

## Metodologia de cuidado humanidade: dificuldades e benefícios da sua implementação na prática

Humanitude care methodology: difficulties and benefits from its implementation in clinical practice

Metodología de cuidado humanidad: dificultades y beneficios de su aplicación en la práctica

Ana Margarida Gomes Figueiredo\*; Rosa Cândida Carvalho Pereira de Melo\*\*; Olivério de Paiva Ribeiro\*\*\*

### Resumo

**Enquadramento:** A metodologia de cuidado humanidade (MCH), através de uma sequência estruturada de procedimentos cuidadosos humanidade, permite operacionalizar a humanização dos cuidados.

**Objetivos:** Conhecer a perceção dos enfermeiros sobre as dificuldades na implementação da MCH e os benefícios da sua aplicação na prática.

**Metodologia:** Estudo exploratório descritivo, de natureza qualitativa que envolveu a participação de 7 enfermeiros com formação sobre MCH. Os dados foram colhidos através de entrevistas semiestruturadas e o tratamento dos dados seguiu a técnica de análise de conteúdo.

**Resultados:** Da análise dos discursos emergiram dificuldades na implementação da MCH relacionadas com fatores pessoais e organizacionais. Os principais benefícios da implementação desta metodologia abrangem os profissionais, as pessoas cuidadas e as instituições.

**Conclusão:** Dados os benefícios identificados na implementação da MCH, torna-se fundamental ter em conta os fatores que dificultam este processo, e desenvolver algumas estratégias como o envolvimento dos líderes, no sentido de criarem as condições para uma efetiva apropriação e consolidação na práxis.

**Palavras-chave:** cuidado humanidade; cuidados de enfermagem; relações enfermeiro-paciente; humanização da assistência

### Abstract

**Background:** Through a structured sequence of humanitude care procedures, the humanitude care methodology (HCM) allows for the humanization of care.

**Objectives:** To identify nurses' perceptions of the difficulties and benefits from the implementation of the HCM in clinical practice.

**Methodology:** A qualitative exploratory-descriptive study was conducted involving 7 nurses with previous training on HCM. Data were collected through semi-structured interviews and analyzed using the content analysis technique.

**Results:** The discourse analysis showed that the main difficulties in the implementation of HCM were related to personal and organizational factors. The implementation of this methodology had more benefits for the professionals, the patients, and the institutions.

**Conclusion:** Given the benefits identified in the implementation of the HCM, it is fundamental to take into account the factors that hamper this process, as well as to develop some strategies, such as leader involvement, with the purpose of creating the conditions for an effective implementation and consolidation in clinical practice.

**Keywords:** humanitude care; nursing care; nurse-patient relations; humanization of assistance

### Resumen

**Marco contextual:** La metodología de cuidado humanitud (MCH), a través de una secuencia estructurada de procedimientos de cuidado humanitud, permite poner en funcionamiento la humanización del cuidado.

**Objetivos:** Conocer la percepción de los enfermeros sobre las dificultades en la implementación de la MCH y los beneficios de su aplicación en la práctica.

**Metodología:** Estudio exploratorio descriptivo de naturaleza cualitativa que involucró la participación de 7 enfermeros con formación sobre MCH. Los datos se recogieron a través de entrevistas semiestructuradas, y el tratamiento de los datos siguió la técnica del análisis de contenido.

**Resultados:** Del análisis de los discursos surgieron dificultades en la implementación de la MCH relacionadas con factores personales y de organización. Los principales beneficios de la implementación de esta metodología engloban a los profesionales, a las personas cuidadas y a las instituciones.

**Conclusión:** Debido a los beneficios identificados en la implementación de la MCH, es fundamental tener en cuenta los factores que dificultan este proceso y desarrollar algunas estrategias, como la participación de los líderes, para crear las condiciones necesarias para una efectiva apropiación y consolidación en la práctica.

**Palabras clave:** cuidado humanidade; atención de enfermería; relaciones enfermero-paciente; humanización de la atención

\*RN, Enfermeira, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, 3041-801, Coimbra, Portugal [amargfigueiredo@portugalmail.pt]. Contribuição no artigo: pesquisa bibliográfica, realização de entrevistas, tratamento, análise e discussão dos dados e escrita do artigo. Morada para correspondência: Rua Das Fontainhas nº20, 3440-305 Santa Comba Dão, Coimbra, Portugal.

\*\*Ph.D., Professora Adjunta, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, 3046-851, Coimbra, Portugal [rosamel@esenfc.pt]. Contribuição no artigo: pesquisa bibliográfica, tratamento, análise e discussão dos dados, escrita e revisão do artigo.

\*\*\*Ph.D., Professor Adjunto, Escola Superior de Saúde de Viseu, 3500-843, Viseu, Portugal [oribeiro@essvjp.pt]. Contribuição no artigo: revisão do artigo.

