

Implementação da Metodologia de Cuidado Humanidade: contribuição para a qualidade da assistência à saúde*

Liliana Vanessa Lúcio Henriques¹
Marília de Assunção Rodrigues Ferreira Dourado²
Rosa Cândida Carvalho Pereira de Melo³
Luiza Hiromi Tanaka⁴

Objetivo: avaliar a contribuição da implementação da Metodologia de Cuidado Humanidade para a qualidade da assistência à saúde em uma Unidade de Cuidados Continuados. **Método:** estudo de investigação-ação, que utilizou processo de amostragem não probabilística por conveniência, envolvendo 34 profissionais de saúde de uma unidade, em Portugal. A coleta de dados foi realizada por meio de questionário e planilha de observação de Sequência Estruturada de Procedimentos Cuidativos Humanidade. Utilizou-se análise de conteúdo dos dados e tratamento com Statistical Package for Social Science, versão 17.0. **Resultados:** os profissionais de saúde manifestaram dificuldades na prestação de cuidados de pessoas agitadas, confusas, desorientadas, agressivas e que recusavam os cuidados e, ainda, na comunicação com pacientes que não se expressavam verbalmente. Os profissionais valorizaram a realização das etapas da planilha de observação e verificaram discrepâncias entre a percepção de realização e a prática realmente efetivada. Ao longo da implementação da metodologia, observou-se aumento da aplicação prática dos procedimentos, repercutindo em ganhos para as pessoas cuidadas e para os profissionais. **Conclusões:** os resultados permitiram perceber a contribuição do processo de implementação da metodologia na transformação positiva da prestação de cuidados de saúde.

Descritores: Qualidade da Assistência à Saúde; Humanização da Assistência; Assistência Centrada no Paciente; Relação Enfermeiro-Paciente; Assistência a Idosos; Pessoal de Saúde.

* Artigo extraído da dissertação de mestrado "Implementação da Metodologia de Cuidado Humanidade numa Unidade de Cuidados Continuados: Contributo para os profissionais e pessoas cuidadas", apresentada à Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal.

¹ Santa Casa da Misericórdia, Coimbra, Portugal.

² Universidade de Coimbra, Faculdade de Medicina, Coimbra, Portugal.

³ Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra, Portugal.

⁴ Universidade Federal São Paulo, Escola Paulista de Enfermagem, São Paulo, SP, Brasil.

Como citar este artigo

Henriques LVL, Dourado MARF, Melo RCCP, Tanaka LH. Implementation of the Humanidade Care Methodology: contribution to the quality of health care. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2019;27:e3123. [Access]; Available in: . DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2430-3123>.

Introdução

O envelhecimento da sociedade a nível mundial é um dos fenômenos sociais mais importantes desde meados do século XX. A Europa apresenta alterações demográficas marcantes, registrando um aumento crescente de número de pessoas idosas, o que acarreta impacto social e econômico⁽¹⁾. Com o envelhecimento populacional, verifica-se um aumento da prevalência das Perturbações Neurocognitivas (PNC) *major*⁽²⁾, habitualmente referidas na literatura como demência⁽³⁻⁴⁾. As demências de pessoas idosas que apresentam quadros de agitação e oposição aos cuidados é uma realidade crescente. O pessoal de saúde nem sempre sabe lidar com tais situações e cria obstáculos à integração e reabilitação dessas pessoas⁽⁵⁾. Essa realidade é um convite para os cuidadores criarem novas estratégias que atendam às necessidades das pessoas idosas portadoras de demência.

Em 1979, Yves Gineste e Rosette Marescotti desenvolveram uma metodologia de cuidar denominada Metodologia de Cuidado Gineste-Marescotti® (MGM®) ou Metodologia de Cuidado Humanidade (MCH)^(2,6). Humanidade é o conjunto de particularidades que fazem com que sintamos pertencentes à espécie humana e reconhecemos o outro ser humano como pertencente à nossa espécie. Os autores desenvolveram essa metodologia de cuidado a partir das inquietações sobre a forma como os cuidados diários às pessoas dependentes e vulneráveis estavam sendo prestados no que dizia respeito à dignidade, à liberdade e à autonomia.

A sequência estruturada de procedimentos cuidativos humanidade tem como base os pilares relacionais, compreendidos pelos olhar, palavra e toque, e o pilar identitário, sendo a verticalidade. O cuidador presta um cuidado integrado e por meio de estimulação sensorial positiva possibilita à pessoa "viver de pé" e dispor de todas as suas possibilidades de viver em relação com os outros^(2,6).

A referida metodologia permite a operacionalização da relação por meio de Sequência Estruturada de Procedimentos Cuidativos Humanidade (SEPCH), constituída por 5 etapas consecutivas e dinâmicas: os pré-preliminares, os preliminares, a *rebouclage* sensorial, a consolidação emocional e o reencontro. Os pré-preliminares têm como objetivos anunciar a presença dos cuidadores, abrir os canais relacionais, evitar abordagens surpresa, respeitar a privacidade e a autonomia. Os preliminares permitem o estabelecimento da relação através da utilização dos pilares relacionais da Humanidade (olhar, palavra e toque) e a obtenção de um consentimento relacional por parte da pessoa cuidada. A *rebouclage* sensorial inclui a prestação de cuidados, pressupondo a manutenção coerente de uma ambiência emocional positiva entre o cuidador

e a pessoa cuidada através da utilização dos pilares Humanidade. A consolidação emocional é uma etapa de estímulo cognitivo e mnésico, que permite deixar na memória emocional da pessoa cuidada uma impressão positiva da relação estabelecida e do cuidado, facilitando o consentimento relacional e a aceitação dos próximos cuidados^(2,6). O reencontro é o momento final da relação, quando é obtido um compromisso para os cuidados futuros. Nessa etapa, faz-se a despedida e marca-se o novo encontro, prevenindo o sentimento de abandono^(2,6).

