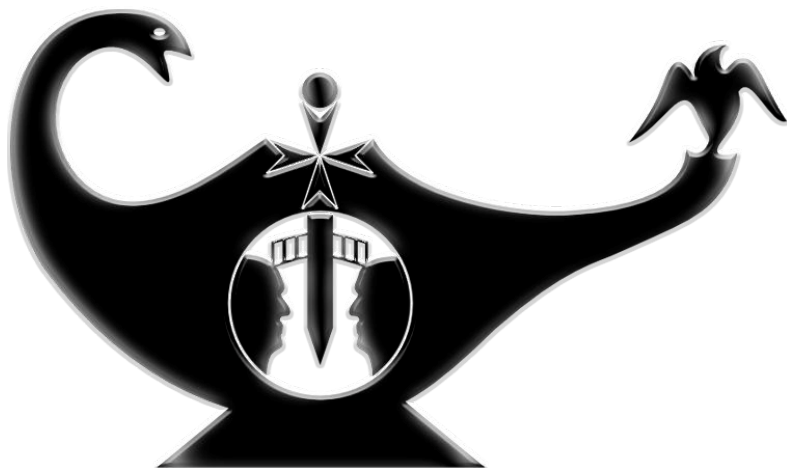


MÁRIO MANUEL MONTEIRO SIMÕES

CUIDAR HUMANITUDE



Enfermagemneurorelacional

PREFÁCIO DE WALTER OSSWALD
EPÍLOGO DE MANUEL RODRIGUES E NÍDIA SALGUEIRO

CUIDAR HUMANITUDE

Enfermagemneurorelacional

Ficha Técnica

| | |
|-----------------------|---|
| TÍTULO | Cuidar Humanidade, <i>Enfermagemneurorelacional</i> |
| AUTOR | Mário M. M. Simões |
| CAPA | Paulo Oliveira |
| IMAGEM DA CAPA | Conceção de Mário Simões, Ilustração de Sérgio Eliseu |
| COMPOSIÇÃO | Paulo Oliveira - PMP, Lda. |
| IMPRESSÃO | PMP, Lda. |
| EDIÇÃO | Edição do Autor |
| DEPÓSITO LEGAL | 373644/14 |
| ISBN | 978-989-20-4568-9 |
| ISBN (VERSÃO DIGITAL) | 978-989-20-5524-4 |
| 1ª EDIÇÃO | Abril de 2014 |

© Copyright Mário M. M. Simões
Reservados todos os direitos de acordo com a legislação em vigor.

MÁRIO M. M. SIMÕES

CUIDAR HUMANITUDE

Enfermagemneurorelacional

Coimbra
2014

*Às pessoas da minha vida,
especialmente àquelas a quem a minha falta... fez falta
À Filomena, aos nossos Pais,
e às duas pessoas de quem somos o Pai e a Mãe,
Filomena e Mário dedico este trabalho.*

NOTA PRÉVIA

Homem, *autónomo de relação*, efetiva a sua dignidade, exigida a cada animal desta espécie, na inter-relação que a torna reconhecida, confirmada e actualizada pelo encontro gerador desta humanidade, que desaparecerá se os humanos desaparecerem. Referência ontológica relacional que nas profissões da saúde, com profissionais remunerados, se assume obrigatória nas leis da arte.

Dentro deste conceito transdisciplinar, a ciência humana prática enfermagem, pelos Cuidados de Enfermagem, procura atuar esta referência através do estímulo à autonomia da pessoa, desenvolvendo recursos e capacidades na funcionalidade e nas atividades realizadas pela pessoa cuidada, maximizando potencialidades e minimizando dependências. Pelo que, perceber a efetividade da intervenção dos enfermeiros no relaxamento, na adesão aos cuidados, na adaptação aos estados de saúde e aos ambientes, na realização das atividades de vida diária, na aprendizagem procedimental, na prevenção de complicações e na adequação das respostas humanas em **pessoas com dependência mental**, que na maioria das vezes têm associada dependência física e idade avançada, faz parte de uma incitação científica e de uma necessidade espelhada pela demografia atual.

A deficiente cognição e a hipersensibilidade emotiva destas pessoas, leva-as a não entenderem as intervenções úteis dos enfermeiros como atos de bem. Podendo mesmo senti-las como agressões às quais reagem com agitação/agressão. Facto que desafia a (re)criar conhecimento tecnológico de instrumentação especializada, que promova uma sintonia emocional positiva na prestação dos cuidados e mobilize as pessoas para uma interação/relação colaborativa, facilitadora da atividade diagnóstica dos enfermeiros e do atingir dos objetivos das suas intervenções.

Nesta perspetiva, os pilares da humanidade, a palavra, o olhar, o toque, o sorriso, o vestuário e a verticalidade, oferecem uma possibilidade de responder a este desafio. Porque, ao serem inerentes à intervenção dos enfermeiros na sua instrumentação dos procedimentos de cuidar, permitem uma linguagem afetiva, íntima e subtil, utilizando intencionalmente a estimulação positiva que os pilares

permitem e garantem perceptível ao tecido sensorial da espécie humana. Estimulação que é recebida pela pessoa doente e transdutada em impulsos nervosos conduzidos ao sistema nervoso central, onde são processados a nível bioquímico neuronal com intenção de serem codificados em sensação positiva.

A sensação corporal assim criada pela via afetiva, que não desenvolva agitação/agressão, para além da sua impressão positiva em memória emocional, evoca sensações também positivas da memória emocional que ativam sinais monitorizáveis por emissão do sistema nervoso autónomo e do sistema nervoso somático expressados por relaxamento e adesão da pessoa doente no ato da intervenção do enfermeiro. Sinais que demonstram autorizações tácitas para a progressão dos procedimentos dos cuidados necessários e em realização que, conjuntamente com o estado emocional positivo que se pretende que crie, concorrem para a dinamização da competência funcional e relacional, para a alteração de estados de saúde e para a obtenção de ganhos em saúde.

Conhecimento que permite a avaliação da auto-eficácia do próprio enfermeiro e da sua realização profissional. Tanto na sua interação com a pessoa dependente mental, como no seu trabalho de capacitação do prestador de cuidados informal para o tomar conta destas pessoas.

Esta perspetiva de estimulação sensitiva pela interação relacional com a prestação dos cuidados de enfermagem, que recruta a intervenção neuronal com intenção na captura da informação, processamento, intervenção das memórias e expressão de sinais e ações relacionais, pela pessoa com dependência mental, que permitam a continuidade dos cuidados e dinamizem a competência funcional e relacional no cuidado a decorrer, isto é, intervenções neurorrelacionais pelos cuidados de enfermagem, desoculta uma capacidade de diagnóstico e intervenção comunicativa neurorrelacional dos enfermeiros na intenção do seu exercício nesta área de cuidados, ou seja, demonstra um domínio de cuidados de enfermagem a que lhe chamo *Enfermagemneurorrelacional...* aonde é possível a produção de conhecimento de intervenção clínica onde o próprio enfermeiro é a principal tecnologia e a sua competência de estimulação do tecido sensitivo pela relação e cuidado, guiado pela expressividade da pessoa doente através de respostas fisiológicas e humanas, é a sua principal instrumentação nos cuidados.

Este domínio de atuação assenta nos valores Ético-deontológicos da enfermagem, nas tradicionais virtudes de conduta com que o enfermeiro atua um saber prático e em sólidos conhecimentos anátomo-fisiológicos, de comunicação e de intervenção neurorrelacional dos cuidados de enfermagem em casos de

dependência mental, tendo como principais objetivos: **capacitar** o enfermeiro a realizar avaliações do estado mental, da demência, da necessidade de cuidados de enfermagemneurorelacional, a elaborar hipóteses diagnósticas e interpretar resultados de alterações de estados de saúde, alteração de autonomia, alterações de independência, escalas de atividades de vida diária, dentre outros, e; **habilitar** o enfermeiro a realizar intervenções de enfermagemneurorelacional em pessoas com dependência mental, nomeadamente ligação interpessoal através da via afetiva, estimulação sensorial positiva minuciosa e precisa, promoção diária de uma relação de cuidados participada, estimulação das capacidades restantes e da independência máxima possível.

Os métodos mais adequados para esta resposta, são todos aqueles que se mostrem os mais indicados para trabalhar com a triangulação de conceitos empíricos, capazes de serem validados pelos sentidos, com conceitos teóricos de significado e valor.

Este é um trabalho que urge fazer e que só se produzirá com a dinamização, o envolvimento e desenvolvimento de massa critica nos contextos da ação das práticas, para o devido trabalho de (re)construção do conhecimento, trabalhando evidências ao nível preditivo e prescritivo. Já alguém dizia *“apesar da necessidade atual dos estudos descritivos e explicativos, é imperioso que se meta a mão na massa!”*. A filosofia de cuidados humanidade de Yves Gineste e Rosette Marescotti é um belo exemplo dos resultados deste desenvolvimento sistemático, crítico e reflexivo, diário, integrado nas práticas quotidianas dos cuidados de enfermagem. Conhecimento pertinente, já atualmente reclamado pela neurociência cognitiva e psicologia. Se os enfermeiros não o fizerem, outros o farão e, disciplinarmente, serão rapidamente substituídos por quem desenvolva essa responsabilidade social, utilizando necessariamente procedimentos de enfermagem tradicionalmente desvalorizados e considerados de fácil delegação.

Saudando os enfermeiros e com gratidão aos seus operários disciplinares, esta obra surge de um trabalho de investigação que em covivência testemunhei enriquecido pelos constrangimentos da situação em que foi gerado. Apoiado por meus Pais e pela minha Esposa, sem os quais não era possível tê-lo realizado, desenvolvi-o ancorado na temática de fundamento e pressuposto do meu mestrado, na linha de orientação de meus Mestres e na chamada de atenção que é o trabalho dos Autores Franceses, que iniciaram a sua divulgação em Portugal através da investigação que está na base desta obra. Representa, por isso, um humilde esforço para se avançar nesta área de estudo na disciplina de enfermagem.

PREFÁCIO

Há livros cujo título acena, por assim dizer, ao leitor, explicando-lhe do que se trata e convidando-o a nele entrar, por franqueadas portas. Em outros, porém, o convite não é tão evidente e o entendimento do que se oferece nas suas páginas bem menos imediato. Na presente obra, muito claramente, o leitor não perito na matéria hesitará em definir o assunto de que aqui se trata: “Cuidar humanidade” surpreende e o subtítulo não ajuda a esclarecer a interrogação; de facto Enfermagem – neurorrelacional poderá lembrar um endereço de correio electrónico, embora tenha a vantagem de introduzir a área de Enfermagem, que é o vasto campo em que se situa esta obra.

O leitor curioso, provavelmente não familiarizado com a palavra chave “Humanidade”, encontra no Sumário uma muito bem elaborada tábua das matérias, da qual depreende que o Autor o leva pela mão e o guia com segurança, expondo primeiro o que é humanidade e quais são e como se desenrolam os processos do envelhecimento, para poder depois explicar o que são os cuidados de humanidade e como se integram na ação do enfermeiro junto dos doentes vulneráveis e dependentes. Segue-se o relato dos estudos que o Autor desenvolveu e que demonstram com meridiana clareza que os cuidados de enfermagem ditos de humanidade e postos em prática segundo o esquema de Gineste – Marescotti contribuem significativamente para uma melhor qualidade de vida dos doentes, para uma estabilização ou melhora do seu estado psicofísico e, o que também é importante, para uma muito maior satisfação e sensação de utilidade por parte dos profissionais que dispensam esses cuidados.

De posse destes dados, a leitura torna-se apetecível e resulta proveitosa. O Autor, doutorado em Enfermagem, denota um profundo conhecimento da matéria e uma notória paixão pela sua profissão, e sensibilidade pelos mandamentos éticos que a norteiam. Rigoroso, objectivo, abrangente, este livro é um notável documento, que contribui poderosamente para a afirmação da metodologia de cuidados humanizadores (ou de Humanidade) como sendo não apenas a mais recomendável para a obtenção de bons resultados em idosos deficientes, como

também a de eleição para estas situações. Simples, eficaz, lógica, só podemos desejar que alcance a difusão que merece e venha a ser absolutamente predominante nos cuidados prestados a idosos, nomeadamente a dementes.

Nos livros, mesmo nos de não ficção, retrata-se sempre o Autor. Conhecendo e estimando Mário Simões desde o tempo do seu Mestrado, foi com prazer e admiração que o re-encontrei neste importante texto: estudioso dedicado, analista de propostas e teorias, adepto da evidência científica, sempre pronto a experimentar pessoalmente, com enorme generosidade, as teorias que entende mais fecundas. Sempre com o bem dos outros na mira, sempre ao serviço da dignidade de cada um e da grandeza da relação interpessoal que o interpela e define.

Walter Osswald

SUMÁRIO

| | |
|---|-----|
| INTRODUÇÃO | 17 |
| 1 – CONDIÇÃO DO HOMEM NO MUNDO - HUMANITUDE..... | 23 |
| Visão humanista..... | 24 |
| Filosofia da humanidade e construção do humano..... | 28 |
| 2 – PERCURSO DE VIDA E ENVELHECIMENTO..... | 31 |
| O ser humano que envelhece..... | 32 |
| Superar a doença e a dependência..... | 37 |
| A velhice perturbada pela demência..... | 50 |
| 3 – ENVELHECIMENTO E RESPOSTAS DE SAÚDE..... | 55 |
| Filosofia e ética dos cuidados de enfermagem | 56 |
| Humanidade fundamento dos cuidados de enfermagem | 60 |
| 4 – CUIDAR HUMANITUDE | 67 |
| Filosofia de cuidados humanidade..... | 68 |
| Significado da humanidade nos cuidados a pessoas doentes vulneráveis e dependentes..... | 80 |
| Método de cuidados humanidade Gineste Marescotti® | 86 |
| 5 – ESTUDO EMPÍRICO EM PORTUGAL..... | 105 |
| Sequência estruturada de procedimentos cuidativos humanidade..... | 107 |
| Valor e resultados da implementação | 123 |
| CONCLUSÃO | 157 |
| BIBLIOGRAFIA..... | 165 |
| ANEXOS..... | 183 |
| LISTAS | 187 |

INTRODUÇÃO

O envelhecimento das populações resultante do aumento da esperança de vida e da diminuição da natalidade, é hoje uma questão prioritária em saúde.

Associado ao envelhecimento, os estudos revelam um aumento na prevalência das doenças degenerativas crónicas, particularmente as demências. Em todo o mundo estima-se que 35,6 milhões de pessoas vivam com demência e que este número duplique em cada 20 anos, para 65,7 milhões em 2030 e 115,4 milhões em 2050 (Prince e Jackson, 2009). Os custos estimados em 2009 foram de 422 biliões de dólares (Wimo e Winblad e Jonsson 2010).

Em 2011 a população idosa residente em Portugal, com 65 ou mais anos, era de 2,023 milhões de pessoas, representando cerca de 19% da população total (INE, 2012) e já em 2009 existiam cerca de **153.000 pessoas com demência**, 90.000 com doença de Alzheimer (Alzheimer Portugal, 2009), o que representa um elevado impacto económico e social (Imaginário, 2004; Costa, 2006; Sousa, 2006; Sequeira, 2007).

A forma mais adequada de atacar este problema complexo de saúde é assumir uma estratégia integrada, no sentido da promoção da saúde dos idosos. A necessidade de potenciar a criação de medidas de resolução levaram o Parlamento Europeu e o Conselho da União Europeia a designar 2012 o Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e da Solidariedade entre Gerações, como uma das medidas para a consciencialização e promoção de progressos na resolução dos problemas relacionados com o envelhecimento ativo, isto é, processo de otimização das oportunidades para a saúde, participação e segurança, para melhorar a qualidade de vida das pessoas que envelhecem (WHO, 2002; EU, 2012).

Em Portugal, a realidade crescente das consequências do envelhecimento fez surgir a Resolução do Conselho de Ministros n.º 61/2011 de 22 de dezembro, que formaliza a coordenação e funcionamento do Ano Europeu do Envelhecimento Ativo em 2012.

Porém, o problema atingiu já uma grande dimensão considerando o número crescente de idosos com perda de mobilidade, dependentes e com danos cognitivos leves ou severos. Estimativas realizadas em março de 2004 no nosso País, levaram a concluir que existiriam: 163.000 idosos com pluripatologia e dependência; entre 160.000 a 250.000 idosos com demência; mais de 16.000 doentes terminais (Portal da Saúde, 2006). E esta é uma preocupação concreta, real e atual, que permite colocar uma questão de partida pertinente: Como cuidar com eficácia e eficiência os nossos idosos, dependentes, que tendem a aumentar na População Portuguesa?

Como resposta política importante, em Portugal, o Decreto-Lei n.º 101/2006 de 6 de junho, estabelece a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) para apoio institucionalizado. Em 2011 as pessoas com critérios a admissão para as 5595 camas de internamento eram 24708 tendo ingressado 24017 dos quais 86% com idades superiores a 65 anos, 39% com idades superiores a 80 anos, 90% com dependência nas atividades de vida diária e 3% com deterioração cognitiva (UMCCI, 2012, p. 32, 34, 35).

Em coerência com as estratégias do Plano Nacional de Saúde, as instituições de saúde e os profissionais de saúde, têm tentado acompanhar os esforços de melhoria contínua dos cuidados, apoiados nos melhores recursos técnicos que a ciência e a tecnologia disponibilizam. Neste esforço de melhoria a enfermagem desempenha um papel importante no cuidado em espaços de intimidade procurando promover a pessoa doente à altura da dignidade humana (Vielva, 2002).

Os cuidados de enfermagem fundamentam a sua essência nos cuidados de proximidade e na ajuda ao ser humano em sofrimento profundo. A sua principal estratégia, nem sempre compreendida e valorizada, é o tempo e a ciência dedicados à relação e ao respeito na intimidade. O seu impacto torna-se significativo quando assenta o atendimento às necessidades dos idosos na relação e na comunicação terapêutica.

No entanto, uma grande dificuldade que se coloca na ação dos enfermeiros, indica por vezes uma tendência para o afastamento do essencial relacional, tanto em favor dos princípios da economia e da tecnologia, como pela não utilização de modos de cuidar que o proporcionem. Carvalho (1996) publicou os resultados de uma investigação realizada em Portugal sobre o tema “humanismo e enfermagem”, os quais indiciam uma crise do humanismo na enfermagem, pela perda da visão global da pessoa doente, pela instalação da rotina ao longo dos

anos da ação do enfermeiro e pelas faltas progressivas na comunicação/relação. A nossa experiência de cuidadores empenhados acompanhando pessoas doentes em sofrimento profundo, em serviço de medicina: idosos com AVC, em coma, de etiologia diversa, com demências, sensibilizou-nos para estes problemas e levou-nos a refletirmos sobre a humanização dos cuidados que responda técnica e cientificamente aos problemas do envelhecimento. Problemática sobre a qual incidiu a dissertação de mestrado apresentada à Universidade Católica Portuguesa, no contexto de ensino clínico, ouvido o apelo para a utilização do conhecimento técnico-científico no sentido da enfatização da relação como meio de conceção de humanidade (Archer, 2002). Isto, através de comportamentos que coloquem a ligação relacional com a pessoa em sofrimento profundo no centro dos cuidados de enfermagem oferecidos em espaços de intimidade, a pessoas doentes vulneráveis e dependentes, em condições de respeito e igualdade (Simões, 2005).

Ora, as respostas para potenciar esta ligação relacional implicam que se atribua cada vez mais importância a manter os recursos e as ações terapêuticas ao serviço do Homem e dos valores humanos, uma vez que os enfermeiros se consideram «gente que cuida de gente» (Horta, 1973) e integraram na conceptualização e praxis a relação como essência do cuidar. Algumas teorias de enfermagem colocam precisamente a ênfase da competência de cuidar, nesse valor essencial que é o humanismo como filosofia inadiável de quem cuida (Watson, 2002).

Motivados pelo interesse em continuar a investigar esta problemática, no contexto da relação enfermeiro-pessoa doente tendo em conta o cuidado das pessoas idosas dependentes, procurámos no universo do conhecimento pessoas ou grupos que de algum modo tivessem algum caminho percorrido que servisse de orientação.

No decurso da nossa caminhada encontramos escritos de autoras que refletem e estudam estas temáticas, Phaneuf (2005b, 2007b) e Salgueiro (2006a,b). Em entrevista posterior com estas autoras ouvimos, pela primeira vez, que Gineste e Marescotti, dois autores franceses, criaram uma metodologia de cuidados de humanidade. Iniciaram em 1979 e registaram a Metodologia de Cuidados Humanidade Gineste-Marescotti (MGM) que no início chamaram de Manutenção Relacional e que vêm desenvolvendo até ao momento. Este enriquecimento advém do contributo das observações, questionamentos, reflexões, experimentações permanentes e vários estudos de investigação a cargo de um Instituto de Investigação e Informação sobre a Metodologia de Gineste-Marescotti (IPRIM); seminários entre autores, diretores e formadores do Instituto de Gineste e Marescotti (IGM)

e um fórum internacional anual, onde as experiências são postas em comum e discutidas por todos.

Após conhecimento dos trabalhos de Gineste e Marescotti com idosos, frequentemente com demências, publicados por Gineste e Pellissier (2007, 2008), sentimos de imediato a oportunidade do desenvolvimento das intervenções autónomas em enfermagem que permitem melhorar ou manter a saúde, aumentando a atividade, o bem-estar e o nível da qualidade de vida e a potencialidade de contribuírem para uma mudança cultural que equilibre as competências técnica e humana, nos estabelecimentos de saúde e no seio da própria enfermagem. A intenção de progredir neste trabalho orientou a procura para a descoberta científica do estado da arte neste tipo de cuidados, perguntando: **Que significa a filosofia da humanidade, no contexto dos complexos e delicados cuidados, que os enfermeiros prestam a pessoas doentes vulneráveis e dependentes?**

A revisão da literatura revelou que o conceito humanidade emerge com muito interesse na linguagem científica de enfermagem a um nível descritivo, narrativo-experiencial e de reflexão crítica. Na dimensão experiencial e intervenção útil no plano clínico, os avanços são surpreendentes, através dos trabalhos de Gineste e Marescotti.