## Introdução

As mudanças na saúde levam os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, a procurarem novas estratégias que concorram para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados. A metodologia de cuidado humanidade (MCH) é uma dessas estratégias. Esta metodologia já foi implementada em diversos países, nomeadamente, em França, Suíça, Bélgica, Luxemburgo, Alemanha, Canadá, Portugal, Estados Unidos e Japão (Melo, Queirós, Tanaka, Salgueiro, et al., 2017), tendo evidenciado “ganhos indelévelmente na recuperação da qualidade de vida de doentes idosos acamados, com demência e outras situações de fragilidade” (Simões, Salgueiro, & Rodrigues, 2012, p. 82). Segundo estes autores, a sua aplicação aos cuidados de enfermagem traduz-se num ganho de bem-estar entre os utentes, que se estende aos profissionais, levando a um aumento da satisfação e do sentimento de realização profissional. No entanto, a implementação desta metodologia na prática levanta alguns desafios devido à cultura de cuidados e formação dos profissionais (Simões et al., 2012).

Neste âmbito, foi desenvolvido um estudo exploratório descritivo de natureza qualitativa, com o objetivo de identificar as perceções dos enfermeiros sobre as dificuldades na implementação da MCH e os benefícios da sua aplicação na prática.

## Enquadramento

Atualmente, os profissionais de saúde, particularmente os enfermeiros, enfrentam vários desafios. Ao acompanharem o progresso tecnológico não devem esquecer a existência da pessoa que necessita dos cuidados para que a técnica que é exigida se transforme num cuidado efetivo (Phaneuf, 2007). De facto, é muito mais que um desafio, trata-se de uma responsabilidade profissional, bastando para isso lembrar o artigo 103º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro), onde consta que o enfermeiro, no respeito do direito da pessoa à vida durante todo o ciclo vital, assume o dever de: atribuir igual valor à vida de qual-

quer pessoa; respeitar a sua integridade biopsicossocial, cultural e espiritual; participar nos esforços profissionais para valorizar a vida e a qualidade de vida e recusar-se a participar em qualquer forma de tratamento desumano ou degradante (Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro). Assim, os desafios inerentes à profissão e às responsabilidades profissionais justificam a procura constante por novos métodos de cuidar no sentido de dar intencionalidade à interação entre o enfermeiro e a pessoa cuidada, dignificando-a (Simões et al., 2012). É neste contexto que surgiu a MCH, também conhecida como metodologia de cuidado Gineste-Marescotti® (MGM®) (Gineste & Pellissier, 2008). A MCH tem vindo a ser desenvolvida desde a década de 70, por Yves Gineste e Rosette Marescotti, tendo por base a observação decorrente da prática, a assimilação de conhecimentos provenientes de várias áreas do conhecimento e a integração de princípios da filosofia humanidade (Salgueiro, 2014). Assenta em três pilares relacionais (o olhar, a palavra e o toque) e o pilar identitário (a verticalidade). A profissionalização destes pilares, e a apropriação de um conjunto de procedimentos técnico-relacionais possibilitam a operacionalização da humanização dos cuidados (Melo, Queirós, Tanaka, Salgueiro, et al., 2017; Simões et al., 2012).

Atualmente, tendo por base os pilares e os princípios da humanidade, a MHC encontra-se organizada numa sequência estruturada de procedimentos cuidadosos humanidade (SEPCH), que se dividem em cinco etapas dinâmicas e sucessivas: (1) pré-preliminares, (2) preliminares, (3) *rebouclage* sensorial, (4) consolidação emocional, e (5) reencontro (Melo, Pereira, Fernandes, Freitas, & Melo, 2017; Simões et al., 2012). Segundo Simões et al. (2012) os pré-preliminares permitem a aproximação entre as pessoas na relação de cuidado, servindo para preparar a pessoa para o encontro com o cuidador. Os preliminares consistem no estabelecimento de uma relação positiva para promover a aceitação do cuidado a desenvolver. Envolvem a aproximação e a sintonia com a pessoa através do olhar, da palavra e do toque (Simões, Rodrigues, & Salgueiro, 2011). Para estes autores a *rebouclage* sensorial alcança-se quando, durante a prestação do cuidado, são integrados os pilares relacionais, conduzindo a uma sensação

corporal de bem-estar. No final do cuidado, tem início a quarta etapa, designada de consolidação emocional. Neste momento o cuidador reforça positivamente a colaboração, os esforços e os progressos alcançados, agradecendo à pessoa cuidada o momento de relação. A última etapa da metodologia é o reencontro, que consiste na programação do próximo encontro, evitando o sentimento de abandono e desprezo (Melo, Pereira, et al., 2017).