No ano de 2006, foi criada, em Portugal, a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) destinada a "pessoas que estejam em situação de dependência e necessitem de cuidados continuados de saúde e de apoio social"⁽²⁾. Pela diversidade de pacientes, gradualmente, os cuidadores têm sentido a necessidade de procurar estratégias inovadoras que os ajudem a prestar cuidados de qualidade, adequados às necessidades emergentes⁽⁷⁾. É nesse contexto que surge a formação de cuidadores da RNCCI na aplicação da MCH⁽²⁾, que tem demonstrado particular efetividade na abordagem de pessoas dependentes e/ou com demência, evitando comportamentos de agitação e oposição/recusa aos cuidados⁽⁸⁾.

A implementação da MCH^(2,6) segue quatro fases: sensibilização - 15h de formação teórico-prática que envolve os líderes formais e informais; disseminação - 35h de formação-ação em contexto da prestação de cuidados, durante 5 dias, que envolve a direção técnica e os cuidadores, bem como permite o treino dos profissionais nos procedimentos cuidativos Humanidade; consolidação - 7h de formação, dirigida ao 'grupo de apoio', equipe de gestão estratégica, responsável pela monitorização e acompanhamento da implementação da MCH⁽²⁾. Essa Metodologia de Cuidado⁽²⁾ promove a prestação de cuidados com base em regras de arte, tais como o fim do abandono dos cuidados, nunca abordar a pessoa de surpresa ou o respeito pelo domicílio da pessoa cuidada, cumprindo a SEPCH⁽²⁾. O presente estudo foi realizado com o objetivo de avaliar a contribuição da implementação da Metodologia de Cuidado Humanidade na qualidade da assistência em uma Unidade de Cuidados Continuados, em Portugal. Para tanto, realizou-se o diagnóstico da situação, verificando se havia desvio entre a importância atribuída às etapas da SEPCH, a percepção de realização e a observação da prática efetiva dos profissionais de saúde. Após, foi-se monitorizando a transformação nos cuidados prestados ao longo do processo de implementação.

Método

Trata-se de um estudo longitudinal de investigação-ação, adotando um modelo com etapas sequenciais,

interdependentes e interrelacionadas⁽²⁾. Utilizou-se um processo de amostragem não probabilístico por conveniência, com participação de 34 profissionais de saúde da Unidade de Cuidados Continuados (UCC), prestadores de cuidados direto aos idosos. Foram incluídos 18 profissionais que já tinham realizado a formação em Humanidade e 16 profissionais que não tinham realizado a formação e estavam aprendendo por observação da prática dos colegas. A escolha da Unidade se deu por estar na fase de início do processo de implementação da MCH⁽²⁾. Nenhum dos profissionais da UCC recusou a participação e não foram registradas desistências durante o estudo. Aos participantes foi explicado que o estudo pretendia acompanhar o processo de implementação da MCH⁽²⁾ na UCC.

Essa Unidade de saúde tem por objetivo prestar cuidados que previnam ou retardem o agravamento da situação de dependência, otimizando tanto quanto possível o estado de saúde, num período de internação de 90 dias. Possui 30 vagas de internação, cujos pacientes, na sua maioria, são dependentes e apresentam alterações cognitivas. O estudo decorreu no período de quatro meses, entre setembro e dezembro de 2016.

A coleta dos dados feita pelo investigador ocorreu em três etapas. Na primeira, os 34 profissionais responderam um formulário constituído por questões de ordem sociodemográfica, contendo as seguintes variáveis: idade, gênero, profissão e tempo de exercício profissional. Foram observadas as experiências na prestação de cuidados às pessoas idosas, bem como as dificuldades sentidas na prestação de cuidados a pacientes idosos. O formulário foi entregue pelo investigador na Unidade de saúde em envelope fechado a cada profissional e depois coletados pela Diretora da UCC, para serem entregues ao investigador. Utilizou-se o instrumento SEPCH, construído e validado em Portugal⁽²⁾, para verificar a importância atribuída a cada procedimento cuidadoso humanidade e a percepção da realização dos procedimentos quando cuida. A SEPCH é constituída por 31 itens, em que cada um deles representa um procedimento cuidadoso humanidade, permitindo avaliar a importância atribuída, por cada profissional, a cada item, através de uma escala tipo likert de 1 a 4, na qual 1 corresponde a "Sem importância" e o 4 a "Muitíssimo importante". A SEPCH permite, ainda, avaliar a percepção de realização de cada procedimento cuidadoso humanidade através da escala likert de 1 a 4, na qual 1 corresponde a "Nunca realizo" e 4 a "Realizo sempre". A segunda etapa da coleta de dados foi realizada com 18 profissionais que tinham feito formação de MCH⁽²⁾ e responderam as seguintes questões abertas: "De que forma a MCH⁽²⁾ facilita a prestação de cuidados?" e "Qual a sua percepção sobre o contributo

da implementação da MCH⁽²⁾ nos pacientes?". A terceira etapa avaliou a coerência entre a percepção da realização da prática de cada procedimento cuidadoso humanidade e a prática realmente efetivada. A mensuração se deu por meio da planilha SEPCH, sendo utilizada a observação participante por dois observadores com conhecimento e experiência na aplicação dessa planilha, durante a prestação de cuidados de higiene e conforto, alimentação e mobilização, em 2 dias consecutivos, no início de cada mês, durante 4 meses, de setembro a dezembro de 2016. Depois de identificados os procedimentos cuidadosos humanidade menos consistentes e que necessitavam de melhoria, foram implementadas algumas estratégias, tais como formação na ação, elaboração de *flyers*, colocação de dísticos, autoscopia dos cuidados para posterior análise e reflexão com os profissionais, para a tomada de conscientização⁽⁹⁻¹⁰⁾. O objetivo dessas estratégias foi aumentar a apropriação da MCH⁽²⁾ e melhorar a qualidade da assistência.