Efetivamente, um estudo realizado por *Successful Aging Database* a pedido de IPRIM denominado Assessment of the Gineste-Marescotti method (Sicard, 2008), realizado com mulheres com demência tipo Alzheimer, mostrou que 83% dos cuidados habitualmente difíceis de prestar, com os procedimentos do método, melhoraram todos os indicadores positivos (distendida, sorridente, risonha) e reduziram todas as respostas negativas (expressão gelada, olhar assustado aterrorizado, faz caretas, indiferença, inquieta). Estes ganhos em bem-estar e acalmia conseguidos por utilização de técnicas muito suaves, estimulação sensorial positiva e incentivo à atividade, promovem satisfação e sentimento de realização profissional. Em consequência, verifica-se uma baixa significativa da taxa de absentismo, por esgotamento profissional e lesões músculo-esqueléticas, nas instituições onde o MGM está implantado. O impacto social é de tal modo importante que a metodologia tem vindo a ser divulgada e ensinada através dos Institutos Gineste Marescotti e está protegida em França e no estrangeiro com marca registada e direitos de autor referentes aos conceitos de «*Toucher-tendresse*®; *Philosophie de l'humanité*®; *Capture sensorielle*®; *Manutention relationnelle*®; *Mourir debout*®».

Deste modo formulámos uma primeira questão de partida: **Qual a aceitação dos enfermeiros da Região Centro de Portugal em relação à Metodologia de Cuidados Humanitude Gineste Marescotti?**

Esta questão de investigação permitiu uma ação continuada, partilhada e de negociação com os vários atores e a um trabalho de cuidadosa pesquisa. Consultámos sites do IGM, chegámos ao contacto e à negociação da vinda de Yves Gineste a Portugal para conferências de divulgação na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, em protocolo com a Universidade Católica Portuguesa, na Secção Regional do Centro da Ordem dos Enfermeiros, workshops e formação na Universidade Católica no Porto, no Hospital da Cova da Beira e no Hospital Visconde Salreu em Estarreja e a um programa de formação para professores na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Ainda a realização de um estágio do investigador e de um dos orientadores com os dois autores, em França, a seu convite e contato com Unidades de Cuidados Continuados e com os enfermeiros cuidadores.

Estas ações despertaram a motivação para a investigação, considerando a importância da problemática preocupante da condição dos idosos dependentes em Portugal e a novidade e efetividade desta metodologia desenvolvida em França, que passamos a designar por Método de Cuidados Humanitude, simplificada e denominada MGM, e levou a formular a seguinte questão: **Qual a efetividade da aplicação do MGM nos cuidados de enfermagem em relação às pessoas cuidadas e aos cuidadores?**

No sentido de dar resposta às perguntas formuladas, foi desenvolvido um estudo no âmbito de doutoramento do enfermeiro Mário Simões, a partir do qual replicamos neste livro o enquadramento teórico e os resultados da sua realização na Região Centro de Portugal.

Utilizamos a designação de pessoa doente ou simplesmente pessoa, embora se utilize correntemente utente para designar a pessoa cuidada. Concordamos com Phaneuf (2005a), quando diz que utente remete para a linguagem fria dos ministérios e que “...relegar uma pessoa ao papel de utilizador dos serviços de saúde traduz-se em minimizar o seu sofrimento... É simbolicamente encerrá-lo num mundo banalizado pelas estruturas administrativas e organizacionais” (p. XXXII). Antes de utente é pessoa e pessoa doente, termo que se conjuga bem com humanitude.

O texto está escrito na primeira pessoa do plural respeitando o âmbito filosófico que aborda, o envolvimento de todos aqueles que o ajudaram a realizar e convidando o leitor à reflexão, no entanto utiliza-se também a primeira pessoa do singular, não por personalismo, mas por responsabilização

de “*alguém concreto, vivo que se expressa*” (Salomé, 1991, p. 80, em Phaneuf 2005a, p. 136).

Este trabalho está desenvolvido em cinco capítulos. O Capítulo 1 aborda a condição do Homem no mundo, em sequência, o Capítulo 2 apresenta uma reflexão sobre o percurso de vida e o envelhecimento, o que implica conhecer as respostas em saúde de que trata o Capítulo 3, no Capítulo 4 o Cuidar em Humanidade como resposta atual a esta problemática e no Capítulo 5 os resultados da sua primeira abordagem empírica, em Portugal. Por fim a conclusão, onde são apresentados os resultados mais relevantes que respondem às questões centrais, bem como a contribuição para a inovação prática, a formação e a investigação.

1

CONDIÇÃO DO HOMEM NO MUNDO – HUMANITUDE

Neste capítulo foca-se a visão humanista do homem, percorrendo-se os caminhos do entendimento do conceito de pessoa, ao longo do tempo, do homem como “ser autónomo de relação”, que transcende os seus próprios limites e adquire dignidade experiencial.

A Filosofia da Humanidade, através de atos concretos de estimulação da pessoa, pelo olhar, palavra, toque, sorriso, verticalidade, vestuário, algo antropológico, desenvolve o reconhecimento de pertença de espécie. Ao centrar-se nos princípios de autonomia, liberdade, beneficência, não maleficência e justiça, promove uma realização personalizante na ação e inscreve-se num paradigma ontológico relacional, que potencia a transcendência da pessoa, essencial à construção do humano.

O ser humano, animal pertencente à espécie *homo sapiens*, com capacidades tais como sociabilidade, dom da palavra, desenvolvimento intelectual, capacidade reflexiva e simbolizadora, tem levantado questões ao longo da História relacionadas “com a temática do direito natural, da natureza dos direitos humanos, da fraternidade, da igualdade, etc.” (Cabral, 2003, p. 45). Questões que nos têm provocado uma inquietação de discernir a condição do Homem no mundo através de uma visão humanista e da filosofia da humanidade para a construção do humano num meio de pessoas em relação, mas: Qual a relevância da humanidade no contexto das ligações interpessoais de relação e cuidado?

VISÃO HUMANISTA

A palavra pessoa deriva da “máscara” que cobria o rosto do ator a desempenhar o seu papel de representação no teatro da antiga Grécia. Este sentido, individual, do personagem que faz ressoar a sua voz através da máscara, orientou o conceito para o “sujeito” referenciado por Cícero no direito romano (sec I. a.C.) como “sujeito de direitos e deveres”.

Santo Agostinho desenvolveu esta ideia do sujeito, individual, recorrendo à noção de relação de Aristóteles para sublinhar a capacidade da pessoa se relacionar consigo própria e Boécio (sec. VI) considerando que “*A pessoa é uma substância individual de natureza racional*” acrescentou a racionalidade à substância que Santo Anselmo recoloca na pessoa enquanto indivíduo, uma vez que a substância diz respeito a todos os indivíduos.

São Tomás de Aquino escreveu que estes indivíduos têm o domínio dos seus próprios atos e atuam por si mesmos sendo “*subsistentes em si*”, ou seja, há uma substância individual enquanto singular e uma subsistência em si enquanto racional, por isso, adquirem o nome de pessoa, antecedendo, assim, a doutrina filosófica que começou a afastar o conceito de indivíduo para começar a considerar os “... *conceitos de relação e inter-relação como constitutivos dinâmicos do ser humano*” (Magalhães, 1996, p. 60).

Nesta linha de pensamento Leibniz ao dizer que pessoa é um “*ser pensante e inteligente, capaz de razão e de reflexão (...) unicamente por meio do sentimento que tem das suas próprias ações*” (Mora, 1974, p. 31), coloca-se na linha da filosofia moderna que avançou por três fontes de possíveis características: “*a) o psicológico: o cartesianismo toma a consciência como a característica definidora do ser pessoa; b) o ético que sublinha a*

liberdade (Kant); e c) o social: com o personalismo e particularmente com Martin Buber, onde a pessoa vem definida pela relação ao outro e suas inter-relações” (Magalhães, 1996, p. 60).

A liberdade, a consciência e o personalismo evidenciam a capacidade de autodeterminação da pessoa para atuar no campo da sua existência relacional. Existência que é marcada pelo “não saber” que tudo aprende ao longo do percurso maturacional da vida, pela consciência de finitude, pelo sofrimento oriundo da decepção em relações valiosas ou da impotência na ajuda ao sofrimento do outro, pelo desgosto e pela experiência de injustiça. Estas experiências de vulnerabilidade da pessoa, ao mostrarem-na auto insuficiente, são um conjunto de necessidades só possíveis de ser satisfeitas na própria existência relacional por uma relação inter-suficiente. Relação onde é possível a confiança, o perdão, a compaixão, a alegria e a aprendizagem para as integrar e superar (Renaud, 2008). Então, é nesta relação com o outro que a pessoa adquire suficiência e se faz, porque entendendo os efeitos da sua ação “*naturalmente será ele próprio a medida e a referência, não podendo deixar de tomar como Bem o que o realiza e humaniza e como Mal o que o despersonaliza.*” (Magalhães, 1996, p. 60).

A pessoa aparece-nos, assim, sob uma estrutura relacional (Diniz, 2003) que é capaz de uma suficiência conseguida e mantida continuamente por uma dinâmica de atos, de um eu e um tu, acontecidos sob uma atividade emocional e racional constantes. Na sua interioridade a pessoa tem a capacidade de pensar, decidir e agir sem estar condicionada a respostas reativas a estímulos que recebe, pois atribui significados, decide em consciência e age ou não. Na sua exterioridade a pessoa é um apelo ao outro por necessidades de suficiência da sua vulnerabilidade. Desta forma, a pessoa vive uma situação de relações significativas, em contextos de tempo e espaço, que integra a sua própria estrutura relacional, pois influencia-a constantemente no seu próprio desenvolvimento.

Os contextos familiares e de espaço e tempo da vida da pessoa, as suas responsabilidades sociais e políticas, as suas crenças e a sua capacidade de percepção destes fatores, influenciam tanto o seu desenvolvimento como a sua capacidade de influenciar; porque a pessoa é efetividade e apelo de mais e melhor, no caminho relacional de ser pessoa, na descoberta do seu sentido e no seu aperfeiçoamento contínuo (Magalhães, 1996).

Nesta perspectiva, o mundo humano integra pessoas estruturalmente relacionais numa dinâmica (re)construtora contínua de si com o outro, na situação onde se encontram, que se diferencia da dimensão neurobiológica objeto

de estudo científico. Deste modo, o mundo da matéria humana mostra um *mundo da relação*, que é uma teia de ligações entre as pessoas, onde o bem ao tu se transforma no bem ao eu e o bem ao eu se transforma no bem ao tu, numa reciprocidade da existência experiencial situada da vida das pessoas.

Este tema de pessoa ser-em-relação, desenvolvido a partir do sec XX através das correntes existencialistas e fenomenológicas no plano filosófico (Diniz, 2003), encontra-se hoje em pleno desenvolvimento no domínio da psicologia (Diniz, 2007). Mitchell e Greenberg iniciaram-no, distinguindo a motivação individualista por simples impulsos físicos, na perspetiva freudiana, da perspetiva relacionalista (Mitchell e Greenberg, 1983) que nos apresenta uma imagem do ser humano inserido numa rede de relações interpessoais onde estabelece e mantém laços com as outras pessoas e simultaneamente se diferencia delas, o que lhe permite a moldagem da sua personalidade e experienciar o desejo (Mitchell, 1988). Por conseguinte, só se pode compreender a pessoa no cerne da trama de relações passadas e presentes que compõem uma mente interligada a outras mentes (Mitchell, 1988), o que leva, consecutivamente, a caracterizar a psicologia como o estudo da relação interpessoal (Gurney e Rogers, 2007). Desta forma percebemos que há um contexto de relações interpessoais que é humanizador e que é objeto de estudo como área interativa onde o ser humano nasce, procura estabelecer ligações e personalizar-se, realizando-se.

Dentro desta linha de pensamento encontramos a proposta de Magalhães para pessoa como “*sujeito autónomo de relação*” (Magalhães, 2000, p. 57), pois a suficiência pessoal atinge-se pelo uso da autonomia num campo comum de interdependência onde cada eu é sempre um eu e um tu.

Assim sendo, percebemos que a espécie humana apresenta uma natureza comum nas pessoas, com capacidade de ser animada, tanto pelos componentes físicos, emocionais e intelectuais de cada uma, como pela capacidade de relação com o outro, criando movimento e vida humana pessoal única, a expressividade. A pessoa é um ato de ser coexistindo, com atividades racionais, emocionais e volitivas. Neste sentido, a dimensão autónoma do ser humano deve ser entendida no caminho da comunhão entre as pessoas para a suficiência pessoal, numa dinâmica humanizadora (Diniz, 2007); pois, só consegue ser suficiente através da relação na qual é interdependente e está em permanente realização, personalizando-se. Este “*sujeito autónomo de relação*” está em constante comunicação (comunhão) consigo próprio na sua interioridade, pois é autónomo, e simultaneamente com o outro na sua exterioridade, pois é vulnerável, o que implica relação como expressão da sua ipseidade e alteridade, ou seja, expressividade ou personalidade (Simões, 2005).

Por conseguinte, a suficiência só é atingida pelas interações de relação que personalizam e permitem a realização da pessoa (ser quem é). O mesmo será dizer que a relação orienta a pessoa a personalizar-se num campo comum de existência, isto é, a realizar-se (não um é, mas um ir sendo).

Este fazer-se pessoal dos intervenientes em relação excede os limites da individualidade psicofísica de cada um, destaca uma realidade espiritual, não metafísica, com uma natureza humana comum que vive e transcendente numa inter-relação que eleva a pessoa de uma realidade impessoal de coisa e, configura-lhe uma dignidade experiencialmente humana (Simões, 2005).

Esta dignidade permite perceber que a autonomia da pessoa declara a liberdade como sua parte integrante enquanto potencial de ação, que, no ato concreto, exige que as possibilidades de atuação da pessoa se coloquem dentro de um universo de bem que dignifique e liberte a pessoa, sendo um meio e também um fim (Simões, 2005). Logo, só com responsabilidade é possível fazer inter-relação em liberdade de consciência e esta inter-relação, por si, fazer e realizar a própria pessoa que se inter-relaciona. Uma vez que a capacidade interior de decidir (eu) dá à pessoa poder por ser livre e imputa-lhe um dever permanente de aprovar ou desaprovar em consciência a sua conduta e, consecutivamente, de estruturar e organizar a sua atuação em exterioridade na inter-relação por necessidades de suficiência da pessoa, que não existiria sem o outro (tu) numa situação (situado). “*Situação que influencia a pessoa em inter-relação no seu fazer-se e na sua capacidade de influenciar em inter-relação no fazer-se do “eutu” em cada “eusituaçãooutro” e em cada “outrosituaçãoeu”*” (Simões, 2005, p. 27).

Então, a responsabilidade é via de liberdade enquanto possibilidade de realização da relação inter-subjectiva, ou seja, enquanto possibilidade da pessoa fazer a relação e da relação fazer a pessoa (Magalhães, 2000). Só assim pode haver hierarquização e escolha, em consciência, dos constituintes da atuação pelo bem na relação, isto é, uma realização personalizante.

Este fenómeno relacional, que existe na experiência situada da natureza humana comum, parece transferir paradigmaticamente o entendimento ontológico individual de pessoa, como um eu de matéria (físico)/espírito (metafísico), para um entendimento ontológico relacional (Diniz, 2003) onde o individual eu cede lugar a um eutu que lhe excede os limites psicofísicos e leva a pessoa a transcender em algo mais, através da situação relação que sublinha a sua dignidade experiencial humana fundamental (Simões, 2005).

É neste paradigma “*eutusituado*” que comungamos com “*Uma réstia de esperança: a empatia*” (Magalhães, 2002, p. 117) para nos distanciar da destruição

do humano por um sentimento ontológico individual (Boécio, sec. VI), e para catalisar a “... *ligação entre a perspectiva filosófica e a perspectiva científica, no que se refere à dimensão relacional do ser humano*” (Diniz, 2003, p. 138), a fim de construirmos o humano através de um paradigma relacional.

FILOSOFIA DA HUMANITUDE E CONSTRUÇÃO DO HUMANO

Humanidade, palavra criada por Freddy Klopfenstein para se referir a “*Inquietude, solitude, habitude: humanidade*” (Klopfenstein, 1980, p. 7), foi utilizada por Albert Jacquard em 1986 quando escreveu advertindo para o poder que o Homem atualmente tem de se dizimar completamente dizendo que se deve promover exatamente o contrário, porque a espécie humana tem características que justificam todos os esforços para assegurar a sua sobrevivência (Jacquard, 1986, 1988). Desde então desenvolve um pensamento acerca do conceito de humanidade. Ele centra-se na perspectiva evolucionista do desenvolvimento humano e sublinha que a partir de certo momento a sua complexidade era tal que o Homem em interação começou a criar redes coletivas das quais faz parte e com as quais completa as redes interiores de cada Homem, uma vez que cada um beneficia da partilha das informações ou descobertas dos outros.

Todo o ser humano participa, assim, de um grande desígnio coletivo, a construção da humanidade. Do ponto de vista filosófico, é a contribuição de todos os homens, com a sua diferença, para a riqueza do universo, e a sua ligação entre si e ao mundo, numa perspectiva ecológica. Humanidade é “*a contribuição de todos os homens, de outrora ou de hoje, para cada homem*” (Jacquard, 1986, p. 177, 1988, p. 176). Do ponto de vista prático, de acordo com o autor, a humanidade representa o tesouro de compreensões, de emoções e sobretudo de exigências que existe graças a nós e que desaparecerá se nós desaparecermos, pelo que o Homem tem a tarefa de aproveitar esse tesouro, já acumulado, e continuar a enriquecê-lo (Jacquard, 1987).

Há, assim, uma natureza humana comum, proveniente de uma carga genética específica dos humanos, que só tem possibilidade de originar uma pessoa única depois do organismo psicofísico gerado ter sido “*mise en commun*” (Jacquard, 1999, p. 41) partilhando a riqueza que foi sendo acumulada pelos humanos e, consecutivamente, participar com o seu próprio contributo. As potencialidades fornecidas pela natureza humana comum só têm poder de construir uma pessoa

irrepetível no meio das inter-relações humanas. “*São necessários Homens para que um filho de Homem se torne Homem*” (Jacquard, 1986, p. 181, 1988, p. 179).

Esta perspectiva de Jacquard acerca das oferendas que os Homens dão uns aos outros, depois de terem consciência de ser, e que se podem fazer mutuamente num enriquecimento sem limites, conjuga-se com a ideia central de Archer (2002), que propõe o regresso a uma ética da lembrança da humanidade holística, através da triangulação de ciência, tecnocosmos e humanidade, dando valor ao mistério humano, enquanto domínio do sagrado.

Nesta linha de pensamento, a natureza humana comum identificadora da espécie, só a torna suficiente quando existe uma atenção dos humanos dirigida aos seus próprios atos para que demonstrem uma preocupação com a humanidade e a sua sobrevivência. Esta preocupação é visível na atenção que cada ser humano dá a si próprio e ao outro associado à sua situação (Hesbeen, 2006). Esta preocupação de colocar em humanidade é bastante visível logo após o nascimento de um ser humano quando os outros seres humanos o envolvem num “*banho*” de estimulação sensorial e emocional, iniciando trocas comunicacionais ao nível mais básico entre os humanos em relação, com o toque, o olhar, o sorriso, a palavra, o vestuário, a verticalidade. Este contacto relacional entre os humanos, que se vai desenvolvendo e complexificando ao longo da vida, proporciona um sentir-se ser de espécie humana e ao mesmo tempo uma perceção do outro como sendo da mesma espécie (Gineste e Pellissier, 2007, 2008).

Os seres humanos ao voltarem-se para o outro, a fim de o compreender e interagir com ele, estão a dar consistência ao conceito de humanidade que apresenta este interesse de nos mostrar como comportamentos e ações simples vão ao encontro do ser no que ele tem de mais essencialmente humano, advindo-lhe a sua eficácia da correspondência com o seu próprio desenvolvimento (Phaneuf, 2007a).

Esta característica fundamental do ser humano, «ser em relação», constitui-se na natureza humana comum pela possibilidade de se sentirem as estimulações de humanidade às quais se é impelido a interagir. A estimulação é oferecida e recebida pelo corpo da pessoa, através dos sentidos, dando-se lugar à sensação com respetiva estimulação emocional e racional. A partir daqui acontece a construção, diária, da identidade da pessoa que transcende como ser único e irrepetível e que interage conjuntamente com os demais construindo tudo aquilo que desaparecerá se o ser humano desaparecer (Jacquard, 1986, 1988).

Os atos concretos da pessoa presente na relação interpessoal, que demonstram uma preocupação com a realização do outro, são um cuidado

essencial na construção do humano; pois, quando a pessoa em relação está centrada no bem, que personaliza e realiza, está a potenciar a personalização e realização do outro e consecutivamente a sua própria. A pessoa está a ser servida responsabilmente na sua estrutura relacional «eutsituação» por uma estimulação relacional de bem no eu em cada «tusituaçãoeu» e no tu em cada «eusituaçãotu» e, consecutivamente, por uma situação relacional de bem (o contrário também pode ser verificado, centrado num paradigma individual, que leva rapidamente ao individualismo autocentrado e ao ser possível destruir-se a pessoa). Assim sendo, é potenciada a liberdade relacional de cada um onde começa a liberdade relacional de cada outro, pois a pessoa ao contribuir responsabilmente para a construção do outro constrói-se a si própria única e irrepitível, sendo assim, pessoa.

Assim sendo, é ultrapassado um paradigma individual pela sintonização de um paradigma relacional que personaliza e humaniza, uma vez que este mostra a potência das pessoas a realizarem-se na vida em relação, ou seja, a centrarem-se na autonomia da pessoa enquanto servem beneficência e não maleficência na medida justa, que o mesmo será dizer, a desenvolver na humanidade a sua humanidade.

Nesta perspetiva de colocação em humanidade, a pessoa autónoma personaliza-se através da relação interpessoal e mostra uma estrutura relacional que a coloca em comum pela partilha dos contributos de todas as pessoas de outrora ou de hoje.

Na interação pessoal as compreensões, as emoções e sobretudo as respostas a exigências de sobrevivência mútuas são estimuladas através do corpo onde são oferecidos e recebidos atos simples como a palavra, o olhar, o toque, o sorriso, o vestuário, a verticalidade. Atos simples que estimulam os sentidos, a emoção e a racionalidade e que colocam a pessoa numa rede de relações significativas que a levam a transcender e a ter uma dignidade experiencial humana fundamental. Esta colocação em humanidade, proporciona um sentir-se ser de espécie humana indo ao encontro do que ela tem de mais essencial, o seu próprio desenvolvimento, com um apelo à interação, à transcendência, à espiritualidade. Esta preocupação com a sobrevivência da humanidade leva a um entendimento *ontológico relacional* (Diniz, 2003) que dá valor ao mistério do humano enquanto domínio do sagrado (Archer, 2002) e leva a servir responsabilmente as ligações interpessoais (Magalhães, 2000) de relação e cuidado com humanidade (Jacquard, 1986, 1988; Gineste e Pellisier, 2007, 2008), relevante para potenciar a construção da primeira obra do Homem, o desenvolvimento do próprio Homem.