Phaneuf (2007) considera que, dada a riqueza, esta metodologia deveria ser aplicada nos cuidados gerais, independentemente da idade da pessoa cuidada e dos seus problemas de saúde. No entanto, tendo em conta a pessoa em situação de vulnerabilidade, fragilizada pela doença, nomeadamente com alterações cognitivas, a utilização da MCH proporciona um aumento da aceitação dos cuidados, havendo uma diminuição dos comportamentos de agitação (Honda, Ito, Ishikawa, Takebayashi, & Tierney, 2016; Melo, Soares, Manso, Gaspar, & Melo, 2017). De acordo com Melo, Queirós, Tanaka, Salgueiro, et al. (2017), o resultado conseguido pelo trabalho dos autores na diminuição dos comportamentos de agitação, o aumento da autonomia, bem como a diminuição das taxas de absentismo na pessoa cuidada, levou à difusão desta metodologia de cuidado por diversos países no mundo. No entanto, a forma rotinizada e mecanizada da prestação dos cuidados têm dificultado a sua implementação na prática dos cuidados, sendo necessária a consciencialização dos gestos (Phaneuf, 2007) e a sua integração no ensino de enfermagem (Simões et al., 2012), o que já está a acontecer em algumas escolas de enfermagem em Portugal (Melo, Queirós, Tanaka, Salgueiro, et al., 2017).

A problemática das dificuldades e benefícios na implementação da MCH no contexto da prática dos cuidados é uma questão pouco estudada, motivo pelo qual este estudo foi realizado.

## Questões de Investigação

Qual é a perceção dos enfermeiros sobre as dificuldades na implementação da MCH na prática dos cuidados?

Qual é a perceção dos enfermeiros sobre os

benefícios resultantes da aplicação da MCH na prática dos cuidados?

## Metodologia

A opção metodológica incidiu num estudo exploratório, descritivo de natureza qualitativa. A amostra intencional foi constituída por sete enfermeiros, com o critério de inclusão formação em MCH, para serem considerados peritos na área dos cuidados em humanidade. Dada a perícia reconhecida na área da humanidade, a nível nacional e internacional, foi incluído um participante com 81 anos. A idade dos participantes variou entre 28 e 81 anos, sendo os 33 anos a idade mais frequente, sendo um do sexo masculino e seis do sexo feminino. Seis participantes exerciam funções em cuidados diferenciados e um estava reformado. No que diz respeito à formação académica, cinco dos participantes tinham licenciatura e dois mestrado. A duração da formação variou entre as 27 e 60 horas ou mais.

O número de entrevistas teve em conta a saturação teórica dos dados, tendo sido realizadas em local decidido pelos entrevistados, com duração média de uma hora. Os dados foram recolhidos, pelo investigador, com recurso a entrevistas semiestruturadas, posteriormente transcritas e identificadas através da associação da letra E a um número. O tratamento e a análise dos dados obtidos foram realizados segundo os procedimentos técnicos pertencentes ao domínio da análise de conteúdo proposta por Bardin (2009). O estabelecimento das categorias e subcategorias foi realizado *a posteriori*, tendo havido contribuição de outros investigadores peritos na área.

Para dar cumprimento aos aspetos formais e éticos, este estudo foi iniciado após a obtenção do parecer favorável da Comissão de Ética da Escola Superior de Saúde de Viseu (parecer nº 4/2015). Para a realização das entrevistas foi obtido o consentimento informado de todos os participantes, por escrito e assinado, sendo-lhes garantido o anonimato e a confidencialidade dos dados recolhidos; também foram informados que poderiam terminar ou interromper as entrevistas se assim o desejassem, e ter acesso à gravação áudio, à transcrição do *verbatim* e ao estudo final.

## Resultados

Da análise de conteúdo das entrevistas emergiram dois temas centrais: as dificuldades e os benefícios da implementação da MCH na prática dos cuidados de enfermagem. Da análise dos discursos sobre as dificuldades na implementação da MCH emergiram duas categorias: fatores internos ou pessoais e fatores externos ou organizacionais. Relativamente aos fatores pessoais emergiram as seguintes subcategorias: rotinização das práticas, resistência à mudança e défice de formação. A rotinização das práticas foi uma das dificuldades identificadas pelos participantes, conforme ilustrado neste depoimento: “A rotinização das práticas é um grande entrave à aplicação da metodologia” (E6; junho, 2015). “No curso de enfermagem, na teoria, é dado ênfase ao cuidar do outro, como sendo a base da nossa profissão, mas na prática o cuidado é rotinizado sendo dada pouca importância à relação” (E2; abril, 2015). Estes resultados foram também corroborados por Melo, Queirós, Tanaka, Costa, et al. (2017), ao evidenciarem as causas das dificuldades dos estudantes, na interação com a pessoa cuidada, relacionadas com a diferença sentida entre o que é valorizado na teoria e o que observam na prática dos cuidados. A resistência à mudança também foi uma dificuldade sentida pelos participantes, conforme os seguintes depoimentos “A existência de mentalidades resistentes à mudança no serviço é um desafio” (E2; abril, 2015), mas por outro lado “a ideia que já se sabe tudo, também dificulta a implementação de mudanças nas práticas, sendo fundamental desenvolver a capacidade de observação e o senso de crítica sobre o que se faz e como se faz, e estar aberto a novas metodologias de cuidar” (E6; junho, 2015). Conforme referido por Simões et al. (2012, p. 92) as práticas afastam-se da MCH porque os procedimentos estão enraizados em “tradições, algumas assentam em falsos princípios que, passados de geração em geração, deram origem a uma cultura de cuidados difícil de mudar, sendo necessário maior intervenção, exigindo explicações alicerçadas em princípios científicos de várias áreas do saber”. Relativamente à subcategoria défice de formação, verificou-se que os enfermeiros enfatizaram a falta de prática

