham ganhos em saúde (Gineste & Pellissier, 2008; Phaneuf, 2010). A higiene avaliativa é considerada, por estes autores, uma das ferramentas fundamentais para facilitar a adequação do cuidado à situação da pessoa, pois permite avaliar as capacidades da pessoa durante o cuidado, definir objetivos realizáveis, prescrever o tipo de higiene mais ajustado e propor uma sequência de higiene adequada à pessoa, bem como as condições de realização que são necessárias para se alcançar os objetivos (Gineste & Pellissier, 2008; Phaneuf, 2010).

Os procedimentos técnicos e relacionais inerentes a este cuidado resultam de um processo altamente complexo de tomada de decisão clínica do enfermeiro, atendendo sempre à condição da pessoa e à individualização do cuidado, seguindo o processo de enfermagem, nas suas diferentes etapas: (i) a colheita de dados, que permite a busca sistemática de informações sobre a pessoa, os seus hábitos de vida e as suas dificuldades; (ii) a análise e interpretação dos dados, que permite chegar ao diagnóstico de enfermagem; (iii) a planificação, definição de objetivos e intervenções, para resolver a dificuldade e ajudar a pessoa a satisfazer as suas necessidades; (iv) a execução das intervenções, aplicação do plano definido; e (v) a avaliação, que permite a apreciação dos resultados obtidos, a eficácia e adequação do plano e sua atualização (Phaneuf, 2001).

A colheita de dados, no momento de acolhimento da pessoa, torna-se um momento crucial para o planeamento de um cuidado individualizado. Assim, deve-se obter dados sobre os hábitos, importância atribuída à limpeza e sua apresentação, e preferência em relação aos cuidados de higiene, no seu quotidiano como “frequência e tipo de cuidados: Banho, duche, cuidados dos dentes, das unhas, dos cabelos, etc., e produtos utilizados” (Phaneuf, 2001, p. 77). Segundo esta autora, no caso de se verificar alguma dependência, deve-se avaliar que recursos e estratégias adaptativas utilizava antes

de ser internada, e qual a sua interferência na manutenção dos seus hábitos de vida. Numa situação de perda de autonomia, do ponto de vista cognitivo, deve-se avaliar a sua capacidade estimulando-a para a tomada de decisão, só assistindo naquilo que a pessoa não consegue de todo executar, envolvendo-a no cuidado, maximizando potencialidades e minimizando dependências (Gineste & Pellissier, 2008; Phaneuf, 2001, 2010).

Com o intuito de melhorar ou manter as capacidades da pessoa para o autocuidado, o enfermeiro não se deve centrar apenas na dependência da pessoa, devendo avaliar também o seu potencial, atendendo à capacidade cognitiva, capacidade motora, estratégias adaptativas que possam facilitar a manutenção e/ou reaquisição da sua independência e autonomia (Gineste & Pellissier, 2008; Nightingale, 2005; Phaneuf, 2010).

Uma avaliação incompleta ou incorreta dá origem a um diagnóstico errado e a uma prescrição inadequada. Por isso, é fundamental elaborar o diagnóstico certo, para se definirem os objetivos que se pretendem atingir e as intervenções adequadas, para que possam haver ganhos em saúde.

Assim, o plano de cuidados deve ser individualizado e ter em consideração: (i) as características da pessoa cuidada, nomeadamente os seus gostos e hábitos; (ii) a tipologia do cuidado, que se obtém através da avaliação das capacidades da pessoa; e (iii) a sequência do cuidado adequado à pessoa cuidada e as condições de realização, como o horário, recursos necessários e ambiente (Gineste & Pellissier, 2008; Phaneuf, 2010).

TIPOLOGIA DOS CUIDADOS DE HIGIENE

De acordo com Gineste e Pellissier (2008), existem vários tipos de higiene que devem ser ajustados a cada pessoa de acordo com o diagnóstico efetuado e os objetivos que se pretendem atingir. No entanto, segundo estes autores, o melhor tipo de higiene, salvo contraindicações, é aquele que a pessoa prefere. Contraria-se, assim, o conceito de um procedimento de higiene único para um tipo de higiene adequado à unicidade e individualidade de cada pessoa.

Assim, Gineste e Pellissier (2008) defendem que os cuidados de higiene deverão ser realizados com a pessoa o mais vertical possível. Tendo em conta as condições físicas e cognitivas da pessoa cuidada e os objetivos definidos, os cuidados de higiene podem ter as seguintes tipologias: de pé, de pé-sentados, sentados-de-pé, sentados-deitados e deitados (Gineste & Pellissier, 2008). Segundo estes autores, (i) os cuidados de pé estão indicados para as pessoas que se levantam e mantêm de pé sozinhas durante todo o cuidado; (ii) os cuidados de pé-sentados, em pessoas que não conseguem estar todo o cuidado de pé, num período estão de pé e noutros sentados; (iii) os cuidados sentados-

de-pé, são pessoas que se mantêm de pé menos de 40 segundos, neste caso estão sentados a maior parte do tempo; (iv) os cuidados sentados-deitados, indicados para pessoas que não têm capacidade motora de se manterem de pé, sobre os seus membros inferiores e não têm contraindicação para se sentarem, no cuidado a pessoa está uma parte sentada e outra deitada; e (v) os cuidados deitados, para pessoas em que o levantar está contraindicado, tendo prescrição de repouso absoluto no leito ou não podem ou não querem ser levantadas, correspondendo a cerca de 1% das pessoas residentes em lares ou em unidade de cuidados continuados de longa duração (Gineste & Pellissier, 2008).

Assim, para Gineste e Pellissier (2008) e para Phaneuf (2010), a maioria dos cuidados de higiene deve ser realizado de preferência de pé, de acordo com as condições da pessoa, de pé-sentado ou sentado-de pé, devido às múltiplas vantagens nos vários sistemas do corpo humano. Especificamente, (i) no sistema muscular, permite a manutenção da amplitude dos movimentos; (ii) no sistema ósseo, possibilita a prevenção da osteoporose dado que favorece o metabolismo ósseo do cálcio que se faz através da carga; (iii) na função respiratória, aumenta a capacidade pulmonar, melhorando a ventilação pulmonar; (iv) na atividade cardíaca e circulação sanguínea, porque a posição de pé favorece o retorno venoso periférico; (v) no sistema nervoso central, porque promove a estimulação sensorial, a relação e a manutenção do esquema corporal e do equilíbrio. Para Phaneuf (2007), “deixá-los no leito, quando podem levantar-se é um atentado sério à sua humanidade e um risco para a sua saúde” (p. 6). No entanto, segundo Simões, Salgueiro, e Rodrigues (2012), os cuidados no leito muitas vezes são realizados a pessoas que têm capacidade para se colocar de pé ou mesmo andar.

Segundo Gineste e Pellissier (2008), a partir do momento em que a pessoa não tem contraindicação para se verticalizar, e atendendo às vantagens da verticalização e da mobilização, a higiene no leito ou na maca duche tornam-se inúteis ou mesmo prejudiciais. Neste sentido, devem-se prescrever maioritariamente os duches, ou a higiene no lavatório de pé, ou em alternância de-pé-sentados, para as pessoas que não se podem manter de pé durante todo o cuidado. No caso das pessoas que só se conseguem manter de pé cerca de 40 segundos, pode-se utilizar o verticalizador possibilitando, assim, um aumento considerável dos tempos de verticalização diários, com vantagens ao nível dos vários sistemas do corpo humano e permitindo, muitas vezes, a recuperação da marcha (Gineste & Pellissier, 2008).

Para os autores atrás referidos (Gineste & Pellissier, 2008), no caso da pessoa que não tem capacidade para se manter de pé sobre os seus membros inferiores e não há contraindicação de elevar o tronco, o cuidado pode ser misto, deitado e sentado. No entanto, deve manter-se, o maior período possível de tempo, sentada, permitindo o contacto visual com o cuidador, facilitando o autocuidado, a comunicação e a interação com o meio ambiente.

De acordo com as diferentes tipologias, os cuidados de higiene podem ser realizados: (i) em pé, no duche; (ii) no duche, com um período de tempo sentado e outro de pé; (iii) no lavatório, de pé; ou (iv) no lavatório, intercalando períodos de tempo sentado e outro de pé, de acordo com as capacidades da pessoa e dos objetivos definidos (Gineste & Pellissier, 2008).

Na maior parte das instituições de saúde, o duche no chuveiro só é proposto para pessoas autónomas e independentes. No entanto, este deverá sempre constituir-se como a primeira opção para que se mantenham os hábitos anteriores das pessoas e se consigam atingir de forma mais eficaz todos os objetivos definidos. Assim, o banho no leito deve considerar-se como último recurso, quando não há outra alternativa. Isto é particularmente importante visto que, de acordo com Simões et al. (2012), a pessoa deixada na posição horizontal “vai perdendo progressivamente o esquema corporal e a inteligência sensoriomotora, afetando mesmo a inteligência conceptual” (p. 91). Segundo Gineste e Pellissier (2008), a “indicação do duche é, pois, uma prescrição de enfermagem que se inscreve no quadro da prevenção das escaras” (p. 309), dado que, de acordo com os estudos efetuados, o duche previne estas lesões pela vasodilatação que provoca, aumentando a circulação sanguínea na zona afetada.

Quando a pessoa tem indicação de repouso absoluto no leito, existem equipamentos adaptativos que podem otimizar este cuidado, como as macas-duche e os chuveiros portáteis, em alternativa à higiene no leito com bacias/taças e manábulas. Estes equipamentos possuem vantagens ao nível do conforto e relaxamento provocados pelo jato de água, bem como de limpeza, por permitir o enxaguamento com água corrente, diminuindo a contaminação da utilização da mesma água das bacias/taças no banho tradicional (Gineste & Pellissier, 2008).

Pressupõe-se que a tipologia do cuidado de higiene deve responder sempre aos pressupostos de conforto, vontade, higienização, manutenção de capacidades, promoção da funcionalidade e prevenção da degradação física e cognitiva.

SEQUÊNCIAS NA HIGIENE

Relativamente à sequência da higiene, esta deve ser a que melhor se adegue à pessoa e à situação. Deve-se respeitar o bem-estar da pessoa, modificando a ordem por onde se iniciam os cuidados consoante a sua sensibilidade, vontade, condição e hábitos anteriores (Gineste & Pellissier, 2008).

Segundo Gineste e Pellissier (2008) e Phaneuf (2010), a sequência nos cuidados de higiene deve ter em conta os objetivos definidos e seguir alguns princípios orientadores, que não se devem constituir de modo inflexível, mas adequados à pessoa.

Assim, se o objetivo prioritário do cuidado é a higiene e a limpeza, pode ser utilizada a sequência clássica, da zona mais limpa para a mais suja. De acordo com este pressuposto, deve ter-se em consideração que, de acordo com os estudos microbiológicos, a face, as mãos, os genitais e a região perianal são das zonas mais contaminadas (Wilson, 2005).

No entanto, se estamos a prestar cuidados de higiene a uma pessoa pudica ou se é a primeira vez que lhe é prestado este cuidado íntimo por profissionais que não conhece e não tem ligação emocional, deve-se iniciar pelas zonas que são aceites socialmente (mãos, ombros, braços, antebraços, costas) e terminar nas zonas mais íntimas (face, peito na mulher e genitais). De acordo com o estudo desenvolvido por Suvilehto, Glerean, Dunbar, Hari, e Nummenmaa (2015), a zona corporal onde o toque é permitido depende do vínculo emocional estabelecido com a pessoa. Assim, neste cuidado íntimo, devemos iniciar o toque por zonas do corpo socialmente mais aceites e ir progredindo para as zonas mais íntimas, com um toque amplo, lento, suave, devendo ser mantido durante todo o cuidado (Gineste & Pellissier, 2008; Simões et al., 2012).

Quando estamos a prestar o cuidado de higiene a uma pessoa que não se exprime (por exemplo, pessoa em coma, em síndrome de imobilismo) ou com alterações cognitivas (que pode não compreender o cuidado e reagir com comportamentos de agitação), deve-se iniciar o cuidado das zonas menos sensíveis (pernas, costas, braços e antebraços) para as zonas mais sensíveis (pés, mãos e face; Nakamura et al., 1998).

No caso de se prestar o cuidado de higiene a uma pessoa com dores numa determinada zona, é recomendável iniciar pelas zonas menos dolorosas e com movimentos longos e vastos estimulando as fibras do prazer (fibras C), promovendo o relaxamento e sensações agradáveis pela libertação de endorfinas (responsáveis por aliviar a dor e oferecer as sensações de prazer) e deixar as zonas mais dolorosas para último lugar. Com esta sequência é possível reduzir a perceção de dor durante os cuidados, dado que segundo McGlone, Vallbo, Olausson, Loken, e Wessberg (2007), o sistema de fibras nervosas C presentes na pele responde a toques carinhosos, podendo diminuir a atividade nos nervos que transportam a sensação de dor (fibras A). Para estes autores, essas fibras C respondem a toques suaves, levando o sinal de prazer para a região do cérebro (sistema límbico) responsável pela “recompensa”, justificando a razão pela qual as pessoas sentem prazer na massagem com a utilização de cremes, no escovar os cabelos ou com uma mão no ombro, podendo ser mais eficientes no alívio da dor, do que as palavras. Assim, segundo estes autores, algumas partes do corpo são mais sensíveis ao toque do que outras, sendo a sensação de prazer proporcionada diferente conforme o modo onde é tocado.

Assim, de acordo com Gineste e Pellissier (2008), não nos devemos esquecer que a melhor sequência nos cuidados de higiene deve ter em conta a condição da pessoa, os seus hábitos e desejos. Para isso, é fundamental o diagnóstico adequado, realizando o planeamento

e prescrição do cuidado atendendo à melhor sequência de higiene para a pessoa em causa. Deve, igualmente, ter-se sempre presente que se não houver contraindicação, a sequência é a que a pessoa prefere. Para isso, devemos promover a autonomia e estimular o autocuidado, permitindo que a pessoa inicie e termine o cuidado por onde desejar.

Segundo Simões et al. (2012), há um longo caminho a percorrer, terminando com “os falsos princípios que, passados de geração em geração, deram origem a uma cultura de cuidados difícil de mudar” (p. 92). Assim, de acordo com os autores é necessária a mudança de paradigma “do banho no leito, com uma taça com água e gel ... numa única sequência cefalo-caudal ... para um cuidado de pé utilizando água corrente, passando do lavar para um cuidado especializado com imensas possibilidades de estimulação e reabilitação” (Simões et al., 2012, p. 92).

CONDIÇÕES DE REALIZAÇÃO

Para a prestação do cuidado de higiene, é necessário ter em conta algumas condições para atingir o objetivo definido. Por exemplo, a preferência de cuidado, o número de cuidadores necessários à realização do cuidado e à transferência, os equipamentos necessários, as dicas pessoais, relacionais e de cuidado, facilitadoras da interação com a pessoa.

No que diz respeito à preferência do cuidado, deve considerar-se o horário, local, tipo de higiene principal e alternativo (ou seja, aquele que é mais frequente de acordo com o desejo da pessoa e qual o cuidado alternativo). A frequência do cuidado de higiene deve ser negociada, de acordo com a preferência da pessoa e as características da pele. Devem considerar-se, neste contexto, as alterações fisiológicas na pele da pessoa idosa, tornando-se mais frágil, bem como a atrofia das glândulas sebáceas, que origina desidratação da pele (Stephen-Haynes, 2012).

Quanto ao número de cuidadores e competências destes para a prestação dos cuidados, deve-se ter em consideração quantos profissionais e de que categoria profissional (enfermeiro, assistente operacional) são necessários para a transferência, verticalização, e prestação do cuidado de higiene naquela situação específica, atendendo não só à dependência física, mas também à dependência cognitiva e relacional. É também importante planear quais são os equipamentos necessários para a transferência e os auxiliares de marcha. Para a transferência, o verticalizador é preferível ao elevador, porque permite à pessoa ficar de pé enquanto o elevador é passivo. Poderá ser usado o tapete de transferência, o resguardo para mobilização, a cadeira de rodas, as canadianas e andarilho. Deve também ser planeada a utilização de equipamentos para o cuidado de higiene como a maca duche, as barras de apoio e a cadeira de banho, devidamente adaptadas e em condições de utilização.