2

PERCURSO DE VIDA E ENVELHECIMENTO

Neste capítulo aborda-se a mudança demográfica da população e alguns dos seus determinantes; o homem que envelhece, transformações e vulnerabilidades, repercussões e estratégias adaptativas para as enfrentar; como superar a doença e a dependência, que passa pela desconstrução de estereótipos de incapacidades e declínios e estratégias de um envelhecimento ativo, centradas na emancipação, cidadania, participação e autonomia responsável, a exigirem novas abordagens institucionais, dos profissionais de saúde, cuidadores informais e do próprio idoso.

A memória e o declínio mnésico do idoso são tratados revendo os mecanismos de processamento, armazenamento, evocação e recuperação da informação na ótica de vários autores, no sentido de compreender as perdas mnésicas no processo de envelhecimento e estabelecer estratégias mais eficazes face ao envelhecimento perturbado pela demência, particularmente de tipo Alzheimer, em que o estabelecimento de uma relação comunicante operacionalizada pelos pilares da humanidade, entre quem cuida e é cuidado, é um imperativo.

O desenvolvimento contínuo que o Homem tem imprimido à sua espécie, movido pela sua preocupação de sobrevivência e dos esforços para prolongar a sua vida, originou nos últimos tempos um grande progresso científico com um aumento da esperança de vida e consecutivo envelhecimento demográfico, de grande expressão nos países desenvolvidos (Sequeira, 2007, 2010; Lopes e Gonçalves, 2012). Este aumento da proporção das pessoas idosas na população total, levou o Instituto Nacional de Estatística a referir que as projeções atuais indicam que na população mundial a proporção das pessoas jovens continuará a diminuir ao contrário das pessoas idosas que continuará a aumentar. Este fenómeno, oriundo das melhorias na saúde pública, na medicina em geral e nas condições de vida, apresenta-se por uma transição demográfica de elevada para baixa fecundidade e mortalidade que diminuiu a base da pirâmide de idades e engrossou o seu cume (Imaginário, 2004; Dias e Rodrigues, 2012).

O SER HUMANO QUE ENVELHECE

A mudança demográfica a que se tem vindo a assistir nas últimas décadas chamou a atenção para o problema da velhice, normalmente associada à maior incidência de dependência nas atividades de vida diária, com impacto quer ao nível da saúde quer ao nível económico e social (Sequeira, 2007, 2010). Paúl (2005) e Sequeira (2007) ao abordarem a história da velhice de Minois de 1987, referem que esta preocupação com o envelhecimento já aparece retratada no Antigo Testamento (Génesis, 6,3) onde se aborda os 120 anos como limite de idade “(...) o homem é carne, e os seus dias não ultrapassarão os cento e vinte anos»” (A Bíblia Sagrada, 2006, p. 32), como também refere Lima (2010), muito embora Moisés (Sal, 90, 10) se refira à longevidade até aos 70, 80 anos “*A duração da nossa vida poderá ser de setenta anos e, para os mais fortes, de oitenta*” A Bíblia Sagrada (2006, p. 934).

Esta preocupação com o envelhecimento, que originou a Gerontologia através dos trabalhos de Elie Metchikoff em 1903 (Sequeira, 2007), tem na atualidade uma nova expressão devido ao grande número de pessoas a chegar à velhice. Lima (2010) diz que este fenómeno expande a morbilidade, pois a redução nas taxas de mortalidade e ao aumento da esperança de vida está associada à prevalência de doenças crónicas com períodos de tempo mais prolongados de incapacidade e dependência. A consciência desta realidade crescente tem preocupado os

poderes do meio político, social e científico pelas dificuldades daqui decorrentes. No entanto, a oferta de condições adequadas para a qualidade de vida e bem-estar das pessoas neste escalão etário, promove um envelhecimento com melhor saúde, autonomia e independência (Sequeira, 2007, 2010) e permite um melhor aproveitamento da riqueza dos idosos a favor da humanidade (Simões, 2006) que, muito embora pareça difícil aceitar a sabedoria como sua constituinte (Bastos, Faria e Moreira, 2012; Jesuino, 2012), não parece difícil aceitar o privilégio da coconstrução de sabedoria no contexto das relações interpessoais com estas pessoas de longa experiência.

O cada vez maior número de pessoas com idades avançadas, em crescente de longevidade, transformou um grupo, que anteriormente possuía características homogêneas, em subgrupos diferenciados entre si pelas capacidades físicas, cognitivas e psicológicas demarcadas pelo avanço da idade e por dinâmicas diferenciadas e não homogêneas (Lopes e Gonçalves, 2012). Afonso, Morais e Almeida (2012) consideram os subgrupos dos 60 ou 65 até aos 80 anos e dos acima dos 80 anos. Outros autores como Imaginário (2004) e Lima (2010), referem que o ciclo de vida dispõe cronologicamente o grupo dos idosos nos subgrupos, ou categorias, “Idoso jovem” (65-74), “Idoso médio” (75-84) e “Idoso idoso” (85 e mais).

No grupo dos idosos o passar do tempo intensifica o processo gradual, transversal e irreversível de mudanças e de transformações que progridem à medida que se avança nos subgrupos ou categorias (Lima, 2010). Nomeadamente, no aspeto biológico o envelhecimento constituiu-se como objeto de estudo passível de abordagem com metodologias científicas (Almeida, 2012). Estas transformações acontecem tanto de forma multidirecional, podendo concretizar-se por várias vias, como de forma multidimensional, podendo não acontecer em simultâneo nas dimensões física, intelectual e social, como ainda de forma contextual dependendo da interação com o contexto (Lima, 2010).

Segundo Paúl (2005) e Sequeira (2007), as transformações da velhice têm vindo a ser trabalhadas por vários filósofos sendo a estes imputadas visões posteriores positivas (Fernández-Ballesteros 2004) e negativas (Paul 1997; Dias 2005) acerca da velhice e do envelhecimento: Platão (427-347 a. C.), iniciador dos desenvolvimentos otimistas da velhice, considera-a na linearidade sequencial da vida do jovem e do adulto, com noção do envelhecer como se viveu na juventude; Hipócrates (460-377 a. C.) pioneiro a considerá-la medicamente como um processo natural de contínua maturação do ser humano que vai diminuindo as suas resistências e o predispõe à

doença; Aristóteles (384-322 a. C.), iniciador dos desenvolvimentos desvalorizadores da velhice, aponta-a na quarta fase da vida humana com deterioração de capacidades e consecutivo aparecimento da senilidade; e Galeno (131-201) considera-a como a intensificação progressiva da perda de líquidos corporais que determinam a consequente perda de função dos órgãos.

Este passado demonstra que é antiga a tarefa de atribuição de sentido às transformações da velhice, dependendo ainda o seu impacto e significação das contingências de cada época (Dias e Rodrigues, 2012). Viegas e Gomes (2007) dizem que mesmo no meio destas transformações as pessoas idosas continuam a reconstituir a sua identidade nas relações dinâmicas que vivem e com tudo aquilo que as rodeia, que Fonseca (2005) diz serem as outras pessoas, os contextos físicos, institucionais, sociais ou históricos. Imaginário (2004) refere que mesmo vivenciando um percurso degenerativo natural a pessoa idosa incorpora também a experiência adquirida, produto da maturação ao longo da vida, que deve continuar a ser vivida constantemente, adaptada à progressiva involução biológica, morfológica, funcional, psicológica e social, uma vez que estes não se instalam à mesma velocidade em todas as pessoas. Perante tal heterogeneidade Pimentel (2005) e Sequeira (2007, 2010) dizem surgir dificuldade em definir as características que diferenciam o grupo dos idosos, dos outros grupos do ciclo de vida. No entanto, sob influência dos trabalhos do alemão Bismarck que em 1889 desenhou o primeiro programa de segurança social determinando a idade de reforma aos 70 anos, os autores Sequeira (2007, 2010), Imaginário (2004) Aragão e Sacadura (1994), Paúl (2005), Spar e La Rue (2005), a Organização Mundial de Saúde em 2002, a Organização das Nações Unidas em 2009, apontam para a faixa dos 60 aos 65 anos de idade como sendo a idade de transição para a velhice.

Os 65 anos trazem um conjunto de novos desafios: a aposentação, que em Portugal se iniciou em 1896 através da Caixa de Aposentações dos Trabalhadores Assalariados entregue à Caixa Geral de Depósitos e Instituições de Providência, instituiu um ritual de passagem ao estatuto de idoso e criou um reajuste de papéis úteis e de renovação de estilos de vida, uma vez que a nível financeiro diminuem as entradas e aumentam as saídas ligadas à dependência; a mudança nos relacionamentos familiares, pois enfatizam uma maior atenção cuidativa entre o casal, novamente sozinho e com maior disponibilidade de tempo para si próprio, uma reaproximação dos filhos adultos aos pais idosos, mas agora com a intenção de apoio emocional e instrumental e uma reaproximação dos irmãos idosos pela partilha de memórias passadas comuns, ou seja, as relações familiares

moldam-se em torno do apoio emocional e do apoio à autonomia; a presença dos netos, que são fonte de relações significativas, muito mais expressivas do que instrumentais, com os avós que atualmente os vêm crescer muito para além da infância; a diminuição das redes sociais, com perda de relações significativas através da morte de outras pessoas, potencia a necessidade de se construírem novas amizades para evitar o isolamento e a solidão e também para o apoio à dependência e à doença; assim como a maior frequência na perda de capacidades e de relações, na vivência de luto e de pensamentos de finitude, na presença de diversas patologias, doenças crónicas, incurabilidade e grande mortalidade (Costa, 2006; Sousa, 2006; Sequeira, 2007).

Fundamentalmente, a velhice é marcada pela presença da aposentação, pela rejeição afetiva do grupo social, pelas afeções crónicas, pelas modificações físicas ao longo da sua existência no tempo e por uma maior dificuldade de adaptação às alterações e solicitações do meio ambiente. É, também, vivida com o recurso a experiências individuais e percursos próprios de significação subjetiva da experiência de vida (Paúl, 2005) e, por isso mesmo, por pessoas muito diferenciadas com grande diversidade de adaptação pessoal (Imaginário, 2004; Costa, 2006; Fonseca, 2005) e heterogeneidades no progredir da idade (Lima, 2010).

O fenómeno da heterogeneidade demonstra uma grande necessidade de atendimento personalizado (Sequeira, 2007, 2010) na fase da velhice (Lima, 2010). Na conceção deste atendimento é necessário dinamizar uma cultura de educação para a velhice (Simões, 2006; Fonseca 2012) que potencie a inter-relação tanto no desfrute das suas novas liberdades como na ajuda nas suas novas limitações (Imaginário, 2004). Este atendimento não passa meramente pelo cuidado médico ou medicamentoso e esforços dirigidos à prevenção dos problemas inerentes à velhice, passa também pela dinamização das forças das pessoas idosas para mudanças de adequação das suas competências às exigências ambientais, para que deixem de se focalizar no que lhes falta e passem a valorizar o que têm (Costa, 2006; Fonseca, 2012), uma vez que *“não é a mudança de lugar de vida que provoca perturbações fisiológicas ou emocionais, mas a maneira como ela se processa (a pessoa não é consultada; a pessoa é obrigada; mudança não preparada; mudança feita à pressa; local de acolhimento inadaptado; etc.”* (Gineste e Pellissier, 2007, p. 82, 2008, p. 103). Assim, o apoio dos outros é importante para potenciar intervenções personalizadas e autónomas perante novas vulnerabilidades (Fonseca, 2005), tendo disso sido dado prova legislativa já em 1061, em Inglaterra, com a primeira lei de proteção aos mais velhos (Afonso, Morais e Almeida, 2012).

As novas vulnerabilidades da fase da velhice, trabalhadas sob a perspectiva do desenvolvimento do ser humano inerente a todo o seu ciclo de vida (Fonseca, 2004), exigem que se potencie a inter-relação para a superação de dificuldades e a adaptação do idoso. É nesta fase que o processo interativo do relacionamento pessoal ganha novo relevo, uma vez que por um lado proporciona o suporte de superação às mudanças que se vão instalando na pessoa idosa, e por outro lado porque, naturalmente, é onde se redefinem as prioridades da vida dando mais relevo à família e às relações do que à profissão que já não é exercida (Fonseca, 2005; Pimentel, 2005).

Assim sendo, também na velhice o desenvolvimento é notório através da aquisição de formas de conduta adaptadas às novas prioridades, desafios e exigências, com a vantagem do recurso à experiência acumulada e maior disponibilidade de tempo para viverem relações significativas que ajudam a manter, a formar, e a reconstituir a sua vida personalizada, e dão significado à vida (Viegas e Gomes, 2007; Sequeira, 2007, 2010). Até porque, a maior disponibilidade para a relação é proporcional à necessidade de interação de subsistência, inerente ao declínio de funções e ao declínio das respetivas reservas cognitivas (Bastos, Faria e Moreira, 2012). A descontinuidade que este declínio de funções promove e a respetiva mudança para uma nova estabilidade, marcam diferenças de resposta em cada pessoa que as vive, uma vez que a pessoa idosa já pode contar com a aprendizagem adquirida na resposta a descontinuidades outrora vividas e particularmente significadas (Viegas e Gomes, 2007). A existência desta experiência, independentemente da presença de limitações físicas e de saúde, permite à pessoa idosa interpretar o seu presente e otimizar o seu desenvolvimento e adaptação (Viegas e Gomes, 2007), e permite às pessoas que a acompanham ajudarem-na a desocultar essa experiência e a progredir na sua ação de significação do que vive no presente (Fonseca, 2005).

Agir desta forma, ajuda a criar contextos de vida estimulantes que retardam, ou invertem mesmo, o declínio de capacidades e mantêm as pessoas idosas no controlo da sua vida (Fonseca, 2005) e a desenvolverem a sua personalidade (Lima, 2012). Saldanha (2009) e Almeida (2012) referindo-se ao grande número de internamentos motivados pelo síndrome de fragilidade e suscetibilidade às doenças causadores de morte inerente à fase da velhice, referem, também, a necessidade de uma preparação pró-ativa das pessoas nesta fase do ciclo de vida para a vivência do processo de envelhecimento, referindo a necessidade de formação específica pós-graduada aos profissionais de saúde, nomeadamente enfermeiros da área de geriatria e médicos de família.

SUPERAR A DOENÇA E A DEPENDÊNCIA

A capacitação do idoso perante um cenário de doença e dependência passa, em primeira instância, pela desconstrução de estereótipos de incapacidade e declínio que lhe estão associados. Esta atitude é um dos pontos-chave da construção de um destino de envelhecimento que não recolha mas ative as pessoas e que não decline esperando a morte mas celebre a vida num processo aberto até ao último dia. Visa-se, assim, um envelhecimento ativo que tenha como elementos centrais a emancipação, a cidadania, a participação e a autonomia responsável da decisão de cada um (Viegas e Gomes, 2007; Ribeiro e Paúl, 2011), evitando uma visão iconoclasta desta fase do ciclo de vida (Sequeira, 2007, 2010).

Esta perspetiva de envelhecimento ativo na ajuda à pessoa idosa é de enorme pertinência na idade avançada, denominada idoso idoso ou quarta idade. Nesta etapa, a regularidade da diferenciação entre as pessoas idosas dá lugar a uma descontinuidade de tendência universal, tanto de perdas quantitativas como de perdas qualitativas (Paúl, 2005), que revela a incapacidade dos idosos cuidarem de si próprios no contexto em que vivem (Sequeira, 2007, 2010), mas que também revela capacidades restantes que podem ser estimuladas para uma postura ativa.

Através dos estudos de Imaginário (2004), na perspetiva dos prestadores informais no domicílio dos idosos, os cuidados são focados nas vertentes do instrumental em apoio à função e do expressivo em apoio à pessoa. Paúl (2012), diz que quando a prestação informal ou formal destes cuidados falham, ou são insuficientes, se verifica a institucionalização, e Pimentel (2005) refere que as dificuldades das famílias em satisfazerem as necessidades oriundas do expressivo em apoio à pessoa são, precisamente, as que mais pesam nas decisões de institucionalização da pessoa idosa. Institucionalização que em Portugal abrange cerca de 4,2% desta população segundo Letra e Martin (2011).

A pessoa idosa institucionalizada aceitará tanto melhor o internamento quanto mais for garantida a sua privacidade e autonomia, quanto mais abertas às relações com as pessoas no exterior forem as instituições e quanto mais afetivas forem as relações entre as pessoas (Gineste e Pellissier, 2007, 2008). Relações que neste contexto são vividas com alguma conflituosidade, mas também com entreaajuda e camaradagem (Fonseca 2005). Se a estas considerações juntarmos a opinião de Pimentel (2005), que nos diz que a vida social nas instituições tende mais para satisfazer necessidades de convivência e tolerância do que para a partilha de interesses e gosto pelo convívio em torno de um objetivo comum, estamos em

condições de perceber a importância da estimulação das capacidades restantes deste grupo de pessoas, para otimizar as suas capacidades relacionais e manterem uma rede de relações significativas que, necessariamente, não signifiquem um corte com a sua história (Gineste e Pellissier, 2007, 2008).

Ao lermos Fonseca (2005) entendemos que esta característica inter-relacional de conflituosidade e ajuda entre as pessoas idosas da fase da velhice, está relacionada com a sua grande diferenciação nesta fase do ciclo de vida e também com a sua capacidade de se moldarem às situações por necessidade de sobrevivência. O autor reforça que um envelhecimento bem-sucedido será aquele aonde são promovidas ao máximo possível a independência, a produtividade e a atividade social, pois esta forma de conceber a velhice obriga a uma reflexão acerca da sua natureza e redefinição positiva do seu conceito habitual (estereótipo).

O ajustamento do contexto ambiental às necessidades do envelhecimento (Lawton 1982, 1999), as mudanças dos valores individuais ao longo do envelhecimento e a respetiva reformulação das aspirações pessoais (Bransdtstadter, Rothermund e Schmitz 1997), a gestão da vida para maximizar os ganhos e minimizar as perdas, através da reconsideração do sentido de vida, da seleção progressiva dos objetivos, da otimização das suas capacidades restantes e da compensação das perdas acontecidas (Baltes e Baltes 1990; Freud, Li e Baltes 1999), levaram Fonseca (2005) a considerar ser possível envelhecer bem apesar das patologias, da diminuição da capacidade adaptativa e das perdas que vão acontecendo progressivamente com o avançar da idade. Os idosos conseguem manter níveis de bem-estar agindo diretamente, sempre que para tal se sintam com capacidade, resolvendo problemas para alterar as situações ou, em caso de incapacidade, regulando a sua resposta emocional atenuando o seu impacto físico em que a extroversão e os afetos podem ser considerados um fator protetor da velhice (Afonso, 2012).

Atualmente as redes sociais, as famílias e instituições de acolhimento e de saúde, são desafiadas pela necessidade destas abordagens afetuosas, para a promoção do benefício da vida com sentido, ao lidarem com a longevidade humana e inerentes doenças crónico-degenerativas limitadoras de capacidades (Costa, 2006; Imaginário, 2004). Este desafio é tanto mais pertinente quando se sabe que devido às incapacidades de vária ordem a interação relacional dos idosos com as outras pessoas se vai desviando das trocas instrumentais e aproximando das trocas expressivas, sendo que estas, principalmente nos casos de institucionalização, só são mantidas quando há um forte vínculo afetivo (Pimentel, 2005; Gineste e Pellissier, 2007, 2008).

Ora, sendo aceite que o ser humano é um ser social e que a civilização e cultura humana é um resultado da sua vida gregária, a manutenção, criação e potenciação de relações significativas são muito importantes para a sobrevivência das pessoas com grandes vulnerabilidades nesta fase do ciclo de vida. Neste caso, a ajuda física e social é muito importante para que a pessoa idosa idosa, normalmente com problemas de saúde e de dependência, se mantenha num equilíbrio que lhe seja favorável (Paúl, 2005). Atualmente, este tipo de ajuda redobra a sua importância num contexto social onde as relações de comunidade e vizinhança estão a perder terreno a favor de um individualismo vivido de forma impessoal, que coloca em risco o apoio efetivo, outrora garantido pelas redes sociais em interação (Pimentel, 2005). A dependência e a doença não são exclusivas desta fase do ciclo de vida, mas devido às vulnerabilidades inerentes e à ainda inadequada resposta social, fazem parte importante da fase da velhice e fazem das pessoas idosas grandes necessitados de cuidados de saúde diferenciados das respostas padrão tidas universais para outras fases do ciclo de vida (Sousa, 2006). Pois, estes cuidados de saúde são de longa duração pela necessidade de serem contínuos, integrados e participados pelos próprios idosos e respetivas famílias (Costa, 2006). Por isso mesmo, o acompanhamento das pessoas idosas que ajude a superar a doença e a dependência necessita de competências próprias nas pessoas que o realizam para que, a cada momento, consigam perceber o significado da sua conduta de acompanhante na perspetiva da pessoa idosa que pretendem ajudar e estabelecer com elas um elo significativo de relação e ligação à vida (Gineste e Pellissier, 2007, 2008).

Estas ajudas “*Representam nas sociedades atuais um desafio à criatividade e à inovação na construção de soluções inspiradas em abordagens holísticas, integradoras, dignificantes e humanizadas*” (Costa, 2006, p. 17), abordagens pluridisciplinares integrativas, que na *praxis* tanto previnam o declínio como potenciem as capacidades e a adaptação dos idosos aos ambientes (Paúl e Ribeiro, 2012), como também promovam uma abordagem respeitadora dos direitos humanos e dos princípios da independência, participação, dignidade, assistência e auto realização (Gineste e Pellissier, 2007, 2008), referido também por Ribeiro e Paúl (2011) ao abordarem determinantes de saúde, socioeconómicas, psicológicas e ambientais do envelhecimento ativo.