A análise dos dados quantitativos foi realizada através do software Statistical Package for Social Science, versão 17.0. Para analisar a caracterização dos participantes e a identificação das dificuldades na prestação dos cuidados aos pacientes idosos, utilizou-se a estatística descritiva. Para avaliar as diferenças entre os quatro momentos de observação dos cuidados, foi utilizado o teste de Friedman, considerando-se o nível de significância de 0,05. Para a análise dos dados qualitativos, utilizou-se a técnica de análise de conteúdo segundo Bardin⁽¹¹⁾. Na fase da pré-análise, foram realizadas leitura flutuante e releituras das transcrições, destacando a importância do conjunto de elementos dentro do universo de documentos de análise. Na fase exploratória, a codificação dos dados foi feita por dois investigadores, assim como a sua classificação e categorização, o que possibilitou finalizar o processo de análise com as interpretações e as inferências sobre os dados qualitativos. Os temas identificados derivaram dos dados obtidos.

A triangulação dos dados qualitativos e quantitativos realizou-se por meio da análise e reflexão sobre as principais dificuldades dos profissionais na prática dos cuidados, as incoerências entre a percepção da realização dos procedimentos cuidadosos humanidade e a sua aplicação na prática e sobre como a apropriação da MCH⁽²⁾ foi facilitando a prestação de cuidados e o contributo obtido nos pacientes.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, em 14.07.16, com o número de registro 056/2016. Obteve-se a autorização dos órgãos de coordenação da instituição onde os dados foram coletados. Depois de explicados os objetivos do estudo e a voluntariedade na participação, além de tornado explícito que a aceitação

ou recusa não acarretava qualquer tipo de dano para os participantes, o termo de consentimento livre e esclarecido foi devidamente assinado.

Resultados

O universo constituído por 34 profissionais era maioritariamente do gênero feminino, com média de idade de 36 anos. Os participantes constituíam nove áreas profissionais distintas, sendo as mais representativas os auxiliares de ação médica (11) e os enfermeiros (11). Também incluiu 1 animador sociocultural, 1 assistente social, 1 médico, 1 psicólogo, 1 terapeuta da fala e 1 coordenador geral. A média de anos de serviço dos profissionais era de 5 anos e 55.9% trabalhavam na área e funções atuais entre 6 meses e um ano e meio.

Dos 34 profissionais participantes no estudo, todos haviam prestado ou prestavam cuidados às pessoas idosas, sendo 32 às pessoas com sequelas de Acidente Vascular Cerebral (AVC), 33 às pessoas com processos demenciais e 31 aos com estados emocionais agressivos e comportamentos de agitação.

Quando questionados sobre as principais dificuldades sentidas na prestação de cuidados, 17 referiram dificuldades em prestar cuidados às pessoas agitadas, confusas, desorientadas, agressivas e que recusavam os cuidados, 15 participantes referiram ter dificuldade na comunicação com os doentes que não comunicavam verbalmente, 12 manifestaram dificuldades em prestar cuidados a doentes em fase terminal e 4 responderam que tiveram dificuldades em prestar cuidados de higiene.

Dos 34 participantes do estudo, 18 haviam realizado formação em MCH⁽²⁾. Destes, 100% considerou que os procedimentos cuidativos Humanidade contribuíram para a redução das dificuldades, facilitando a prestação dos cuidados.

Sobre a questão "De que forma a MCH⁽²⁾ facilita a prestação de cuidados?", emergiram três categorias: a operacionalização da relação, maior conscientização das potencialidades da pessoa e melhor compreensão da pessoa cuidada. Segundo os participantes, a operacionalização da relação é realizada por meio da aprendizagem de técnicas relacionais que facilitam a relação, conforme relato: *Em certas situações, os pacientes colaboram e ficam mais descansados ao explicarmos os procedimentos e assim colaboram e deixam que nós os ajudemos* (P4). Também ocorre pela aprendizagem de técnicas de verticalização, conforme referido por um profissional: *Maior facilidade em posicionar e transferir pacientes com menor mobilidade* (P10). Em relação à melhor conscientização das potencialidades da pessoa, os profissionais enumeraram a valorização das potencialidades da pessoa (*Estes procedimentos valorizam mais os pacientes que*

cuido (...) (P5)), a adequação do tempo na prestação de cuidados conforme afirma o profissional P1 (*Também aprendi que devemos dar mais tempo a certos pacientes para eles conseguirem mais participação em certas atividades* (P1)) e maior intencionalidade na relação com a pessoa cuidada, tendo sido referido pelo profissional a seguir: *formação foi útil porque tenho mais cuidado da forma como falo, como é importante o olhar e o toque* (P1).

Na Figura 1, apresentam-se as categorias e subcategorias da percepção dos profissionais sobre a forma como a Metodologia de Cuidado Humanidade facilita a prestação de cuidados.