As dicas pessoais e relacionais são particularidades que permitem a personalização do cuidado, sendo fundamentais na interação com a pessoa cuidada, evitando comportamentos de agitação e de oposição ao cuidado. Assim, devem considerar-se as palavras positivas para a pessoa cuidada, o que gosta de ouvir, que palavras ou assuntos são facilitadores da relação, ou que devem ser evitados porque provocam ansiedade (Barbosa, Sousa, Nolan, & Figueiredo, 2015). Outro tipo de aspetos que devem ser atendidos diz respeito, por exemplo, ao tipo de produtos de higiene pessoal que a pessoa prefere e está habituada, pressão da água do chuveiro, e temperatura da água.

OPERACIONALIZAÇÃO DO CUIDADO DE HIGIENE: DINÂMICA DO BANHO

Para Fonseca et al. (2015), a dinâmica do banho subdivide-se em 3 fases: A abordagem e instrução do procedimento, o cuidado com o corpo e a finalização do cuidado.

Para estas autoras, a primeira fase (abordagem e instrução do procedimento) pode ser vista de duas perspetivas: Aquela em que o cuidado é negociado com a pessoa, proporcionando o momento de consentimento para os cuidados de higiene; e aquela, mais observada na prática, em que a pessoa é abordada de forma imperativa, sendo-lhe imposto o banho. Também no estudo de Simões et al. (2012), “os cuidadores chegavam, abeiravam-se da pessoa, começavam de imediato a exercer o cuidado ou diziam ao que vinham sem esperar pela resposta, olhando para baixo/para o que estavam a executar” (p. 89; os seus olhares não encontravam os olhos da pessoa que cuidavam).

Na segunda fase, relativa ao cuidado com o corpo, no estudo de Fonseca et al. (2015), observou-se que os enfermeiros realizam o cuidado de uma forma sequencial, cefalo-caudal, como aprenderam academicamente e como as instituições preconizam. Ainda de acordo com estas autoras, foi observado que, durante os cuidados de higiene, a pessoa pode ser considerada como parte ativa, colaborando na higiene, ou ser considerada como simples recetora do cuidado, em que as conversas ocorrem entre os profissionais que prestam o cuidado, sem haver qualquer tipo de interação com a pessoa cuidada. Também no estudo de Simões et al. (2012) se verificaram “conversas entre os profissionais, deixando o doente à margem” (p. 89). Segundo Fonseca et al. (2015), quando a pessoa é considerada como um parceiro ativo, esta manifesta um sentimento de pertença, de valorização e de respeito, conseguindo comunicar eficazmente, quer de forma verbal, quer de forma não-verbal. Quando a pessoa é mero recetor dos mesmos, estes cuidados são caracterizados como rotina dos serviços, não atribuindo qualquer valorização à pessoa de quem se cuida.

Na terceira fase, a finalização do cuidado, as autoras caracterizam este momento pela arrumação do material, as grades são levantadas e o enfermeiro ausenta-se do quarto.

Segundo Fonseca et al. (2015), neste momento de finalização encontram-se diferenças entre os enfermeiros. Enquanto alguns se despedem das pessoas, remarcando um novo encontro, outros enfermeiros simplesmente abandonam o quarto sem verbalizar nada.

Do exposto denota-se que não há intencionalidade e método na sistematização da relação, desde a abordagem inicial à pessoa à finalização do cuidado. Assim, no primeiro momento de abordagem, devemos atender a alguns princípios que vão facilitar o estabelecimento da relação e à aceitabilidade dos cuidados. Para além de atender a uma boa apresentação pessoal (vestuário e apresentação cuidada), devemos ainda atender ao uso do olhar, da palavra e do toque.

A Metodologia de Cuidado Gineste-Marescotti® (MGM®), também designada de Metodologia de Cuidado Humanidade, em desenvolvimento desde 1979, contempla uma sequência relacional denominada de captura sensorial®, que é transversal a qualquer cuidado. Esta sequência desenvolve-se em cinco etapas dinâmicas e sucessivas que vão dos pré-preliminares e preliminares, que correspondem à preparação do cuidado e abordagem inicial; *rebouclage* sensorial ou realização do cuidado; e a consolidação emocional, que corresponde à finalização do cuidado e marcação do reencontro, para evitar sentimento de abandono (Gineste & Marescotti, 2008; Salgueiro, 2014; Simões et al., 2012).

A primeira etapa diz respeito aos pré-preliminares do cuidado, tendo como objetivo preparar a pessoa para o encontro e evitar cuidados em surpresa, permitindo respeitar a privacidade, a liberdade e a autonomia da pessoa alvo de cuidados (Salgueiro, 2014; Simões, et al., 2012). Especificamente, este momento implica anunciar-nos, batendo na porta do quarto e aguardar resposta para entrar (três toques, aguardar 3 segundos, se não obtivermos resposta voltar a bater três vezes, aguardar 3 segundos, se não se obtiver resposta bater uma vez e entrar e repetir o procedimento na superfície onde a pessoa está, cama ou cadeira).

A segunda etapa consiste nos “preliminares do cuidado”, que têm como objetivo estabelecer uma relação de confiança e obter consentimento relacional, promovendo a aceitação do cuidado através dos três pilares relacionais: Olhar, palavra e toque (Gineste & Pellissier, 2008; Simões et al., 2012).

Após o consentimento relacional, negocia-se o cuidado, iniciando-se assim a terceira etapa *rebouclage* sensorial, que se traduz por um estado de bem-estar obtido através da coerência entre todas as entradas sensoriais (visão, audição, tato e olfato), provocando relaxamento muscular e facilitando a prestação dos cuidados (Salgueiro, 2014; Simões et al., 2012). Durante o cuidado de higiene é fundamental manter a relação, através do olhar, da palavra e do toque. Assim, devemos dar intencionalidade à forma como olhamos para a pessoa, isto é, deve ser adotado um olhar horizontal, para que a pessoa não se sinta inferiorizada; axial, ou seja, de frente para a pessoa, para demonstrar franqueza;

longo, permitindo a construção de uma relação de confiança; e, próximo, para que a pessoa sinta que naquele momento, o enfermeiro está preocupado com a satisfação das suas necessidades (Gineste & Pellissier, 2008; Salgueiro, 2014; Simões et al., 2012).

Segundo Simões et al. (2012), durante a realização do cuidado de higiene é fundamental “a utilização e reforço das capacidades restantes e da estimulação das forças de vida das pessoas cuidadas” (p. 90), estimulando-a ao autocuidado e dando-lhe reforços positivos pelos esforços realizados e pelo sucesso alcançado.

A verticalidade deve ser mantida, sempre que possível, nos cuidados de higiene. Não só pelos benefícios fisiológicos para o organismo, mas porque permite também o aumento da amplitude visual, estimulação da comunicação e da capacidade sensorial e cognitiva (Phaneuf, 2010).

No final do cuidado é importante o fecho do cuidado através da consolidação emocional, deixando na memória emocional uma impressão positiva. Para obter este resultado deve-se valorizar o encontro e a pessoa, os esforços da pessoa e o que foi conseguido, reforçando positivamente os benefícios do cuidado, por mínimos que tenham sido (Salgueiro, 2014).

Por último, a marcação do reencontro é o momento em que o enfermeiro se despede da pessoa cuidada e marca um novo reencontro (por exemplo, venho ter consigo daqui a 20 minutos, na hora do almoço, ...) e tem como principais objetivos evitar, por parte da pessoa cuidada, a sensação de abandono e de desprezo, reorganizar os cuidados em função da pessoa e conseguir um compromisso mútuo para os cuidados futuros, dignificando a pessoa (Gineste & Pellissier, 2008).

PRINCÍPIOS A TER EM CONTA DURANTE OS CUIDADOS DE HIGIENE E CONFORTO

Nos cuidados de higiene, devem ser respeitados alguns princípios como a antecipação de todo o material necessário ao cuidado para evitar interromper o cuidado. Segundo Brooker, Woolley, e Lee (2007), interromper o cuidado é considerado um comportamento negativo, embora na prática se verifiquem várias interrupções durante os cuidados de higiene (Simões et al., 2012). No estudo realizado por Fonseca (2013), as interferências sentidas pelos enfermeiros, que condicionaram o momento do banho, estão relacionadas com a visita médica, o rácio enfermeiro/pessoa internada e a não preparação adequada do material antes do início do cuidado de higiene.

Um outro princípio a ter em consideração ao longo do procedimento, visa assegurar a privacidade e a segurança da pessoa, mantendo a pessoa coberta e expondo unicamente

as partes do corpo a serem lavadas. Promove-se, o mais possível, a independência da pessoa no cuidado (Potter & Perry, 2006).

Durante a prestação de cuidados de higiene e conforto, o enfermeiro não deve descurar o respeito pela privacidade da pessoa a ser cuidada. Neste âmbito, Abreu (2015) afirma, sobre a importância em obedecer ao Código Deontológico estipulado pela Ordem dos Enfermeiros, nomeadamente no artigo 81º Dos Valores Humanos, em que apela aos princípios éticos em cuidados de saúde como os relativos à beneficência, não-maleficência, justiça e respeito pela autonomia. Atendendo a estes princípios, os enfermeiros devem cumpri-los escrupulosamente, quando prestam cuidados de higiene e conforto. Neste sentido, deve ser estabelecida uma relação de empatia com o doente, observando-o, conversando com ele e demonstrando interesse e envolvimento no processo de cuidados. Também os enfermeiros devem estar sensibilizados para o respeito pela privacidade da pessoa, introduzindo medidas que permitam salvaguardar a mesma. Exemplos destas medidas incluem o uso de biombos, fechar as cortinas laterais, a exposição mínima do corpo ou cobrir as partes que não necessitam de ficar expostas com compressas, lençóis, entre outros (Baggio, Pomatti, Bettinelli, & Erdmann, 2011).

Com a finalidade de contribuir para a beneficência/não-maleficência da pessoa, isto é, proporcionando-lhe bem-estar e, portanto, não causando dano, podemos colocar as seguintes questões: Ao prestar um cuidado no leito quando a pessoa tem capacidade para se mobilizar, comprometemos este princípio ético? Quando substituímos a pessoa no seu autocuidado, quando ela ainda tem capacidade para o prestar, não estamos a provocar um dano? Quando prestamos um cuidado de surpresa e contra a vontade da pessoa, estamos a comprometer o princípio da não beneficência? Muitas outras questões se poderiam colocar e servir de reflexão sobre a qualidade das nossas práticas.

Neste âmbito, é necessária uma grande reflexão acerca dos cuidados presentemente prestados e ensinados, no sentido de não lhe causar dano físico, nem emocional, contribuído para o bem-estar da pessoa cuidada e respeitando a sua dignidade.

CUIDADO DELEGADO E CONSIDERADO COMO A “TAREFA DO TURNO DA MANHÃ”

Os cuidados de higiene e conforto são, por excelência, um momento privilegiado de contacto com a pessoa em que, para além da intervenção técnica a realizar, é implementado e atualizado todo o processo de enfermagem. No entanto, com a evolução instrumental dos cuidados, esse momento tem sido cada vez mais protocolado, rotinizado e delegado a outros profissionais de saúde não necessariamente competentes para obterem todos os ganhos desse cuidado.

Na prática, principalmente nas Unidades de Cuidados Continuados e Estruturas de Apoio à Pessoa Idosa, verifica-se que os cuidados de higiene são cada vez menos executados e supervisionados pelos profissionais de enfermagem, sendo assegurados por outros técnicos superiores como terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas e auxiliares de ação direta. Sabemos que o cuidado de higiene é considerado um momento de excelência para avaliação, planeamento e execução de intervenções de especialidade, pelo tempo e contexto no qual esse cuidado decorre, e várias especialidades em saúde se socorrem a ele para o seu próprio processo de intervenção. Todavia, não significa que o cuidado de higiene deverá ser desresponsabilizado do profissional de enfermagem. Como profissional especializado no cuidado, de competência técnica regulada e legislada, o/a enfermeiro/a não deixa de estar implicado nesse momento, com responsabilidade direta, sendo sempre da sua responsabilidade o cuidado e consequente resultado, mesmo quando este é delegado. Assim, o/a enfermeiro/a deverá assegurar que o profissional a quem delega o cuidado é detentor de uma informação completa, decorrente da avaliação, e se tem competência e conhecimento para intervir. Por outro lado, o enfermeiro deve orientar, acompanhar e supervisionar os profissionais a quem o cuidado é delegado, estando essa delegação formalizada sob a forma de prescrição do cuidado.

Estes cuidados deveriam ser repensados na perspetiva de serem prestados por enfermeiros, ou, na sua impossibilidade, pelo menos serem prescritos e supervisionados por estes profissionais, dotados de conhecimentos éticos, que têm a capacidade de lidar e respeitar a nudez e a vulnerabilidade da pessoa. Quando estes cuidados são delegados, o enfermeiro deve “responsabilizar-se pelas decisões que toma e pelos atos que pratica ou delega», bem como “assegurar a qualidade e a continuidade das atividades que delegar” (Código Deontológico do Enfermeiro, art.º 79º, alínea b e art.º 88, alínea c) (Ordem dos Enfermeiros, 2005). Ainda de acordo com o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), “os enfermeiros só podem delegar tarefas em pessoal deles funcionalmente dependente quando este tenha a preparação necessária para as executar, conjugando-se sempre a natureza das tarefas com o grau de dependência do utente em cuidados de Enfermagem” (art. 10º, Decreto - Lei 161/96 de 4 de setembro).

No entanto, do que se verifica na prática, os cuidados de higiene são prestados por assistentes operacionais, sem a prescrição do cuidado e sem supervisão do enfermeiro. De acordo com Simões et al. (2012) a “distribuição de cuidados de higiene por enfermeiros e Assistentes Operacionais (AO) não parece obedecer a uma lógica de menor ou maior grau de dependência ou necessidade de estimulação das capacidades físicas e cognitivo-mnésicas da pessoa cuidada” (p. 89), tendo-se observado que os cuidados de higiene tanto eram realizados por enfermeira/o ou AO a doentes acamados, “em limbo geriátrico, fechados sobre si mesmo, rígidos, com contraturas ou agitados” (p. 89).

Esta situação merece uma reflexão profunda para evitar que os cuidados de higiene e conforto deixem de ser considerados como uma simples tarefa do turno da manhã, rotinizada com um único objetivo de higienização, em que as pessoas são reduzidas, essencialmente, a corpos que são cuidados de forma semelhante e repetitiva (Fonseca et al., 2015). Estes cuidados devem passar a ser intencionais de desenvolvimento humano de quem está eticamente vulnerável, preservando as suas particularidades e características como pessoa humana, promovendo a sua dignidade e fazendo com que usufruam dos seus direitos fundamentais: Liberdade, cidadania e autonomia (Gineste & Pellissier, 2008; Phaneuf, 2010; Salgueiro, 2014).

Torna-se, pois, fundamental, refletir sobre a forma como ensinamos os cuidados de higiene e conforto aos enfermeiros, ainda centrado sobre princípios e técnicas obsoletas, esquecendo todo o entrelaçar de cuidados presente neste momento (Collière, 2003, Simões et al., 2012).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, C. (2015). *A perceção dos enfermeiros relacionada com o erro na prática clínica: Implicações para o planeamento de cuidados e para a formação* (Tese de doutoramento). Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal.
- Baggio, M. A., Pomatti, D. M., Bettinelli, L. A., & Erdmann, A. L. (2011). Privacidade em unidades de terapia intensiva: Direitos do paciente e implicações para a enfermagem. *Revista Brasileira Enfermagem*, 64(1), 25-30.
- Barbosa, A., Sousa, L., Nolan, M., & Figueiredo, D. (2015). Effects of person-centered care approaches to dementia care on staff: A systematic review. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 30(8), 713-722. doi: 10.1177/1533317513520213
- Brooker, D., Woolley, R., & Lee, D. (2007). Enriching opportunities for people living with dementia in nursing homes: An evaluation of a multi-level activity-based model of care. *Aging and Mental Health*, 11(4), 361-370.
- Carrascal, G., & Ramírez, J. D. (2015). Hygiene: Basic care that promotes comfort in critically ill patients. *Enfermería Global*, 14(40), 351-361.
- Collière, M. (2003). *Cuidar... a primeira arte da vida* (2ª ed.). Loures, Portugal: Lusociência.
- Concelho Nacional de Enfermeiros (2011). *Classificação internacional para a prática de enfermagem CIPE: Versão 2*. Genebra, Suíça: Concelho Nacional de Enfermeiros.
- El-Soussi, A. H., & Asfour, H. I. (2017). A return to the basics; nurses' practices and knowledge about interventional patient hygiene in critical care units. *Intensive and Critical Care Nursing*, 40, 11-17. doi:10.1016/j.iccn.2016.10.002
- Fonseca, E. (2013). *Cuidados de higiene – banho: Significados nos cuidados de enfermagem* (Dissertação de Mestrado). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do porto, Porto.