Nesta perspetiva, a adoção de estilos de vida saudável, a assunção de uma visão otimista da vida, a adoção de soluções individuais e sociais flexíveis, a escolha e o contributo para a criação de ambientes humanos amigáveis, a vivência de atividades estimulantes a nível cognitivo e social, a ponderação de alternativas

para lidar com as limitações da sua vida concreta, reorientando objetivos, desejos e aspirações em conformidade com os seus recursos de ação, a prática de exercício físico, a alimentação e nutrição saudável, o apoio aos idosos cuidadores informais, diminuindo a morbidade, são estratégias que, embora não o determinem por razões de diversidade no envelhecimento, permitem promover o êxito no envelhecer potenciando uma identidade pessoal comprometida com o desenvolvimento (Fonseca, 2005; Sequeira, 2007, 2010; Afonso, Morais e Almeida, 2012; Carvalho e Mota, 2012; Bastos, Faria e Moreira, 2012). Esta ajuda é considerada por Viegas e Gomes (2007) como apoio ao idoso tanto no aspeto estético e funcional físico, como na emancipação através de um trabalho ou de um voluntariado, como ainda através de atividades lúdicas e de desenvolvimento pessoal.

As ajudas nestas vertentes contrariam a morbidade da imagem iconoclasta do envelhecer anteriormente referida e consubstanciam a ideia da emancipação, cidadania e participação ativa, com autonomia e independência (Viegas e Gomes, 2007; Sequeira, 2007, 2010). A esta perspetiva, Simões (2006) acrescenta a análise crítica ao envelhecimento produtivo enquanto útil à sociedade, pela produção de um bem ou serviço, quer a nível económico, social ou psicológico, pois cliva as pessoas idosas no grupo dos que se podem e no grupo dos que se não podem incluir.

Por conseguinte, mesmo nestes modelos de envelhecimento anteriormente abordados, que segundo Simões (2006) oriundos da teoria da atividade e direcionados para os valores contemporâneos do individualismo e da produtividade e que segundo Ribeiro (2012) foram desenvolvidos não considerando os distintos processos de adaptação e desenvolvimento das pessoas na velhice (relativas às questões de género não meramente biológicas mas enquanto produto coletivo construído no grupo social, estruturantes das relações sociais), detetamos que a intensificação das ligações inter-relacionais na vida das pessoas em interação é um denominador comum para um envelhecimento promovido para a independência, para a qualidade de vida e para a cidadania (Guimarães, 2012).

Neste âmbito, é necessário criar modos de cuidar que intensifiquem a inter-relação para a promoção do respeito pela liberdade, autonomia e cidadania das pessoas idosas, para a adequação da prestação de cuidados às suas especificidades e para a diminuição dos custos com os cuidados, diminuindo as dependências e os períodos de internamento (Martín e Brandão, 2012). Estes modos de cuidar, terão de se sustentar numa ligação inter-relacional que otimize a adequação global de cuidados (Costa, 2006). Para tal, deverão de ser prestados através de dinâmicas de

comunicação e interação (Gineste e Pellissier, 2007, 2008), que utilizem o **corpo expressivo** como meio de criação de significações, e estimulem e mantenham as pessoas em desenvolvimento de identidade no final do ciclo de vida (Costa, 2006; Viegas e Gomes, 2007). Pois, “*os olhos e a voz dos mais velhos têm de estar muito presentes na nossa vida profissional*” (Sousa, Patrão e Vicente, 2012, p. 269).

Memória, emoção e envelhecimento

A solicitação de acesso ao **corpo expressivo** nos humanos, instrumenta-se com a utilização da gama de estimulação energética perceptível pelo tecido sensitivo desta espécie. Base de intervenção que depende tanto do estado dos órgãos sensoriais e do tecido nervoso (em senescência no idoso) como da qualidade e da quantidade das estimulações energéticas oferecidas. Estas estimulações, transduzidas em impulsos nervosos compreendidos pelos neurónios num processamento bioquímico, ativam reações do sistema nervoso autónomo e somático e criam as sensações pelas quais os humanos codificam as suas experiências no mundo. Estas sensações podem ser lembradas quando relacionadas com a excitação dos órgãos sensoriais através de um cheiro, uma imagem, um som, um gosto ou mesmo um toque, relacionando os sentidos com a memória (Lent, 2004). A sensação torna-se, assim, o aspeto inicial da memória e a sua porta de entrada, com ponto de partida no tecido sensitivo. Sendo possível uma evocação da emoção por meio da estimulação dos órgãos sensoriais, cuja sensação promove a lembrança (reconhecimento associativo de algo já categorizado pela memória) que faz reviver a situação emocional anteriormente vivida e memorizada (Izquierdo, 1984)

Considerar a memória das pessoas de uma forma geral, e as suas características nas pessoas idosas de uma forma particular, é fundamental para lhes “*favorecer a execução de um comportamento útil ou de um comportamento racional*” (Pinho, 2012, p. 141), através de modos de cuidar que permitam recuperar experiências passadas e memorizar experiências presentes para aumentar a possibilidade de êxito na vida do presente ou do futuro (Rosenfield, 1994; Gineste e Pellissier, 2007, 2008).

O estudo da memória, já referenciado na filosofia Grega, teve o seu início experimental com os trabalhos de Ebbinghaus (1885) acerca da recordação e manutenção da informação (Ericsson e Kintsch, 1995; Baddeley, 1999). Recentemente, é considerado que a memória é a capacidade de adquirir, reter e utilizar informação, situar-se no passado, presente e futuro, e também usar informação anteriormente adquirida para solucionar novos problemas (Tomaz,

1993). Robertson (2002) refere-se à memória como o local onde se processam e retêm informações, onde se atualiza o conhecimento com a aquisição de informações novas e onde se comparam experiências.

A evidência dos estudos experimentais mostra que a memória é uma função cerebral associada, distinta e dissociável de outras habilidades percepto-cognitivas da pessoa (Milner, B., Squire, L. e Kandel, E., 1998), não podendo ser considerada um sistema unitário (James, 1896; Bdeley, 2004). Pinho (2012), baseado em autores como Estes (1999), Pinto (1999), Pais, Cruz e Nunes (2008) e Hockley (2010), considera que esta capacidade é constituída por múltiplos sistemas mnésicos agrupados em “*memórias transitórias e memórias mais ou menos permanentes ou a longo prazo*” (Pinho 2012, p. 142). É actualmente aceite que se classifique em classes, sistemas, tipos e subtipos como o descrito na figura 1 adaptado de Tomaz e Costa (2000).

| Classes | Sistemas | Tipos | Sub-Tipos |
|--------------|---|--------------------------------|---|
| Filogenética | Curta duração Operacional (Memória de Trabalho) | | |
| Ontogenética | Longa duração | Declarativa (explícita) | Episódica Semântica |
| | | Não-Declarativa (implícita) | Hábitos/Habilidades Sensibilização/Habituação Condicionamento |

Figura 1 – Classificação da memória.

A **memória filogenética** é transmitida geneticamente e é específica de cada espécie, portanto pouco flexível (comportamentos instintivos). A **memória ontogenética** é adquirida através do processo de aprendizagem, logo dependente da experiência da pessoa e não é transmitida geneticamente (Tomaz e Costa, 2000). A memória ontogénica é tempo-dependente, uma vez que a consolidação de memórias de longa duração exige um processo de perseverança-consolidação (McGaugh, 2000).

A **memória de curta duração**, ou transitória, trabalha pouca informação, em tempo limitado, reverberando-a em circuitos neurais específicos perdendo rapidamente a informação com o passar do tempo (Squire, 1986; Squire e

Zola-Morgam, 1991; Zola-Morgam e Squire, 1993). Esta memória comporta as memórias sensoriais concebidas pela recepção de informação das terminações nervosas sensitivas e quando esta estimulação se prolonga, prolongando a respetiva informação sensorial, já está em ação a memória transitória a curto prazo que inclui a interpretação do evento origem da estimulação sensorial (Nairne, 2003). Facto que mais tarde, escreve Pinho (2012), deu origem ao conceito memória de trabalho de Baddeley e Hitch em 1974 que envolve o tratamento da informação e respetivo armazenamento temporário (Gineste e Pellissier, 2007, 2008; Pinho, 2012).

A **memória de longa duração**, ou permanente, foi subdividida por Squire e Knowlton (1994) em memória declarativa e memória não declarativa. A memória declarativa, que pode ser verbalizável, por sua vez foi subdividida em memória semântica, a dos conhecimentos, conceitos, línguas... sem o contexto de espaço ou tempo, e memória episódica, a de informações e acontecimentos com referência ao espaço e ao tempo, que engloba a memória autobiográfica que se refere a episódios referentes ao próprio eu. A memória não declarativa, não é verbalizável nem consciente e engloba a memória emocional e a memória procedimental. A memória emocional é a dos sentimentos e afetos. A memória procedimental é a do fazer automatizado, ou seja, os gestos e habilidades motoras, perceptuais e cognitivas e os comportamentos apreendidos por aprendizagem associativa (condicionamento) através do treino e da repetição ou não associativa (habituação) através da exposição e da habituação, como por exemplo os gestos aprendidos que permitem à pessoa realizar as suas atividades de vida diária. (Milner, Squire e Kandel 1998; Bayley *e tal.*, 2005; Tomaz, 1993; Tomaz e Costa, 2000; Gineste e Pellissier, 2007, 2008; Pinho, 2012).

A **memória operacional** codifica a situação temporal precisa da informação que trabalha, apagando-a posteriormente. Permite a retenção temporária e a manipulação da informação conveniente para a resolução cognitiva de problemas (Baddeley, 1992; Becker, 1999). Baddeley (2003) refere que o armazenamento e processamento da informação é contínuo, permitindo os processos de pensamento.

Fuster (2002, 2003, 2008) refere que a função executiva do cérebro que envolve as memórias é subdividida em três funções cognitivas: ajuste preparatório, controlo inibitório e memória de trabalho. O ajuste preparatório prepara o organismo para a ação em conformidade com as informações recebidas. O controlo inibitório suprime toda a informação tanto de origem interna (da memória) como de origem externa (dos sentidos) que possam interferir na estruturação da ação

que está para ser realizada no imediato ou que já esteja em curso. A memória de trabalho fornece uma interface entre a percepção (o sentido dado pelo cérebro às sensações formadas através da informação recebida pelos órgãos dos sentidos), a memória de longo prazo (informação recebida através das experiências em memória) e a ação.

O modelo multicomponente de Baddley, (2000) representa a referida função executiva do cérebro por um executivo central, uma alsa fonológica, um esboço visuoespacial e um *buffer* episódico. O executivo central, é um sistema de atenção supervisor (não armazena informação) idêntico ao controlo inibitório de Fuster. A alsa fonológica armazena breves informações verbais e acústicas essenciais para a aquisição da linguagem e coerência do discurso, retendo as últimas palavras ditas. O esboço visuoespacial armazena breves informações visuais importantes para o desenvolvimento de conhecimento semântico relativo à forma dos objetos e aos modos de os usar, à orientação espacial e à compreensão da leitura, retendo as quatro ou cinco últimas palavras lidas. O *buffer* episódico, com capacidade de armazenamento reduzida, integra as informações provenientes da visão, da audição e da memória de longa duração, e rapidamente realiza representações episódicas únicas que emergem à consciência.

Júnior e Melo (2001) integram os modelos de Fuster e de Baddley e referem que “*a função executiva do cérebro é representada pela integração temporal (...) subdivide-se nas seguintes funções: i) ajuste preparatório, ii) controle inibitório e iii) memória de trabalho (...) por sua vez compreende três componentes: alça fonológica, ii) esboço visuoespacial e iii) buffer episódico*” (p. 313). Salientam a importância desta integração para a compreensão da aprendizagem que, para além da intensidade dos estímulos que permitem a aprendizagem não-associativa (habituação e sensibilização) e a aprendizagem associativa ou condicionamento (estímulos ineficazes, reforço ou punição), está ligada a fatores como o estado emocional e a motivação, ou seja, a capacidade de reter e evocar informação no contexto envolvente.

Cowan (1995, 1999, 2000, 2005) olha para o modelo estrutural de múltiplos armazéns, anteriormente apresentado, com uma abordagem dinâmica de processos integrados. Apresenta a memória de trabalho como um foco de atenção limitado e consciente numa parte específica da memória de longo prazo que está ativada na memória de longo prazo global, organizados hierarquicamente de forma unitária. Ericsson e Kintsch (1995) e Kintsch (1998) também apresentam uma abordagem dinâmica da memória de trabalho na utilização de conhecimentos

e habilidades já armazenadas em memória de longo prazo, uma vez que se referem à memória de trabalho como o local (memória de trabalho de curto prazo) onde temporariamente estão elementos ativos, informações, e estruturas que os ligam a elementos relacionados na memória de longo prazo e os utilizam no processamento e memorização da informação, ao qual chamam memória de trabalho de longo prazo. Esta abordagem permite perceber a importância da codificação da informação entrada na memória de trabalho, das estruturas de recuperação de informação da memória de longo prazo e dos conhecimentos e habilidades aí presentes.

Nesta perspectiva, é notório que o caminho em curso no entendimento da função executiva do cérebro, está a considerar uma evolução do modelo de múltiplos armazéns de memória para um modelo dinâmico. A memória de trabalho, tende a ser entendida como a memória de longo prazo ativada em consequência das informações presentes codificadas (sensações) em memória de curto prazo, e das estruturas que permitem as ligações entre as memórias de curto com as de longo prazo e respetivas evocações, no sentido de consolidar o conhecimento ou habilidades presentes na memória de longo prazo. A concorrer para esta evolução estão os estudos de neuroimagem da ativação cerebral a demonstrarem a impossibilidade de se localizar a memória de trabalho numa só zona do cérebro (D'Esposito, 2007).

Assim sendo, como já o dissemos, a sensação, com ponto de partida na sensibilidade do tecido sensitivo à estimulação energética, torna-se o início da memória e a sua porta de entrada num **processamento** faseado em direção a memória de longa duração. Pinho (2012) refere os trabalhos de Tiberghien (1997) e Lockhart (2000) e considera neste processamento a fase de codificação, a fase de retenção e a fase de recuperação, sendo cada uma das quais influenciadas seletivamente pelo controlo inibitório (Dolan, 2002; McGaugh, 2000).

A **fase de codificação**, a partir da informação sensitiva recolhida, produz uma representação mental codificada na memória de curta duração. A seleção da informação sensitiva a codificar está dependente das suas características próprias ou das que lhe forem atribuídas pela pessoa, sendo as que mais facilitam: a raridade (Cycowicz e Friedman, 2007; Knudsen, 2007; Strange, et al. 2003, 2000); o alerta emocional (Cahill e McGaugh, 1998; Dolan, 2002; LaBar e Cabeza, 2006) e; a valência emocional (Bradley, *et al.*, 1992; Kensinger, 2004). Para que esta codificação perdure é necessário que seja transferida para a memória de longa duração.

A **fase de retenção** (consolidação), processo gradativo que permite a transferência para a memória de longa duração da codificação produzida, é influenciável por mecanismos físicos, químicos ou cognitivos oriundos da informação recebida do tecido sensitivo e das memórias de longa duração. Facto que esta relacionado com a intensidade do próprio contexto da informação recebida e com a interferência de outros mecanismos ativados pela mesma representação mental, como é o caso da influência hormonal na retenção de representações mentais com carga emocional significativa, devido à reação ao conteúdo (McGaugh, 1999, 2000). A consolidação da representação mental codificada pode ser facilitada ou inibida através de fármacos com ação nos neurotransmissores (Buss *et al.*, 2004; Cahill, *et al.*, 1996; Wolf, *et al.*, 2001), do treino pela exposição repetida aos estímulos ou de manipulações no comportamento, como a utilização da mnemotécnica ou do ambiente contextual e emocional (McGaugh, 2000; Gineste e Pellissier, 2007, 2008).

A **fase de recuperação** da representação mental codificada e armazenada pode acontecer de forma consciente, através de detalhes de contexto, ou por familiaridade, quando se reconhece na informação que se obtém no presente semelhanças com informação obtida no passado. Inclusive, a memória pode ser observada e medida através de fenómenos quantificáveis relativos à recuperação, como: a verbalização; a selecção das respostas; a expressividade motora, ou; a ativação cerebral (Tomaz, 1993). A evidência científica tem demonstrado, ultimamente, uma **outra fase** na memória de longa duração, onde as representações mentais codificadas e retidas, ao serem recuperadas se atualizam para serem novamente retidas, num processo de reconsolidação (Maquet, 2001; Walker e Stickgold, 2006; Cai *et al.*, 2006; Forcato *et al.*, 2007; Morgado, 2005).

O estudo das fases da memória anteriormente descritas, tem demonstrado que o processamento da sensação até à sua memorização em longa duração pode ser **facilitado ou potenciado** através das emoções que lhe são associadas (Dolan, 2002). As emoções, ou seja, estados psicológicos com base neurobiológica (Cacioppo e Gardner, 1999) ou estados baseadas em processamentos químicos, elétricos, numa base neurobiológica que emergem a nível psicológico (Barrett, et al. 2007; Cacioppo, 2004), influenciam o processo de memorização através da sua valência e da sua capacidade de alertar a pessoa (Bradley, et al. 1992; Kensinger, 2004; Lang, 1993). A valência refere-se ao prazer (positivo) ou desprazer (negativo) sentido com a sensação a processar. E o alerta corresponde à intensidade da experiência emocional, que pode variar desde uma situação calma

até uma situação muito excitante ou perturbadora (Bradley, et al., 2001; Bradley, et al. 1992). Estas características, reproduzíveis e confiáveis, são muito úteis na quantificação das experiências emocionais subjetivas e nas comparações entre estudos, apesar da sua carga subjetiva (Bradley, et al., 2001; Bradley, et al., 1992; Lang, 1993; Codispiti, Bradley e Lang, 2001; Ekman, 1992).

A evidência experimental (Bradley, et al., 2001; Bradley, et al. 1992; Buchanan e Lovallo, 2001; Cahill e Mcgaugh, 1995) e observacional (Curci e Luminet, 2006; Davidson, Cook e Glisky, 2006) tem demonstrado existir uma correlação entre a intensidade emocional, assim como entre o prazer das sensações, e a permanência no tempo dos conteúdos memorizados para evocação (Botelho, et al. 2004; Cahill e Mcgaugh, 1995; Cahill, et al., 1994; Frank e Tomaz, 2000; Gasbarri, et al., 2005). Fenómeno explicado pelo aumento da rapidez do processamento dessas sensações a percepções, do aumento da atenção da pessoa e, consecutivamente, do seu processamento consciente (Bradley, et al. 1992; Cahill e Mcgaugh, 1995; Frank e Tomaz, 2000; Hamann, et al., 1999; Kensinger, 2004).

A experiência emocional também tem sido estudada através de componentes fisiológicos, (Barrett, et al. 2007; Cacioppo, 2004; Dolan, 2002; Heilman e Gilmore, 1998). A interação da sensação corporal criada, pelos estímulos periféricos recebidos, com os processos cognitivos centrais cria um estado emocional que releva o papel da intervenção do **sistema nervoso autónomo e do sistema nervoso somático** (Bauer, 1998; Collet, et al. 1997; Heilman e Gilmore, 1998) e, consecutivamente, a possibilidade de se monitorizarem as respetivas respostas fisiológicas, medindo a atividade do sistema nervoso a responder a tais estímulos (Venables, 1991).

Os estudos têm procurado identificar a alternância das variáveis fisiológicas que tanto delimitem padrões específicos de atividade do sistema nervoso autónomo como se possam relacionar com emoções básicas como a alegria, a tristeza, o medo, a raiva, a surpresa e o nojo (Collet, et al., 1997; Ekman, 1992), ou seja, têm procurado identificar a correlação entre as manifestações fisiológicas involuntárias dos estados emocionais e a facilitação e potenciação da memória (Cahill, et al., 1994; Lang, 1993). Os resultados demonstram existir uma relação entre a ativação fisiológica e a facilitação e potenciação da memória, assim como uma relação entre a atividade fisiológica compatível com o stress e o prejuízo da evocação de informações memorizadas (Bradley, et al. 1992; Cahill e Alkire, 2003; Heurer e Reisberg, 1990; Roozendaal, 2000).

Tendo em conta este conhecimento acerca da memória, Pinho (2012), baseado em diversos autores, infere que o desempenho da memória no **envelhecimento**

saudável: não apresenta decréscimo na memória não declarativa (Balota, Dolan e Duchek, 2000; Naveh-Benjamin e Old, 2008); só apresenta decréscimo na memória a curto prazo à medida que aumente a necessidade de simultaneamente se armazenar e manipular informação (Balota, Dolan e Duchek, 2000; Old e Naveh-Benjamin, 2008a); só são observados declínios na memória semântica na medida em que forem exigidos recursos de atenção, o que não acontece se os processos forem automáticos (Balota, Dolan e Duchek, 2000; Griffin *et al.*, 2002; Balota e Coane, 2008).

Pinho (2012) infere também que: na memória episódica é encontrado decréscimo na fase de codificação nas situações onde são necessárias a utilização de estratégias auto iniciadas para aprendizagem intencional, possivelmente relacionados com alterações em funções executivas como a diminuição de recursos de processamento e de processos de controlo das informações (Spenser e Raz, 1995; Dunlosky e Hertzog, 2001; Naveh-Benjamin e Old, 2008; Old e Naveh-Benjamin, 2008a; Lemaire, 2010); na memória episódica na fase de retenção é apontado um decréscimo relacionado com o aumento do período de tempo considerado para a retenção (Balota, Dolan e Duchek, 2000; Old e Naveh-Benjamin, 2008a); na memória episódica na fase de recuperação é encontrado decréscimo acentuado quando a recuperação é feita por um teste de evocação livre ou guiada, no entanto, não é encontrado decréscimo quando é utilizado um teste de reconhecimento, uma vez que este utiliza processos automáticos que exigem menor esforço e menores necessidades de recurso a estratégias de processamento de informação e, ao mesmo tempo, oferecem apoio contextual para facilitar a recuperação da informação, apoio que está ausente nos testes de evocação (Hasher e Zacks, 1979; Mandler, 1980; Craik, 1994; Grady e Craik, 2000; Park, 2000; Naveh-Benjamin e Old, 2008; Old e Naveh-Benjamin, 2008a); na fase de recuperação é encontrado um défice significativo na recordação consciente (Rugg, Herron e Morcom, 2002; Old e Naveh-Benjamin, 2008a).