Categorias	Subcategorias
Conscientização	Valorização das potencialidades da pessoa
	Adequação do tempo
	Intencionalidade na relação
Operacionalização da relação	Aprendizagem de técnicas relacionais
	Aprendizagem de técnicas de verticalização
Compreensão da pessoa cuidada	Compreensão das necessidades individuais

Figura 1 - Percepção sobre a forma como a Metodologia de Cuidado Humanidade facilita a prestação dos cuidados, Leiria, PT, Portugal, 2016

Sobre a questão "Qual a contribuição da implementação da MCH⁽²⁾ nas pessoas cuidadas?", emergiram quatro categorias: redução dos comportamentos da agitação, oposição, recusa dos cuidados; aumento da comunicação; redução da degradação física e mental; e melhoria da qualidade de vida dos pacientes. No que concerne à redução dos comportamentos de agitação, oposição e recusa dos cuidados, os profissionais enumeraram, mais frequentemente, a calma e a tranquilidade, presentes na seguinte fala: *Foi bom porque aprendi a lidar melhor com eles e deixá-los mais calmos* (P11). Referem também diminuição da agitação, como demonstrado pelo profissional: *Diminuição da agitação durante as refeições e diminuição das queixas no posicionamento no leito* (P9). Evidenciam maior receptividade e aceitação do cuidado, além de maior colaboração e envolvimento nos cuidados, conforme referido pelo profissional: *O impacto foi positivo na medida em que alguns idosos ficaram..., mais envolvidos e cooperativos nos cuidados* (P17). Quanto à categoria aumento da comunicação, foi evidenciada a promoção da interação (*A formação em Humanidade faz com que haja mais interação com os pacientes (...)* (P1)). Relativamente à facilitação da comunicação entre os profissionais e os pacientes, foi referido pelo participante que *(...) tornou-se mais fácil a*

comunicação com os idosos (P16). Em relação à categoria retarda a degradação física e mental, emergiram as seguintes subcategorias: tornar as pessoas mais ativas, como demonstrado pelos depoimentos - (...) *O impacto foi muito positivo na medida em que alguns idosos ficaram mais reativos* (P17), *verificou-se mais participação em certas atividades* (P1); aumentar a verticalidade, conforme referenciado pelo profissional - *comecei a levantar da cama os paciente e a levá-los ao wc para prestar os cuidados de higiene(...)* (P6); e aumento da autonomia, conforme a seguinte fala: *observamos os pacientes a tomarem as decisões nos cuidados e a alcançarem mais autonomia* (P18). Na categoria melhoria da qualidade de vida dos pacientes, foi evidenciado pelo profissional *o fato de tornar*

os paciente mais felizes e com melhor qualidade de vida (P16), além de serem mais valorizadas: (...) *estes procedimentos valorizam mais os pacientes que cuida (...)* (P5). Também permitiu fomentar sentimentos de ser mais útil, como mencionado pelo profissional: (...) *permite que o paciente se sinta útil* (P13). Um profissional enfatiza a dignificação da pessoa - (...) *aumenta a dignidade do paciente (...)* *diminuição das dores e aumenta a sua privacidade* (P5) -, e outro refere o aumento do conforto - (...) *e promove mais conforto para os pacientes* (P3).

Na Figura 2, apresentam-se as categorias e subcategorias da percepção dos profissionais sobre o contributo da Metodologia de Cuidado Humanidade⁽²⁾ na pessoa cuidada.

Categorias	Subcategorias
Redução da agitação/ oposição/ recusa de cuidados	Calma/ tranquilidade Redução da agitação Aceitação do cuidado Envolvimento no cuidado
Aumento da comunicação	Promove a interação Facilita a comunicação
Retarda a degradação física e mental	Pessoas mais reativas Aumenta a verticalidade Aumento da autonomia Progressos na pessoa
Melhoria da qualidade de vida	Pessoas mais felizes Sentimento/ utilidade Valorização da pessoa Diminuição das dores Aumenta privacidade Dignifica a pessoa Conforto

Figura 2 - Percepção dos profissionais sobre o contributo da Metodologia de Cuidado Humanidade na pessoa cuidada, Leiria, PT, Portugal 2016

Da análise aos resultados obtidos pela aplicação do questionário SEPCH, aos 34 profissionais, que avalia os procedimentos cuidadosos Humanidade estruturados em 5 etapas, verificamos que os profissionais atribuíram grande importância às etapas da SEPCH, atingindo um escore global de 83.8%. Os pré-preliminares foram avaliados com um escore total de 80.7%, os preliminares com 82.19%, o *rebouclage* sensorial com 86.21%, a consolidação emocional com 86.27% e a dimensão reencontro com 80.64%.

Relativamente à percepção que os profissionais tinham de realizar em cada um dos itens da SEPCH, verificamos que consideravam aplicar de forma

consistente na sua prática os itens da SEPCH num escore global de 74.48%. Assim, foi observado um escore total de 72.43% nos pré-preliminares, 72.43% na dimensão preliminares, 75.92% na dimensão *rebouclage* sensorial, 76.23% na dimensão consolidação emocional e 75.25% na dimensão reencontro. Os dados obtidos mostram que os profissionais atribuem escores mais elevados na importância atribuída às etapas da SEPCH do que na percepção de os realizarem na prática.