- Fonseca, E., Penaforte, M., & Martins, M. (2015). Cuidados de higiene - banho: Significados e perspectivas dos enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(5), 37-45.
- Gineste, Y., & Pellissier, J. (2008). *Humanitude: Cuidar e compreender a velhice*. Lisboa, Portugal: Instituto Piaget.
- Henderson, V. (2007). *Princípios básicos dos cuidados de enfermagem do CIE*. Loures, Portugal: Lusodidacta.
- International Council of Nurses (2011). *Classificação internacional para a prática de enfermagem CIPE: Versão 2*. Genebra, Suíça: Conselho Nacional de Enfermeiros.
- McGlone, F., Vallbo, A., Olausson, H., Loken, L., & Wessberg, J. (2007). Discriminative touch and emotional touch. *Canadian Journal of Experimental Psychology*, 61(3), 173-83. doi: 10.1037/cjep2007019
- Möller, G., & Magalhães, A. M. (2015). Banho no leito: Carga de trabalho da equipe de enfermagem e segurança do paciente. *Texto & Contexto Enfermagem*, 24(4), 1044-1052. doi:10.1590/0104-0707201500003110014
- Nakamura, A., Yamada, T., Goto, A., Kato, T., Ito, K., Abe, Y., ... Kakigi, R. (1998). Somatosensory homunculus as drawn by MEG. *NeuroImage*, 7(4), 377-386.
- Nightingale, F. (2005). *Notas sobre enfermagem: O que é e o que não é*. Loures, Portugal: Lusociência.
- Nóbrega, S. S. & Silva, L. W. S. (2009, dezembro). *Banho no leito, complexidade ou simplicidade: A ótica do olhar científico*. 61º Congresso Brasileiro de Enfermagem: Transformação social e sustentabilidade ambiental, Fortaleza, Brasil. Recuperado de http://www.abeneventos.com.br/anais_61cben/files/01109.pdf.
- Ordem dos Enfermeiros (2005). *Código deontológico do enfermeiro: Dos comentários à análise dos casos*. Lisboa: Ordem dos enfermeiros.
- Penaforte, M. H. (2011). *O autocuidado de higiene: Conhecimento científico e ritual* (Tese de doutoramento). Recuperado de <http://repositorio.ul.pt/handle/10451/7342>
- Petronilho, F. (2012). *Autocuidado: Conceito central da enfermagem*. Coimbra, Portugal: Formasau.
- Phaneuf, M. (2001). *Planificação de cuidados*. Coimbra, Portugal: Quarteto
- Phaneuf, M. (2007). *O conceito de Humanitude: Uma aplicação aos cuidados de enfermagem gerais*. Recuperado de http://www.infiressources.ca/fer/depotdocuments/O_conceito_de_humanitude_-_uma_aplicacao_aos_cuidados_de_enfermagem_gerais.pdf
- Phaneuf, M. (2010). *O envelhecimento perturbado: A doença de Alzheimer* (2.ªed.). Loures, Portugal: Lusodidacta.
- Potter, P., & Perry, A. (2006). *Fundamentos de enfermagem: Conceitos e procedimentos*. Loures, Portugal: Lusociência.
- Salgueiro, N. (2014). *Humanitude: Um imperativo do nosso tempo: Introdução à metodologia de cuidado Gineste-Marescotti*. Coimbra, Portugal: IGM Portugal-Humanidade.

- Simões, M., Salgueiro, N., & Rodrigues, M. (2012). Cuidar em humanidade: Estudo aplicado em cuidados continuados. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(6), 81-93.
- Stephen-Haynes, J. (2012). Skin tears: Achieving positive clinical and financial outcomes. *British Journal Of Community Nursing*, 17(3), 6-16.
- Suvilehto, J., Glerean, E., Dunbar, R. I., Hari, R., & Nummenmaa, L. (2015). Topography of social touching depends on emotional bonds between humans. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 112(45), 13811-13816. doi: 10.1073/pnas.1519231112
- Vollman, K. (2013). Interventional patient hygiene: Discussion of the issues and a proposed model for implementation of the nursing care basics. *Intensive and Critical Care Nursing*, 29(5), 250-255. doi:10.1016/j.iccn.2013.04.004
- Watson, J. (2002). *Enfermagem: Ciência humana e cuidar: Uma teoria de enfermagem*. Loures, Portugal: Lusociência.
- Wilson, M. (2005). *Microbial inhabitants of humans: their ecology and role in health and disease*. Cambridge, MA: Cambridge University Press.

CAPÍTULO VIII

GESTÃO DOS SINTOMAS COMPORTAMENTAIS E PSICOLÓGICOS DA DEMÊNCIA NOS CUIDADOS DE HIGIENE E CONFORTO: GUIA COMPREENSIVO E DE INTERVENÇÃO

RAFAEL EFRAIM ALVES¹
JOÃO PÄRTEL ARAÚJO²
ROSA CÂNDIDA MELO³

O relatório “*World Alzheimer Report*” da *Alzheimer’s Disease International* (ADI; 2013) revela que o envelhecimento populacional efetua-se de modo rápido, projetando a existência de dois bilhões de pessoas com mais de 60 anos de idade em 2050. A maior consequência desta evolução é o aumento do número de pessoas com demência, estimando-se que 2 a 10% dos casos se inicie antes dos 65 anos e a sua prevalência duplique a cada cinco anos após essa idade (ADI, 2013).

Em 2011 existiam em todo o mundo aproximadamente 35,6 milhões de pessoas com demência (World Health Organization [WHO], ADI, 2012). Os estudos epidemiológicos apontam para que este número duplique nos próximos 20 anos, passando para 65,7 milhões em 2030 e 115,4 milhões em 2050 (WHO, ADI, 2012). Outros estudos de prevalência, relativos a 2001, estimavam que, a nível mundial, 60-61%% das pessoas com demência viviam em países considerados desenvolvidos, e que em 2040 esta percentagem venha a ser de 71-72% (Ferri et al., 2005).

Analisando a realidade portuguesa, estimava-se que em 2013 existissem 160,2 mil pessoas com diagnóstico de demência, representando 5,91% da população com mais

1 Contribuição no capítulo: pesquisa bibliográfica e redação do capítulo.

2 Contribuição no capítulo: conceção, pesquisa bibliográfica, escreveu parte dos capítulos assim como realizou a leitura e a revisão final.

3 Contribuição no capítulo: conceção, pesquisa bibliográfica, escrita, leitura e a revisão final.

de 60 anos (Santana, Farinha, Freitas, Rodrigues, & Carvalho, 2015). Um estudo de prevalência realizado em Portugal indica uma prevalência de demência de 2,7% e para o défice cognitivo ligeiro de 12,3% .

Torna-se importante compreender que as pessoas com demência apresentam alterações neurocognitivas com impacto na sua qualidade de vida, afetando diretamente a saúde e o bem-estar durante um longo período da sua vida (Ferri et al., 2005). Uma pessoa com diagnóstico de demência vive com esta condição cerca de 11,2% da totalidade dos seus anos de vida, ou seja uma pessoa com 80 anos com o diagnóstico de demência vive pelo menos nove anos com essa condição (ADI, 2013). Este período é longo comparativamente com pessoas que sofrem de outras doenças crónicas. Por exemplo, após um acidente vascular cerebral, pessoas vivem cerca de 9,5% da totalidade de anos de vida e as pessoas com doenças oncológicas 2% (ADI, 2013).

Este impacto direto que a demência tem sobre as pessoas, reflete-se no seu nível de dependência nas atividades de vida diárias (AVD). A necessidade de apoio na faixa etária dos 65 aos 69 anos é de 30%, aumentando para mais do dobro (66%) em pessoas com 90 e mais anos (ADI, 2013). Ao reportar estes dados para a intervenção efetiva realizada pela sociedade, foram realizados estudos nos Estados Unidos da América que apontam para a necessidade de se desenvolverem e especializarem serviços de cuidados básicos e ajuda nas AVD no sentido de reduzir ou evitar a institucionalização. Atualmente, entre 30% e 40% das pessoas com demência vivem numa instituição de cuidados a longo prazo, o que reflete a elevada taxa de institucionalização destas pessoas (ADI, 2013).

Uma das principais razões para as elevadas taxas de institucionalização é o facto de os cuidadores informais não estarem capacitados para compreender e intervir na pessoa com sintomas comportamentais e psicológicos da demência (SCPD). Neste capítulo iremos abordar os SCPD em maior detalhe e compreender os seus impactes e possíveis intervenções para a sua prevenção e gestão durante os cuidados de higiene. Estes cuidados resultam na invasão da privacidade e intimidade da pessoa, e provocam muitas vezes comportamentos de agitação, sendo fundamental implementar medidas preventivas.

SINTOMAS COMPORTAMENTAIS E PSICOLÓGICOS DA DEMÊNCIA

Para se conseguir definir os SCPD é necessário contextualizar a evolução da compreensão da demência enquanto patologia e, posteriormente, como uma síndrome. Esta compreensão sobre a doença e os impactos das suas manifestações permitirá criar consciência para o desenvolvimento de planos e intervenções estruturadas para prevenir ou atenuar os SCPD (Caramelli & Bottino, 2007).

Em 1906, Alois Alzheimer na sua descrição da patologia menciona a existência de sintomas comportamentais que incluem paranoia, ideação delirante de abuso sexual, alucinações e gritos (Hersch & Falzgraf, 2007; International Psychogeriatric Association [IPA], 2002). Somente nas décadas de oitenta e noventa o estudo das alterações não cognitivas (sintomas comportamentais e psicológicos), associadas à demência, se intensificou. Sobretudo pela necessidade de reconhecer estas alterações e aumentar o foco de atenção e posição destas alterações na gestão clínica dos processos demenciais (McKeith & Cummings, 2005; Tamai, 2002).

Em 1996, a International Psychogeriatric Association (IPA) organiza uma conferência de consenso sobre distúrbios comportamentais na demência com o objetivo de rever os conhecimentos produzidos na área e analisar questões clínicas específicas. Estes distúrbios são entendidos como alterações de percepção, no conteúdo de pensamento, no humor ou no comportamento, que ocorrem de forma frequente em pessoas com demência (Hersch & Falzgraf, 2007; Tamai, 2002; Zuidema, de Jonghe, Verhey, & Koopmans, 2007).

Segundo IPA (2002), os sintomas comportamentais incluem agressão física, gritos, inquietação, agitação, deambulação errante, comportamentos socialmente inapropriados, desinibição sexual, acumular objetos, praguejar e caminhar atrás de alguém. Entre sintomas psicológicos enumeram-se a ansiedade, depressão, alucinações e ilusões (IPA, 2002).

Na atual revisão (quinta revisão) do *Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders* (DSM-V-TR) da *American Psychiatric Association's* (APA), revê-se o conceito de demência, não eliminando o termo, mas abrindo leque de abrangência do conceito de forma a incluir as alterações neurocognitivas ligeiras e *major*. Nesta revisão, são ainda considerados aspetos não cognitivos da demência, relacionados com as alterações de comportamento. Os comportamentos perturbantes, quando acompanhados por défice cognitivo, são considerados sintomas específicos das alterações neurocognitivas ligeiras e *major*, e deverão ser diagnosticados pelos clínicos. São considerados como alterações comportamentais sintomas psicóticos, alterações do humor, agitação, apatia, distúrbios do sono, deambulação errante, desinibição, hiperfagia ou acumulação de objetos (APA, 2013).

IMPACTE DAS ALTERAÇÕES COGNITIVAS E COMPORTAMENTAIS NAS ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA DAS PESSOAS COM DEMÊNCIA

Os estudos sobre a prevalência das alterações comportamentais têm demonstrado que a sua presença é bastante significativa no dia-a-dia das pessoas com demência. Ao analisar os dados desses estudos, apesar das suas diferentes metodologias de avaliação e das diferentes populações, estima-se que entre 60% e 90% da população estudada

manifesta pelo menos uma alteração comportamental ou psicológica (Caramelli & Bottino, 2007; Fernández, Gobartt, & Balañá, 2010; Hersch & Falzgraf, 2007; Kutsumi, 2010; Neville & Byrne, 2001).

As alterações comportamentais e psicológicas da pessoa com demência conduzem a um aumento da dependência nas atividades funcionais e instrumentais da vida diária e, conseqüentemente, a uma diminuição da sua qualidade de vida com impacto nas AVD, na interação social e no bem-estar psicológico (Fernández et al., 2010; González-Salvador et al., 2000). Segundo Fauth, Femia, e Zarit (2016), os SCPD apresentam uma relação significativa com as AVD. O déficit funcional nas AVD está intimamente relacionado com a severidade do processo demencial. Nas fases inicial a moderada da demência, a necessidade de apoio nas AVD aumenta, assim como a frequência dos SCPD. Nas fases moderada a avançada, a dependência nas AVD tende a aumentar mais, enquanto os SCPD tendem a diminuir.

No dia-a-dia da vida das pessoas com demência o momento onde se observam com mais frequência alterações de comportamento é nos cuidados de higiene (Cohen-Mansfield & Parpura-Gill, 2007). Segundo um estudo observacional de Kovach e Meyer-Arnold (1997), mais de 90% das pessoas com demência ficaram agitadas assim que se referia que era o momento do banho, o que demonstra a tensão e o desconforto que emocionalmente estes cuidados provocam. Segundo Cohen-Mansfield e Parpura-Gill (2007), este desconforto está relacionado com fatores predisponentes: envelhecimento e termorregulação, alterações cognitivas, necessidades alteradas como o sono e o repouso, e fatores psicológicos/individuais e culturais, como as considerações individuais sobre cuidados de higiene, percepção de intimidade e espaço, preferências e hábitos. O desconforto também está relacionado com fatores precipitantes, como os comportamentos dos cuidadores, assim como com as características do meio circundante, como o ruído e a luminosidade (Rey, 2012; Voyer, 2006).

Nas AVD relacionadas com a higiene, 20% a 40% das pessoas com demência manifestam comportamentos de agitação, agressividade e resistência ao cuidado (Gozalo, Prakash, Qato, Sloane, & Mor, 2014). A resistência aos cuidados é por vezes uma forma de resposta defensiva aos cuidados e cuidadores, incluindo diferentes comportamentos como agressividade, tentativas de evitamento, recusa dos cuidados e outras formas de não-colaboração (Fauth et al., 2016).

Torna-se assim importante avaliar a causa da agitação e/ou resistência ao cuidado. A recusa aos cuidados de higiene poderá ser entendida como uma forma de comunicação. Quando a pessoa com demência é confrontada com algo que não compreende, quer pela sua utilidade ou necessidade, resiste aos cuidados, recusando ou apresentando alterações de comportamento, por não conseguir verbalizar ou expressar de forma compreensível a sua mensagem (Fauth et al., 2016).

A capacidade para desenvolver a AVD está dependente de capacidades cognitivas (ex: pensamento, planeamento), motoras (ex: equilíbrio, destreza) e sensoriais (Mlinac & Feng, 2016). Para estes autores, a AVD dos cuidados de higiene é a primeira atividade onde as pessoas com demência apresentam dependência. Assim, na avaliação da dependência é necessário distinguirmos se a pessoa tem capacidades individuais quer físicas, quer cognitivas que a capacitem para iniciar e completar as tarefas. Também é necessário avaliar, do ponto de vista cognitivo, se a pessoa tem capacidade de reconhecer a importância de cumprir a tarefa ou se necessita de incentivo para a realizar.

Face a estas realidades torna-se necessário desenvolver estratégias de intervenção não farmacológicas e, concomitantemente, compreender os SCPD e a resistência aos cuidados como fenómeno presente nas pessoas com demência que apresentam dependência nas AVD (Mlinac & Feng, 2016).

Se não existir compreensão ou deteção destes sinais por parte dos profissionais de saúde, o nível de agitação poderá aumentar. Nestes momentos de crescendo, os comportamentos de agitação poderão ser dirigidos contra o prestador de cuidados, tornando-se em comportamentos defensivos mais visíveis, como agressões físicas (Voyer, 2006).

Consideramos importante ressaltar que, apesar das alterações cognitivas e sensório-perceptivas nas pessoas com demência, não se verifica uma perda ao nível emocional, ou seja, a pessoa com demência continua a sentir as emoções associadas a estímulos externos e internos (Voyer, 2006). Para este autor, um cuidado de higiene pode não ser compreendido na sua intenção ou finalidade, mas será sempre compreendido nas emoções que despoleta. Essas emoções são registadas e armazenadas na memória emocional da pessoa com demência, que permanece intacta ao longo da evolução da perturbação (Voyer, 2006).