Pinho (2012) infere ainda que: não foram encontrados declínios na memória de informação da fonte relacionada com a recordação episódica referente a características do contexto que inclui o interlocutor, inerente ao conteúdo de informação quando são de carácter afetivo, no entanto quando são de carácter preceptivo o declínio é notório (Hashtroudi, Johnson e Chrosniak, 1989; Spenser e Raz, 1995; Rahhal, May e Hasher, 2002; Old e Naveh-Benjamin, 2008b); se encontra um decréscimo de memória do destinatário relacionada com a recordação episódica (associação entre o que se disse e a pessoa a quem se disse) devido à

necessidade de recuperação consciente, facto que se opõe ao que se verifica com a familiaridade que pode ser suficiente para recuperar o conteúdo da informação ou a fonte dessa informação (Gopie e Macleod, 2009; Gopie, Craik e Hasher, 2010); a memória autobiográfica relacionada com a recordação episódica tem tendência a ficar mais genérica com menos dados de pormenor (Rubin, 2002; Piolino, Desgranges e Eustache, 2009); a memória prospetiva apresenta maior défice mais relacionado com estratégias de evocação do que com estratégias de reconhecimento como foi encontrado na memória retrospectiva (McDaniel, Einstein e Jacoby, 2008; Uttl, 2011).

Estes declínios mnésicos associados à idade avançada levaram Pinho (2012) a sistematizar as explicações propostas pela evidência científica, escrevendo que são devidos: a um défice dos recursos de atenção e memória de trabalho, de velocidade de processamento e de capacidade (Salthouse, 1996; Daselaar e Cabeza, 2008); a um défice para estabelecer ligação entre a codificação de uma informação recebida e a respetiva recuperação (lembrar) da informação associada à fonte de aprendizagem ou ao conteúdo aprendido, observando-se uma diminuição na recuperação consciente relativamente à recuperação por familiaridade porque requer a ligação da informação recuperada a detalhes do contexto (Naveh-Benjamin, 2000); ao envelhecimento neurobiológico que diminui a capacidade de atenção e reduz a velocidade de processamento (Anderson e Craik, 2000); à redução da diferenciação especializada entre os funcionamentos sensorial e cognitivo nos adultos idosos, o que condiciona o êxito em diversas tarefas cognitivas que chegam mesmo a ter como preditores as capacidades sensoriais como a visão e a audição (Lindenberger e Baltes, 1997; Park e Reuter-Lorenz, 2009); à maior utilização de recursos para o processamento precetivo para ultrapassar as dificuldades sensoriais na receção das informações sensitivas, facto que diminui os recursos disponíveis para o processamento mnésico de repetição, elaboração e organização das informações necessárias à codificação e acesso aos conteúdos informativos armazenados (McCoy *et al.*, 2005; Wingfield, Tun e McCoy, 2005; McDaniel, Einstein e Jacoby, 2008).

Considerar o conhecimento anteriormente abordado é essencial na construção de modos de cuidar (construção de conhecimento novo) que tenham em conta a intensificação da ligação de relação e cuidado entre a pessoa que cuida e a pessoa que é cuidada, com vista à participação desta última nos seus próprios cuidados e à criação do melhor meio envolvente do qual a pessoa cuidada é dependente “... cada um de nós é simultaneamente responsável pelo seu destino e dependente do meio envolvente ... ” (Gineste e Pellissier, 2007, p. 96, 2008, p. 119). Este

desafio nos cuidados aos idosos, intensifica-se quando às perdas por senescência se junta a progressiva perda patológica da capacidade cognitiva, como é o caso das demências. Pois, como já abordado, é na dimensão do expressivo cognitivo/afetivo que são focadas uma parte significativa das intervenções de cuidado e onde, inclusivamente, se centra o significado das razões para a institucionalização dos idosos. No entanto, Gineste e Pellissier (2007, 2008) ao referirem que “... existem, lamentavelmente, meios que nos impedem de continuar a desenvolver-nos e a aperfeiçoar-nos, que tornam o envelhecimento incapacitante e doloroso” (p. 96, p. 119) propõem modos de cuidar baseados na operacionalização dos pilares da humanidade e preparação das instituições para proporcionarem um meio de viver melhor, com maior qualidade para estas pessoas até ao seu último dia de vida.

A VELHICE PERTURBADA PELA DEMÊNCIA

A velhice, caracterizada pelo avanço progressivo do processo de senescência, é muitas vezes atingida pelos efeitos da degeneração que fazem progredir rapidamente a pessoa para a senilidade e instalam na sua vida a demência. Então, é fundamental perceber qual a relevância das características típicas desta doença na conceção de modos de cuidar num contexto relacional tão importante na última fase do ciclo de vida.

Em Portugal, a prevalência das demências duplica de 5 em 5 anos entre os 60 e os 90 anos, comprometendo a autonomia e independência das pessoas idosas, tornando indispensável que outras as ajudem nas suas atividades de vida diária. Fenómeno que torna necessária a consciencialização e a preparação de quem as cuida. Sabe-se que na atualidade os cuidadores informais são maioritariamente adultos com mais de 40 anos ou idosos com mais de 60 anos (Sequeira, 2007, 2010), o que obriga a tomar em consideração estas pessoas cuidadoras que estão em risco de saúde.

A Organização Mundial de Saúde (1992), de acordo com os sinais evidentes de problemas da memória e do pensamento abstrato, considera três níveis progressivos de demência, a ligeira, a moderada e a grave, e caracteriza a demência por “*uma síndrome resultante da doença do cérebro, em geral de natureza crónica ou progressiva no qual se registam múltiplas alterações das funções nervosas superiores incluindo a memória, o pensamento, a orientação, a compreensão, o cálculo, a linguagem e o raciocínio. As perturbações das funções cognitivas são muitas vezes acompanhadas, e por vezes percebidas*

por deterioração do controlo emocional, do comportamento social ou da motivação”. Para Phaneuf (2010), *“a demência é um dano no funcionamento intelectual acompanhado de uma perda importante da memória, de mudanças da personalidade e da afetividade, mas também no plano do reconhecimento das pessoas, de desorientações temporal e espacial, e de uma incapacidade de resolver problemas ou de manifestar os comportamentos apropriados às situações. Para que haja verdadeiramente demência, a deterioração deve durar mais de seis meses e ser bastante marcada para perturbar as atividades diárias da pessoa”* (p. 26).

As formas mais comuns de demência são a demência do tipo de Alzheimer (DTA) descrita pelo neuropatologista alemão Alois Alzheimer em 1907 com a característica da diminuição do neurotransmissor acetilcolina envolvida no processamento da memória, e a demência vascular em consequência de lesões vasculares cerebrais de natureza isquémica ou hemorrágica, que provocam um mau funcionamento da circulação sanguínea cerebral (Sequeira 2007, 2010). A função patológica do cérebro responsável pelo comando das funções superiores, tem um impacto perturbador na vida do dia-a-dia das pessoas que sofrem de demência. Com o progredir do tempo, e do processo natural de senescer, o estado destas pessoas vai aumentando de vulnerabilidade e dependência, quer física quer mental.

Sequeira (2007, 2010), refere que a intervenção normal nos casos de demência passa pela utilização de fármacos e pela ação de estimulação do cuidador, para a participação ativa da pessoa na diminuição do impacto da doença em si própria e na diminuição das dificuldades da sua vida diária. Refere ainda, que esta ajuda se realiza por intervenção na esfera relacional, estimulando tanto a emoção como a cognição. Esta estimulação segundo Phaneuf (2010), tem grande probabilidade de retardar a progressiva *“perda do eu, das suas lembranças, da identidade, da capacidade de pensar e de amar”* (p. 205), assim como permite ao cuidador agir intencionalmente, e com minúcia, na coconstrução diária da maior independência possível das pessoas em que a demência leva a perder progressivamente as capacidades psicomotoras de apoio à sua própria vida (Gineste e Pellissier, 2007, 2008).

A estimulação emocional e cognitiva permite ainda ao cuidador a manutenção diária de um espaço de interação com a pessoa doente, iniciada e mantida através de estimulação sensorial que diminua o esforço despendido por estas pessoas no processamento percetivo e rentabilize, assim, os processos mnésicos disponíveis, nomeadamente no processamento da informação sensorial (Gineste e Pellissier, 2007, 2008; Pinho, 2012).

Gineste e Pellissier (2007, 2008), no contexto dos modos de cuidar as pessoas com demência, dão muita importância ao facto das reações das pessoas à estimulação

sensorial não serem produto de um equilíbrio entre os seus processamentos cognitivo e emocional, uma vez que os défices cognitivos prejudicam o tratamento cognitivo a nível do córtex cerebral da informação sensorial, que passa a ter, fundamentalmente, um tratamento emocional a nível da amígdala cerebral. Este facto torna estas pessoas hipersensíveis e leva a considerar a qualidade da estimulação sensitiva positiva, ou negativa, fornecida pelo cuidador e recolhida pelo tálamo da pessoa cuidada.

Esta evidência, tem tido muita importância na elaboração dos modos de cuidar de Gineste e Marescotti para apaziguarem os gestos uteis da sua prestação de cuidados e estimularem a pessoa para a interação, pois *“o tratamento emocional da informação não depende unicamente da dor ou do desagrado sentidos: ele é, igualmente, função da atmosfera afetiva, da qualidade emocional das relações entre as pessoas, das maneiras de olhar, de tocar, de falar utilizadas, etc. Se a pessoa doente não consegue compreender cognitivamente que o prestador de cuidados é um prestador de cuidados (e, logo, que não age assim para lhe fazer mal), ela pode, em contrapartida, sentir, graças às suas palavras, aos seus gestos, ao seu olhar, que ele é uma pessoa benévola”* (Gineste e Pellissier, 2007, p. 128, 2008, p. 163).

Desta forma, estes autores referem a pertinência de se *“utilizarem técnicas precisas, estabelecidas, porque não correm o risco ou pouco risco de serem associadas a emoções negativas (...) utilizar modos de proceder precisos, estabelecidos para permitir à pessoa que presta os cuidados ser sentida positivamente pela pessoa que os recebe (...) utilizar, por vezes, «estratégias de diversão», para que, durante os cuidados críticos, a atenção da pessoa não se centre nos aspetos penosos, mas em elementos que são fatores de bem-estar”* (Gineste e Pellissier, 2007, p. 130, 2008, p. 164).

Pinho (2012) baseado nos trabalhos de Hodges (2000), Santana (2005) e Mckhann *et al.* (2011) refere-se à evidência que aponta o défice da memória episódica como o de maior densidade nas DTA. Adianta que mesmo nesta demência os défices mnésicos não são extensíveis a todos os sistemas mnésicos e apresenta que nestes casos: na memória episódica se observa défice na memória anterógrada por diminuição da capacidade de lembrar informação recebida recentemente; é tanto mais difícil a recuperação da informação quanto maior for a distância temporal do momento da receção da informação, ou se forem utilizados pedidos por evocação em vez de pedidos por reconhecimento; mesmo nos testes de evocação imediata observa-se maior facilidade em lembrar os últimos elementos de uma lista apresentada (efeito de recência que envolve a memória de curto prazo) do que em lembrar os primeiros elementos dessa

mesma lista (efeito de primazia que depende do funcionamento da memória de longo prazo). Estes efeitos vão-se agravando com o progredir da doença e mesmo na presença de teste por reconhecimento são observados défices de recuperação provavelmente devidos a dificuldades no processamento de codificação decorrentes de dificuldades de acesso ao conhecimento geral armazenado na memória semântica (Becker e Overman, 2004; Burkart, Heun e Benkert, 1999; Small *et al.*, 2008; Emilien *et al.*, 2004).

Pinho (2012), baseado em vários autores, refere ainda que: na memória semântica não se observa perda de conteúdos armazenados mas sim perda dos atributos específicos de conceitos ou de acesso à informação (Nebes, 1989; Giffard, *et al.* 2002; Emilien *et al.*, 2004); na memória de trabalho na fase inicial da DTA não é observado défice no armazenamento temporário de informação verbal e não é claro que este défice aconteça ao nível da informação visuo-espacial, observando-se também que o sistema de atenção (com capacidade limitada) à informação recebida apresenta um défice crescente com o progredir da DTA, ao ponto das pessoas não conseguirem realizar duas tarefas em simultâneo, assim como um défice na capacidade de organizar informação de vária ordem para construir uma representação mental episódica com significado (Huntley e Howard, 2010; Baddeley, 2000; Becker e Overman, 2004); na memória não declarativa a nível da memória procedimental não são observados decréscimos quando está em causa aprender habilidades motoras e percetivo-verbais, no entanto é também observado que não existe aprendizagem quando são utilizados estímulos aversivos que provoquem medo (Gold e Budson, 2008; Hamann, Monarch e Goldstein, 2002; Hofer, *et al.* 2008).

Na posse deste conhecimento, em evolução, o cuidador tem a oportunidade de otimizar a sua inter-relação cuidativa atendendo às dificuldades de natureza sensorial, à forma como promove a recuperação mnésica requerida, à natureza da própria informação a recuperar, ao modo como apresenta as tarefas de cuidar a exigirem o uso de memória incidental ou aprendizagem intencional (Pinho, 2012) e, assim, desenvolver modos de cuidar eficazes através de um entendimento tácito entre quem cuida e quem é cuidado (Gineste e Pellissier, 2007, 2008). Entendimento que tem sido conseguido na prestação de cuidados pela via afetiva, porque *“as perturbações da evocação não incidem sobre a via afetiva, emocional, aquela que permite, a partir de uma palavra, de uma situação, de um rosto, etc., o retorno de uma emoção”* (Gineste e Pellissier, 2007, p. 130, 2008, p. 165), e também porque as *“perturbações da memorização (...) não afetam todas as vias que*

permitem registar as informações. Graças a vias de registo afetivas, as informações e situações emocionalmente ricas, afetivamente importantes, etc., em que a pessoa sente a doçura ou a ansiedade, o bem-estar ou a angústia, o medo ou o prazer, podem ser memorizadas sob uma forma essencialmente emocional. (...) Quando as faculdades cognitivas são muito atingidas pela doença, elas deixam, então, que as lembranças e impressões emocionais desempenhem um papel preponderante naquilo que pode decidir ou motivar as condutas da pessoa” (Gineste e Pellissier, 2007, p. 132, 2008, p. 167).

Assim sendo, é importantíssimo que se estabeleça uma relação comunicante, operacionalizada pelos pilares da humanidade, entre quem cuida e quem é cuidado “(...) *que nunca deixa de ser uma pessoa com uma vida psíquica singular, mais composta de sensações e de emoções do que de palavras e de conceitos”* (Gineste e Pellissier, 2007, p. 148, 2008, p. 184), com especial utilização de comunicação fina através das expressões faciais, dos gestos, do tom de voz, do toque e do olhar capazes de colocar a pessoa doente em interação humana, mobilização ativa, verticalidade, marcha e autocuidado numa relação de cuidados (Gineste e Pellissier, 2007, 2008). Relação tão necessária no cuidado perante a senescência e a demência que fazem as pessoas ficarem vulneráveis e dependentes, e muitas vezes em sofrimento profundo, e que levam a intensificar a necessidade da presença do *outro próximo*, como garante da manutenção das funções biofisiológicas, como por outro lado, garante da relação de presença e laços entre os humanos. O *outro próximo*, assume a função nobre do apoio ao suporte básico de manutenção da vida e da estimulação da pessoa para a vida.

O desafio atual, nesta função nobre do *outro próximo*, volta a ser colocado na necessidade do equilíbrio entre os excelentes aspetos técnicos da atualidade e os aspetos relacionais que estimulam a pessoa para uma presença humana na vida. Para tal, os modos de cuidar têm de estar ao alcance de qualquer um e em qualquer contexto, para que assim seja.

Nesta perspetiva, o desenvolvimento destes modos de cuidar em relação comunicante deve ser procurado e aperfeiçoado no terreno dos cuidados e no cerne do relacionamento entre o enfermeiro e a pessoa que necessita de ajuda. Com esta necessidade, iniciámos a procura de respostas pelo universo do conhecimento em saúde, partindo da visão do nosso professor de Ética e orientador de mestrado Walter Osswald, na qual nos revemos, acerca da evolução do relacionamento entre pessoa profissional e pessoa doente até aos dias de hoje (Neves e Osswald, 2007), com que iniciamos o próximo capítulo.

3

ENVELHECIMENTO E RESPOSTAS DE SAÚDE

Neste capítulo trata-se o fenómeno da diminuição da atenção relacional benéfica nas respostas em saúde à pessoa dependente, inerente ao envelhecimento crescente, em favor da eficiência técnica geradora de distância e sofrimento.

Em enfermagem, a partir das cartas e publicações de Nightingale, final do século XIX, a teorização tem evoluído de um cuidar como um dever para um cuidar como uma relação terapêutica e, mais recentemente, para um cuidar como uma expressão ética. É notório a procura do equilíbrio entre a entidade promovida pelas virtudes morais inerentes às competências de atuação prática e a identidade promovida pelo conjunto sistemático de conhecimentos. No entanto, este equilíbrio quando operacionalizado pela utilização integrada dos pilares da humanidade demonstra-se fundamento dos cuidados de enfermagem.

A realidade crescente da longa idade das pessoas idosas e dos seus problemas associados, tem evoluído em paralelo com a sua institucionalização medicalizada e respetiva hospitalização para respostas em saúde. Ancorando esta realidade, o desenvolvimento social e científico-tecnológico tem desviado a atenção relacional beneficente, ancestral de cuidadores compadecentes e solidários para a eficiência técnica. O tradicional apelo impregnado de confiança e esperança da pessoa doente à solicitude do cuidador, tem vindo por vezes a ser desencorajado pela especialização que transforma a pessoa doente num objeto de estudo e num domínio de ação. Esta situação rompeu com a proximidade relacional e substituiu a serenidade passiva da pessoa doente na relação personalizada paternalista nos cuidados de saúde de outrora, por uma passividade oprimida pelo poder dos profissionais na relação funcional institucionalizada. Nestas condições, em que a pessoa é tornada muitas vezes objeto, pois substituída por uma patologia e identificada por um número, ou seja, anulada na sua autenticidade e identidade e, portanto, violada na sua dignidade, cria-se um ambiente de distância, de desconhecido, de abandono e anonimato que geram medo, ansiedade, solidão, sofrimento e resignação, que no caso dos idosos se vive com maior intensidade.

FILOSOFIA E ÉTICA DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

No sentido de equilibrar a relação interpessoal entre cuidadores e pessoas doentes em que o poder, atualmente fortificado pelo científico-tecnológico, continua a pender para o lado dos cuidadores, e desta vez com forte perda do valor hipocrático, tem havido uma reconsideração do estatuto e do papel da pessoa doente tanto em relação a si como em relação aos outros. Passou a ser reconhecido que apesar da presença de doença, que inclusivamente debilita a pessoa, esta não deixa de ser pessoa por ter doença, ou por ser idosa, continuando a ser uma unidade integral que nunca pode ser confundida com uma doença, pois a própria doença passa a ser sempre singular e subjetiva reiterando o valor absoluto do único e irrepetível que marca a dignidade da pessoa. Ora, tanto a pessoa cuidador como a pessoa cuidada gozam de dignidade pessoal que as transporta para um relacionamento interpessoal entre iguais na especificidade dos cuidados, onde assumem estatutos e papéis diferentes. Relacionamento em que uma está mais vulnerável e mais dependente e vive uma situação de necessidade e direito de ajuda, e a outra vive uma situação de possibilidade, conhecimento e capacidade de ajuda e a quem compete e deve ajudar.

Nesta perspetiva, no início da década de 80 surge a Declaração sobre os Direitos do Doente, também baseada no princípio ético da autonomia. Este princípio tem vindo a ser equilibrado com o princípio da beneficência, para que as relações interpessoais nos cuidados de saúde não se desequilibrem, agora para o lado da pessoa doente, transformando os cuidadores em meros servidores ou gestores de interesses da pessoa doente, meros funcionais e tecnicistas, quando a finalidade é promover o bem-estar holístico destas pessoas em inter-relação nos cuidados.

Assim sendo, da parte da pessoa doente surge o direito à informação e ao respeito pelas suas livres decisões esclarecidas e o consecutivo dever de envolvimento e compromisso nos cuidados. Da parte do cuidador aparece uma necessidade de reconhecer o doente como pessoa, de respeitar a sua dignidade e reconhecer a sua participação como indispensável no processo de cuidados. Esta assunção de partilha visa uma mesma finalidade num encontro de cuidados – o bem-estar do outro. Assim, o equilíbrio exige que a pessoa doente entre nesta relação também com deveres, tanto de envolvimento e compromisso nos cuidados para restabelecimento da sua saúde, como na promoção da sua saúde enquanto saudável a nível dos seus comportamentos individuais e coletivos. Pretende-se um estreitamento das relações interpessoais e a consolidação da ligação entre as pessoas em relação de cuidados, curativos de reabilitação ou preventivos, pelo equilíbrio promovido através da inter-relação.

Esta característica inter-relacional no contexto das pessoas de longa idade, muitas vezes com doenças, transforma-se num estimulante desafio de procura de modos de cuidados de enfermagem que o promovam, desenvolvendo a inquietação de não perder de vista a ligação entre as pessoas nas relações de cuidado (Simões, 2005).

A resposta a esta inquietação evidencia a atenção da enfermagem à característica inter-relacional na sua missão de cuidado na sociedade, onde o enfermeiro se ocupa do cuidado à pessoa, individual ou coletiva, com problemas de saúde (Vielva, 2002) e desenvolve funções específicas de resposta às atividades de vida diárias e às respostas humanas a esses problemas de saúde, que podem ser reais ou potenciais (Paiva, 2004; Sequeira, 2010).

É nesta perspetiva que o conceito de cuidado nos aparece com importância na enfermagem e se manifesta tanto como uma atitude de cuidar através de preocupação pelo bem-estar da pessoa, (um compromisso de cuidados, por exemplo), como por uma conduta de cuidar através do ocupar-se do bem-estar

da pessoa. É de salientar que esta preocupação de cuidar para o bem do outro, inerente à responsabilidade profissional da enfermagem, se conjuga em trajetória paralela com a preocupação, do ponto de vista filosófico ético desta profissão, por um trabalho desenvolvido de forma correta para um bem cuidar do outro (Vielva, 2002). Pois, a intenção é estimular a vida em toda a sua vitalidade tanto a nível físico, intelectual como afetivo (Ourives, 2004).

Na enfermagem o bem cuidar engloba princípios como o da não maleficência, não realizando más práticas e evitando o erro para que se não provoque o dano e haja proteção. O que não sendo uma tarefa somente individual, leva os profissionais a vigiarem-se e a corrigirem-se uns aos outros. O princípio da beneficência surge inerente à ideia da busca do bem de quem é cuidado, eliminando os seus males ou danos de que está sofrendo, e tem implicações diretas nos profissionais. Pois, não basta o interesse e a vontade de ajudar, são necessários também conhecimentos teóricos, habilidades práticas e destreza manual e competências de comunicação que possibilitem o acolhimento, a compreensão e a interpretação das necessidades e desejos da pessoa, de uma forma eficaz, atenta e esmerada (Vielva, 2002). Como escreveu Rabelais no Sec. XVI “*Ciência sem consciência não passa de ruína da alma*” (2012).