Na primeira observação dos cuidados prestados pelos profissionais utilizando a planilha de observação SEPCH, obtivemos um escore global de 52.16%. Com um escore total de 43.75% nos pré-preliminares,

distribuíram-se os escores dos itens de 18.18% a 84.09%. Os preliminares atingiram um escore total de 65.40%, distribuindo-se os escores dos itens entre 2.27% e 90.91%. A dimensão rebouclage sensorial apresentou um escore total de 52.27%, com escores distribuídos entre os 27.27% e 77.27%. A dimensão consolidação emocional apresentou um escore total de 30.30%, com escores distribuídos entre 13.64% e 45.45%. A dimensão reencontro teve um escore total de 42.42%, com escores distribuídos entre 22.73% e 63.64%.

Na análise geral dos resultados obtidos da comparação entre a importância atribuída aos itens da

SEPCH, percepção de realização e primeira observação, verificou-se uma diminuição percentual em todas as dimensões. A maior discrepância verificou-se, relativamente, sobre a consolidação emocional, com uma diferença de 45.93% entre a percepção de realização e a observação da prática. A dimensão em que se verificou menor discrepância, entre a percepção de realização e a prática efetivada, foi nos preliminares, com 7.23%. Resultante da aplicação do questionário SEPCH aos profissionais, pode-se verificar na Tabela 1 a comparação entre a importância atribuída, a percepção de realização e os resultados da primeira observação da prática.

Tabela 1 - Importância atribuída pelos profissionais às etapas da Sequência Estruturada de Procedimentos Cuidativos Humanidade. Comparação com a percepção de realização e primeira observação prática, Leiria, PT, Portugal, 2016

Etapas da SEPCH*	Escore %		
	Importância Atribuída	Percepção de realização	Primeira observação
Total pré-preliminares	80.70	72.43	43.75
Total preliminares	82.19	72.63	66.29
Total rebouclage sensorial	86.21	75.92	52.27
Total consolidação emocional	86.27	76.23	30.30
Total reencontro	80.64	75.25	42.42
Total global	83.80	74.48	52.16

* SEPCH - Sequência Estruturada de Procedimentos Cuidativos Humanidade

A segunda observação, realizada no mês seguinte, teve um escore global de 63.49%. Com um escore total de 71.59% nos pré-preliminares, distribuíram-se os escores dos itens de 40.91% a 90.91%. A dimensão preliminares atinge um escore total de 77.02%, distribuindo-se os escores dos itens entre 18.18% e 100%. A dimensão rebouclage sensorial apresenta um escore total de 62.12%, com escores distribuídos entre os 45.45% e 95.45%. A dimensão consolidação emocional apresenta um escore total de 29.55%, com escores distribuídos entre 18.18% e 40.91%. A dimensão reencontro tem um escore total de 51.52%, com escores distribuídos entre 13.64% e 90.91%.

A terceira observação tem um escore global de 72.95%. Com um escore total de 71.59% nos pré-preliminares, foram distribuídos os escores dos itens de 45.45% a 95.45%. A dimensão preliminares atinge um escore total de 83.59%, distribuindo-se os escores dos itens entre 34.09% e 100%. A dimensão rebouclage sensorial apresenta um escore total de 76.52%, com escores distribuídos entre os 50% e 100%. A dimensão consolidação emocional apresenta um escore total de 37.12%, com escores distribuídos entre 11.36% e

72.73%. A dimensão reencontro tem um escore total de 64.39%, com escores distribuídos entre 27.27% e 88.64%.

A quarta observação tem um escore global de 78.23%. Com um escore total de 82.39% nos pré-preliminares, foram distribuídos os escores dos itens de 70.45% a 97.73%. A dimensão preliminares atinge um escore total de 85.86%, distribuindo-se os escores dos itens entre 31.82% e 100%. A dimensão rebouclage sensorial apresenta um escore total de 81.06%, com escores distribuídos entre os 45.45% e 100%. A dimensão consolidação emocional apresenta um escore total de 41.67%, com escores distribuídos entre 15.91% e 75%. A dimensão reencontro tem um escore total de 75%, com escores distribuídos entre 52.27% e 88.64%.

Na Tabela 2, podemos observar os dados obtidos nos quatro momentos de observação.

Verificou-se nas 4 observações que os itens da SEPCH com valores mais baixos foram os seguintes: "7. Apresenta-se à pessoa cuidada (ex: sou...)"; "3. Se não há resposta (expressa ou subentendida), entra no quarto calmamente e bate na barra da cama"; e "26. Fala à pessoa da experiência agradável que foi estar

com ela (ex: gostei de a conhecer, estar consigo) “. Tais itens necessitavam de maior investimento em termos formativos. Os itens com valores mais elevados foram o item “6. Chama a pessoa pelo nome que se reconhece e que gosta de ser tratada”, item “9. Usa um tom de voz calmo, melodioso e suave”, item “8. Diz à pessoa o motivo do encontro (ex: está ali para estar com ela, conversar, ajudar)”, item “21. Utiliza um tom

de voz calmo e suave durante a prestação do cuidado” e item “22. Retoma com frequência o nome da pessoa”, todos verificados em 100% na quarta observação. A promoção da verticalidade (item 24 da SEPCH) foi um dos itens que foi sendo aperfeiçoado, registrando-se um aumento entre a primeira e a quarta observação, passando de 52.27% na primeira observação para 79.55% na quarta.