Do ponto de vista neurofisiológico, quando uma pessoa recebe um estímulo potencialmente danoso, os exteroceptores e/ou interoceptores nervosos enviam essa informação para o hipocampo e, posteriormente, para as amígdalas cerebelosas localizadas no lobo temporal, estruturas integrantes do sistema límbico, despoletando uma reação emocional (Wright, 2017). Para este autor, as amígdalas não processam a informação por forma a gerar um comportamento racional, mas sim um comportamento emocional associado ao instinto de sobrevivência (fuga ou luta). Perante esse estímulo negativo o organismo liberta hormonas, como a adrenalina e o cortisol, responsáveis por capacitar a pessoa para a ação e deixando-a em alerta. Em níveis ajustados, ambas as hormonas são benéficas para o ajuste do comportamento humano na interação com o meio; em caso de excesso, estão amplamente associadas a comportamentos desajustados e complicações de saúde. A adrenalina em excesso está associada a inquietação, irritabilidade, tonturas, dificuldade em concentrar-se, alterações da percepção visual, insónia, doenças vascular

e cardíaca. Por sua vez o cortisol, ou “hormona do *stress*”, está a ser amplamente investigada pelos seus efeitos fisiológicos nefastos, quando presente em excesso, que vão desde alterações do comportamento, do ciclo circadiano, gastrointestinais, metabólicas, imunitárias, funções cognitivas e da memória, entre outras (Wright, 2017).

Se um estímulo tem um impacto negativo, quer no corpo quer na mente de qualquer pessoa, quando estamos perante uma pessoa com demência, que por natureza já apresenta fragilidades biológicas e comportamentais, rapidamente se compreende que esse estímulo negativo terá um impacto muito superior, contribuindo para o agravamento dos SCPD (Gineste & Pellissier, 2008; Kable, Guest, & McLeod, 2013). Por outro lado, se a pessoa com demência for sujeita a um estímulo prazeroso, essa mesma informação chegará às amígdalas onde se irá definir se é um estímulo agradável ou desagradável, despoletando uma reação concordante. No caso de estímulo ser considerado positivo, esta estrutura cerebral irá ativar o centro de recompensa, o sistema dopaminérgico, e despoletar a libertação de dopamina e serotonina, hormonas responsáveis pela sensação de bem-estar e felicidade (Gineste & Pellissier, 2008; Wright, 2017). No caso de um estímulo ser interpretado pelas amígdalas como negativo, leva à libertação de adrenalina e cortisol, conduzindo a várias reações fisiológicas, classicamente associadas ao medo condicionado (Wright, 2017).

Através das anteriores análises compreende-se que os SCPD têm um grande impacto na qualidade de vida das pessoas com demência e nos seus cuidadores. O cuidado de higiene e conforto pela sua frequência, característica pessoal de intimidade e pelos SCPD que despoletam são dos cuidados mais difíceis. Um cuidado de higiene desadequado e mal gerido poderá implicar um dia de rejeição de relação e de outros cuidados, ou agitação constante e latente (Gineste & Pellissier, 2008).

Desta forma é imperativo que os cuidadores reconheçam os sinais antecipatórios dos SCPD e adaptem na sua prática diária programas de intervenção adequados, numa perspetiva preventiva da deterioração comportamental e biológica (Gozalo et al., 2014).

PROGRAMAS DE INTERVENÇÃO

Os programas de intervenção direcionados para os SCPD devem caracterizar-se, principalmente, por intervenções não farmacológicas. Estas consistem em comportamentos ou intervenções compensatórias usadas para reduzir a vulnerabilidade da pessoa com demência. Os objetivos das intervenções não farmacológicas incluem a prevenção, a gestão, a redução ou eliminação da ocorrência dos comportamentos (frequência e severidade), a redução do mal-estar dos cuidadores, e/ou prevenção das consequências adversas (Gitlin, Kales, Constantine, & Lyketsos, 2015).

No entanto, na prática dos cuidados, a intervenção farmacológica, com recurso a psicofármacos, é utilizada como primeira linha de intervenção nas alterações do comportamento. Esta intervenção é composta principalmente por fármacos neurolépticos e benzodiazepinas, que tendem a reduzir a demonstração desses sintomas, mas que podem contribuir para o declínio funcional das pessoas com demência e a uma redução na qualidade e da esperança de vida (Gozalo et al., 2014; Voyer, 2006).

É, portanto, claro que a intervenção não farmacológica deverá sempre sobrepor-se à intervenção farmacológica no que toca à prevenção e gestão de SCPD. No entanto, estas intervenções não farmacológicas têm que ser adaptadas, diretas e objetivas para que os cuidadores as consigam interpretar, apropriar, adotar e ajustar consoante a pessoa que cuidam (Voyer, 2006) e desenvolver um plano de intervenção individualizado e adequado às especificidades da pessoa cuidada, envolvendo toda a equipa multidisciplinar. Este plano deverá considerar a severidade e o mal-estar criado pelo comportamento, verificando se a intervenção não farmacológica é suficiente e adequada, ou se é necessário uma intervenção farmacológica (Hersch & Falzgraf, 2007).

Desta forma, as equipas deverão implementar uma metodologia que possibilite a descrição e registo do padrão de comportamentos, que avalie as capacidades cognitivas e funcionais da pessoa com demência, que avalie o histórico de cuidados e onde se realize a observação da atividade dos cuidados, assistindo os cuidadores na gestão dos comportamentos e na avaliação de intervenções terapêuticas (IPA 2002; Voyer, 2006).

Voyer (2006) define nove passos fundamentais para que uma equipa desenvolva uma gestão ótima dos SCPD:

1. Abordagem adaptada;
2. Avaliação dos SCPD e planeamento de intervenções;
3. Intervenção sobre a causa e, posteriormente, sobre as alterações do comportamento;
4. Intervenções ao nível individual, ambiental e na interação;
5. Continuidade da intervenção;
6. Medicação psicotrópica apenas quando os SCPD são severos ou representam um perigo eminente para a pessoa e outros;
7. Intervenção em equipa;
8. Avaliação da eficácia do plano de cuidados após quatro semanas (eficaz se reduzir 25% da sintomatologia);
9. Interdisciplinaridade através da criação de mecanismos que envolvam toda a equipa multidisciplinar e potenciam a sua participação na intervenção.

No que concerne à intervenção específica nos cuidados de higiene e de conforto, apresentamos um programa desenvolvido por Cohen-Mansfield e Parpura-Gill (2007) em que o plano de intervenção é baseado nos dados fornecidos por todos os profissionais da equipa multidisciplinar:

1. Redução da medicação psicotrópica resultante da revisão da medicação prescrita pela psiquiatria e identificação de dosagens cumulativas que poderão conduzir a agitação.
2. Alternar os cuidadores, evitando relações menos positivas quando os comportamentos de agitação são severos.
3. Mudar técnicas de cuidados de higiene, incluindo cuidados no leito com toalhas adaptadas para o efeito, uso de manábulas suaves para as regiões mais sensíveis (cara, pés), estimulação da participação em pequenas tarefas conforme a capacidade da pessoa cuidada, e cuidado em manter coberta grande parte da superfície do corpo. Não se deve usar contenções físicas nos cuidados.
4. Alterações na comunicação verbal e não-verbal, incluindo uso de comunicação sem juízos de valor e não-provocatória, utilização de elementos da comunicação que mantêm a pessoa cuidada e o cuidador em relação, nomeação de ações que se irão realizar (como, por exemplo, enumeração de roupas a vestir e a estimativa do tempo do banho), solicitação da permissão para realizar e avançar nas etapas do banho e validação da percepção do utente durante o banho. Deve-se manter uma comunicação contínua, num tom de voz baixo, suave e relaxante. Face a um comportamento de agitação excessivo a resposta do cuidador deve ser neutra. A recusa de cuidados é respeitada por forma a protelar o cuidado, abrindo espaço para a negociação, para que haja colaboração da pessoa com demência.
5. Mudanças ambientais, incluindo estimulação sensorial (musicoterapia, aromaterapia e cromoterapia) e verificação se a temperatura do quarto e da água é adequada.
6. Fatores organizacionais e humanos relacionados com a preparação antecipada de materiais e espaço para os cuidados de higiene, e alteração/adaptação da sequência do banho (por exemplo, lavar a cara no final dos cuidados), permitindo que a pessoa o faça sozinho.

Gallagher e Hoffman-Snyder (2013), autores de um guia orientador com diretrizes para a intervenção nos cuidados de higiene da pessoa com demência, propõem diferentes estratégias com o objetivo de redução das alterações de comportamento e de

resistência aos cuidados de higiene, e reforçando ganhos na participação das pessoas com demência. Assim, estes autores propõem as seguintes estratégias:

1. Conhecer as preferências pessoais da pessoa cuidada (hora, dia da semana, tipo de banho);
2. Manter privacidade;
3. Atribuir sempre que possível um cuidador do mesmo género;
4. Dar indicações simples e diretivas (passo-a-passo);
5. Atribuir o tempo necessário para o desenvolvimento da atividade, por forma a reduzir a ansiedade e a preocupação;
6. Promover a utilização máxima de capacidades da pessoa cuidada;
7. Organizar os cuidados de forma a favorecer o desenvolvimento de cuidados de higiene personalizados e humanizados;
8. Realizar avaliação individual através da observação dos comportamentos e capacidades, perceber as expectativas da pessoa cuidada e da família relativas aos cuidados de higiene;
9. Criar planos individuais para os cuidados de higiene que incluam objetivos para os cuidados, informações necessárias para atingir os objetivos e informações de *background* que poderão auxiliar na prossecução dos objetivos;
10. Utilizar a persuasão em vez da coerção, por forma a reduzir a tensão e ansiedade nos cuidados, assim como, retornar o controlo da situação para a pessoa cuidada;
11. Manter a privacidade durante o momento de despir, avaliar comportamentos de resistência e adaptar a intervenção à avaliação realizada (retirar roupa de forma faseada e, apenas, antes do momento do cuidado; iniciar os cuidados mantendo partes do corpo com roupa vestida; manter o corpo tapado com toalhas durante o cuidado de higiene, destapando e tapando à medida que o cuidado se desenvolve);
12. Avaliar a forma de mobilização e transferência da pessoa até ao local dos cuidados, promovendo a marcha sempre que possível;
13. Manter o ambiente e material (toalhas, água) com temperaturas controladas e adaptadas à perceção agradável da pessoa cuidada;
14. Em caso de dor descontrolada durante os cuidados de higiene, administrar medicação analgésica 30 a 40 minutos antes dos mesmos.

Programas como estes que apresentamos, tornam-se essenciais para que se altere a perspectiva dos profissionais de saúde acerca dos cuidados de higiene, descentrando o foco na tarefa para o foco na relação, potenciando a mudança da cultura e ambiente psicossocial, e direcionando-os para uma personalização e humanização dos cuidados.

De seguida, apresentamos a Metodologia de Cuidado Gineste-Marescotti® (MGM®) para pessoas com demência, desenvolvida por Yves Gineste e Rosette Marescotti, com uma abordagem relacional estruturada, que permite desenvolver uma relação mais eficiente e pacificadora entre pessoa cuidada e cuidador através da sistematização da relação, propondo a existência de diferentes momentos desta e a sua operacionalização com intervenções específicas para cada momento (Gineste & Pellissier, 2008).

CAPTURE SENSORIAL: ABORDAGEM RELACIONAL ESTRUTURADA E PACIFICADORA

A MGM®, sustentada numa perspectiva filosófica humanista, designada por Humanidade, também conhecida como Metodologia de Cuidado Humanidade, apresenta boa eficácia na prevenção e redução de comportamentos de agitação das pessoas com demência (Honda, Ito, Ishikawa, Takebayashi, & Tierney 2016). Enquanto metodologia que permite a profissionalização da relação, a MGM® preconiza uma sequência de procedimentos cuidados e relacionais, a que os autores Yves Gineste e Rosette Marescotti denominaram de captura sensorial (Gineste & Pellissier, 2008). Para estes autores a captura sensorial é uma ferramenta de cuidado que permite o estabelecimento de uma relação positiva entre a pessoa cuidada e o cuidador. Esta ferramenta relacional utiliza os mesmos pressupostos que os seres humanos usam para estabelecerem entre si relações de positividade, desde a sua nascença e durante toda a sua vida, e que permanecem preservados na sua memória emocional (Gineste & Marescotti, 2009).

A captura sensorial é, então, uma sequência de comportamentos cuidadosos profissionalizados que permite criar uma relação positiva de forma mais eficaz. Os estímulos sensoriais enviados à pessoa são reconhecidos na sua memória emocional como bons e positivos, levando ao consentimento relacional e, daí, à colaboração nos cuidados, tornando esse cuidado num momento de bem-estar (Simões, Rodrigues, & Salgueiro 2011; Simões, Salgueiro, & Rodrigues 2012)

Embora a captura sensorial seja eficaz em qualquer pessoa e em qualquer cuidado, nas pessoas com demência, devido ao seu défice cognitivo e alterações mnésicas, tem particular impacto (Simões et al., 2012). Torna-se uma ferramenta eficaz na prevenção e gestão de SCPD, sendo referida como uma ferramenta pacificadora do cuidado, permitindo reduzir a agitação e aumentar a aceitação do cuidado (Honda et al., 2016).

A captura sensorial é constituída por cinco etapas estruturadas e sequenciais, mas interdependentes, adaptáveis a cada situação. Estas etapas, quando bem implementadas, permitem uma redução da oposição aos cuidados e dos comportamentos de agitação, aumento na aceitação e participação nos cuidados, maior relaxamento muscular, maior comunicação e interação, assim como aumento na autonomia da pessoa cuidada (Figueiredo, Melo, & Ribeiro, 2016; Honda et al., 2016; Melo, Fernandes, Albuquerque, & Duarte, 2016; Simões et al., 2012). As cinco etapas da captura sensorial são: os pré-preliminares, os preliminares, a *rebouclage* sensorial, a consolidação emocional e o reencontro (Gineste & Marescotti, 2009). Todas estas etapas são componentes da relação natural. No entanto, quando se cuida de pessoas vulneráveis, dependentes e/ou fragilizadas, a relação tende a ser comprometida por evitamento, distanciamento e rotinização dos cuidados (Gineste & Marescotti, 2009; Simões et al., 2011, Simões et al., 2012).

A captura sensorial, já abordada no capítulo 7 “Cuidados de higiene e conforto: contributo da Metodologia de Cuidado Humanitude para a dignificação da pessoa cuidada”, é transversal a qualquer cuidado e pessoa cuidada, será analisada de seguida numa perspetiva pacificadora da pessoa com alterações cognitivas, neste momento íntimo do cuidado de higiene. No entanto, tendo em conta o plano individual de cuidados e os objetivos que se pretendem atingir pela equipa, antes de iniciar a captura sensorial deve-se preparar o ambiente e todo o material que vai ser necessário, no sentido de se evitarem interrupções da relação durante o cuidado e desencadeamento de comportamentos negativos na pessoa cuidada (Cohen-Mansfield & Parpura-Gill, 2007; Gineste & Pellissier, 2008; Simões et al., 2012).

Os pré-preliminares antecedem o cuidado e têm a finalidade de abrir os canais relacionais da pessoa cuidada, permitem, também, respeitar a autonomia, liberdade e cidadania, ou seja, a liberdade da pessoa para escolher quem deseja receber no seu espaço privado e íntimo (Gineste & Pellissier, 2008). Com efeito, deve-se zelar por entrar progressivamente no espaço da pessoa através do bater à porta do quarto e/ou na barra da cama, ficando atento à resposta. Esta técnica permite cumprir a regra da cidadania visto que respeita o direito ao domicílio privado e a liberdade de deixar entrar nele outra pessoa (Salgueiro, 2014). Segundo esta autora, permite, também, estabelecer o início do contacto com a pessoa cuidada através de uma estimulação auditiva (bater à porta) ou vibratória e auditiva (bater na barra da cama junto aos pés), evitando, assim, uma aproximação em surpresa.