Assim sendo, beneficência e não-maleficência assumem-se como guias gerais na ação prática de cuidar (Beauchamp e Childress, 2001), mas divergimos um pouco da primazia que lhe dá Martins (2004) e aproximamo-nos de Ourives (2004) e de Marçal (2004) quando afirmam que na ação prática de cuidar, o farol é a autonomia coconstruída na inter-relação que personaliza singularidades através de fusão significativa de ipseidades e alteridades, isto é, a base das capacidades da pessoa, a autonomia.

O respeito pelo princípio da autonomia surge no âmbito do respeito pela pessoa no próprio cuidado, pois a preocupação do cuidador na busca do bem para as pessoas, tem de ter em conta a própria intimidade e necessidade da pessoa estar consigo própria para se conhecer, tomar consciência de si ou mesmo cultivar a sua interioridade (Torralba, 1998), isto é, a fusão significativa de singularidades. O princípio da autonomia leva a que a ajuda do cuidador passe pelo encontro com a pessoa para lhe evitar o isolamento relacional, importante para a formação da sua autonomia mas, respeitando-lhe a sua necessidade de isolamentos nos quais promove momentos de catarse singular (Thévenot, 1990). Assim, a habilidade do cuidador para fazer com que a pessoa se expresse permite-lhe compreendê-lo e acompanhá-lo sem o determinar (Verspieren, 1984), entrando nos seus ritmos de

vida para interagir cocriando situações significantes que o levem a viver o melhor estado de saúde (Parse, 2004). Desta forma, é dado à pessoa a possibilidade de ser aquilo que ela quer ser, por um agir ético do cuidador pleno de responsabilidade (Marçal, 2004).

Nesta perspetiva, na filosofia ética dos cuidados de enfermagem, encontramos uma questão de equilíbrio na inter-relação cuidador/pessoa que procura estabelecer uma sintonia interpessoal por um envolvimento apropriado, evitando proximidades sufocantes e promovendo as doses certas de ajuda do cuidador e de respeito pela intimidade, singularidade e autonomia da pessoa (Vielva, 2002). Esta sintonia, acontecida num contexto relacional e de atenção à obtenção de consentimentos tácitos na progressão do cuidado, promove confiança mútua (Filipe, 2004) e deve manifestar-se durante o cuidado no contacto físico, no conhecimento das pessoas, na obtenção das decisões e nas formas de trato (Vielva, 2002). Para o desempenho de tal tarefa, a filosofia ética dos cuidados de enfermagem mostra uma outra vertente, a do âmbito do carácter dos cuidadores. Uma vez que a natureza relacional inerente reclama virtudes com que estes profissionais devem desempenhar os cuidados, como garante da aplicação dos princípios abstratos anteriormente abordados (Veiga, 2004).

A humildade com que o cuidador aceita a probabilidade de erro e percebe as suas limitações no cuidado pedindo ajuda, sabendo que nem tudo é justificável fazer a um custo humano razoável. A prudência para prever consequências ou riscos desnecessários da intervenção. A diligência para que não se provoque o mal nem se deixe de produzir o bem, por negligência. A lealdade à pessoa com descrição e veracidade, e a fidelidade ao compromisso de cuidados com ela, relativas à criação da confiança terapêutica (Parente, 2004).

A capacidade do cuidador para detetar e compreender as experiências da pessoa cuidada, inferir as necessidades da sua própria intervenção e agir da forma mais humana possível, leva a considerar a sensibilidade para a descodificação e entendimento das mensagens mais subtis numa atitude recetiva e capacidade de escuta, tanto para ser conseguida a ressonância à expressão de vivências por compaixão e empatia que permitem ser-com-o-outro (Marçal, 2004), como para utilizar as formas de relacionamento adequadas a cada caso devendo ser, no entanto, sempre orientadas por “(...) *delicadeza y la ternura.*” (Vielva, 2002, p. 47) e alinhadas no respeito pela pessoa (Simões, 2005).

Neste contexto de plenas responsabilidades do cuidador, que não se esgotam num cuidar individual, pois também coletivo na sua dimensão social, o princípio

da justiça aparece com pertinência para a aplicação da ideia de igualdade (Dias, 2004) na distribuição justa das respostas de cuidados que são devidos às pessoas, desde logo pelo fundamento nos direitos humanos. O respeito por este princípio traduz-se na atenção das implicações das ações dos enfermeiros sobre terceiros ou na sociedade em geral (o caso da declaração obrigatória de determinadas doenças), no cumprimento das obrigações contratuais presentes nas relações de trabalho, e na utilização e distribuição dos recursos de maneira racional e eficiente (Vielva, 2002). Em conjunto com as virtudes anteriormente descritas, a integridade é a virtude que permite ao cuidador aplicar este princípio, pois na vivência dos cuidados, a ponderação, característica da atividade reflexiva que antecede a decisão e a posterior ação (ou a sua ausência), referencia-se no conjunto de valores considerados corretos e conducentes a uma ação moralmente correta para praticar o bem e evitar o mal. Valores que formam convicções, às quais se tem fidelidade e com as quais se orienta o comportamento demonstrando integridade (Dias, 2004).

Na enfermagem, à evidência do desenvolvimento científico de um conjunto sistemático de conhecimentos que lhe dão identidade, junta-se o desenvolvimento de competências de atuação prática, inerente às virtudes morais abordadas, que lhe dão entidade (Jennings, 1986). O saber actuar do enfermeiro com uma pessoa que não é redutível a objeto científico, exige contribuir para a sua felicidade mesmo *“allí donde la ciencia puede aportar poco en favor de un determinado paciente, el profesional de enfermería aún tiene que preocupar-se por el bienestar del paciente, por facilitarle las condiciones que le permitan sentir-se persona y vivir de la mejor manera posible”* (Vielva, 2002, p. 51). Neste domínio, à enfermagem levantam-se questões morais específicas que justificam a sua própria ética (Parente, 2004) que orienta a sua resposta em saúde no terreno da intervenção específica da prestação de cuidados em relação comunicante.

HUMANITUDE FUNDAMENTO DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

No âmbito das relações de cuidado, a enfermagem e o Homem são indissociáveis, tal qual a ligação em relação comunicante nos cuidados entre o enfermeiro e a pessoa doente. Sempre que há vida surgem os cuidados, pois impõe-se que se tome conta da vida para que ela possa permanecer (Collière, 1989). Desde os primórdios que esta característica de ligação relacional dá resposta à necessidade de preservação e desenvolvimento da vida humana garantindo a

sobrevivência da espécie (Jacquard, 1986) e consubstanciando o ser humano como «ser em relação», cabendo aos homens as atividades exigentes de força física como a caça e a defesa do grupo e às mulheres as atividades de maternidade, alimentação, conservação do grupo e a luta contra a doença, que não tendo explicação era considerada força sobrenatural, tornando o cuidar na primeira arte da vida (Collière, 2003). Já Rebeca cumpriu atividades registradas como atos de enfermagem, segundo consta no capítulo XXIV do Génesis, pela manutenção da vida que era uma das características fundamentais do cuidado e natural da mulher (Rafael, 1996). A religião e seus sacerdotes continuaram com a assistência das pessoas doentes nos seus templos, procurando aliviar o sofrimento e salvar as almas através do cuidado ao corpo, mais tarde passam a atuar na saúde pública com o objetivo de proporcionar uma higiene social. Ao aproximar-se a época do Cristianismo a explicação da doença através dos Deuses, começa a adquirir uma vertente mais racional com cientistas positivistas e experimentadores sob influência do pensamento filosófico da Grécia Clássica (Veiga, 2006).

Nos primeiros séculos do Cristianismo vivia-se numa sociedade tradicional onde o atendimento a pessoas doentes se fazia de forma monástica e, essencialmente, por mulheres prestadoras de cuidados que tinham esse papel reservado e eram herdeiras do saber elaborado (Kung, 2002). Na Idade Média, até fins do sec. XVIII, ultrapassou-se o monasticismo com o aparecimento das Universidades para a medicina e a obrigatoriedade de formação específica para quem praticasse atos médicos. A mulher prestadora de cuidados passou a ser a religiosa e a de famílias aristocratas ligadas à igreja sem qualquer formação específica e que prestavam cuidados por caridade. No sec. XIX acompanhando o desenvolvimento científico, tecnológico e terapêutico, que diminuíram a morbidade e aumentaram a esperança de vida, as mulheres prestadoras de cuidados começaram a receber pequenos cursos técnicos e grande preparação moral. Sendo que no final deste século já se encontra na literatura de enfermagem referências à filosofia, aos valores, às crenças e às suas respetivas implicações nos cuidados de enfermagem, nomeadamente nas cartas e publicações de Nightingale (Tomey e Alligood, 2004) que vêm orientar para um sistema doutrinal interdependente, elaborado dentro dos limites da ciência (Conesa, 1995).

No sec. XX, a influência da necessidade de reconstrução das sociedades após as grandes guerras mundiais, levou à intensificação do progresso científico e tecnológico que aumentou a qualidade e a esperança de vida a par da migração das populações para os centros urbanos, provocando superpovoamentos e aumentando

as necessidades de respostas aos crescentes problemas de saúde. Na grande maioria dos países, nomeadamente os europeus, desenvolveu-se um sistema de saúde. A diminuição da necessidade de recurso à força física do homem para conter as ameaças à vida humana, levou a que o papel de prestação de cuidados se estendesse ao homem. A prestação de cuidados, enfermagem, passou de simples auxiliar do médico, sensivelmente até aos anos 60, para uma atitude de especificidade e independência da profissão com a introdução da investigação. Primeiramente para um autoconhecimento profissional e posteriormente para ampliar os conhecimentos científicos para a prática, educação e gestão de enfermagem. A formação específica em enfermagem desenvolve-se e a teorização começa a construir-se com tendência para o relacionamento; surgia o reconhecimento de que a enfermagem não se limitava ao fazer coisas que diminuíssem o desconforto e proporcionassem o bem-estar físico da pessoa, chamando a atenção para a experiência da pessoa que sofre e para o alívio que a atenção pessoal do cuidador pode oferecer (Veiga, 2006).

Atualmente, a enfermagem é considerada uma profissão emergente com o compromisso social de prestar cuidados de saúde nas diferentes etapas do *continuum* saúde-doença. Apresenta uma longa socialização, uma autoridade sobre o ensino, um serviço altruísta, um código de ética, uma ordem para regulação da sua prática e uma base de conhecimentos em crescimento (McEwen e Wills, 2009).

Este conhecimento tem sido desenvolvido sob influência das correntes filosóficas racionalista/empirista e humana/fenomenológica. Uma vez que o seu campo de ação tanto exige métodos objetivos da observação, da perceção pelos sentidos e da experiência como fontes de conhecimento, utilizando metodologias quantitativas, como a compreensão e entendimento das perceções, dos sentimentos, dos valores e dos significados das vivências pessoais únicas de saúde/doença onde se conhecem tendências ou padrões, utilizando metodologias qualitativas para o entendimento e atendimento de enfermagem comprometida com o holismo e com uma abordagem humanista (McEwen e Wills, 2009).

Nesta perspetiva, identifica-se o metaparadigma (pessoa, ambiente, saúde, enfermagem) como o seu componente mais abstrato, uma vez que está presente em todas as obras de enfermagem desde Florence Nightingale (McEwen e Wills, 2009).

É graças à forma particular como a enfermagem aborda a relação entre os elementos do metaparadigma que se clarifica o campo da disciplina de enfermagem onde se desenvolve conhecimento que foca a vertente humana, o universo e a

própria saúde. Pois a enfermagem está ocupada com as respostas humanas, na saúde ou na doença, nos domínios do biológico, comportamental, social e cultural (McEwen e Wills, 2009).

No legado teórico e prático da enfermagem é notório o desenvolvimento de uma resposta técnico-científica que integra a vertente humana (Kérouac, *et al*, 1994). No início deste legado, encontramos uma influência positivista e biomédica que considerava que só poderia ser ciência o que poderia ser medido e quantificado. A enfermagem estava ligada à procura médica do fator causal e só era bom enfermeiro aquele que fosse bom executor técnico. A pessoa é vista como um somatório de partes. O ambiente é um elemento separado da pessoa como o meio físico, cultural e social que é hostil à pessoa e pode ser manipulado e controlado. A saúde é mera ausência de doença biológica onde o fator causal orienta para o tratamento e onde os fatores pessoais e ambientais não são tidos em conta. A enfermagem orienta o cuidado para os défices e incapacidades da pessoa procurando eliminar as causas dos seus problemas sem a implicarem no processo de cuidados.

O conhecimento produzido baseado nas necessidades humanas da pessoa, foi o pilar sobre o qual todo o conhecimento desenvolvido até hoje ancorou referência, pois procurou respostas para o que é que fazem os enfermeiros, orientou a enfermagem para a pessoa e por isso mesmo iniciou a viragem da focalização na doença da disciplina médica, para a pessoa no contínuo saúde/doença da disciplina de enfermagem. A pessoa biopsicossocial é considerada a soma das suas partes, alguém que necessita de cuidados de enfermagem. O ambiente saudável é essencial para a cura, pelo que deve ser mantido um ambiente de apoio. A saúde é o equilíbrio em todos os domínios da vida humana. E a enfermagem a assistência ao indivíduo nas atividades que contribuem para a sua saúde, (ou acompanhá-lo para uma morte tranquila) até ao momento em que ele se possa cuidar sem auxílio, e centra-se na independência da pessoa para a satisfação das suas necessidades humanas básicas e na sua capacidade de promover o seu autocuidado. O enfermeiro substitui a pessoa quando a esta falta força, vontade e/ou saber para o fazer ou capacidade para o autocuidado (McEwen e Wills, 2009).

Nos desenvolvimentos teóricos baseados no processo interativo consideram-se os seres humanos em interação uns com os outros e com o próprio ambiente, portanto são seres adaptativos e holísticos, sendo considerados os problemas da pessoa doente relacionados a múltiplos fatores. Procurou-se saber como é que os enfermeiros fazem o que fazem e qual a finalidade do que fazem. A pessoa possui

integralidade, que deve ser mantida, e interage em linguagem através dos órgãos dos sentidos, dá significado à sua vivência e por isso mesmo é dotada de valor e deve ser capaz de perceber que tem necessidades e de se manter atualizada. O ambiente interno ou externo da pessoa que inclui as ideias, a simbologia, a tradição e o julgamento, assim como a situação relacional que é criada pelos detalhes do encontro de cuidados e da maneira como estes afetam o sistema e o próprio desenvolvimento e comportamento da pessoa. A saúde é um bem-estar global da pessoa conseguido pela sua adaptação contínua a fatores desestabilizadores. A doença é considerada uma experiência humana que pode permitir o crescimento se a pessoa perceber o seu significado. A enfermagem exerce atos humanitários e não mecânicos, centrados na pessoa e utiliza atendimento personalizado, usando intencionalmente os órgãos dos sentidos, interagindo para a identificação conjunta dos problemas e dos meios de transação para a resolução. Os enfermeiros introduzem a intuição e a subjetividade nos cuidados e têm que ter conhecimentos sistemáticos que lhes permitam o diagnóstico e planificação de intervenções. O cuidar é um processo interativo entre duas pessoas, uma que precisa de ajuda e outra que pode oferecer essa ajuda (McEwen e Wills, 2009).

O desenvolvimento teórico baseado no processo unitário situa-se num contexto de orientação/abertura para o mundo e coloca o foco na pessoa considerando-a protagonista ao mesmo nível do enfermeiro. A pessoa é vista como um todo completo unificado não divisível em partes, livre de escolher o seu modo de ser e o seu intercâmbio contínuo com o ambiente. O ambiente é constituído pelos elementos físicos envolventes e os seres humanos presentes numa determinada situação. A saúde é poder viver no dia-a-dia um padrão de fenómenos rítmicos que identificam uma forma pessoal de estar no mundo. A enfermagem tem uma preocupação de ajuda aos seres humanos a atingir o seu bem-estar, auxiliando as pessoas a discernir o seu padrão de ser e estar no mundo, a encontrar significado nas suas experiências de vida e a escolher maneiras para que, por uma presença conjunta diária com a pessoa, crie a sua própria saúde. O cuidado é centrado na pessoa e na cocriação das suas experiências de vida que conduzam à saúde. Esta cocriação é produzida através de linguagem que utiliza símbolos, palavras, gestos, olhares, toques e posturas que trabalham os aspetos menos visíveis dos cuidados, como a afetividade e o respetivo impacto emocional (McEwen e Wills, 2009).

Pelo exposto, tendo em consideração uma perspetiva histórica e filosófica, é perceptível que a construção do conhecimento de enfermagem, na sua resposta

em saúde, tem evoluído assente nos conceitos de pessoa, ambiente, saúde e cuidar na direção de um paradigma relacional. Pois, passou de um cuidar como um dever para um cuidar como uma relação terapêutica e, mais recentemente, para um cuidar como uma expressão ética (Kitson, 1993). Na enfermagem há um caminho progressivo exponencial de produção de conhecimento ligado a este cuidar ético, humano em ligação relacional como seu fundamento, ou seja, em humanidade, que demonstra bem a linha de evolução traçada por Neves e Osswald (2007) acerca da evolução do relacionamento entre pessoa profissional e pessoa doente. No entanto, o cuidar em humanidade apresenta uma operacionalização, de relação e cuidado, através da utilização integrada dos pilares da humanidade palavra, olhar, toque, sorriso, vestuário e verticalidade (Gineste e Pellissier, 2007, 2008) que efetiva este fundamento nos cuidados de enfermagem.

4

CUIDAR HUMANITUDE

Este capítulo inicia-se com a apresentação da Filosofia de Cuidados Humanitude, base orientadora do Método de Cuidados Humanitude Gineste Marescotti (MGM), lembrando, no entanto, Klopfenstein e Jacquard, como percursores desta filosofia.

Descrevem-se, de seguida, as preocupações, os trabalhos, e aquisições dos autores do MGM até chegarem a convicções firmes que decorrem das suas experiências no terreno.

A principal fonte de informação sobre a forma como os autores conceberam o método e filosofia de cuidados humanitude e o seu percurso, foi a obra de Gineste e Pelissier “Humanitude, cuidar e compreender a velhice”, que emergiu da revisão sistemática da literatura, como paradigmática da dimensão experiencial e intervenção útil do MGM, no plano clínico. A análise do conteúdo desta obra, que se apresenta em secção própria neste capítulo, permitiu não só compreender o MGM como abriu janelas para outros autores.

Mais de trinta anos de formação e prestação efetiva de procedimentos técnicos e relacionais nas várias áreas de cuidados, especialmente a idosos e idosos dementes, dependentes e vulneráveis, de crítica e reflexão, no âmbito do respeito pela autonomia, liberdade e humanidade, levaram Gineste e Marescotti a interrogarem-se continuamente sobre o que observavam no terreno, sobre a validade das técnicas utilizadas, a investigarem, a experimentarem e a reformularem técnicas de cuidar na sua própria prestação de cuidados. As técnicas que foram trabalhando levaram os autores a desenvolver uma metodologia de cuidar que fundamentaram numa filosofia de cuidados de humanidade, como uma operacionalização da filosofia ética da enfermagem.

FILOSOFIA DE CUIDADOS HUMANITUDE

Como já o abordámos no Capítulo 1, a palavra humanidade foi pela primeira vez utilizada em 1980 pelo jornalista suíço Klopfenstein (1980). Também já expusemos que o geneticista francês Albert Jacquard, (1986, 1988), na sua obra *L'Héritage de la liberté: de l'animalité à l'Humanitude*, desenvolve com esta palavra um princípio filosófico para se referir não só às semelhanças entre os humanos independentemente da cor da pele, mas fundamentalmente à intersuficiência do Homem em ligação ao outro, numa perspetiva ecológica. Todo o ser humano participa de um grande desígnio coletivo na construção da humanidade através da contribuição de todos os Homens com a sua diferença para cada Homem, enriquecendo o universo (Jacquard, 1986, 1988). Do ponto de vista prático, de acordo com o autor, a humanidade representa o tesouro de compreensões, de emoções e sobretudo de exigências que existe graças a nós e que desaparecerá se nós desaparecermos, pelo que o Homem tem a tarefa de aproveitar esse tesouro, já acumulado, e continuar a enriquecê-lo. Mantê-lo e enriquecê-lo é tarefa humana (Jacquard, 1987).

Gineste e Marescotti fazem do conceito humanidade “*Uma filosofia dos cuidados: que possa ligar ciência e consciência; que nos interroga sobre o que é uma relação de cuidados entre pessoas. Para nunca esquecer essas preciosas características que permitem a um homem sentir-se humano e permanecer humano aos olhos dos seus semelhantes*” (Gineste e Pellissier, 2007, p. 194, 2008, p. 247) e definem-no como o conjunto de particularidades “... *que permitem a um homem reconhecer-se na sua espécie, a humanidade (...) e que permitem a um homem reconhecer um*

outro homem, como fazendo parte da humanidade” (Gineste e Pellissier, 2007, p. 214, 2008, p. 268). Desta forma “A filosofia da humanidade é uma filosofia dos cuidados que permite situar todos os nossos atos no quadro do cuidar de uma pessoa singular, que permite tomar em conta o facto de uma pessoa possuir necessidades e desejos interligados, o facto de ela viver diferentemente das outras pessoas. Ela conduz-nos a colocar no centro do cuidar (...) o objetivo de responder ao que permite a cada pessoa, segundo a sua vontade, ter desejos, dar sentido, ter prazer, em todos os atos da sua vida” (Gineste e Pellissier, 2007, p. 215, 2008, p. 269).

Perante tal tarefa, os autores salientam a importância das condutas que colocam o Homem em humanidade, e demonstram-no com o exemplo da naturalidade com que o fazemos uns aos outros logo após o nascimento biológico que designam como primeiro nascimento. A intensa estimulação sensorial e emocional com que recebemos o novo Homem através de calor, odores, olhares, palavras, carícias, sorrisos, cuidados com o vestuário e apoio na verticalidade, promovem-lhe a segurança, o desenvolvimento e a integração na espécie humana, isto é, em humanidade, que designam por segundo nascimento.