Tabela 2 - Comparação das etapas da Sequência Estruturada de Procedimentos Cuidativos Humanidade nos quatro momentos de observação em percentagens, Leiria, PT, Portugal, 2016

Etapas da SEPCH*	Observações %			
	Primeira	Segunda	Terceira	Quarta
Total pré-preliminares	43.75	71.59	71.59	82.39
Total preliminares	66.29	77.02	83.59	85.86
Total rebouclage sensorial	52.27	62.12	76.52	81.06
Total consolidação emocional	30.30	29.55	37.12	41.67
Total reencontro	42.42	51.52	64.39	75
Total global	52.16	63.49	72.95	78.23

* SEPCH - Sequência Estruturada de Procedimentos Cuidativos Humanidade

Da análise das etapas da SEPCH (Pré-Preliminares, Preliminares, Rebouclage Sensorial, Consolidação Emocional e Reencontro), nos 4 momentos de observação verificou-se um aumento nas médias em todas as etapas da SEPCH, exceto na consolidação emocional, que desceu ligeiramente na segunda observação. Assim, verificou-se a existência de uma média mais elevada na Rebouclage Sensorial e nos Preliminares e de uma média menor na Consolidação Emocional e Reencontro nos 4 momentos.

Utilizando o Teste Friedman para avaliar as diferenças nos 4 momentos de observações para cada etapa da SEPCH, verifica-se que há diferença estatisticamente significativa nos Pré-Preliminares ($\chi^2=12,903$; $p=,005$), nos Preliminares ($\chi^2=15,104$; $p=,002$), na Rebouclage Sensorial ($\chi^2=23,800$; $p=,000$) e no Reencontro ($\chi^2=11,326$; $p=,010$). Na etapa da Consolidação Emocional não se verificou diferença estatisticamente significativa ($\chi^2=2,578$; $p=,461$). Na Tabela 3, podemos ver o resultado da média e desvio padrão das etapas da SEPCH nas 4 observações no estudo.

Tabela 3 - Resultado da média e desvio padrão das etapas da Sequência Estruturada de Procedimentos Cuidativos Humanidade nas 4 observações no estudo, Leiria, PT, Portugal, 2016

Etapas da SEPCH*	1ª observação		2ª observação		3ª observação		4ª observação	
	Média	DP†	Média	DP†	Média	DP†	Média	DP†
Pré-Preliminares	1,75	1,18	2,86	1,32	2,86	1,19	3,29	1,11
Preliminares	5,89	1,93	6,93	1,61	7,52	0,84	7,73	0,94
Rebouclage Sensorial	6,27	2,78	7,45	2,61	9,14	1,49	9,75	1,42
Consolidação Emocional	0,91	0,92	0,89	1,07	1,11	0,92	1,25	0,86
Reencontro	1,32	1,08	1,55	0,80	1,90	0,88	2,25	0,87

* SEPCH - Sequência Estruturada de Procedimentos Cuidativos Humanidade; †DP - Desvio padrão

Discussão

Os participantes no estudo tinham diferentes formações profissionais, sendo todas diretamente relacionadas com a prestação direta de cuidados de saúde. Para além de ser uma equipe jovem, mais de

metade dos participantes trabalhava na área e funções atuais entre meio ano e ano e meio, significando que a maior parte dos profissionais ainda era de iniciados, requerendo acompanhamento, treino e reflexão sobre as práticas e formação⁽¹²⁾.

Apesar do tempo de prestação direta de cuidados às pessoas idosas, com demência, com sequelas de acidente vascular cerebral e às pessoas com estados emocionais agressivos/comportamentos de agitação ser muito variável, todos os profissionais participantes do estudo já tinham prestado cuidados a pessoas com essas condições clínicas. As dificuldades que os profissionais mais evidenciaram, nas suas respostas, foram a prestação de cuidados a pessoas agitadas, confusas, desorientadas, agressivas e que recusam os cuidados. Esses dados foram também corroborados em outro estudo⁽¹³⁾, no qual os cuidadores manifestaram dificuldades nos cuidados a pessoas com alterações emocionais, comportamentais e cognitivas. Os participantes identificaram também a dificuldade na comunicação com pessoas que não comunicavam verbalmente. Essa dificuldade foi também identificada em outro estudo⁽¹³⁾, devido à dificuldade na compreensão da comunicação não-verbal e à falta da profissionalização da palavra⁽²⁾.

A dificuldade na prestação de cuidados a doentes em fase terminal foi identificada pelos profissionais do nosso estudo, com resultados análogos aos obtidos num estudo realizado com profissionais de saúde⁽¹⁴⁾.

Apesar de ser em menor percentagem, também a prestação de cuidados de higiene constituiu uma dificuldade à prestação de cuidados. Tais resultados poderão estar relacionados com a utilização de técnicas pouco adequadas às necessidades das pessoas cuidadas e à realidade dos cuidados, criando nas pessoas com demência níveis elevados de desconforto físico e emocional, promovendo Sintomas Comportamentais e Psicológicos da Demência, como evidenciado em estudos recentes^(2,8,15-16).

A totalidade dos profissionais que realizaram formação em MCH⁽²⁾ considerou que os procedimentos cuidativos Humanidade contribuíram para a redução das dificuldades na prestação dos cuidados, facilitando a sua prestação. Além disso, em um estudo desenvolvido com profissionais de saúde⁽⁷⁾, os participantes reconheceram que a formação sobre a MCH teve contributos importantes, tendo sido destacadas a diminuição da oposição aos cuidados, a redução dos comportamentos de agitação, a diminuição dos problemas decorrentes da imobilidade, a promoção da autonomia e do respeito pela dignidade da pessoa humana. Os participantes referiram ter superado as suas dificuldades relativamente à comunicação, através da aplicação da MCH^(2,8).