Os preliminares também antecedem o cuidado e têm como finalidade obter o consentimento relacional da pessoa cuidada (permissão para a relação com o cuidador), e alargar os limiares de tolerância da pessoa cuidada, ou seja, promover a sua tolerância a um cuidado muito invasivo como o cuidado de higiene (Salgueiro, 2014). Esta etapa não se centra no foco da ação cuidativa, mas sim na presença e no estabelecimento da interação entre

o cuidador e a pessoa, facilitando a aceitação do cuidado. Para isso são alinhados um conjunto de procedimentos relacionais estruturantes, com base no olhar, palavra e toque, que possibilitam o desencadear de uma relação positiva e o desenvolvimento de um cuidado pacificante e em harmonia (Gineste & Marescotti, 2009). Segundo estes autores, o olhar permite estabelecer a ligação com a pessoa cuidada, captando a sua atenção. Assim, quando se entra no quarto, para evitar um cuidado de surpresa, deve-se verificar para onde a pessoa está a olhar. Aproximamo-nos da pessoa, procuramos o seu olhar, olhamos para a pessoa com um olhar horizontal (ao mesmo nível), axial (de frente), e progressivamente próximo e longo (ou seja ir aproximando o olhar de acordo com o consentimento relacional). Apresentamo-nos (com palavras melodiosas, ternas e positivas), dizendo que estamos ali para a ajudar. Deve-se chamar a pessoa pelo nome pelo qual gosta de ser tratada e com o qual se identifica. Se este canal de comunicação for aberto eficazmente, com recurso a palavras positivas, permitirá reencontrar uma memória afetiva de momentos positivos, promovendo o bem-estar da pessoa (Gineste & Pellissier, 2008). De acordo com Salgueiro (2014), o toque deve ser iniciado pelas zonas mais sociais (mãos, braços e ombro) e só poderá acontecer ou permanecer caso se verifique um consentimento relacional verbal (devolve a saudação) ou não verbal (olhar, fáceis sereno, tónus muscular relaxado).

Para evitar comportamentos de agitação só se deve falar no cuidado de higiene após se obter o consentimento relacional, e inicia-se outra etapa, a *rebouclage* sensorial, ou seja o desenvolvimento do cuidado através da manutenção de uma relação afetiva positiva durante a prestação do cuidado. Nesta fase, os pilares do olhar, da palavra e do toque devem transmitir simultaneamente estímulos positivos, por forma a ser promovida uma ambiência emocional positiva, enquanto se executam as intervenções cuidativas (Gineste & Pellissier, 2008).

Durante o cuidado de higiene é, também, fundamental manter o toque amplo e suave, demonstrando interesse e prazer em estar com a pessoa, e permitindo que se sinta escutada e valorizada. Gineste e Marescotti (2009) referem que é emergente que o toque em “garra” e em “pinça” sejam abolidos, pois provocam sentimentos negativos, desconforto e, por vezes, dor, podendo desencadear comportamentos de agitação. Assim, privilegia-se o toque em berço, progredindo sempre de zonas menos íntimas, para zonas mais íntimas. A utilização de um toque profissional, progressivo, permanente e pacificador permite a ativação de outra estrutura neuro-sensitiva as fibras c (as fibras do prazer), promovendo o relaxamento e sensações agradáveis pela libertação de endorfinas (Gineste & Pellissier, 2008). Deverá ser a ambição de qualquer cuidador profissionalizar o seu toque, para que o toque cuidativo, útil ou instrumental seja sempre um toque de ternura (Salgueiro, 2014).

Segundo Brooker, Woolley, e Lee (2007), durante os cuidados de higiene é fundamental respeitar o espaço do outro e evitar comportamentos negativos na comunicação para com a pessoa cuidada, como por exemplo: (i) impor o cuidado ou iniciar o cuidado sem

negociar com a pessoa; (ii) ignorar a pessoa, ter conversas com outros na presença da pessoa cuidada sem a incluir, interromper ou mudar o tópico da conversa; (iii) impor os nossos valores sobre a pessoa cuidada; (iv) infantilizar, tratar e falar com a pessoa como se fosse uma criança; (v) intimidar, ameaçar ou manipular fisicamente a pessoa com demência para induzir medo ou ansiedade; (vi) rotular a pessoa, nomeando-a através do seu comportamento ou condição; (vii) estigmatizar, rotular a pessoa com demência como se fosse um objeto, valorizar as incapacidades, denegrir ou gozar com a dependência ou dificuldade da pessoa.

Segundo Gineste e Pellissier (2008), quando se prestam cuidados a pessoas suscetíveis de ficar muito agitadas durante os cuidados, pode ser necessária a realização dos procedimentos por dois cuidadores. Um executa os procedimentos instrumentais do cuidado, enquanto o outro se ocupa unicamente em manter as ligações sensoriais com a pessoa, dando intencionalidade à forma como interage com ela através de olhar, palavras que utiliza e toque, que deverá ser amplo e suave.

No cuidado de higiene e conforto a estas pessoas que não compreendem o cuidado e que se agitam com facilidade, conforme referido no capítulo anterior, deve-se ter especial atenção à sequência da higiene. Segundo Phaneuf (2010), nestas pessoas, iniciar o cuidado pela face pode representar uma ameaça, e a pessoa vai-se defender, porque quando um objeto vem na nossa direção e sobre a nossa face nós temos o reflexo de protegê-la. Por outro lado, é uma zona íntima e sensível, que não permitimos que qualquer pessoa a toque (Suvilehto, Glerean, Dunbar, Hari, & Nummenmaa, 2015). Tendo em conta que a face é uma das zonas que pode provocar ansiedade e agitação será importante deixar os seus cuidados de higiene para o final e estimular para que seja a própria pessoa a realizá-los.

A promoção da verticalidade durante os cuidados de higiene é fundamental, pois além de todos os benefícios a nível dos vários sistemas de órgãos do corpo humano (respiratório, cardiovascular, tegumentar, osteoarticular), permite manter a relação e a interação com o ambiente (Phaneuf, 2010; Simões, et al., 2012). Nas situações em que pessoa apresenta dificuldades comunicacionais, quer na forma como no conteúdo, deve-se adotar a técnica de *auto feedback* (Gineste & Pellissier, 2008). Esta técnica permite a estimulação cognitiva da pessoa e proporciona o reconhecimento do esquema corporal, por vezes já perdido. Segundo Phaneuf (2007), a utilização desta técnica relacional aumenta o tempo de comunicação direta de dois para oito a 14 minutos. Este aumento do tempo direto evita o constrangimento e o não estímulo verbal, por vezes presentes nestes cuidados, pois o enfoque da comunicação (verbal e não-verbal) está na ação que decorre no momento dos cuidados (Broker et al., 2007; Gineste & Pellissier, 2008). Assim, deve-se utilizar um discurso preditivo em que todos os gestos são anunciados (comunicamos o que vamos fazer), evitando o efeito de surpresa e os comportamentos

de defesa; e um discurso descritivo (comunicamos o que estamos a fazer), permitindo aumentar a duração da comunicação e o envolvimento da pessoa no cuidado, e evitando, ainda, a recusa dos cuidados, a agitação, a perda do esquema corporal e a síndrome do imobilismo (Gineste & Pellissier, 2008; Simões, et al. 2012). Para isso o profissional deverá desenvolver as suas competências relacionais, de observação e de estimulação sensorial, essencialmente através da formação, treino de técnicas relacionais e constante reavaliação e reflexão sobre as suas práticas cuidativas.

No final do cuidado propriamente dito fecha-se o ciclo da relação com as duas etapas restantes da captura sensorial, a consolidação emocional e a marcação do reencontro. A consolidação emocional proporciona um momento de associação entre os estímulos positivos percebidos durante o cuidado e as emoções sentidas, criando, assim, um efeito de *priming* positivo na memória emocional de longo prazo da pessoa. Através da valorização do encontro durante o cuidado e dos esforços da pessoa cuidada é possível reforçar o bem-estar desta pessoa, assim como o do cuidador. Para fechar a relação existe a fase da marcação do reencontro que tem por objetivo facilitar o consentimento para um cuidado futuro e promover o compromisso mutuo para o cuidado em função dos horários, biorritmos e vontade da pessoa cuidada (Gineste & Marescotti, 2009; Simões et al., 2011; Simões et al., 2012).

Tendo em consideração a filosofia humanista que norteia esta metodologia, a aceitação do cuidado é crucial para o desenvolvimento da prática cuidativa. Assim, na eventualidade de não se conseguir um consentimento relacional durante os preliminares (2ª etapa da captura sensorial), até três minutos, sob a forma verbal ou não verbal, devemos protelar o cuidado, passando para a etapa do reencontro e negociando com a pessoa um compromisso para a realização do cuidado noutro momento. Será importante analisar e refletir em equipa sobre a situação para perceber a causa da recusa do cuidado, podendo ser necessário recorrer a um outro cuidador, “que possa ser melhor acolhido, para que proceda a uma nova fase de preliminares” (Gineste & Pellissier, 2008, p. 330). Segundo estes autores, na maioria das situações, bons preliminares são seguidos de cuidados completamente pacificados, as pessoas cuidadas acalmam em menos de um minuto, sendo inútil prolongar os preliminares além dos três minutos.

A prática relacional sequencial tem apresentado resultados na prevenção e redução de SCPD, particularmente no caso de pessoas com demência, sendo potenciada quando aliada outras técnicas como as estratégias de diversão (Araújo, Melo, & Alves, 2014; Honda et al., 2016; Institut pour la Recherche et l'Information sur la Méthodologie [IPRIM], 2008). Estas estratégias utilizadas em pessoas com demência foram desenvolvidas com base em duas premissas, sendo elas a deterioração da memória recente com preservação do conteúdo autobiográfico mais antigo e a incapacidade de dividir a atenção (Geneau, 2008). A capacidade de dividir a atenção apresenta-se diminuída no

envelhecimento normal, mas está quase totalmente ausente nas pessoas com demência, limitando a capacidade destas pessoas de fazer duas ações ao mesmo tempo. Assim, as estratégias de diversão são criadas para captar e manter a atenção da pessoa cuidada a partir de elementos biográficos, objetos e tarefas específicas a quais ainda consegue ter acesso mnésico e em função do nível de degradação cognitiva (Geneau, 2008). Estas estratégias poderão ser usadas tanto para fazer diminuir estados de ansiedade ou agitação, como para prevenir comportamentos de agitação, remetendo-os para ambiências mais positivas e seguras.

Consideramos importante apresentar um exemplo prático de utilização desta ferramenta cuidativa num contexto de formação de profissionais de saúde. Este é um exemplo dos muitos já vivenciados, o caso da pessoa que chamamos D.^a Nina (nome fictício). A D.^a Nina era conhecida na instituição como uma pessoa que não só recusava os cuidados, como também, arranhava todos os que tentassem demovê-la dessa recusa. Por isso, acabava sempre por dormir com a roupa que utilizava durante o dia e com cuidados de higiene deficitários. Durante a formação Humanitude, a D.^a Nina foi referenciada pelos cuidadores como sendo muito agitada, agressiva e com uma forte oposição aos cuidados, sendo o formador “desafiado” a aplicar a captura sensorial nesta senhora. O marido da D.^a Nina, que era médico, visitava-a todos os dias e sofria pela incapacidade dos cuidadores e pelos comportamentos da sua esposa. O formador solicitou que uma das formandas o apresentasse à D.^a Nina, sendo que nesse momento nenhuma se disponibilizou para o fazer, tanto era o medo que tinha dela. No momento que o formador iniciou a captura sensorial e entrou no quarto da D.^a Nina, as formandas ficaram à porta expectantes, aguardando a esperada resposta negativa da senhora. Passado cerca de um minuto, o formador sai do quarto com a D.^a Nina de braço dado em direção ao quarto de banho. Aí a D.^a Nina consentiu uma higiene sumária e mudou de roupa sem qualquer relutância. No final, a D.^a Nina manifestou o seu apreço pelo formador, ficando a desejar o seu regresso. A D.^a Nina nesse dia ficou fora do seu quarto à espera da visita do seu marido, que quando chegou foi recebido por um sorriso e um forte abraço. Nessa tarde os dois dançaram ao som de um dos clássicos do Sinatra.

As formandas Humanitude admiradas, riram e choraram. O marido agradeceu os esforços e o cuidado de excelência daquele dia. A diretora clínica foi chamada por outras cuidadoras para que viesse testemunhar aquele “fenómeno” e no final admitiu que em 30 anos nunca tinha vivenciado nada assim e que nenhum cuidador poderia exercer funções a partir daquele dia sem ser competente na aplicação da captura sensorial.

Analisando a intervenção do formador compreende-se o seguinte: seguiu todas as etapas da captura sensorial, desde os pré-preliminares ao reencontro, sem descurar nenhum dos procedimentos relacionais preconizados e utilizando todo o seu conhecimento na personalização do cuidado. Através dos pré-preliminares (desde o bater à porta com

técnica adequada, aguardar a resposta, o entrar calmamente no espaço da pessoa, abordando-a de frente) permitiu abrir os canais relacionais, proporcionando uma abordagem mais eficaz à D.^a Nina. Com os preliminares conseguiu um consentimento relacional e alargar a tolerância para um cuidado íntimo. Com a *rebouclage* sensorial permitiu que a D.^a Nina se sentisse compreendida e que as suas dificuldades, medos e ansiedades fossem acolhidas enquanto o cuidado era prestado. Na consolidação emocional houve a intencionalidade que a D.^a Nina conseguisse memorizar as emoções positivas que teve naquele cuidado pessoal. No reencontro obteve-se um compromisso de um novo encontro e de um novo cuidado. Com a captura sensorial conseguiu-se que o cuidado de higiene, que por norma era sinónimo de sofrimento, passasse a ser um momento de prazer com repercussões positivas para os profissionais que cuidavam da D.^a Nina, assim como da família, sendo assim uma ferramenta cuidativa para a prevenção e redução dos SCPD e, conseqüente, pacificação dos cuidados.

NOTA CONCLUSIVA

O aumento do número de pessoas idosas com alterações cognitivas tem levantado várias dificuldades e desafios aos cuidadores informais e cuidadores formais. Estes desafios são pautados quer pela incompreensão dos comportamentos apresentados, quer pela sua complexidade, quer também pela falta de ferramentas cuidativas e metodologias de intervenção facilitadoras da relação e do controlo dos SCPD, principalmente durante os cuidados de higiene, dado ser um momento de grande intimidade.

Neste sentido, torna-se fundamental desenvolver intervenções não farmacológicas no sentido de facilitar o cuidado e promover a dignidade da pessoa cuidada. Este objetivo deve ser cumprido através do desenvolvimento de programas ajustados às pessoas cuidadas, mas também através de técnicas relacionais específicas que devem ser apropriadas pelas equipas de saúde

A captura sensorial tem evidenciado ser uma ferramenta de cuidar eficaz no apaziguamento das pessoas com comportamentos de agitação e que recusam os cuidados, dado que permite sistematizar e operacionalizar a humanização dos cuidados através de uma sequência estruturada de procedimentos relacionais.

A implementação de formas inovadoras de cuidados através de programas ou de técnicas específicas nos cuidados de higiene tornam-se essenciais para que se altere a cultura dos cuidados de higiene, descentrando o foco na tarefa para o foco na relação, e potenciando a humanização dos cuidados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alzheimer's Disease International. (2013). *World Alzheimer Report 2013: Journey of caring: An analysis of long-term care for dementia*. Recuperado de <https://www.alz.co.uk/research/WorldAlzheimerReport2013.pdf>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: Author.
- Araújo, J., Melo, R. & Alves, R. (2014). Cuidados em Humanidade na redução dos comportamentos de agitação e recusa de cuidados. *Referência*, 4(Supl. 1), 49.
- Brooker, D., Woolley, R. & Lee, D. (2007). Enriching opportunities for people living with dementia in nursing homes: An evaluation of a multi-level activity-based model of care. *Aging and Mental Health* 11(4), 361-370.
- Caramelli, P., & Bottino, C. M. (2007). Tratando os sintomas comportamentais e psicológicos da demência (SCPD). *Jornal Brasileiro Psiquiatria*, 56(2), 83-87.
- Cohen-Mansfield, J., & Parpura-Gill, A. (2007). Bathing: A framework for intervention focusing on psychosocial, architectural and human factors considerations. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 45(2), 121-135.
- Fauth, E. B., Femia, E., & Zarit, S. H. (2016). Resistiveness to care during assistance with activities of daily living in non-institutionalized persons with dementia: Associations with informal caregivers' stress and well-being. *Aging and Mental Health*, 20(9), 888-898. doi:10.1080/13607863.2015.1049114.
- Fernández, M., Gobartt, A. L., & Balañá, M. (2010). Behavioural symptoms in patients with Alzheimer's disease and their association with cognitive impairment. *BMC Neurology*, 10(87), 1-9. doi: 10.1186/1471-2377-10-87
- Ferri, C. P., Prince, M., Brayne, C., Brodaty, H., Fratiglioni, L., Ganguli, M., ... Scazufca, M. (2005). Global prevalence of dementia: A Delphi consensus study. *Lancet*, 366(9503), 2112-2117. doi:10.1016/S0140-6736(05)67889-0.
- Figueiredo, A., Melo, R. & Ribeiro, O. (2016). Formação sobre metodologia de cuidados humanidade: Contributo para a melhoria da qualidade dos cuidados. In Atas do Congresso Internacional Desafios da Qualidade em Instituições de Ensino, Coimbra, Portugal, 20-21 (pp. 60-65). Coimbra, Portugal: Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem/Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Gallagher, M., & Hoffmann-Snyder C. (2013). *Bathing persons with dementia*. Iowa, IA: University of Iowa College of Nursing.
- Geneau, D. (2008). La prévention de l'agitation lors des actes de soin intimes par la stratégie de diversion. *Revue de Gériatrie*, 33(6), 11-12.
- Gineste, Y., & Marescotti, R. (2009). La capture sensorielle dans la méthodologie de soin Gineste-Marescotti: Éthologie des outils de la relation dans les soins difficiles. *Revue Francophone de Gériatrie et de Gériatrie*, 16(158), 414-417.