sobre técnicas relacionais e a necessidade de atualização dos conhecimentos, como se pode verificar nestes depoimentos “a falta de conhecimento é um grande entrave à aplicação da MCH” (E6; junho, 2015), “tivemos pouca formação prática, se pudéssemos treinar mais seria uma mais-valia para nós e para os utentes porque podíamos consolidar melhor” (E5; junho, 2015). Outro participante salienta que “era também preciso rever os conhecimentos com alguma regularidade, com atualizações e acompanhamento contínuo para melhor consolidação” (E7; julho, 2015); sendo necessária formação prática e treino, dado que aprender a colocar a voz pode demorar meses e o toque pode demorar 1 ano a profissionalizar, por isso é preciso praticar e dar intencionalidade ao que se faz e como se faz” (E4; maio, 2015). No estudo de Melo, Queirós, Tanaka, Costa, et al. (2017), realizado com estudantes de enfermagem, também foi evidenciado que a causa das suas dificuldades, na interação com a pessoa cuidada, está relacionada com o défice de formação dos profissionais em humanidade. Costa, Galvão, e Baptista (2014), também sugerem a necessidade de realização de formação em humanidade a nível de todos os intervenientes inerentes ao cuidar, nomeadamente, cuidadores e órgãos de gestão como um dos aspetos que podem facilitar a aplicação da MCH.

No que se refere à categoria Fatores externos ou organizacionais, emergiram as seguintes subcategorias: falta de recursos humanos, rotinas instituídas, organização dos cuidados centrada na tarefa, falta de envolvimento dos líderes e o ambiente desadequado. A falta de recursos humanos, e a necessidade do cumprimento das rotinas instituídas, leva à percepção de falta de tempo para prestar os cuidados segundo a MCH, como se depreende pelos seguintes relatos: “a falta de profissionais é a que tem mais implicações levando a um aumento do número de pacientes no turno” (E2; abril, 2015);

O rácio dos enfermeiros/doentes não é adequado, . . . andamos sempre a correr e em stresse, porque temos muitas rotinas para cumprir e quando vamos a pensar, já fizemos as coisas de uma forma que não é aquela que a metodologia preconiza. (E3; maio, 2015)

Outro participante refere que “para aplicar a metodologia é preciso disponibilidade e isso é difícil quando temos falta de pessoal” (E5; junho, 2015). No entanto, esta percepção de falta de tempo é contestada com este depoimento “a falta de tempo é uma falácia porque se cuidarmos em humanidade os cuidados acabam por ser mais suaves e os doentes ficam mais calmos, mais colaborantes, mais autônomos e independentes, utilizando-se menos tempo” (E6; junho, 2015). Tal como evidenciado no estudo de Honda et al. (2016), esta metodologia reduziu o tempo da prestação dos cuidados, porque diminuiu a agitação e resistência ao cuidado. A organização dos cuidados centrada na tarefa é, também, percebida como um fator dificultador da implementação da MCH conforme depoimento: “os cuidados centrados nas tarefas a realizar e não nas pessoas que estamos a cuidar impede cuidar em humanidade, porque o foco deixa de ser a interação, mas a tarefa a realizar” (E6; junho, 2015); “porque na prática o que interessa é que as rotinas sejam realizadas (higiene, pensos, terapêutica, etc.) e de preferência o mais rápido possível, independentemente da satisfação da pessoa cuidada” (E7; julho, 2015). Também no estudo de Simões et al. (2012, p. 91) se verificou “uma certa formatação profissional de concentração na execução do procedimento”, não sendo potenciada e estimulada a análise e reflexão sobre a forma de cuidar. Assim, para estes autores, impõe-se a realização de uma reflexão séria, no sentido de identificar o problema, as estratégias e as ações a colocar em prática, dado que esta forma de organização dos cuidados, centrada nas tarefas, leva a uma contradição entre os valores defendidos, cuidar a pessoa como foco do seu trabalho, e a prática fragmentada, centrada na tarefa (Lopes, 1995). A falta de formação e envolvimento de toda a equipa multidisciplinar e o reconhecimento do valor da MCH podem ser fatores dificultadores do sucesso da implementação da MCH, conforme evidenciado por estes participantes: “todos os profissionais, médicos, enfermeiros, auxiliares, assistentes sociais . . . deveriam ter formação sobre a MCH para reconhecerem o seu valor e ser aplicada por todos” (E2; abril, 2015); “se todos os profissionais tivessem a mesma formação e estivessem sensibilizados