Mediante os resultados, torna-se fundamental capacitar os profissionais com metodologias de cuidar inovadoras e adequadas à realidade dos cuidados, com procedimentos cuidativos que operacionalizem e sistematizem a relação⁽⁶⁾. A MCH⁽²⁾, com ganhos cientificamente validados a nível nacional e

internacional, parece ser uma ferramenta de cuidar inovadora que permite capacitar os profissionais com técnicas relacionais que profissionalizam a relação entre o cuidador e a pessoa cuidada, reduzindo as dificuldades na prestação dos cuidados⁽²⁾.

Pelas respostas obtidas dos profissionais, denota-se uma boa aceitação das etapas da SEPCH, atribuindo-lhes grande importância. A par dos dados relativos à percepção de aplicarem na prática, apesar de denotarem diminuição percentual comparativamente com a importância atribuída, mantêm ainda valores elevados. Resultados semelhantes foram obtidos em um estudo⁽²⁾ no qual o escore total da importância atribuída foi superior comparativamente ao escore global da percepção de realização das etapas da SEPCH. Neste estudo, os enfermeiros reviam-se nos procedimentos cuidativos Humanidade, atribuindo-lhes grande importância, e tinham uma percepção elevada da sua aplicação na prática.

No entanto, verificou-se discrepância entre a percepção de realização e a prática realmente efetivada durante a observação das práticas, dado que a primeira observação permitiu-nos perceber que existe um desvio entre a percepção de realização e a prática efetivada em todas as categorias da SEPCH. Na primeira observação, os profissionais demonstraram dificuldade em cumprir os procedimentos da SEPCH. Resultados semelhantes foram obtidos em outro estudo⁽²⁾ desenvolvido com enfermeiros de uma UCC, no qual também ficou evidenciado que a importância atribuída pelos profissionais não era coincidente com a prática efetivada.

Apesar de ter registado um aumento percentual gradual ao longo das observações, depois de implementadas várias estratégias para facilitar a apropriação da MCH⁽²⁾, verificou-se que a consolidação emocional foi a dimensão na qual os profissionais manifestaram maiores dificuldades de integração dos procedimentos cuidativos. Também em outro estudo⁽²⁾ foi identificada a dificuldade em valorizar o encontro com palavras positivas e gestos de ternura, fazendo um *priming* sensorial positivo na memória emocional da pessoa.

Registrou-se uma evolução positiva entre a primeira e a quarta observação em todas as dimensões da SEPCH. Essa situação poderá estar relacionada com as intervenções realizadas durante o processo de implementação da MCH⁽²⁾, em que os profissionais foram integrando na sua prática dos cuidados. A dimensão que evidenciou maior evolução positiva, entre a primeira e quarta observação, foram os pré-preliminares.

O aumento da verticalidade pode estar relacionado com o incentivo à deambulação, reduzindo o número de pessoas que utilizavam cadeira de rodas, à diminuição do número de pessoas acamadas e à realização de

cuidados de higiene de pé no banheiro. O tempo médio da prestação de cuidados de higiene diminuiu ao longo das observações e os cuidados de higiene passaram a ser realizados na sua totalidade, no banheiro, repercutindo na redução de lesões por pressão nos pacientes.

Os profissionais identificaram o retardamento da degradação física e mental como um ponto relevante da aplicação dessa metodologia. Para os participantes, a metodologia contribuiu positivamente para a melhoria da sua qualidade de vida, o que vai ao encontro dos resultados de outros estudos desenvolvidos em contexto hospitalar, sendo verificado que a aplicação dessa metodologia de cuidados é uma valiosa ferramenta no controle da agitação em pessoas idosas com demência⁽⁶⁾, na redução da administração de fármacos⁽⁸⁾ e, com isto, na redução dos seus riscos associados.

Tais resultados poderão ser o reflexo do efeito que uma medida não farmacológica e de baixo custo pode ter nos cuidados prestados a doentes dependentes, vulneráveis e com processos demenciais. Explorar essa metodologia, em termos acadêmicos e profissionais na abordagem aos pacientes, pode ter um reflexo importante na gestão, organização, educação e saúde das instituições⁽²⁾.

A principal limitação do presente estudo foi o tamanho da amostra que, por ser reduzida, impossibilitou generalizar os dados obtidos. Há necessidade de mais pesquisas sobre a efetividade dessa metodologia de cuidado na perspectiva dos familiares e, ainda, de ampliar com os profissionais de saúde a contribuição para a implementação e mudança de cultura dos cuidados e das políticas de saúde pública, sobretudo no cenário de envelhecimento da população com características específicas e que necessitam de cuidados especializados, no sentido da transformação dos cuidados rotinizados em cuidados conscientizados.

Conclusão

A formação em MCH facilitou a prestação de cuidados, sendo que a pessoa cuidada percebe sentimentos positivos nos profissionais ao aplicarem os conhecimentos na prática.

Os profissionais atribuem grande importância às etapas da SEPCH e se reveem nos procedimentos cuidadosos Humanidade. Todavia, a percepção de realização dos procedimentos cuidadosos é superior ao observado na prática.

A implementação da MCH revelou resultados na mudança de práticas dos cuidadores. O desenvolvimento deste estudo permitiu verificar que, apesar da importância atribuída a essa metodologia pelos profissionais, existe, efetivamente, uma distorção de olhar entre o que estes percebem que estão realizando e o que realmente realizam na prática.