- Gineste, Y., & Pellissier, J. (2008). *Humanitude: Cuidar e compreender a velhice*. Lisboa, Portugal: Instituto Piaget.
- Gitlin, L. N., Kales, H. C., Constantine, G., & Lyketsos, C. G. (2015). Managing behavioral symptoms in dementia using nonpharmacologic approaches: An overview. *Journal of American Medical Association*, 308(19), 2020–2029. doi:10.1001/jama.2012.36918.
- González-Salvador, T., Lyketsos, C., Baker, A., Hovanes, L., Roques, C., Brandt, J., & Steele, C. (2000). Quality of life in dementia patients in long-term care. *Internacional Journal of Geriatric Psychiatry*, 15(2), 181–189.
- Gozalo, P., Prakash, S., Qato, D., Sloane, P., & Mor, V. (2014). Effect of the bathing without a battle training intervention on bathing-associated physical and verbal outcomes in nursing home residents with dementia: A randomized crossover diffusion study. *Journal American Geriatrics Society*, 62(5), 797–804.
- Hersch, E. C., & Falzgraf, S. (2007). Management of the behavioral and psychological symptoms of dementia. *Clinical Intervention in Aging*, 2(4), 611–621.
- Honda, M., Ito, M., Ishikawa, S., Takebayashi, Y., & Tierney Jr., L. (2016). Reduction of behavioral psychological symptoms of dementia by multimodal comprehensive care for vulnerable geriatric patients in an acute care hospital: A case series. *Cases Report in Medecine*, 2016, 1–4. doi.org/10.1155/2016/4813196
- Institut pour la Recherche et l'Information sur la Méthodologie. (2008). Évaluation de la méthodologie de soin Gineste-Marescotti®, dite "Humanitude", lors de formations in situ. *Revue de Gériatrie*, 33(6), 5–8.
- International Psychogeriatric Association. (2002). Behavioral and psychological symptoms of dementia (BPSD): Educational pack. Recuperado de http://dbmas.org.au/uploads/resources/IPA_BPSD_Educational_Pack.pdf
- Kable, A., Guest, M., & McLeod, M. (2013). Resistance to care: Contributing factors and associated behaviours in healthcare facilities. *Advance Nursing*, 69(8), 1747–1760. doi: 10.1111/jan.12035
- Kovach, C., & Meyer-Arnold, E. (1997). Preventing agitation behaviours during the bath time. *Geriatric Nursing*, 18(13), 112–114.
- Kutsumi, M. (2010). Management of behavioral and psychological symptoms of dementia in long-term care facilities in Japan. *Japanese Psychogeriatrics Society*, 9(4), 186–195. doi:10.1111/j.1479-8301.2009.00301.x
- Mckeith, I., & Cummings, J. (2005). Behavioural changes and psychological symptoms in dementia disorders. *Lancet Neurology*, 4(11), 735–742. doi: 10.1016/S1474-4422(05)70219-2
- Melo, R. C., Fernandes, D. S., Albuquerque, J. S., & Duarte, M. N. (2016). Methodology of care humanitude in promoting self-care in dependent people: An integrative review. In V. G. Duffy & N. Lightner (Eds.), *Advances in human factors and ergonomics in healthcare* (pp. 187–193). doi: 10.1007/978-3-319-41652-6
- Minac, M. E., & Feng, M. C. (2016). Assessment of activities of daily living, self-care, and Independence. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 31(6), 506–516. doi: 10.1093/arclin/acw049

- Neville, C. C., & Byrne, G. J. (2001). Behaviour rating scales for older people with dementia : Which is the best for use by nurses ? *Australasian Journal on Ageing*, 20(4), 166-172. doi: 10.1111/j.1741-6612.2001.tb00381.x
- Parnetti, L., Amici, S., Lanari, A., & Gallai, V. (2001). Pharmacological treatment of non-cognitive disturbances in dementia disorders. *Mechanisms of Ageing and Development*, 122(16), 2063-2069.
- Phaneuf, M. (2007). O conceito de Humanidade: Uma aplicação aos cuidados de enfermagem gerais. Recuperado de http://www.infiressources.ca/fer/depotdocuments/O_conceito_de_humanidade_-_uma_aplicacao_aos_cuidados_de_enfermagem_gerais.pdf
- Phaneuf, M. (2010). *O envelhecimento perturbado: A doença de Alzheimer* (2ª ed.). Loures, Portugal: Lusodidacta.
- Rey, S. (2012). *Gestion optimale des symptomes comportementaux et psychologiques de la démence chez les aînés vivant em centre de soins de longue duration*. Portneuf, Québec, Canada: Centre de santé et de services sociaux de Portneuf.
- Salgueiro, N. (2014). *Humanidade: Um imperativo do nosso tempo: Introdução à metodologia de cuidado Gineste-Marescotti*. Coimbra, Portugal: IGM Portugal-Humanidade.
- Santana, I., Farinha, F., Freitas, S., Rodrigues, V., & Carvalho, Á. (2015). Epidemiologia da demência e da doença de Alzheimer em Portugal : Estimativas da prevalência e dos encargos financeiros com a medicação. *Revista Científica Da Ordem Dos Médicos*, 28(2), 182-189.
- Simões, M., Rodrigues, M., & Salgueiro, N. (2011). Importância e aplicabilidade aos cuidados de enfermagem do método de cuidados de humanidade Gineste: Marescotti. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(4), 69-79.
- Simões, M., Salgueiro, N. & Rodrigues, M. (2012). Cuidar em Humanidade: Estudo aplicado em cuidados continuados. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(6), 81-93.
- Suvilehto, J.T., Glerean, E., Dunbar, R. I. M., Hari, R., & Nummenmaa, L. (2015). Topography of social touching depends on emotional bonds between humans. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 112(45), 13811-13816. doi: 10.1073/pnas.1519231112
- Tamai, S. (2002). Tratamento dos transtornos do comportamento de pacientes com demência. *Revista Brasileira Psiquiatria*, 24(Supl. 1), 15-21.
- Voyer, P. (2006). *Soins infirmier aux aînés en perte d'autonomie* (1ª ed.). Saint-Laurent, Québec, Canada: Pearson ERPI.
- World Health Organization, Alzheimer's Disease International. (2012). *Dementia: A public health priority*. Geneva, Switzerland: Author.
- Wright, A. (2017). Limbic System in Concha, J. (2017). *Neuroscience online: Electronic textbook for the neurosciences*. Retrieved from: <http://neuroscience.uth.tmc.edu/index.htm>
- Zuidema, S. U., Jonghe, J. F., Verhey, F. R., & Koopmans, R. T. (2007). Neuropsychiatric symptoms in nursing home patients: Factor structure invariance of the Dutch nursing home version of the neuropsychiatric inventory in different stages of dementia. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 24(3), 169-76. doi:10.1159/000105603.

CAPÍTULO IX

ESTIMULAÇÃO MULTISSENSÓRIA DURANTE O CUIDADO DE HIGIENE E CONFORTO

AMÉLIA MARTINS¹

JOÃO PÄRTEL ARAÚJO²

ROSA CÂNDIDA MELO³

INTRODUÇÃO

A condição natural do ser humano é estar num meio exposto a múltiplos estímulos, provenientes dos eventos da vida, no dia-a-dia, formando percepções (Martins, 2016). Estas percepções são flutuantes na sua intensidade, na sua forma e interativas com o mundo envolvente.

Nós somos o que os sentidos recebem e as emoções que despoletam, sem necessariamente ser um processo de cognição racional. As marcas e os spots publicitários enchem-se de referências sobre a eficácia e suavidade dos seus produtos, para, de forma ideal, estimular os sentidos durante os cuidados diários, por exemplo: a espuma suave, a cor azulada e a agradável fragrância contribuem para o despertar e favorecem o seu bem-estar, tome o seu banho gourmet!.

O uso de informação combinada dos sentidos (*binding*) conduz a maior eficiência na percepção, performance, e consequentemente, na interação durante os cuidados. Com essa fundamentação, a Captura Sensorial®, abordada no capítulo anterior, integra princípios subjacentes à apropriação da informação proveniente da estimulação multissensorial, abrindo sucessivos canais de comunicação, com o objetivo de chegar à memória afetiva ou emocional, criando as condições para a realização de um cuidado em serenidade e estimulando todos os sentidos (Martins, 2016).

1 Contribuição no capítulo: conceção, pesquisa bibliográfica e escrita.

2 Contribuição no capítulo: conceção, pesquisa bibliográfica.

3 Contribuição no capítulo: conceção, pesquisa bibliográfica, escrita, leitura e a revisão final.

Ao longo deste capítulo abordaremos as funções sensoriais e alterações do envelhecimento, a privação sensorial e seus efeitos na pessoa idosa, assim como a importância da estimulação multissensorial durante os cuidados de higiene e conforto.

FUNÇÕES SENSORIAIS E ALTERAÇÕES DECORRENTES DO ENVELHECIMENTO

Ao longo da vida o número de neurónios sensoriais vai reduzindo, contribuindo, assim, para a diminuição do tamanho e peso do encéfalo, diminuindo, também a função dos neurónios remanescentes e o processamento realizado pelo sistema nervoso central, induzindo o aparecimento de alterações na percepção sensorial (Lamas & Paul, 2003; Seeley, Stephens, & Tate, 2011). Estas alterações, por vezes, representam disfunções subtis, que podem preceder o aparecimento de alguma patologia neurodegenerativa. Tais alterações são manifestadas pela diminuição da capacidade de receber e processar a informação proveniente do meio ambiente que, se não forem adequadamente detetadas e satisfeitas, poderão levar a respostas e comportamentos entendidos como desajustados, como por exemplo o isolamento do indivíduo e comportamentos de agitação patológica (Honda, Ito, Ishikawa, Takebayashi, & Tierney, 2016).

É necessário complementar, reforçar e confluir a informação dos sentidos, fazendo da integração sensorial um meio de processar informação que não seria obtida por um sentido isolado. Durante os cuidados de higiene podem-se conjugar sensações termoceptoras e nociceptoras que levam a uma congruência estrutural de bem-estar emocional (Martins, 2016). Um exemplo da importância da congruência estrutural é a relação existente entre a temperatura da água e o gesto cuidativo para a pessoa idosa experimentar essa sensação térmica. A relação de congruência estrutural é apreendida, os estímulos são combinados numa experiência unificada, tátil e emocional. Na situação inversa – em que não há congruência – e em que os eventos não se ‘conjugam’ de modo significativo, são segregados e interpretados como estímulos diferentes. A sectorização dos cuidados de higiene, como exemplo, o banho matinal praticado na maioria das ERPI (Estruturas Residenciais para Idosos), em que cada cuidador efetua uma tarefa distinta, um ou dois cuidadores prestam os cuidados de higiene e depois a pessoa é deixada no corredor à espera que outro cuidador a leve para outro local, sem ligação entre os momentos, sem fechar o arco do cuidado (Salgueiro, 2014). Nesta situação, verifica-se quebra da congruência estrutural de um momento privilegiado que é o cuidado de higiene, levando inevitavelmente a uma destruturação do estímulo, podem conduzir a uma interpretação desajustada e consequentemente provocar um comportamento de agitação patológica.

Verifica-se, também, um ciclo vicioso entre repouso no leito, por vezes prescrito, mas não reavaliado, em que os cuidados de higiene são prestados no leito sem avaliação prévia da condição da pessoa, das suas capacidades e dos objetivos a atingir com aquele cuidado, levando a várias consequências: imobilização, redução da massa e força muscular, ineficiência vasomotora, redução da densidade óssea, decréscimo da ventilação pulmonar e consequentemente, privação sensorial (Sales, Silva, Gil, & Filho, 2010). Estas situações de acamamento podem, também, levar à perda do sentido de lateralidade e cinestésico e a um declínio funcional, por vezes, irreversível dando origem aos síndromes de imobilismo e/ou deslizamento (Muñoz, Martínez, Ruiz, & Ríos, 2009; Salgueiro, 2014; Simões, 2014).

Desordens funcionais na habilidade para modular as sensações recebidas são também observadas em muitos casos, nos quais a pessoa parece ter hipersensibilidade às experiências sensoriais simples, tais como ter sempre frio (Martins, 2016). Nestes casos, os cuidadores devem ter atenção à fragilidade termoceptora, garantindo o conforto através da utilização de toalhas aquecidas para limpar a pessoa. Na presença de inputs sensoriais desconhecidos, tais como a mudança de quarto/cama, a presença de um novo espaço, ou perante um novo cuidador, a pessoa idosa pode sofrer consequências como: deficits na transmissão de informação, perda de plasticidade que pode ser determinante no desamparo aprendido (Seligman, 2014).

Alterações do sentido da visão com a idade

A acuidade visual reduz progressivamente ao longo da vida, levando a receber informações diminuídas ou distorcidas, aumentando a probabilidade de quedas (Patla, 1997), pois o sistema visual contribui para o controlo postural, coordenação e equilíbrio. Com a diminuição da acuidade visual ocorre o aumento da oscilação corporal, prejudicando a capacidade de manutenção do equilíbrio. Para evitar esta situação é importante a promoção da verticalidade, permitindo a melhoria da propriocepção e consequente diminuição da oscilação do corpo. Na função dinâmica, os movimentos da cabeça e, especialmente, a orientação do olhar são o ponto de partida para todo o movimento (Kleiner, Schlittler, & Sánchez-Arias, 2011).

O olhar (olhos nos olhos) enquanto pilar relacional da Humanidade® permite estimular o desenvolvimento da inteligência, associado à antevisão, constatação e planeamento do movimento (Kleiner et al., 2011). Define-nos como pessoa e é fundamental para celebrarmos o encontro connosco próprios e com os outros (Mendonça, 2014). O poder do olhar é inegável, “avaliamos e somos avaliados pela forma como olhamos, estes revelam a forma como se sente em relação aos outros e a si mesmo” (Monteiro, 2017,

p. 175). O olhar deve ser axial, ou seja no mesmo eixo; horizontal, ao mesmo nível, longo e próximo num ambiente com luminosidade adequada. Assim, para a pessoa cuidada, o olhar benfazejo do cuidador capta a sua atenção e confirma a sua dignidade de ser humano (Salgueiro, 2014), pondo de lado as minudências das tarefas rotinizadas.

Para a pessoa cuidada o olhar é apelo de Humanidade®, é um estímulo para a vida, para reencontrar o seu equilíbrio sensorial, psicológico e social. Enquanto cuidadores, o olhar permite-nos passar, progressivamente, para um nível mais profundo de compreensão das fragilidades e das potencialidades das pessoas que cuidamos.

Alterações sensoriais da audição

O processo de envelhecimento leva à diminuição na acuidade auditiva. A sua diminuição está ligada à degenerescência celular do aparelho auditivo (Kozlowski & Marques, 2004). De acordo os mesmos autores, de entre as alterações sensoriais que acompanham o processo de envelhecimento, a diminuição da função auditiva, presbiacusia, é uma das mais incapacitantes e frequentes.