para estes pontos acho que seria mais fácil a sua implementação na prática” (E4; maio, 2015); “evitando o desencadeamento de stresse e agitação no doente, sendo assim possível aplicar a metodologia de forma mais eficaz, . . . não saber estas técnicas pode originar atitudes iatrogénicas que os que cuidam têm de evitar” (E7; julho, 2015). A falta de interdisciplinaridade, também é evidenciada neste discurso: “falamos muito em interdisciplinaridade, mas estamos constantemente a isolarmo-nos e não trabalhamos em conjunto com os outros profissionais” (E6; junho, 2015). Também Biquand e Zittel (2012) referem que no cuidar em humanidade se deve promover o trabalho colaborativo através da interação entre os diferentes profissionais. Os participantes neste estudo consideraram, também, dificuldades na implementação da MCH, relacionadas com a falta de envolvimento dos líderes e de apoio a nível institucional, como foi evidenciado nestes depoimentos: “a falta de apoio e envolvimento por parte de quem decide” (E2; abril, 2015); assim como a desvalorização, por parte dos dirigentes dos ganhos obtidos através da sua implementação” (E6; junho, 2015). Esta opinião é corroborada por Simões et al. (2011, p. 78) ao referirem que as “políticas e instituições tendem, por vezes, a desvalorizar os cuidados de humanidade e a importância da relação nos ganhos em saúde”. Por outro lado, no estudo de Simões et al. (2012) identificaram a recetividade e abertura dos dirigentes como condições favoráveis à sua implementação.

Os enfermeiros também mencionaram o ambiente de trabalho inadequado como fator dificultador da implementação da MCH na prática, como referido por estes participantes: “deveríamos ter um ambiente diferente, mais calmo . . . *stress-free*” (E7; julho, 2015), “os profissionais falam muito alto e muito rápido, estão sempre muito apressados, . . . agitam as pessoas, têm dificuldade em se focar no aqui e agora” (E6; junho, 2015). Também Biquand e Zittel (2012) são de opinião que as instituições precisam de implementar mudanças a nível organizacional para fornecer os meios concretos para desenvolverem um ambiente facilitador da implementação da filosofia de humanidade. Na Tabela 1 são apresentadas as categorias e subcategorias emergentes do tema Dificuldades na implementação da MHC.

Tabela 1

*Categorias e subcategorias emergentes do tema Dificuldades na implementação da MCH*

Dificuldades na implementação da MCH			
Categorias	Subcategorias	Passagens do discurso	Número de entrevistas
Fatores internos ou pessoais	Rotinização das práticas	2	2
	Resistência à mudança	2	2
	Déficit de formação	10	6
Fatores externos ou organizacionais	Falta de recursos humanos	7	4
	Rotinas instituídas	2	2
	Organização dos cuidados centrada na tarefa	2	2
	Falta de formação da equipa multidisciplinar	4	4
	Falta de envolvimento dos líderes	2	2
	Ambiente desadequado	2	2

Depois de identificadas as dificuldades na implementação da MCH, pretendeu-se identificar a perceção dos enfermeiros sobre os benefícios da sua implementação na prática dos cuidados. Da análise dos discursos emergiram as seguintes categorias: Benefícios para os profissionais, Benefícios para as pessoas cuidadas e Benefícios para as instituições. Dos Benefícios para os profissionais, foi evidenciado: facilitar o relacionamento e a prestação dos cuidados, gestão das emoções, diminuir os problemas físicos e o *burnout*, e aumentar a satisfação profissional. No que diz respeito a facilitar o relacionamento e a prestação de cuidados a pessoas com alterações cognitivas, foi dado ênfase ao desenvolvimento de técnicas que profissionalizam a relação, como se depreende dos seguintes relatos: “a Humanidade ensina como abordar o doente com *deficit* cognitivo e como resolver problemas de relacionamento com estes doentes com desajustamentos comportamentais como: recusa de comer, tomar banho, sair da cama, agitação” (E6; junho, 2015). “Esta metodologia ensina-nos a estruturar e a dar intencionalidade à relação (E7; julho, 2015), o que está de acordo com Watson (2002) ao defender que os cuidados de enfermagem se centram nas relações interpessoais e que a forma de cuidar envolve valores, intencionalidade, habilidades, empenho e ações concretas. Sendo “essa intencionalidade essencial no caso de cuidar de pessoas com alterações cognitivas” (E7; julho, 2015). Outro participante refere que “usando a metodologia a relação é mais próxima, os utentes ficam mais colaboradores, muito mais recetivos . . . e isto facilita-nos imenso os

cuidados (E4; maio, 2015). “Cuidar do doente com alterações cognitivas torna-se desgastante, mas utilizando a metodologia conseguimos um maior nível de colaboração, logo é mais fácil” (E7; julho, 2015). A utilização destas técnicas relacionais no cuidar de pessoas com alterações cognitivas permite envolver a pessoa no cuidado, reduzindo a agitação e oposição aos cuidados, facilitando a gestão das emoções dos profissionais, como emerge destes depoimentos: “Depois da formação começámos a conhecer melhor as pessoas e assim conseguimos compreender as suas reações e isso leva-nos a ter mais calma” (E5; junho, 2015), “o facto de ter estratégias para lidar com as pessoas evita sermos um elemento gerador de stress” (E7; julho, 2015), “leva a que sejamos menos ‘agressivos’, mesmo quando temos de realizar alguma técnica mais invasiva, as pessoas compreendem o cuidado, colaboram mais e nós ficamos menos ansiosos” (E4; maio, 2015). Também Simões et al. (2011) são de opinião que esta metodologia facilita a comunicação com a pessoa cuidada. A diminuição dos problemas físicos e do *burnout* dos profissionais foram outros benefícios identificados, conforme depoimento:

como consequência da prestação do cuidado em humanidade, como a abordagem da pessoa não é realizada em surpresa, o doente não apresenta força contrária, participa no cuidado, logo precisamos de fazer menos força, prevenindo problemas musculoesqueléticos e o *burnout*, porque ficamos menos stressados. (E6; junho, 2015)