Os autores denominam estes gestos como pilares de humanidade, e afirmam que a linguagem assente nestes pilares permite que as capacidades e potencialidades inatas em cada Homem possam *“ser mais ou menos desenvolvidas ou podem ser diminuídas ou destruídas, por um acidente, por uma doença, pela ação de outros homens”* (Gineste e Pellissier, 2007, p. 20, 2008, p. 22). Por esta razão, a estimulação dos pilares de humanidade tem de ser mantida na prestação de cuidados, mesmo que as pessoas doentes não sejam capazes de olhar, falar, tocar, sorrir, verticalizar, vestir... pois permitem a continuidade da comunicação entre as pessoas em relação de cuidados. Esta estimulação envolve a ação sobre o patológico e a ação sobre o potencial de vida que ajudam a pessoa a cuidar de si, a manter o poder sobre si própria, *“a melhorar ou a manter a sua saúde (e, logo, o seu bem-estar e a sua qualidade de vida), a melhorar e a manter as características de humanidade que desenvolveram, as relações que estabeleceram, (...) a viver o confronto com a diminuição do seu estado de saúde, com a perda de algumas dessas características e dessas relações”* (Gineste e Pellissier, 2007, p. 214, 2008, p. 268).

Assim, *“o cuidar visa ajudar a pessoa a melhorar a sua saúde, o seu bem-estar, as suas capacidades, a mantê-las (...) e acompanha sempre a pessoa enquanto homem vivo confrontado com a doença, enquanto homem vivo confrontado com a perspetiva da sua morte, enquanto homem a viver essas experiências e não enquanto homem*

a morrer” (Gineste e Pellissier, 2007, p. 215, 2008, p. 270), uma vez que as definições atuais de saúde relevam “... *as relações entre o estado «objetivo» de saúde e o sentimento individual, entre a saúde e a qualidade de vida*” (Gineste e Pellissier, 2007, p. 209, 2008, p. 263). O cuidar ajuda, assim, a melhorar a saúde, a mantê-la e quando já não o for possível a acompanhar a pessoa até à morte, mas em qualquer dos casos, ajuda sempre a pessoa a estar em humanidade “... *a utilizar e a recuperar capacidades e energia suficientes para viver de pé até ao fim da sua vida (ou mesmo por vezes para regressarem a sua casa)*” (Gineste e Pellissier, 2007, p. 206, 2008, p. 260).

Esta forma de cuidar contempla a pessoa como um animal vivente que tem necessidade de comer, de beber, de respirar ..., para continuar vivo, como um animal humano que tem necessidade que se lhe reconheça e respeite a sua humanidade para que se sinta humano, e como um animal humano único que tem necessidade de que se respeitem a suas limitações criando um ambiente protético de apoio e que se respeite a sua personalidade criando um ambiente focado na ligação interpessoal. Ambiente que enriquece as pessoas ao ponto de, em caso de morte da pessoa doente, permitir que a pessoa cuidadora fique com uma sensação de pena mas também de enriquecimento quando reconhece que na morte da pessoa que cuidou “... *não é o prestador que é culpado, não é uma parte dele que desaparece. Ele pode sentir pena, mas essa pena já não é destrutiva ou fusional: ela autoriza-o, em contrapartida, a sentir-se enriquecido pelo que a pessoa lhe deu e pelo que ele próprio deu a essa pessoa*” (Gineste e Pellissier, 2007, p. 207, 2008, p. 261).

A operacionalização deste tipo de cuidar faz-se com recurso a modos cuidativos que mantenham a pessoa em humanidade em todos os atos de vida comum da pessoa doente (durante a toalete, na ajuda à mobilização, à alimentação, ...), a apoiem nas suas limitações e a personalizem. Pois, “... *a gravidade de uma patologia conduz a aumentar as ações e os tratamentos orientados, o cuidar deve aumentar proporcionalmente: quanto mais importância ganham a doença e os seus tratamentos, mais correm o risco de enfraquecer os recursos da pessoa, de restringir as suas capacidades e as suas forças de vida; mais correm o risco de nos fazer esquecerlos. Assim, devemos zelar tanto mais por eles, sustentá-los, enriquecê-los*” (Gineste e Pellissier, 2007, p. 208, 2008, p. 261).

Na reconstrução destes modos de cuidar, os autores alertam para a experiência de milhares de anos que tem aperfeiçoado a relação cuidativa entre os pais e os seus bebés que demonstra a consistência do conceito humanidade na preocupação com a humanidade e a sua sobrevivência, referida no primeiro capítulo. Após o

primeiro nascimento continua-se a relação “*que nos permite colocar os nossos filhos em humanidade, comunicar com eles pelo olhar, pelo toque, pela palavra, mesmo quando o seu olhar é ainda impreciso, o seu toque desajeitado, a sua palavra balbuciante*” (Gineste e Pellissier, 2007, p. 219, 2008, p. 274). Esta relação permite-nos observar as palavras, os gestos e os olhares com que os humanos acolhem os seus filhos em humanidade, baseados numa ligação afetiva com uma pessoa que não comunica verbalmente, nem entende os gestos úteis, assim como permite observar o constante estímulo à mobilização e à verticalidade. Este segundo nascimento é, assim, conseguido através do apoio ao desenvolvimento com um “*cuidar desses seres fisicamente dependentes de nós, psiquicamente não autónomos, conduzi-los progressivamente a adquirir as capacidades que possuem em potência e a tornarem-se autónomos*” (Gineste e Pellissier, 2007, p. 219, 2008, p. 274).

No caso do cuidado a idosos e idosos dementes, em que ainda não temos conhecimento milenar de experiência feito, os autores advertem para o perigo do recurso inconsciente à experiência cuidativa já desenvolvida na relação pais-bebés, que “*resulta sempre na sua infantilização, resulta por vezes na adoção de condutas (mente-se um pouco, resmungue-se de tempos a tempos, pune-se (...)) contrárias aos direitos e à dignidade dessas pessoas*” (Gineste e Pellissier, 2007, p. 220, 2008, p. 274). Tal facto não implica “*que nada temos a aprender do cuidar que realizámos com os nossos filhos (...) pelo contrário(...) é um fabuloso jazigo de experiência (...) permitiu-nos elaborar técnicas (...) que são essenciais para a manutenção das ligações de humanidade*” (Gineste e Pellissier, 2007, p. 220, 2008, p. 275). A riqueza desta informação na reelaboração de técnicas de cuidar permitiu aos autores pacificar as prestações de cuidados a pessoas que não se expressavam verbalmente nem entendiam os gestos úteis do cuidador por razões de declínio mnésico natural ou patológico, porque com essas técnicas era possível o acesso às memórias sensoriais positivas armazenadas em memória emocional relativas às primeiras relações dessas pessoas com os seus pais. “*São essas lembranças, essas impressões emocionais positivas, essas memórias das primeiras relações, que podemos despertar para cuidar deles em paz*” (Gineste e Pellissier, 2007, p. 220, 2008, p. 275).

Nesta perspetiva, o cuidador presta um cuidado integrado que não destrua, mas sim, que através de estimulação sensorial positiva desenvolva capacidades como a comunicação e a verticalidade, para que a pessoa doente possa viver de pé e dispor de todas as suas possibilidades de viver em relação com os outros, mantendo características essenciais da espécie. O cuidador é “*... um profissional que cuida de uma pessoa (ou de um grupo de pessoas) com preocupações ou problemas*

de saúde, para ajudar a melhorar ou a manter a saúde, ou para acompanhar essa pessoa até à morte. Um profissional que não deve, em caso algum, destruir a saúde dessa pessoa” (Gineste e Pellissier, 2007, p. 194, 2008, p. 247), pelo que deve estabelecer uma relação de igualdade em humanidade e em cidadania. Pois, tendo em conta a situação fragilizada da pessoa doente, o cuidador tem uma matriz de deveres e direitos que decorre da matriz de direitos e deveres dessas pessoas que o colocam numa situação “... *particular de vigilância: para respeitar os direitos daquele que já não os pode fazer respeitar ele próprio; para compreender que, por vezes, não se pode exigir de um homem vulnerável aquilo que se exige de um homem que não o é*” (Gineste e Pellissier, 2007, p. 197, 2008, p. 250).

Para tal exercício, o cuidador enfermeiro tem na sua função um papel importante no ajuste dos cuidados às capacidades das pessoas doentes “... *isto é, cuidados que não se limitam a responder a necessidades (ser alimentado, ser limpo, etc.), mas zelam, (...) por reforçar ou manter todas as forças de vida da pessoa*” (Gineste e Pellissier, 2007, p. 199, 2008, p. 252). Cuidados que possibilitam ações tanto para lutar contra a patologia como para reforçar as forças da pessoa favorecendo a sua autonomia, as suas capacidades e o seu desejo de ficar melhor. “... *Se o cuidador (em todos os atos da vida corrente, durante a higiene, na ajuda à mobilização, etc.) não zelar por manter e conservar as capacidades dos pacientes, estes não irão dispor de todas as suas possibilidades de viver de pé, até ao final da sua vida. (...) não zelar por manter a comunicação com estes homens, não zelar por sustentar permanentemente a sua humanidade, estes não irão dispor de todas as suas possibilidades de viver em relação com os outros homens, até ao final da sua vida*” (Gineste e Pellissier, 2007, p. 216, 2008, p. 271).

Nos casos de cuidados em que instituições e cuidadores deixaram quebrar os laços de humanidade, a pessoa doente saí do mundo dos vivos humanos e entra no que os autores denominam *limbo geriátrico* encontrando-se acamada e fechada sobre si, com os olhos fechados, com os membros fechados (posição fetal), não comunica verbalmente, rígida, incontinente, etc. Nestes casos, o resgate da pessoa do limbo geriátrico para o mundo dos vivos humanos, para a humanidade, impõe-se como que um terceiro nascimento (Gineste e Pellissier, 2007, 2008)!

Nesta nobre missão dos cuidadores, os autores chamam a atenção para a dupla particularidade do proceder cuidativo humanidade através do respeito simultâneo de regras da arte e princípios éticos na reelaboração crítica e reflexiva dos modos de cuidar. “*O respeito destes princípios, o respeito das regras da arte que nos orientam para os aplicar concretamente na nossa prática do cuidar, formam a garantia*

da manutenção dos laços de humanidade e dos laços sociais entre os homens. Eles permitem à relação de cuidados construir-se na associação e não na força” (Gineste e Pellissier, 2007, p. 225, 2008, p. 279). Basearam-se nos princípios oriundos das abordagens gerontológicas humanistas centradas na pessoa e consideraram que “*a liberdade está no cerne do princípio da autonomia, a igualdade no cerne do princípio de justiça, a fraternidade no cerne dos outros princípios que iluminam a missão dos prestadores de cuidados: ajudar a melhorar ou a manter a saúde dos homens de que cuidam. Nunca destruir. Acompanhar esses homens. Nunca os abandonar*” (Gineste e Pellissier, 2007, p. 225, 2008, p. 279) mas sim cuidar deles, dando relevo: ao princípio de proteção da vida para que se possa exercer o respeito por todos os demais princípios; ao princípio de justiça e equidade para evitar a uniformização de cuidados e adequar os cuidados à situação de saúde e necessidades; ao princípio de ajustamento dos cuidados às características singulares de cada pessoa para a personalização de cuidados; ao princípio de lealdade na relação para conseguir a confiança, a adesão e a participação nos cuidados; ao princípio de respeito da autonomia e liberdade individuais evitando cuidados de força e promovendo o consentimento informado que respeita a autonomia.

Relativamente à autonomia os autores advertem que “*é essencial distinguir a capacidade de realizar por si próprio uma ação ou uma atividade, da capacidade de saber ou de sentir como se quer realizá-la, como se deseja que ela seja realizada por nós*” (Gineste e Pellissier, 2007, p. 222, 2008, p. 276). Pelo que é necessário uma conduta prudente na avaliação diária de distinção das situações em que a pessoa doente pode ser autónoma, daquelas em que não o pode ser. Quando a comunicação verbal falha, a compreensão dos “*... modos de expressão, próprios, da sua autonomia restante*” (Gineste e Pellissier, 2007, p. 223, 2008, p. 278), expressos de forma não verbal, é essencial para tal avaliação, onde “*os seus gestos, as suas expressões, as suas condutas, podem constituir outros modos de expressão da sua autonomia (...) é indispensável aprender a «ler», a «entender» uma conduta como entendemos as palavras*” (Gineste e Pellissier, 2007, p. 223, 2008, p. 277). Esta será a base da comunicação a que o cuidador pode ter de recorrer para promover o desenvolvimento da pessoa doente respeitando a sua autonomia, porque “*nada na natureza humana condena os homens a não continuar, durante toda a sua vida, até à morte, a construir-se, a sentir novas emoções, a estabelecer novas relações, a descobrir novas paixões, etc.*” (Gineste e Pellissier, 2007, p. 76, 2008, p. 96).

Apesar da rápida evolução do conhecimento científico e da experiência da sua aplicação prática, as regras da arte no cuidado gerontológico moderno

são “*ferramentas técnicas, maneiras concretas de pôr em prática um certo número de princípios fundamentais*” (Gineste e Pellissier, 2007, p. 221, 2008, p. 279) que respeitem a dignidade humana e a identidade pessoal, sendo as principais: um cuidar ativo de pé pela implicação importante em todos os sistemas orgânicos e na vivência das relações interpessoais; o fim dos cuidados de força que são um atentado à integridade física e psíquica e provocam comportamentos de agitação; o respeito pelo domicílio que pode ser um quarto ou uma cama onde não se pode entrar sem pedir autorização ou pelo menos fazer-se anunciar; jamais abordagens de surpresa, o que implica um contacto visual prévio antes de se entrar em contacto com o corpo; o respeito pelo sono que obriga a organização de cuidados a permiti-lo; as contenções físicas devidamente justificadas pelo atentado à integridade e à liberdade.

É num quadro de princípios éticos e de regras da arte que o cuidador enfermeiro tem de dispor de momentos precisos e sistemáticos, integrados na prestação de cuidados, para a elaboração de diagnósticos de enfermagem, inscritos na informação por ele colhida, tratada e analisada, a partir dos quais decorrerão todas as suas intervenções e avaliações e as demais intervenções colaborativas de outros grupos profissionais.

Em suma, na perspectiva da filosofia de cuidar citada, deduz-se conteúdo para um conjunto de conceitos específicos do cuidado, transversais a todo o conhecimento da disciplina da enfermagem, que se passa a descrever.

A pessoa-é vista como um animal, que para além de necessidades biofisiológicas, tem necessidades de reconhecimento e respeito pela sua humanidade para se sentir humana e pelas suas características individuais para se sentir personalizada. O olhar, o toque, a palavra, a verticalidade, o sorriso... são características próprias da sua humanidade que devem ser respeitadas e estimuladas, assim como, o respeito pelo seu espaço, pelas suas maneiras próprias de se vestir, alimentar, mobilizar, repousar, divertir, rir, utilizar a sua capacidade reflexiva e simbolizadora, interagir em sociedade, fazer escolhas, as suas faculdades, atividades, paixões, relações, hábitos e gostos que desenvolveu, o seu próprio ritmo, a sua própria história entre outros, ou seja, a sua identidade, conduz à personalização. O respeito a cada pessoa no cuidado passa pela atenção a todas estas características, velando a vida de um humano único.

O ambiente - para além das condições e estrutura física e humana de apoio protético, é fundamentalmente constituído pelas coligações de relacionamento interpessoal e especialmente pelas relações significativas. Como tal, o ambiente é um potencial a utilizar na promoção do equilíbrio da pessoa.

A saúde - para além da ausência de doença e/ou dor, é a qualidade de vida e bem-estar proporcionado pelo sentimento de coconsideração nas relações interpessoais, pela significação copercebida do ambiente envolvente e das inter-relações, pela covivência de relações significativas, pela motivação sentida para a ação com prazer de coconstrução humana num projeto de vida com sentido e pela confiança nos cuidados de saúde. Esta orientação leva a considerar a saúde como uma relação entre o estado mais objetivado de saúde, o significado que cada pessoa dá a esse seu estado de saúde e a percepção que tem do seu lugar na existência humana.

O cuidar - age sobre o patológico ou deficiente, fornecendo meios para que a pessoa se cure e reabilite e sobre o potencial de vida personalizando e construindo o humano. O cuidador respeita as leis da arte e os seus gestos nos procedimentos de cuidar têm em atenção a informação sensorial positiva exteroceptiva pelo olhar, pela palavra e pelo toque focalizando os órgãos dos sentidos. É no cerne deste tipo de informação que o cuidador capta a atenção da pessoa cuidada e entra em sintonia com ela estimulando-lhe a mobilização ativa, a verticalidade e a marcha, tão necessárias ao bom funcionamento do corpo e à produção de informação sensitiva positiva propriocetiva. O conjunto desta informação sensorial, quando coerentemente positivo, cria uma sensação corporal positiva que tanto é impressa em memória emocional como recupera informação sensorial positiva armazenada em memória emocional evitando, assim, o ataque defensivo (agressividade) ou a fuga (mutismo, imobilismo e apatia) da parte da pessoa doente. O cuidador tem em atenção a memória emocional da pessoa cuidada e proporciona um surgir positivo de sentimentos, atitudes e comportamentos na relação de cuidados que está a inter-estabelecer. Esta forma de cuidar estabelece uma ligação (via) afetiva, na qual a pessoa cuidada é estimulada a interagir e a reabilitar, e na qual são realçados os bons momentos de relação e cuidado, são reforçados os progressos da pessoa e são promovidas as forças para ajudar a pessoa a despertar para a vida estimulando-lhe o desejo de viver, de cuidar de si, de manter o poder sobre si própria, sendo autónoma para agir, se relacionar e escolher por si e, em caso limite, acompanhando-a à morte, celebrando a vida até ao último dia.

Assim sendo, o cuidar em humanidade é o agir em interação da pessoa cuidadora com a pessoa cuidada, utilizando técnicas justificadas, precisas, minuciosas e intencionais de comunicação (ligação, comunhão) pelos pilares da humanidade através da execução dos procedimentos dos cuidados que satisfaçam

as necessidades, o reconhecimento humano, a personalização e a realização das pessoas presentes na relação (Gineste e Pellissier, 2007, 2008), devendo ser, fazendo ser e sendo pessoa, isto é, elevando as pessoas, em relação de cuidados, à altura da dignidade humana (Vielva, 2002). Por tudo isto, a filosofia de cuidados de humanidade parte do que se sabe acerca da saúde, do bem-estar, da qualidade de vida e das particularidades do ser humano (como o desejo, as necessidades, os sentimentos, a liberdade, a autonomia, a cidadania), considera a ligação inter-relacional entre as pessoas e reflete acerca das execuções técnicas no cuidado que melhor promovam e enriqueçam as ligações de humanidade.

A emergência da filosofia dos cuidados de humanidade

Yves Gineste e Rosete Marescotti, Professores de Educação Física e Desportiva, foram convidados em 1979 para fazer formação sobre técnicas de manutenção aos cuidadores de um hospital de retaguarda, França, no sentido de prevenir problemas dorsolombares nos cuidadores, responsáveis por taxas de absentismo elevadas. Este objetivo de mobilizar/elevar as pessoas doentes com segurança passou a ser designado como manutenção das pessoas doentes. Tiveram, assim, oportunidade de observar, com um olhar distanciado, a forma como os cuidadores prestavam os cuidados, verificando que a maioria das pessoas doentes era lavada no leito. Desde então, iniciaram um processo de observação, de questionamento, de reflexão crítica, de experimentações e estudo com o qual têm construído um trabalho de desenvolvimento e integração do conceito humanidade anteriormente explicitado perante as exigências dos contextos de cuidados onde passavam “*com o objetivo de fornecer elementos de reflexão, princípios e ferramentas, teóricos e concretos, necessários a um cuidar que responda a essas exigências*” (Gineste e Pellissier, 2007, p. 52, 2008, p. 62). Eles partiram de inquietações sobre a forma da prestação de cuidados diários a pessoas dependentes e vulneráveis que respeite a dignidade, a liberdade, a autonomia e a sua humanidade.

Com esta inquietação, os autores deram continuidade ao seu trabalho e aperceberam-se que, salvo alguns casos de patologia muito específica, a grande maioria das pessoas doentes podia estar de pé, pelo menos algumas dezenas de minutos por dia com a ajuda de técnicas adequadas. Terem-se apercebido deste facto e sabedores dos benefícios da mobilidade ativa e do estar de pé (verticalidade) para o bom funcionamento do organismo, levou-os em 1982 a elaborar o conceito, **viver e morrer de pé**, para promoverem a verticalidade. Conceito que levou a preconizar o fim das toaletes no leito, sem justa causa.

Em continuidade, fruto das suas próprias observações, constataram que os cuidadores utilizavam pouco a palavra. Também com eles isso acontecia uma vez que “*Rosete Marescotti, presente como observadora, constata que Yves Gineste realizou a totalidade do cuidado, dirigindo-se à pessoa que o recebeu durante menos de 10 segundos*” (Gineste e Pellissier, 2007, p. 229, 2008, p. 286). Decorrente dessas observações em 1982-1984 realizaram um estudo para avaliarem a duração total das comunicações verbais diretas às pessoas doentes acamadas, residentes em instituições de longa duração, cujo protocolo obedecia às regras de ética relativas à investigação. Foram “... *colocados nos quartos microfones de ativação vocal. A média das durações de comunicação verbal direta avaliadas (...) foi de 120 segundos em 24 horas, com uma variação de alguns segundos a alguns minutos*” (Gineste e Pellissier, 2007, p. 245, 2008, p. 303).

Mais tarde, Mias e Decourt (1993) apresentam resultados de estudos em que a média de comunicação verbal é de 118 segundos nas 24 horas com as pessoas acamadas institucionalizadas. Estes resultados foram reconfirmados por Gineste e Marescotti através do estudo de Océane em 2004 (Gineste e Pélissier, 2007, 2008). Considerando que a razão deste déficit de comunicação era devido à não retroalimentação do nosso esquema de comunicação, ausência de *feedback*, desenvolveram então o *auto-feedback* em que a comunicação é alimentada por uma mensagem descritiva fornecida pelo próprio cuidador. O “*auto-feedback consiste em alimentar a palavra do emissor a partir de outra fonte, que não o feedback do receptor. A melhor maneira de o fazer é o emissor autoalimentar-se, fornecer ele próprio a energia necessária para a continuação da comunicação, através da descrição dos gestos que é obrigado a executar durante os cuidados*” (Gineste e Pellissier, 2007, p. 246, 2008, p. 304). Esta técnica, executada num tom de voz suave, calmo e firme, consiste na resposta do cuidador às suas próprias perguntas quando a pessoa cuidada não tem capacidade de resposta verbal. É complementada pela anunciação e descrição de todos os gestos que o cuidador executa, respondendo-se verbalmente a si próprio, sobre os seus efeitos.