Os efeitos da idade no sistema auditivo periférico e central levam a mudanças na diminuição do suporte cognitivo, na diminuição da percepção, na redução da compreensão da fala, no ruído e ambientes reverberantes. Interferem, também, na percepção das mudanças rápidas na fala e na localização do som (Chisolm, Willott, & Lister, 2001). A afeção na audição pode, portanto, comprometer a interação verbal e consequentemente dificultar as relações. A palavra, como principal veículo da comunicação verbal, deve ser considerada como um estímulo fundamental para a manutenção da capacidade relacional. No entanto, por vezes na comunicação utiliza-se a palavra com um tom alto, timbre metálico, um fluxo muito rápido, muita informação ao mesmo tempo, perturbando a pessoa e desencadeando agitação e oposição aos cuidados (Salgueiro, 2014). É frequente o desabafo dos cuidadores relatando a dificuldade em comunicar com pessoas ditas comunicativas, que apenas não respondem por não lhe serem dirigidas palavras, por não serem estimuladas, ou não se aguardar o tempo suficiente para que o estímulo auditivo seja interpretado. Com essa ausência de resposta verbal é comum os cuidadores começarem a dialogar entre si, agravando o comprometimento dos processos cognitivos da linguagem e audição, assim como a sensação de abandono e de desinteresse.

A palavra revela-se como uma das maiores conquistas do ser humano (Trenholm, 2010). Mas a forma como as palavras serão percebidas depende do tom de voz, volume, velocidade e timbre. Um timbre mais grave indica confiança e proteção (Monteiro, 2017). Por isso a palavra deve ter uma intencionalidade, deve ser profissionalizada (Salgueiro, 2014), porque ela garante-nos um pilar fundamental da relação humana: “Se não me falam, eu

não existo”. Por vezes, o cuidador não se apresenta, presumindo que é conhecido, pelo simples fato de estar ali todos os dias, e para além disso presume que a pessoa sabe o motivo pelo qual o cuidador ali está, sem que, na verdade, nenhuma dessas premissas seja validada. A qualidade da palavra garante a qualidade da resposta, possibilita a fluidez da interação e permite que se obtenha um consentimento relacional de forma mais clara e evidente, assim como a aceitação do cuidado e o envolvimento da pessoa (Gineste & Pellissier, 2008).

Para a pessoa cuidada a comunicação é vital. A audição não é apenas a recolha do discurso sonoro (Mendonça, 2014), antes de tudo, permite descodificar a atitude do cuidador que se dispõe a proferi-la.

Na pessoa em depressão anaclítica, abandonada nela própria, com profunda desorganização mental, origina-se o desamparo aprendido, resultando inicialmente em agitação, num derradeiro apelo de Humanidade® e posteriormente na desistência de si próprio (Gineste & Pellissier, 2008). Já Seligman (2004) descreve o desamparo aprendido como o estado psicológico que ocorre quando a pessoa está em ambientes com estímulos aversivos e com poucos reforços positivos. Para este autor, os sintomas característicos do desamparo aprendido são a dificuldade na iniciação de respostas voluntárias, a descrença nas capacidades, discurso derrotista (como exemplo, “a menina faça, eu já não sou capaz, não presto para nada, só dou trabalho”), tendência cognitiva negativa, perda de apetite, alterações fisiológicas e sensoriais. Com o desamparo aprendido, intui-se que não há relação entre as suas respostas e o que ocorre com o meio, podendo esta aprendizagem ser generalizada a situações futuras, perpetuando a situação depressiva. A pessoa precisa de reforço positivo através da palavra em débito adequado, tom grave e melodioso, doce e calma (Salgueiro, 2014). Que melhor estímulo auditivo do que palavras encorajadoras, cheias de docilidade, de valorização, de gratidão, positivas, anunciando e descrevendo cada gesto, reduzindo o ruído criado por demasiadas vozes, bater de portas, música alta ou mudanças bruscas de som.

Alterações nos sentidos do paladar e olfato

Com a diminuição do número de recetores sensoriais, diminui a capacidade do cérebro de interpretar as sensações do gosto e do olfato. A sensibilidade das papilas gustativas diminui com a idade, provocando inadequações no processo de ingestão e diferenciação alimentar (Papalia, 2006). As mudanças na capacidade de sentir cheiros têm consequências importantes para a nutrição, segurança pessoal e higiene. A perda destes sentidos, por serem uma forma importante de interação com o meio ambiente, tem sido associada às condições propícias ao desenvolvimento de estados de tristeza e depressão (Kemp, Hollowood, & Hort, 2009; Lamas & Paúl, 2003).

Além das refeições, outras fontes de prazer também se apoiam no olfato, tais como cheirar o perfume preferido. A utilização de perfumes constitui, desde sempre, um dos ritos essenciais de cordialidade, traduzindo a alegria do reencontro (Verheul, 2007, 2014; Mendonça, 2014). Há uma memória olfativa indispensável para sentir até que ponto é inebriante o banho. Os odores evocam as emoções, quando as nossas capacidades olfativas se atrofiaram e não são estimuladas declina também a cartografia das nossas emoções vividas (Rouchou, 2008).

A falta de higiene oral afeta o funcionamento das papilas gustativas e influencia a ingestão, absorção e prazer obtido pela alimentação. Assim, os cuidadores não podem negligenciar os cuidados orais. Sabendo da dificuldade, por parte de algumas pessoas idosas, na aceitação deste tipo de higiene e associada a preconceitos culturais, os cuidadores precisam de aprender estratégias (definidas na Captura Sensorial®) de forma a facilitar a aceitação deste cuidado (Gineste & Pellissier, 2008; Honda, et al., 2016).

Alterações do sistema somatossensorial

Para Ayres (1975), o sistema somatossensorial ou somestésico é um sentido predominante durante o desenvolvimento da pessoa. É a capacidade que as pessoas têm de receber e perceber as informações sobre as diferentes partes do corpo. O sistema somatossensorial, por meio de estruturas neurais especializadas, permite o contato com o mundo externo e o processamento dessas informações.

A pele é o maior órgão do corpo humano, sendo por isso o primeiro meio de comunicação com o mundo exterior. A nossa autobiografia é uma história da pele e do tato, da forma como tocamos ou não, da forma como fomos tocados (Mendonça, 2014). O toque possui uma linguagem que as palavras complementam, como por exemplo, aquando da prestação de cuidados, tocamos na pessoa mostrando-lhe que a ouvimos, que a compreendemos, que respeitamos a sua intimidade e que tem a nossa atenção (toque ternura; Salgueiro 2014). O toque ternura é pacificante, é capaz de atenuar a dor, relaxar, transmitir segurança. Contudo, o oposto também se verifica, quando inconscientemente pelo toque demonstramos desatenção, pressa, frieza, indiferença ou desdém (Acqua, Araújo, & Silva, 1998; Phaneuf, 2007, 2010; Salgueiro, 2014). Para a pessoa cuidada desprovida de contatos, o toque é de extrema importância, pois, dignifica a sua condição humana, estimulando a vida e a vontade de continuar presente no mundo. É o caminho de reminiscência até aos cuidados recebidos no início de vida. Quando a mãe toca o bebé e o acaricia transmite-lhe amor, confiança e segurança, promovendo a sensação de bem-estar e estimulando os sentidos e a autoestima.

Os sistemas que influenciam o equilíbrio são o sistema vestibular e a propriocepção, que através dos recetores informam, sem necessitar de recorrer ao olhar, o posicionamento de um membro em relação ao outro e o posicionamento do membro em relação à superfície de contato (Kawai, Sugimoto, Futamura, Sobue, & Kawamura, 2013). A pessoa idosa pode ter dificuldade na orientação na presença de inputs sensoriais desconhecidos, tais como a mudança de quarto/cama, a presença de um novo espaço e pela necessidade de utilização de ajudas técnicas. A estimulação destes sentidos permite que a pessoa perceção e controle cada segmento do seu corpo como um todo no espaço em que se movimenta. Segundo Kawai, et al. (2013) encontram-se as seguintes dificuldades em gerir as respostas do sistema somatossensorial:

- a) insegurança gravitacional, o que gera medo excessivo ou desproporcionado de estímulos vestibulares – medo da verticalidade;
- b) defensibilidade tátil com respostas emocionais excessivas e aumento de atividade ou outras respostas aversivas quando a pessoa é tocada – a pessoa agarra-se a tudo (lençóis, chuveiro, toalha);
- c) hipo-respostas, a pessoa responde pouco ou não responde a estímulos que geralmente causariam uma resposta;
- d) evita experiências sensoriais – a pessoa sente-se desorientada ou assustada quando há muita informação sensorial e encerra-se em si mesma;
- e) défices de atenção – presta pouca atenção ou direciona a atenção para outros estímulos dificultando a execução de tarefas (ex. banho barulhento);
- f) atividade aumentada, nível alto de atividade motora que se expressa por exemplo em atividades repetitivas (ex: mexer constantes nos botões, enrolar uma ponta do casaco).

Em suma, a entrada de informação sensorial influencia a realização das atividades e, ao mesmo tempo, a realização de uma ação influencia o modo como a informação sensorial é obtida. As alterações ao nível da praxia envolvem dificuldades na resolução dos processos básicos. Além das disfunções já citadas, alguns outros sinais são sugestivos de mau processamento ao nível dos sistemas somatossensorial, vestibular, proprioceptivo e práticos, entre eles: reações emocionais desajustadas, como assustar-se facilmente através de abordagens surpresas; dificuldade de regular os ciclos circadianos; reação excessiva ao toque; recusa de cuidados; défice de coordenação motora; dificuldade na interação com pessoas; dificuldade em reaprender funções motoras; quedas frequentes; medo e recusa de atividades motoras (Kawai et al., 2013). Estes sinais descritos são muitas vezes interpretados como teimosias, traços de personalidade rígidos, difíceis ou desafiantes, questões culturais adversas e muitas vezes são défices no processamento sensorial.

A compreensão da forma como se enfrenta o processo de envelhecimento e as respostas aos estímulos é fundamental para adequarmos os cuidados. Assim, torna-se importante reconhecer o percurso de vida do idoso, e os seus hábitos, para melhor identificar os estímulos mais adequados a utilizar durante o momento dos cuidados (dicas pessoais e relacionais), promovendo essas experiências positivas e consolidando-as a nível da memória emocional.

PRIVAÇÃO SENSORIAL E SEUS EFEITOS NA PESSOA IDOSA

A pessoa privada sensorialmente pode recorrer a comportamentos repetitivos, como as estereotipias ou as ecolalias, como uma tentativa de reduzir a sensação de privação e para criar estímulos internos (Martins, 2016). A agitação, a recusa do banho, o isolamento, a agressividade, as desordens no humor, a desinibição sexual ou vocabulário inadequado, são os principais comportamentos referenciados nos processos de institucionalização nas pessoas idosas. Algumas boas práticas para a atenuação destes sintomas comportamentais passam pela opção de abordagens não-farmacológicas (Jakob & Collier, 2014; Koder, Hunt, & Davison, 2014) que complementem a farmacológica, como a estimulação sensorial, arte-terapia, etc. como propõe a Norma da Direção Geral de Saúde 053/2011.

A Captura Sensorial®, nos seus critérios, lógica, sequencial, dinâmica e na intencionalidade dada a cada estímulo, aumenta a resposta positiva ao cuidado e reduz os níveis de agitação e a recusa dos cuidados (Simões, 2014; Simões, Rodrigues, & Salgueiro, 2011).

Assim a qualidade dos cuidados prestados à pessoa idosa deve ter em conta a redução dos níveis de restrições, nível ótimo de luminosidade, boas práticas nos cuidados de higiene pessoal, melhor comunicação e o tratamento adequado da dor (Höfle, Hauck, Engel & Senkowski, 2010). Torna-se pois fundamental a formação dos cuidadores, como atores privilegiados no processo de intervenção multissensorial e para a deteção atempada das consequências negativas da experiência da institucionalização (Koder et al., 2014; Maseda et al., 2014; van Weert et al., 2006). Cicely Saunders, fundadora da primeira unidade de cuidados paliativos, refere que temos de aprender a cuidar da dor e a minorá-la, não apenas com a terapêutica medicamentosa mas com a presença, com os gestos silenciosos, com a palavra certa, com uma expectativa de coragem (Saunders, 2013). Temos de aprender a embalar a fragilidade com profissionalismo, para ajudar cada pessoa a reencontrar-se com as memórias emocionais positivas e a criar novas, porque à beira do fim tanta coisa começa!

Em instituições de cuidados, as pessoas idosas estão longe dos seus contextos familiares e perdem pontos de referência, a nível físico, do seu espaço e do enquadramento

socioafetivo (Martins, 2016). O ambiente e o clima relacional nas instituições devem ser dinâmicos, flexíveis, humanizados e personalizados para a desejada promoção da saúde e qualidade de vida (Medeiros, 2013).

As intervenções para adaptar o ambiente institucional são chamadas princípios de *docilidade ambiental* (Lawton, 1983, 1994). Segundo este autor, estes princípios, influenciam todos os cuidados, quer sejam os cuidados de higiene ou de alimentação, e consistem em providenciar espaços em que se explorem os sentidos.

A docilidade ambiental diz respeito aos benefícios que as pessoas idosas, com défices sensoriais, podem ter durante os seus processos adaptativos, na medida em que o ambiente atua como auxílio protésico e terapêutico (Cassarino & Setti, 2015; Edgerton & Richie, 2010; Ericson-Lidman, Renström, & Ahlin, 2014; Tomasini & Alves, 2007).

Na organização dos cuidados de higiene deve-se ter atenção à criação das condições e de um ambiente propício para a realização do cuidado em serenidade e sem interrupções. Assim, deve haver cuidado e intencionalidade na preparação de todo o material adequado à pessoa para utilizar, antes de iniciar o cuidado de forma a não haver interrupções, como também ter em conta o ambiente relacional e térmico.

O ambiente é uma ajuda importante no cuidado, no sentido de suprir, o mais possível, a privação sensorial. Deve ser centrado na pessoa e nas relações que estabelecemos com elas. “As janelas” dos sentidos para o mundo exterior podem ser tão estreitas, rígidas, inflexíveis, instáveis ou frágeis que a extensa e contínua engenharia ambiental é necessária para aumentar a probabilidade de promover estímulos sensoriais que são determinantes para um melhor desempenho cognitivo (Cassarino & Setti, 2015; Ericson-Lidman et al., 2014; Pagliano, 2001, 2012).

IMPORTÂNCIA DA ESTIMULAÇÃO MULTISSENSORIAL DURANTE OS CUIDADOS DE HIGIENE

A estimulação multissensorial refere-se ao efeito de oferecer à pessoa oportunidades nas quais os sentidos sejam estimulados, com diferentes finalidades, e a partir de diversas situações durante os cuidados. A importância deste efeito centra-se em pessoas que têm afetada a sua capacidade de receção e/ou interpretação dos estímulos que surgem à sua volta. Trata-se da estimulação ativa dos sentidos primários sem necessidade de recorrer a processos cognitivos complexos (Baillon, van Diepen, & Prettyman, 2002; Baillon et al., 2005). A estimulação multissensorial pode resultar num maior desenvolvimento e/ou reabilitação das competências cognitivas e psicomotoras, através do desenvolvimento de atividades que fortaleçam e ampliem as conexões neurais cerebrais (Lázaro, Rodríguez, Roqueta, Blasco, & Lagranja, 2012; Martins, 2016).

Os agentes que estimulam os sentidos têm sido usados em várias civilizações. Os antigos egípcios usavam substâncias aromáticas (4500 a.C.) e acredita-se ter sido aí o início do uso terapêutico da aromaterapia (Burns, Blamey, Ersser, Lloyd, & Barneston, 1999; Da Cunha & Roque, 2013).

A massagem tem sido utilizada na maioria das culturas, incluindo os celtas, egípcios, romanos, gregos e orientais há mais de cinco milénios. A massagem é uma das mais antigas práticas corretivas-reabilitadoras da humanidade e é reivindicada como sendo o meio mais natural e intuitivo de aliviar a dor e o desconforto, ativando as fibras do prazer (Olausson & Lamarre, 2002). A hidroterapia e/ou terapia pela água tem sido utilizada em medicina física ao longo de milhares de anos. A maioria das culturas antigas, incluindo os japoneses, chineses, gregos e romanos, utiliza os banhos com variadas finalidades terapêuticas, tais como: redução da fadiga, cicatrização de feridas, combate à tristeza e desânimo, tratamento de doenças reumáticas, respiratórias, etc. (Rodríguez, 2010).

Porque não fazer do banho um momento prazeroso? Proporcionando uma massagem suave ao lavar as costas, a cabeça, os pés e colocar uma música relaxante, durante os cuidados.