Por outro lado, também foi enfatizada a “importância dos procedimentos técnico-relacionais aprendidos que facilitam as mobilizações dos doentes evitando posturas inadequadas e utilização de força desnecessária” (E3; maio, 2015), “diminuindo o nosso esforço e possíveis lesões músculo-esqueléticas” (E2, abril, 2015). Estes resultados estão em consonância com os resultados obtidos pelos autores da MCH (Gineste & Pellissier, 2008) ao evidenciarem a profissionalização de técnicas suaves, sem utilização da força, prevenindo as lesões musculoesqueléticas. Os enfermeiros participantes neste estudo consideraram também a utilização da MCH como um fator favorável ao aumento da sua satisfação pessoal e profissional, como é evidenciado nos seguintes excertos dos discursos: “Aprender sobre esta forma de cuidar tornou o meu percurso mais rico e agradável . . . mas também nos faz sentir bem connosco” (E2; abril, 2015), “porque o cuidado deixa de ser uma luta, para passar a ser um momento agradável, uma partilha entre duas pessoas” (E6; junho, 2015), “os resultados começam a aparecer, aumentando muito a nossa autoestima, dando-nos um bem-estar muito grande” (E4; maio, 2015). Também Simões et al. (2012) enfatizam que o ganho de bem-estar nos utentes estende-se aos profissionais levando a um aumento da sua satisfação e do sentimento de realização profissional.

Relativamente à categoria Benefícios para as pessoas cuidadas, emergiram as seguintes subcategorias: redução da agitação e aumento da aceitação do cuidado, promoção da autonomia, promoção do autocuidado e promoção da autoestima, diminuição dos problemas da imobilidade e, as famílias reconhecem a mudança. No que se referem aos benefícios para as pessoas cuidadas os enfermeiros relataram uma redução da agitação e aumento da aceitação do cuidado, conforme relatos dos participantes: “a MCH baseia-se na preservação de características fundamentais para a essência do ser humano, dos seus valores e na defesa dos princípios do respeito e da dignidade, levando ao envolvimento e aceitação do cuidado” (E7; julho, 2015), “por evitar prestar um cuidado em surpresa o doente fica calmo e aceita o cuidado” (E5; junho, 2015), “permitindo a diminuição da oposição aos cuidados e dos comportamentos de agitação, no caso dos doentes com demências, porque a abordagem permite entenderem os

cuidados, logo não têm comportamentos de defesa, ficam calmos, aceitam e participam nos cuidados” (E6; junho, 2015). Outros estudos corroboraram estes dados sobre o controlo de quadros de agitação em idosos com demência e a diminuição dos comportamentos de agitação e de recusa de cuidados, nomeadamente nos cuidados de higiene (Melo, Soares, et al., 2017). Ainda neste âmbito, Honda et al. (2016) no seu estudo realizado junto de doentes idosos com sintomas psicológicos de demência, internados num hospital de agudos, concluíram que o número desses comportamentos diminuiu quando utilizaram o MGM<sup>®</sup>, em comparação com os cuidados ditos convencionais. A promoção da autonomia da pessoa cuidada foi um dos benefícios encontrados, tal como se depreende nas passagens dos seguintes discursos: “Esta metodologia estimula a sua tomada de decisão, envolvimento e participação em todos os cuidados (E2; abril, 2015),

ensina-nos que é sempre possível promover a autonomia da pessoa, promovendo a sua tomada de decisão . . . bastam coisas simples como colocar a pessoa à frente de um espelho para se pentear ou incentivar a escolher a roupa para vestir, que os mantêm autónomos, dignificando-os. (E4; maio, 2015)

Os enfermeiros também referiram que “a filosofia subjacente é de não substituir a pessoa, mas de estimulação das suas forças de vida, das suas capacidades restantes, no sentido da promoção da sua autonomia e do autocuidado, participando ativamente em todo o processo” (E6; junho, 2015). Foi também referido o aumento na autoestima, conforme depoimento “como são respeitadas as suas particularidades e são reconhecidas as suas capacidades e potencialidades a pessoa sente que é capaz, melhorando a sua autoestima” (E7; julho, 2015). A diminuição dos problemas da imobilidade da pessoa cuidada foi outro benefício identificado pelos participantes, conforme depoimentos: “promove a verticalidade e a funcionalidade, ajudando a prevenir as complicações decorrentes da imobilidade no leito, como as úlceras por pressão, rigidez muscular, atrofia muscular” (E2; abril, 2015); “a verticalidade é fundamental para evitar o acamamento e tudo o que daí resulta” (E6; junho, 2015). Estes dados são corroborados por Simões et al. (2012) e pelos autores da MCH