Com o desenvolvimento de intervenções específicas e formação na ação, foi possível verificar que, gradualmente, ao longo das várias observações, houve redução daquela diferença, registrando um aumento gradual e consistente da execução dos procedimentos cuidadosos Humanidade. Apesar de alguns procedimentos terem sido interiorizados de tal forma que atingiram valores percentuais máximos na observação, outros correspondentes à consolidação emocional evidenciaram maior dificuldade de integração e aplicação na prática por parte dos profissionais de saúde. Houve necessidade de acompanhamento e monitorização do processo de implementação para a sustentabilidade e consolidação das boas práticas por todos os profissionais, contribuindo para a transformação dos cuidados e para a qualidade da assistência à saúde.

Referências

1. Araújo JS, Vidal GM, Brito FN, Gonçalves DCA, Leite DKM, Dutra CDT, et al. Profile of caregivers and difficulties in elderly care in the city of Ananindeua, State of Para, Brazil. *Rev Bras Geriatr. Gerontol.* 2013 Jan/Mar;16(1):149-8. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1809-98232013000100015>
2. Simões MMM, Salgueiro NR, Rodrigues MA. Caring in Humanidade: study applied to a continuum of care. *Rev Enferm Ref.* [Internet]. 2012 [cited Jun 20, 2017]; 3(6):81-93. Available from: <http://www.redalyc.org/html/3882/388239965010/>
3. Storti LB, Quintino DT, Michelato NS, Kusumota L, Marques S. Neuropsychiatric symptoms of the elderly with Alzheimer's disease and the family caregivers' distress. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2016 Aug; 24:e2751. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.0580.2751>.
4. Pestana LC, Caldas CP. Nursing care for the aged with Dementia and with behavioral symptoms. *Rev Bras Enferm.* 2009 Jul/Aug;62(4):583-7. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672009000400015>
5. Abdou CM, Fingerhut AW, Jackson JS, Wheaton F. Healthcare Stereotype Threat in Older Adults in the Health and Retirement Study. *Am J Prev Med.* 2016 Oct;50(2):191-8. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.amepre.2015.07.034>
6. Melo R, Queirós P, Tanaka LH, Salgueiro N, Alves R, Araújo J, et al. State-of-the-art in the implementation of the Humanidade care methodology in Portugal. *Rev Enferm Ref.* 2017 Abr/Mai/Jun;4(13):53-62. doi: <https://doi.org/10.12707/RIV17019>
7. Figueiredo A, Melo R, Ribeiro O. Training on Care Methodology Humanidade: contribution to the improvement of quality of care. *Rev Enferm Ref.* [Internet]. 2016 [cited Jul 17, 2017];10(Supl.): 60-5. Available from: <https://>

- www.esenfc.pt/event/admin/content/downloadFile.php?id_ficheiro=535&code=829375161
8. Honda M, Ito M, Ishikawa S, Takebayashi Y, Tierney L. Reduction of behavioral psychological symptoms of dementia by multimodal comprehensive care for vulnerable geriatric patients in an acute care hospital: A case series. *Case Rep Med*. 2016;4813196. doi: <http://dx.doi.org/10.1155/2016/4813196>
9. Rosenkoetter MM, Smith D, Stachura ME, McDonough J, Hunter C, Thompson D, et al. Video analysis tool system: implementation and evaluation of use with clinical nursing assessments of older adults. *Nurs Adm Q*. 2014 Oct/Dec;38(4):E11-22. doi: <http://dx.doi.org/10.1097/NAQ.0000000000000047>
10. Honda M. Communication based care with multimodal approach; Implementation of informatics and artificial intelligence into care for dementia. . *Rev Enferm Ref*. [Internet]. 2016 [cited Jun 28, 2017];4(11):3-8. Available from: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIVn11/serIVn11a01.pdf>
11. Campos CJG. Content analysis: a qualitative data analysis tool in health care. *Rev Bras Enferm*. 2004;57(5):611-4. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672004000500019>.
12. Lopes RCC, Azeredo ZAS, Rodrigues RMC. Relational skills: needs experienced by nursing students. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2012 Nov-Dec;20(6):1081-90. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692012000600010>
13. Pereira SAS, Marques EMBG. Difficulties of caregivers formal institutionalized elderly. *Int J Dev Educat Psychol*. [Internet]. 2014 Nov [cited Jul 22, 2017];1(2):133-40. Available from: http://www.infad.eu/RevistaINFAD/2014/n2/volumen1/0214-9877_2014_2_1_133.pdf
14. Mota M, Gomes G, Coelho M, Lunardi W, Sousa L. Reactions and feelings of nursing professionals facing death of patients under their care. *Rev Gaúcha Enferm*. [Internet]. 2011 Mar [cited Jun 20, 2017];32(1):129-135. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472011000100017
15. Cohen-Mansfield J, Parpura-Gill A. Bathing: A framework for intervention focusing on psychosocial, architectural and human factors considerations. *Arch Gerontol Geriatr*. 2007 Sep/Oct;45(2):121-35. doi: <https://doi.org/10.1016/j.archger.2006.09.001>
16. Melo RCCP, Soares IFF, Manso MSC, Gaspar FP, Melo ASP. Reduction of agitation in people with dementia during hygiene care: contribution of the Methodology of Care Humanitude. *Rev Mill*. [Internet]. 2017 Jun [cited Jul 15, 2017];2(ed esp 2):57-63. Available from: <http://revistas.rcaap.pt/millennium/article/view/11994/9423>


Recebido: 08.09.2017

Aceito: 28.10.2018

Autor correspondente:

Liliana Vanessa Lucio Henriques

E-mail: lilianahenriques312@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0001-7648-7626>

Copyright © 2019 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons CC BY.

Esta licença permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original. É a licença mais flexível de todas as licenças disponíveis. É recomendada para maximizar a disseminação e uso dos materiais licenciados.