Os cuidados de higiene e conforto são uma oportunidade especial para entrar em relação com as pessoas cuidadas. Assim, desde o bater à porta, antes de entrar no espaço da pessoa cuidada, para além do cumprimento de uma regra de cidadania, é também um estímulo auditivo, que ajuda a pessoa a estabelecer ligações com o meio (“alguém que chega! estão a pedir permissão para entrar no meu espaço e para me abordar”). A interação inicial com a pessoa, dando intencionalidade ao contacto visual e à forma no olhar, transmite informações e estímulos positivos, facilitando o estabelecimento da relação. Também a forma como comunicamos com a pessoa, o cumprimento, o tratar a pessoa pelo nome que se identifica e se reconhece, o tom de voz utilizado e a forma como tocamos a pessoa constituem-se como estímulos facilitadores de um ambiente relacional positivo e de aceitação do cuidado (Simões, Salgueiro, & Rodrigues, 2012).

Durante o cuidado de higiene e conforto, a estimulação dos sentidos através do cheiro agradável do gel de banho, do perfume utilizado, da cor da roupa, a estimulação e utilização das capacidades e forças de vida, o reforço positivo por todos os esforços realizados durante o autocuidado promovem sensações positivas na pessoa e permitem aumentar a eficácia dos cuidados prestados, uma vez que há a compreensão e aceitação do cuidado (Simões et al., 2012). Também, a utilização do toque suave associado à palavra, em que todos os gestos são preditos e descritos de forma positiva (“vou lavar o seu braço esquerdo, direito, levante o pé esquerdo”, etc.) promovem a reeducação proprioceptiva, ativam a memória procedural, contribuindo para a reorganização do esquema corporal (Gineste & Pellissier 2007; Phaneuf, 2010; Salgueiro, 2014).

A promoção da verticalização durante o cuidado de higiene tem um impacto positivo em todos os sistemas, assim como na percepção do esquema corporal. Para Phaneuf (2007), a verticalidade, como sinal identitário e da nossa dignidade humana, permite o contacto visual como outro, tornando-se uma fonte de relação e estímulo ao desenvolvimento da inteligência. Segundo esta autora, deixar a pessoa no leito, quando pode levantar-se, é um atentado sério à sua humanidade e um risco para a sua saúde.

Também, a forma como fechamos a intervenção no cuidar, através da consolidação emocional, falando da experiência agradável que foi estar com a pessoa, valorizando os esforços no autocuidado e os seus benefícios, despedir-se com palavras proactivas e a marcação do reencontro evita a sensação de abandono e permitem deixar na memória emocional uma impressão positiva (Salgueiro, 2014; Simões et al., 2012).

Nos estudos conduzidos por van Weert et al. (2004, 2006), sobre a estimulação multissensorial proporcionada numa residência para idosos, os investigadores, durante os cuidados, analisaram a frequência da comunicação verbal e não-verbal através do uso da palavra, do contacto ocular, a duração do toque instrumental, afetivo e o sorriso. Estes investigadores verificaram que através desta estimulação sensorial houve benefícios nos residentes manifestados por relaxamento, mudança de conduta e melhoria da qualidade de vida, ganhos significativos também para os cuidadores.

Também no estudo realizado por Honda et al. (2016) o cuidado baseado na comunicação com abordagem multimodal (olhar, palavra e toque) teve um impacto positivo na redução da agitação e aumento de aceitação do cuidado.

Apesar do declínio no processamento sensorial que acompanha o envelhecimento, a utilização de múltiplos canais sensoriais durante os cuidados de higiene, pode representar uma estratégia compensatória eficaz para ultrapassar os déficits sensoriais (Martins, 2016).

A utilização da estimulação multissensorial, em estados depressivos ou distímicos tem-se como principal objetivo aumentar a sensibilidade através dos recetores sensoriais que são ativados e diminuir a frequência de recusa de cuidados. O resultado pretendido é promover processos de plasticidade neuronal que ativem os processos de estabilização cognitiva (Pimentel & Martins, 2015).

Deveremos, contudo, refletir sempre sobre o que perdemos, sobre o que vai ficando para trás, submerso e preso nos silêncios, nas agitações (por causa das nossas pressas), sobre o que deixamos de saber sobre as pessoas de quem cuidamos quando permitimos que a aceleração nos condicione. O grau de atenção é diretamente proporcional à intensidade da memória, enquanto a velocidade é diretamente proporcional à intensidade do esquecimento (Mendonça, 2014).

A procura de uma definição concisa para o conceito de estimulação sensorial nos cuidados faz-nos dizer, sem risco de errar: interioridade, dignidade e vida, porque o corpo que cuidamos é a língua materna do amor. E como diz Fernando Pessoa: se “não sei sentir, não sei ser humano”, e como tal não sei ser cuidador.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acqua, M., Araújo, V., & Silva, M. (1998). Toque: Qual o uso atual pelo enfermeiro. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 6(2), 50-57. doi:10.1590/S0104-11691998000200004
- Ayres, A. J. (1972). Types of sensory integrative dysfunction among disabled learners. *American Journal of Occupational Therapy*, 26(1), 13-18.
- Ayres, A. J. (1975). *Southern california postrotary nystagmus test*. Los Angeles, USA: Western Psychological Services.
- Baillon, S., Diepen, E., & Prettyman, R. (2002). Multi-sensory therapy in psychiatric care. *Advances in Psychiatric Treatment*, 8(6), 444-452. doi:10.1192/apt.8.6.444
- Baillon, S., Diepen, E., Prettyman, R., Rooke, N., Redman, J., & Campbell, R. (2005). Variability in response of older people with dementia to both snoezelen and reminiscence. *British Journal of Occupational Therapy*, 68(8), 367-374. Recuperado de <https://core.ac.uk/download/pdf/42014417.pdf>
- Burns, E., Blamey, C., Ersser, S., Lloyd, A., & Barneston, L. (1999). *The use of aromatherapy in intrapartum midwifery practice: An evaluative study*. Oxford, England: Oxford Brookes.
- Campbell, D. (2006). *O efeito Mozart*. Lisboa, Portugal: Estrela Polar.
- Cassarino, M., & Setti, A. (2015). Environment as ‘brain training’: A review of geographical and physical environmental influences on cognitive ageing. *Ageing Research Reviews*, 23, 167-182. doi:10.1016/j.arr.2015.06.003
- Chisolm, T., Willott, J., & Lister, J. (2001). The aging auditory system: Anatomic and physiologic changes in implications for rehabilitation. *International Journal of Audiology*, 42(2), 2S3-2S10. doi:10.3109/14992020309074637
- Edgerton, E., & Richie, L. (2010). Improving physical environments for dementia care: Making minimal changes for maximum effect. *Annals of Long Term Care: Clinical Care and Ageing*, 18(5), 43-45.
- Ericson-Lidman, E., Renström, A., & Ahlin, J. (2014). Relatives’ perceptions of residents’ life in a municipal care facility for older people with a focus on quality of life and care environment. *International Journal of Older People Nursing*, 10(3), 160-169. doi:10.1111/opn.12063
- Gineste, Y., & Marescotti, R. (2009). La capture sensorielle dans la méthodologie de soin gineste-marescotti: Éthologie des outils de la relation dans les soins difficiles. *La Revue Francophone de Geriatrie et de Gerontologie*, 16(158), 418-420.

- Gineste, Y., Marescotti, R., & Mias, L. (1996). Pour la grand âge, une médecine debout. *La Revue du Généraliste et de la Gériatrie*, 24(4), 22-29.
- Gineste, Y., & Pelissier, J. (2007). *Humanitude, comprendre la vieillesse, prendre soin des hommes vieux*. Paris, France: Armand Colin.
- Höfle, M., Hauck, M., Engel, A., & Senkowski, D. (2010). Pain processing in multisensory environments. *e-Neuroforum*, 1(2), 23-28. doi:10.1007/s13295-010-0004-z
- Honda, M., Ito, M., Ishikawa, S., Takebayashi, Y., & Tierney, L. (2016). Reduction of behavioral psychological symptoms of dementia by multimodal comprehensive care for vulnerable geriatric patients in an acute care hospital: A case series. *Case Reports in Medicine*. doi:10.1155/2016/4813196
- Jakob, A., & Collier, G. L. (2014). *How to make a sensory room for people living with dementia*. London, England: Kingston University.
- Kawai, Y., A., M., Sugimoto, A., Futamura, A., Sobue, G., & Kawamura, M. (2013). A new disorder of praxis in neurodegenerative disease that may be part of alzheimer's disease. *Neurocase*, 19(4), 408-415. doi:10.1080/13554794.2012.690425
- Kemp, S., Hollowood, T., & Hort, J. (2009). *Sensory evaluation a practical handbook*. United Kingdom: John Wiley & Sons.
- Kleiner, A., Schlittler, D. X., & Sánchez-Arias, M. (2011). O papel dos sistemas visual, vestibular, somatosensorial e auditivo para o controle postural. *Revista de Neurociência*, 19(2), 349-357. Recuperado de <http://www.revistaneurociencias.com.br/edicoes/2011/RN1902/revisao%2019%2002/496%20revisao.pdf>
- Koder, D., Hunt, G., & Davison, T. (2014). Staff's views on managing symptoms of dementia in nursing home residents. *Nursing Older People*, 26(10), 31-36. doi:10.7748/nop.26.10.31.e638
- Kozlowski, L., & Marques, A. (2004). *Reabilitação auditiva no idoso*. São Paulo, Brasil: Revise.
- Lamas, M., & Paúl, C. (2003). O envelhecimento do sistema sensorial: Implicações na funcionalidade e qualidade de vida. *Actas de Gerontologia Congresso Português de Avaliação e Intervenção em Gerontologia Social*, 1(1), 1-11.
- Lawton, M. (1983). Environment and other determinants of well-being in people. *Gerontologist*, 23(4), 349-357.
- Lawton, M. P. (1994). Quality of life in Alzheimer's disease. *Alzheimer's Disease and Associated Disorders*, 8, 138-150.
- Lázaro, A., Rodríguez, F., Roqueta, C., Blasco, S., & Lagranja, A. (2012). *La práctica educativa en aulas multisensoriales*. Zaragoza, Spain: Mira Editores.
- Marques, A., Cruz, J., Barbosa, A., Figueiredo, D., & Sousa, L. (2012). Motor and multisensory care-based approach in dementia: Long-term effects of a pilot study. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*, 28(1), 24-34. doi:10.1177/1533317512466691
- Martins, M. A. (2016). *Utilidade Instantânea e recordada da abordagem snoezelen em idosos institucionalizados e modelos cognitivos de eficácia em cuidadores* (Tese de doutoramento). Universidade de Coimbra, Portugal.

- Maseda, A., Sánchez, A., Marante, M., González-Abraldes, I., Labra, C., & Millán- Calenti, J. (2014). Multisensory stimulation on mood, behavior, and biomedical parameters in people with dementia: Is it more effective than conventional one-to-one stimulation?. *American Journal of Alzheimers Disease and other dementias*, 29(7)1, 637-647. doi:10.1177/1533317514532823
- Medeiros, T. (2013). Desafios do(s) envelhecimento(s). In T. Medeiros, C. Ribeiro, B. Miúdo & A. Fialho (Eds.), *Envelhecer e conviver* (pp. 29-45). Ponta Delgada, Portugal: Letras Lavadas.
- Mendonça, T. (2014). *A mística do instante*. Prior Velho, Portugal: Paulinas.
- Monteiro, A. (2017). *Os segredos que o nosso corpo revela*. Lisboa, Portugal: Manuscrito.
- Muñoz, I. C., Martínez, M. G., Ruiz, C. S., & Ríos, J. P. (2009). Tratamiento de Snoezelen para la demencia. *Fisioterapia y Calidad de Vida*, 12(3), 33- 46.
- Olausson, H., & Lamarre, Y. (2002). Unmyelinated tactile afferents signal touch project insular cortex. *Nature Neuroscience*, 5(9), 900-904. doi:10.1038/nn896
- Pagliano, P. (2001). *Using the multisensory environment: A practical guide for teachers*. London, England: David Fulton Publishers.
- Pagliano, P. (2012). *The multisensory handbook*. New York, USA: Routledge.
- Papalia, D. (2006). *Desenvolvimento humano*. Porto Alegre, Brasil: Artmed.
- Patla, A. (1997). Understanding the roles of vision in the control of human locomotion. *Gait and Posture*, 5(1), 54-69. doi:10.1016/S0966-6362(96)01109-5
- Phaneuf, M. (2007). *La maladie d'Alzheimer et la prise en charge infirmière*. Issy-les- Moulineaux, France: Elsevier Masson.
- Phaneuf, M. (2010). *O envelhecimento perturbado*. Loures, Portugal: Lusodidacta.
- Pimentel, A., Martins, M. A. (2015). *Snoezelen com idosos em contexto humanidade*. Recuperado de <https://issuu.com/programaimpactosocial/docs/relatorios2015>
- Rodrigues, A., Loureiro, M., & Caramelli, P. (2010). Musical training, neuroplasticity and cognition. *Dement Neuropsychol*, 4(4), 277-286. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/dn/v4n4/1980-5764-dn-4-04-00277.pdf>
- Rouchou, J. (2008). *Noites de verão com cheiro de jasmim*. Rio de Janeiro, Brasil: Editora FGV
- Sales, M., Silva, T., Gil Jr, L., & Filho, W. (2010). Efeitos adversos da internação hospitalar para o idoso. *Geriatrics & Gerontologia*, 4(4), 238-246.
- Salgueiro, N. (2014). *Humanidade: Um imperativo do nosso tempo*. Coimbra, Portugal: IGM - Portugal.
- Saunders, C. (2013). *Velai comigo inspiração para uma vida em cuidados paliativos* (10ª ed.). Lisboa, Portugal: Universidade Católica Editora.
- Seeley, R., Stephens, T., & Tate, P. (2011). Os sentidos especiais. In R. Seeley, T. Stephens & P. Tate (Eds.), *Anatomia e fisiologia* (8ª ed., pp. 529-578). Loures, Portugal: Lusociência.
- Seligman, M. (2004). *Felicidade autêntica: Usando a nova psicologia positiva para a realização permanente*. Rio de Janeiro, Brasil: Objetiva.

- Simões, M. (2014). *Cuidar em humanidade: Enfermagem neuro relacional*. Coimbra, Portugal: Autor.
- Simões, M., Rodrigues, M., & Salgueiro, N. (2008). O significado da filosofia da humanidade, no contexto dos cuidados de enfermagem à pessoa dependente e vulnerável. *Revista de Enfermagem Referência*, 2(7), 97-105. Recuperado de http://rihuc.huc.min-saude.pt/bitstream/10400.4/482/1/Artigo_de_Revis%C3%A3o%5B1%5D.pdf
- Simões, M., Rodrigues, M., & Salgueiro, N. (2011). Importância e aplicabilidade aos cuidados de enfermagem do método de cuidados de humanidade gineste-marescotti®. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(4), 69-79.
- Simões, M., Salgueiro, N. & Rodrigues, M. (2012). Cuidar em Humanidade: estudo aplicado em cuidados continuados. *Revista de Enfermagem Referência*, (6), 81-93.
- Soubielle, S. (2014). *Gastronomie holistique et diète-étique*. Recuperado de <http://www.igm-restauration.com/medias/files/article-colloque-nov-2014.pdf>
- Tomasini, S., & Alves, S. (2007). Envelhecimento bem-sucedido e o ambiente das instituições de longa permanência. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, 4(1), 88-102. doi:10.5335/rbceh.2012.119
- Trenholm, S. (2010). *Thinking through communication* (6th ed.). Londres, England: Pearson.
- van Weert, J., Janssen, B., van Dulmen, A., Spreeuwenberg, P., Bensing, J., & Ribbe, M. (2006). Nursing assistant's behaviour during morning care: Effects of the implementation of Snoezelen integrated in 24-hour dementia care. *Journal of Advanced Nursing* 53(6), 656-668. doi:10.1111/j.1365-2648.2006.03772.x
- van Weert, J., Kerkstra, A., van Dulmen, A., Bensing, J., Peter, J., & Ribbe, M. (2004). The implementation of Snoezelen in psychogeriatric care: An evaluation through the eyes of caregivers. *International Journal of Nursing Studies*, 41(4), 397- 409. doi:10.1016/j.ijnurstu.2003.10.011
- Verheul, A. (2007). Snoezelen: Materials homemade. Nederland: ISNA-MSE.
- Verheul, A. (2014). *The Snoezelen-multisensory approach in 24h dementia care: Everyday multisensory environments, wellness technology and Snoezelen*. Finland: HAMK University of Applied Sciences.