(Gineste & Pellissier, 2008) que enfatizam a importância do respeito pelas particularidades da pessoa cuidada, a estimulação das suas capacidades restantes e da verticalidade na prevenção das complicações da imobilidade. Por outro lado, as percepções dos participantes demonstram que os benefícios para as pessoas cuidadas se estenderem às suas famílias como se verifica nos seguintes excertos do discurso: “Também noto mudanças em relação às famílias . . . depois de verem os nossos cuidados começaram a confiar mais em nós, a ficar mais tranquilos porque veem que procuramos o bem-estar e o conforto dos utentes” (E5; junho, 2015). “Os resultados são surpreendentes e refletem-se em vários níveis, . . . até, nos familiares. Isto é muito importante, porque as famílias apercebem-se das mudanças e agradecem” (E6; junho, 2015). Neste estudo, os participantes também identificaram benefícios para as instituições onde a MCH foi implementada, nomeadamente, pela mudança de cultura dos cuidados, diminuição das taxas de absentismo dos profissionais e, também, pela redução dos custos económicos. No que diz respeito às mudanças na cultura dos cuidados, esses participantes sublinharam que “a nível da instituição verifica-se mudança na cultura dos cuidados mais centrada nas pessoas, dando-se intencionalidade à interação” (E6; junho, 2015), “criando-se um ambiente e um clima organizacional promotor da humanização dos cuidados” (E7; julho, 2015). Este ambiente e a forma de cuidar contribuem para a “redução da taxa de absentismo dos profissionais, porque

um profissional exausto falta porque está insatisfeito com os cuidados prestados” (E6; junho, 2015); “o bem-estar e a serenidade nos cuidados refletem-se positivamente na saúde dos profissionais e no absentismo por esgotamento” (E2; abril, 2015). Por outro lado, também pode ter impacto “em termos económicos porque vamos reduzir os custos envolvidos com tratamentos e com as complicações da dependência da pessoa cuidada, como as úlceras por pressão” (E4; maio, 2015), “o tratamento das úlceras por pressão fica dispendioso” (E2; abril, 2015). Um estudo realizado por Simões et al. (2012), também evidenciou a existência de múltiplos benefícios para os doentes, profissionais e instituições, onde a MCH se encontra implantada. Estes autores referem que o bem-estar e a serenidade nos cuidados têm um impacto positivo na saúde e no sentimento de realização profissional, levando a uma diminuição das lesões músculo-esqueléticas e da taxa de absentismo por esgotamento. A constatação da existência de benefícios decorrentes da aplicação desta metodologia levou Phaneuf (2007) a ponderar o interesse de alargar a sua aplicação a todos os cuidados, independentemente da idade dos doentes ou dos problemas que lhe estão subjacentes. De facto, a percepção da riqueza da MCH é de tal forma abrangente que Costa et al. (2014) referem que é exequível considerá-la também na gestão dos cuidados de saúde.

Na Tabela 2 são apresentadas as categorias e subcategorias emergentes do tema Percepção sobre os benefícios da implementação da MCH.

Tabela 2

*Categorias e subcategorias emergentes do tema Benefícios da implementação da MCH*

Perspetiva sobre benefícios da implementação da MCH			
Categorias	Subcategorias	Passagens do discurso	Número de entrevistas
Profissionais	Facilita o relacionamento e a prestação dos cuidados	3	3
	Gestão das emoções	3	3
	Diminuição dos problemas físicos e do <i>burnout</i>	3	3
	Satisfação pessoal e profissional	3	3
Pessoas cuidadas	Redução da agitação e aumento da aceitação do cuidado	3	3
	Promoção da autonomia e autocuidado	4	4
	Diminuição dos problemas da imobilidade	2	2
	Famílias reconhecem a mudança	2	2
Instituições	Mudança de cultura dos cuidados	2	2
	Diminuição do absentismo	3	2
	Redução dos custos económicos	2	2



## Discussão

Nem todas as categorias identificadas neste estudo, sobre as dificuldades e os benefícios da implementação da MCH, são sobreponíveis com as evidências disponíveis. Neste sentido, esta pesquisa traz de novo ao fenómeno em estudo dificuldades de implementação da MCH: a falta de envolvimento e capacitação de toda a equipa multidisciplinar, e o ambiente inadequado. Relativamente aos benefícios da implementação da MCH esta pesquisa traz de novo: o aumento da sua autoestima, reconhecimento das famílias, assim como o impacto da sua implementação na redução dos custos económicos. Sugerimos a necessidade da realização de mais estudos de investigação, contribuindo para uma implementação, mais efetiva, desta metodologia na prática dos cuidados, no desenvolvimento de novos conhecimentos e na demonstração de ganhos em saúde.

## Conclusão

Neste estudo, os participantes consideraram que houve dificuldades relacionadas com fatores pessoais ou internos e fatores externos ou organizacionais na implementação da MCH. Como fatores internos ou pessoais, identificaram a rotinização das práticas, a resistência à mudança e o défice de formação. Como fatores externos ou organizacionais, eles destacaram a falta de recursos humanos, as rotinas instituídas, a organização dos cuidados centrada na tarefa, a falta de envolvimento dos líderes e o ambiente inadequado. Apesar das dificuldades na implementação da MCH, os participantes também identificaram vários benefícios para os próprios profissionais, para as pessoas cuidadas e para as instituições. Entre os benefícios para os profissionais, os participantes relataram que a MCH facilitou o relacionamento e o cuidado às pessoas com alterações cognitivas, reduziu o número de problemas físicos e emocionais e aumentou a satisfação profissional. Para as pessoas cuidadas emergiu a redução da agitação e uma maior aceitação do cuidado, promoção da autonomia e do autocuidado, redução dos problemas decorrentes da imobilidade e o reconhecimento das famílias pelas mudanças. Os

benefícios para as instituições incluíram uma mudança na cultura dos cuidados, uma redução nas taxas de absentismo dos profissionais e uma redução dos custos económicos devido à promoção da autonomia e independência da pessoa cuidada. Face aos resultados obtidos sugere-se a disseminação desta metodologia de cuidar com vista à sua escalabilidade.

## Implicações para a prática e a investigação

Perante os benefícios obtidos a nível dos profissionais, pessoa cuidada e instituições, considera-se importante a implementação da MCH, devendo-se ter em conta alguns fatores que podem dificultar a sua implementação na prática, como a necessidade do envolvimento dos líderes das instituições no sentido de compreenderem a sua importância e criarem as condições para uma efetiva implementação, apropriação e consolidação na prática. Como é uma temática pouco estudada, a nível nacional e internacional, sugere-se o desenvolvimento de estudos em várias tipologias de cuidados, para permitir a comparação dos dados obtidos e evidenciar a sua eficiência em todos os cuidados e ao longo de todo o ciclo vital.

## Referências bibliográficas

- Bardin, L. (2009). *Análise de conteúdo*. Lisboa, Portugal: Edições 70.
- Biquand, S., & Zittel, B. (2012). Care giving and nursing, work conditions and humanitude°. *Work*, 41, 1828-1831. doi: 10.3233/WOR-2012-0392-182.
- Costa, O., Galvão, A., & Baptista, G., (2014). Humanitude: Empreender qualidade em saúde. In C. Moura, M. J. Monteiro, & V. Rodrigues, *Novos olhares na saúde*, 322-334. Chaves, Portugal: Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro.
- Gineste, Y., & Pellissier, J. (2008). *Humanitude, comprendre a velhice*. Lisboa, Portugal: Instituto Piaget.
- 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 a acute care Hospital: A case series. *Case Reports in Medicine*, 1-4. doi.org/10.1155/2016/4813196
- Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro. *Diário da República*, nº 181/2015, I Série, 8059-8105. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa, Portugal.

- Lopes, N. (1995). Da investigação à qualidade: As condicionantes contextuais. *Enfermagem*, 6, 34-39.
- Melo, R., Pereira, C., Fernandes, E., Freitas, N., & Melo, A. (2017). Prevenção de quebras cutâneas no idoso dependente: Contributo da metodologia de cuidar humanidade. *Millenium*, 2(3), 45-51.
- Melo, R., Queirós, P., Tanaka, L., Salgueiro, N., Alves, R., Araújo, J. & Rodrigues, M. (2017). Estado da arte da implementação da metodologia de cuidado humanidade em Portugal. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(13), 53-62. doi: 10.12707/RIV17019.
- Melo, R., Queirós, P., Tanaka, L., Costa, P., Bogalho, C., & Oliveira, P. (2017). Dificuldades dos estudantes do curso de licenciatura de enfermagem no ensino clínico: Perceção das principais causas. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(15), 55-64. doi:10.12707/RIV17059
- Melo, R., Soares, I., Manso, M., Gaspar, V., & Melo, A. (2017). Redução da agitação nas pessoas idosas com demência durante os cuidados de higiene: Contributo da metodologia de cuidar humanidade. *Millenium*, 2(2), 57-63. doi: 10.29352/mill0202e.04
- 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](http://www.infiressources.ca/fer/depotdocuments/O_conceito_de_humanidade_-_uma_aplicacao_aos_cuidados_de_enfermagem_gerais.pdf)
- Salgueiro, N. (2014). *Humanidade, um imperativo do nosso tempo*. Coimbra, Portugal: IGM Portugal–Humanidade.
- Simões, M., Rodrigues, M., & Salgueiro, N. (2011). Importância e aplicabilidade aos cuidados de enfermagem do método de cuidados de humanidade Gineste-Marescoti. *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), 80-93. doi:10.12707/RIII1177
- Watson, J. (2002). *Enfermagem: ciência humana e cuidar - uma teoria de enfermagem*. Loures, Portugal: Lusociência.