Em 1984 quando constataram que para ajudar uma pessoa com dificuldades de mobilização a levantar-se da cadeira onde estava sentada, esta tinha diferentes reações. Quando era agarrada com os dedos em pinça pelos pulsos e puxada para cima tinha tendência a lançar-se de imediato para trás, quando era pegada não em pinça ou em garra com as mãos do cuidador polegar contra polegar (tipo braço de ferro) apoiava-se no cuidador para se levantar. “*O agarrar em pinça é um gesto natural. Para combater esse reflexo e passar a um agarrar de apoio (o braço de*

um paciente, por exemplo, não será agarrado na mão fechada, em pinça, do prestador e puxado para cima, mas será «pousado» na mão praticamente aberta do prestador e levantado por baixo» (Gineste e Pellissier, 2007, p. 249, 2008, p. 308). A mão do cuidador é oferecida à pessoa doente (mão direita com mão direita, esquerda com esquerda), rodam polegar contra polegar ficando os polegares em borboleta, eminência tenar da pessoa doente contra eminência tenar do cuidador, tipo braço de ferro. A análise dos seus modos de proceder durante os cuidados levou-os a constatar que a forma como tocavam na pessoa doente transmitia informação e comunicava durante a relação de cuidados, facto que poderia contribuir para um fracasso ou um êxito de uma técnica. Não encontrando descrições sobre estas técnicas descobrem que os profissionais que se interessam por esta comunicação são os cinesoterapeutas com as massagens aos pés.

Em 1993 criaram os Programas de Atividade Mínima (PAM) e transformaram os gestos de cuidados em ações de reabilitação e comunicação orientada. Abriu-se um novo campo de interesse e investigação, saber o que um cuidador comunica com o seu corpo, com as suas mãos, quando toca, lava ou veste a pessoa doente. Cinco anos mais tarde em 1998 conceptualizaram o “*toque ternura*” (Gineste e Pélissier, 2007, p. 230, 2008, p. 307) como um dos pilares que juntamente com o pilar da palavra e o pilar do olhar se constituíam formas de proceder concretas que operacionalizavam os laços de humanidade. Esta maneira de proceder nos cuidados foi inicialmente apelidada de manutenção relacional.

Entre 1994 e 1996 os autores realizaram estudos, inquirindo 1000 cuidadores e 1000 pessoas internadas em estabelecimentos de longa duração, para fundamentar o princípio do fim das toaletes no leito, não justificadas por motivos clínicos. Estes estudos, terminados em 1996, revelam que 92,30% das pessoas idosas institucionalizadas desejavam pelo menos um duche por semana (estudos descritos em Gineste e Pellissier, 2007, p. 252-253, 2008, p. 311-312), resultados opostos à opinião dos cuidadores.

De 1996 a 1997 interrogaram 300 cuidadores sobre a perceção da sua identidade profissional e desenvolveram a Filosofia de Cuidados de Humanidade.

Em 1999 os neuropsicólogos canadianos Tallefer e Geneau (1999) quando ensinavam estratégias de diversão para os cuidados a pessoas idosas, com comportamentos de agitação patológica (CAP) e síndromas cognitivo-mnésicos, constataram uma incidência muito baixa de CAP nos estabelecimentos onde se tinha ensinado a manutenção relacional. Esta constatação levou Gineste e

Marescotti a desenvolverem a “*captura sensorial*” (Gineste e Pélissier, 2007, p. 263, 2008, p. 323; Gineste e Marescotti, 2009, p. 418) com a utilização dos pilares da humanidade para estimulação sensorial positiva, tanto para criar como para aceder às memórias emocionais positivas da pessoa doente e, consecutivamente, para diminuir ou eliminar os CAP.

A partir de 2000 foi desenvolvido um trabalho com as instituições para a criação de meios de vida construídos em torno destes princípios, prevenindo a fabricação de confusões nas pessoas doentes e diminuindo os estados de acamado durante as hospitalizações. Os cuidadores começaram a chamar a esta forma de prestação de cuidados “*La métho*” (Gineste e Pélissier, 2007, p. 231, 2008, p. 289). Em 2001 são chamados ao Canadá pela Association de Santé et Surance du Travail dans le Secteur de la Santé et Affaires Sociaux.

Em 2004 Yves Gineste dirige uma obra coletiva com a recolha das indignações de 14 atores de terreno sobre o mau trato (Gineste, 2004).

Em 2007 publicam o livro *humanitude*, que desenvolve esta filosofia de prestação de cuidados, disponível em língua portuguesa em 2008. Iniciam, assim, a divulgação dos seus trabalhos em Portugal realizando, também, em 2009 um Workshop em Coimbra a nosso convite no âmbito da investigação realizada, sob os auspícios da Universidade Católica Portuguesa e da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Expansão internacional da Metodologia de Cuidados Humanitude

O bom resultado conseguido pelos trabalhos dos autores, tanto no apaziguamento das pessoas doentes internadas com CAP, como na diminuição da rotatividade dos cuidadores por transferência de serviço e no próprio absentismo, levou à difusão desta forma de prestação de cuidados por diversos países.

Em 2001 começou o primeiro movimento de criação de um organismo de formação no Canadá que em 2003 se constitui com o nome de Instituto de Cuidados Gineste Marescotti, d’IGM-Canada. Foi efetivamente com esta ida ao Canadá que os autores foram incentivados a patentear as técnicas e a criar estruturas de formação para preservar o rigor da metodologia e o seu contínuo desenvolvimento.

Em 2004 são criados nove IGM’s em diferentes regiões de França, na atualidade são 14 IGM’s. Em 2005 é criado o IGM na Suíça, l’IGM-Suisse. Em 2007 é criado o IGM na Bélgica-Luxemburgo, l’IGM Belgique-Luxembourg (IGM Belux). Em 2010 foi introduzido na Alemanha, IGM-Alemanha.

Em França em 2006 iniciou-se o IGM Animação e em 2010 o IGM restauração. Em Portugal, em 2011 constitui-se a Humanitude, L.da (IGM Portugal), que ajudámos a criar, como sócio gerente fundador. Em 2012, foi iniciado a sua introdução no Japão e também criado o IGM Internacional.

Estes organismos têm planeado, executado e avaliado ações de formação do cuidar em humanidade de forma sistemática e continuada, levando cuidadores e instituições à adesão desta praxis de cuidados.

SIGNIFICADO DA HUMANITUDE NOS CUIDADOS A PESSOAS DOENTES VULNERÁVEIS E DEPENDENTES

Para situar a problemática da humanidade nos cuidados de enfermagem, numa perspetiva científica atual, procedemos a um estudo inicial de revisão da literatura. No processo de revisão, centrado no significado da filosofia da humanidade nos cuidados de enfermagem, seguimos o método dos 7 passos, do Centro Cochrane: formulação da pergunta; método de localização e seleção dos estudos; avaliação crítica dos estudos; colheita de dados; análise e apresentação de dados; interpretação dos resultados; aperfeiçoamento e atualização.

Formulação da questão

A questão de investigação ajuda a precisar a pertinência do tema, sua relevância e atualidade. Com o objetivo de situar o estado atual da problemática, enunciamos a seguinte questão: Qual o significado do conceito integrador de humanidade, no contexto dos complexos e delicados cuidados, que os enfermeiros prestam a doentes vulneráveis e dependentes?

Método de localização e seleção dos estudos

Na primeira fase, pesquisámos teses de mestrado e/ou doutoramento acessíveis em bases de dados de centros de documentação portuguesas, sobre humanização de cuidados. No universo das universidades portuguesas, encontra-se já um vasto acervo de teses de mestrado e doutoramento realizadas por enfermeiros, relacionado com a natureza específica dos cuidados de enfermagem. Num universo de 390 dissertações de mestrado em ciências de enfermagem, pesquisadas em bases de dados das Bibliotecas de duas Universidades Portuguesas, seis, referem-se especificamente ao conceito de humano ou humanização: Costa (1995), “o

modelo humanista na educação para o cuidar”; Pires (1995), “Cuidar da pessoa em coma: como preservam as enfermeiras a sua humanidade e a humanidade da pessoa em coma”; Gomes (1996), “Praxis humanista de enfermagem no contexto de mudança”; Gama (2000), “humanização nos processos de cuidar”; Carvalho (2003), “Dignidade humana: do outro lado do espelho”; Simões (2005), “Humanização de cuidados de saúde e educação reflexiva em ensino clínico”.

Na segunda fase, procedemos a pesquisa eletrónica no portal *B-on*, por ser um serviço que agrega os recursos disponíveis na Medline, WoS e CINAHL . A pesquisa na *B-on* utiliza o conjunto Ciências da Saúde com os seguintes recursos: Annual Reviews; BIOMED(RDN); Elsevier - Science Direct; Oaister; SpringerLink(Springer/kluwer); Taylor & Francis; Wiley Interscience (Wiley); PubMed; Academic Search Complete (EBSCO); Biomedical Comprehensive (EBSCO); Business Source Complete (EBSCO); CINAHL (EBSCO); Health Business FT (EBSCO); Psychology + Behavioral Sciences Collection (EBSCO); PsycExtra (EBSCO); Nursing + Allied: Comp. (EBSCO).

Conjugamos os conceitos (cuidados de enfermagem, com os diferentes pilares de humanidade, em conjunto), não se obtiveram resultados de pesquisa em autor, título ou assunto. No entanto, de acordo com a questão de partida, era necessário inserir na operação de pesquisa, o termo humanidade, enquanto conceito integrador explicitado. No processo de intersecção de Cuidados de enfermagem e humanidade (fig 1), resultou da pesquisa um trabalho de Rappo (2007), “*comment les soignants en soins infirmiers conservent-ils l’humanité des patients comateux durant leurs interventions?*”

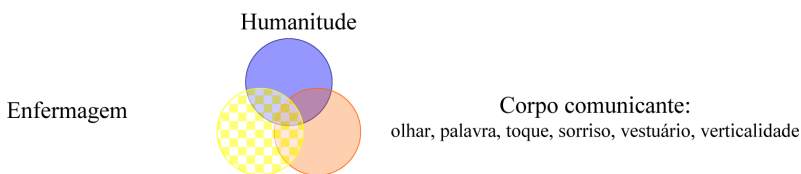


Figura 2 – Operação de pesquisa

Na última fase, com o objetivo de ampliar a pesquisa, evitando áreas de silêncio, recorremos a diversos motores de busca da *Web*, pesquisa em livrarias, bibliotecas escolares, bem como contactos com investigadores interessados nesta questão, nacionais e estrangeiros. Entre várias publicações em livro e artigo de revistas não indexadas, surgem inúmeros trabalhos, sobre conceitos de “olhar,

tocar, falar, verticalidade, vestuário”, no contexto dos cuidados, entre os quais Rodrigues (1995), Rodrigues e Martins (2004), que apresentam e fundamentam modelos integradores, embora não discutam o conceito de humanidade.

Como verificamos no passo seguinte do processo de revisão, o acervo global dos documentos pesquisados é sujeito a avaliação crítica.

Avaliação crítica dos resultados

O esforço metodológico vai no sentido de vencer as limitações de uma simples revisão narrativa, explicitando as estratégias de pesquisa, aplicando critérios de verificação criteriosa, seguindo os princípios de uma revisão sistemática. Como se verifica, os estudos que respondem ao critério específico humanidade, como conceito ”integrador”, são escassos, o que só por si evidencia a necessidade de investigação da problemática e construção de novo conhecimento útil. No entanto, estes estudos revelam a pertinência da problemática e constituem um importante ponto de partida. No seu conjunto as obras completam-se, ajudando a tecer um quadro teórico válido, do ponto de vista filosófico, ético e científico, que permitirá enunciar novas questões de investigação e produzir conhecimento útil para a enfermagem científica.

No final da pesquisa, depois de excluídos todos os documentos que não integravam o conceito humanidade, resultou um *corpus* documental, que entendemos ser relevante para a análise.

- KLOPFENSTEIN. F. (1980) - **Humanidade, essai**. Genebra, Ed. Labor et Fides (obra não recuperada, pelo que não foi sujeita a análise)
- JACQUARD, A. (1986) - **L’Héritage de la liberté: de l’animalité à l’humanité**, Paris: Seuil, Ed.
- JACQUARD, A. (1988) - **A Herança da Liberdade da animalidade á humanidade**. Lisboa: Publicações Dom Quixote, lda.
- ARCHER, L. (2002) – “Profecias do Gene Ético: Confronto entre Tecnocosmos e Humanidade”. **Cadernos de Bioética**, Ano XII, nº 30, Coimbra: Grafica de Coimbra.
- HESBEEN, W. (2006) – **Trabalho de fim de curso, trabalho de humanidade, emergir com o autor do seu próprio pensamento**, Loures: Lusociencia.
- GINESTE. Y. ; PELLISSIER, J. (2007) – **Humanitude, Comprendre la vieillesse prendre soin des Hommes vieux**. Armand Colin, Paris
- GINESTE, Y.; PELLISSIER, J. (2008) – **Humanitude, compreender a velhice, cuidar dos Homens velhos**. Lisboa : Instituto Piaget.
- PHANEUF, M. (2007) - **le concept d’humanité: une application aux soins infirmiers généraux** [Em linha]. [Consult. 12 Fev 2007]. Disponível na WWW: URL: <http://pagesperso-orange.fr/cc-formation.net/phaneuf.pdf>

RAPPO, I. (2007) - **Comment les soignants en soins infirmiers conservent-ils l'humanité des patients comateux durant leurs interventions?** Haute Ecole Spécialisée de Suisse occidentale, Fachhochschule Westschweiz, University of Applied Sciences Western Switzerland. Travail aboutissant à la fin de formation en soins infirmiers,

Fonte de dados

A decisão sobre a pertinência dos documentos selecionados, para a análise, depende da clareza, com que, no conteúdo de cada texto, são descritos os dados referentes a *variáveis em estudo, questões centrais, metodologia e foco*, como vemos no quadro 1. O quadro permite uma leitura comparativa entre os dados referentes a cada uma das fontes, que foram consideradas pertinentes para análise. Todas as fontes tratam a variável central humanidade. Uma parte apresenta uma reflexão crítica e filosófica sobre humanidade, outra parte coloca questões centradas nos enfermeiros e nos cuidados de enfermagem a pessoas vulneráveis, em coerência com a problemática em estudo.

Quadro 1 – *Corpus* documental

| Fontes | Variáveis | Questões | Características da metodologia | Foco |
|--|--|--|--------------------------------|---|
| 1 - Jacquard (1986, 1988) | Da animalidade à humanidade. | A humanidade é a herança da liberdade construída pelo homem? | Reflexão crítica filosófica. | A condição de humanidade. |
| 2 - Archer (2002) | Ciência/tecnocosmos versus Humanidade. | O regresso à original humanidade holística? | Reflexão crítica. | Humanidade holística. |
| 3 - Hesbeen (2006) | Humanidade. | A postura cuidadora dos enfermeiros é construída através da liberdade de pensamento, da responsabilidade e do compromisso? | Reflexão crítica. | Os enfermeiros em formação. |
| 4 - Gineste et Pellissier (2007, 2008) | Os pilares da humanidade. | Como compreender a velhice e prestar cuidados de humanidade? | Narrativa experiencial. | A prestação de cuidados (A atitude e o comportamento do prestador de cuidados - <i>o olhar, o falar, o tocar, a verticalidade, o vestuário</i>). |

| | | | | |
|--------------------|--|---|--------------------|---|
| 5 - Phaneuf (2007) | Humanidade, Cuidados gerais de enfermagem. | A humanidade aplica-se bem aos diferentes aspetos dos cuidados de enfermagem? | Reflexão crítica. | A humanidade na prestação de cuidados gerais de enfermagem. |
| 6 - Rappo (2007) | Conservação da humanidade dos doentes comatosos. | Comment les soignants en soins infirmiers conservent-ils l'humanité des patients comateux durant leurs interventions? | Estudo descritivo. | Os enfermeiros que cuidam de doentes em coma. |

Apresentação e análise de dados

De acordo com o quadro 2, do *corpus* em análise, é possível obter um conjunto de dados relevantes, que sustentam o valor da humanidade nos cuidados de saúde e especificamente nos cuidados de enfermagem.

Quadro 2 – Dados relevantes em análise de cada documento

| Fonte | Dados relevantes |
|-------|--|
| F1 | O Homem resulta da natureza; em diálogo com a natureza criou a sua condição de humanidade; e desenvolveu-a através da sua possibilidade de “ <i>educare ou educere</i> ” e de criar cultura. |
| F2 | A dessacralização do mistério da vida e a sacralização da ciência e técnocosmos; O mistério do regresso informado da ciência e técnocosmos à humanidade; o conceito integrador de humanidade holística. |
| F3 | Cuidar não começa na pessoa do cuidador para acabar na pessoa cuidada, antes, conjuga subtilmente, a pessoa do cuidador, a pessoa cuidada, os outros e o mundo; o pensamento livre e pessoal na perspetiva profissional leva a reconhecer a responsabilidade e o compromisso da atuação por um agir sensato respeitoso e preocupado com uma postura de liberdade. |
| F4 | Os pilares fundamentais da humanidade são: verticalidade (viver e morrer de pé), palavra (é um elevado meio de humanidade), toque (<i>toucher tendresse</i> , a elevada expressão da intimidade), visão (ligação, relação de igualdade), vestuário (proteção). O método de Gineste e Marescotti parte da Filosofia de humanidade de Jaquard; e estrutura-se em 5 eixos (La Philosophie de l'Humanitude, La Capture et le Rebouclage sensoriels, La Manutention Relationnelle, Le Toucher-Tendresse, Vivre et Mourir debout, La toilette = un soin central.) |
| F5 | O desenvolvimento dos pilares da humanidade ao longo da evolução humana; o sentido da ação ancorada nos pilares da humanidade nos cuidados de enfermagem; o valor dos pilares da humanidade na comunicação interpessoal cuidativa; os pilares da humanidade permitem uma aproximação cuidativa dignificante durante os procedimentos; o valor do gesto está simultaneamente ligado à técnica e ao “ <i>calor humano</i> ”. |
| F6 | Os doentes em coma estão em elevado grau de vulnerabilidade; o cuidador precisa conservar os padrões de humanidade nos cuidados a estes doentes; as respostas de humanidade são inerentes à natureza dos cuidados de enfermagem |

Interpretação dos resultados

O termo criado por Klopfenstein (1980), a tese filosófica de Jacquard (1986, 1988) e a teoria da humanidade holística de Archer (2002) são marco fundamental na problemática, ao definir humanidade como herança da liberdade, coconstruída pelo homem, numa dimensão integradora, ética e educativa.

Privar o ser humano dos pilares de humanidade (Gineste e Pellissier, 2007, 2008), na ação de cuidar, pode promover alterações de comportamento, nomeadamente agitação patológica ou imobilismo e apatia. O papel do cuidador enfermeiro é fornecer à pessoa vulnerável/dependente as possibilidades para que ela mesma maximize as suas possibilidades no sentido da autonomia, respeitando a *legis artis* e gerando uma relação de igualdade. As forças de evidência encontradas remetem para a importância da cultura de cuidados, a educação dos cuidadores e a prioridade dos que mais necessitam de cuidados.

Os pressupostos da filosofia da humanidade e a definição conceptual dos pilares da humanidade foram operacionalizados por Gineste e Marescotti tendo em conta o conceito de humanidade de Jacquard, de onde os autores partiram para questionarem uma prestação de cuidados que respeite a vida, a dignidade, a autonomia, a liberdade, a cidadania e os pilares que ao longo da evolução do Homem identificam a espécie humana.

O cuidado deve tranquilizar e promover a confiança mobilizando de uma forma integrada os pilares da humanidade. Promover o maior tempo possível a verticalidade, “*mourir debout*”, contraria a tendência à limitação motora, à postura anquilosante e ao sentimento de inutilidade e derrota. O olhar permite estabelecer o primeiro contacto, captar a atenção e manter a focagem. A palavra terna e suave, mesmo perante uma pessoa que não fala, permite a ligação, desde que o cuidador saiba construir um enredo e alimente o auto *feedback*. A ternura no tocar com suavidade, a afloração, o evitar as mãos em garra, é uma técnica e uma arte de cuidar “*toucher tendresse*”, que permite a efetiva ligação material com a pessoa doente, pelo que deve ser mantida durante todo o processo cuidativo. A conjugação equilibrada dos pilares da humanidade, de acordo com os autores e suas experimentações clínicas, permite a aproximação às boas memórias afetivas das pessoas doentes, uma via importante de acesso e apaziguamento em pessoas com grandes limitações e dificuldades mnésicas. Construíram um método de cuidados, trabalhando essencialmente com idosos.

O conhecimento sobre esta problemática, inferido a partir dos dados mais relevantes das fontes pesquisadas, permite produzir a seguinte síntese: a humanidade

é uma construção da humanidade; a humanidade é filosofia e práxis; os cuidados de enfermagem assimilam a filosofia da humanidade e aplicam-na na prática clínica, assente em pilares de ação (olhar, palavra, toque, sorriso, verticalidade, vestuário); os cuidados de humanidade dirigem-se de forma prioritária às pessoas dependentes e em situação crítica e vulnerável; os enfermeiros centram a sua perícia na arte de ajudar as pessoas doentes a conservar padrões de humanidade, mesmo nos momentos de mais elevado grau de limitação e dependência; o processo de conservação dos padrões de humanidade, implica uma aproximação ao espaço de intimidade da pessoa doente, onde se valorizam os mais subtis sinais de pedidos de ajuda dos doentes e se convertem em ajuda terapêutica os mais finos e delicados gestos técnicos e relacionais do enfermeiro.

Aperfeiçoamento e atualização

Uma revisão sistemática é uma publicação viva que pode ser atualizada cada vez que surjam novos temas sobre a questão. O conceito humanidade parece emergir com interesse na linguagem científica de enfermagem, como verificámos através dos resultados, a um nível descritivo, narrativo-experiencial e de reflexão crítica. Na dimensão experiencial e intervenção útil no plano clínico, os avanços são surpreendentes, através dos trabalhos de Gineste e Marescotti. Porém, são escassos os trabalhos de investigação que expliquem cientificamente os métodos e demonstrem os ganhos em saúde.

Concluimos, a partir da revisão efetuada, que das evidências científicas o MGM é a principal evidência, pelo que passamos ao seu estudo.

MÉTODO DE CUIDADOS HUMANITUDE GINESTE MARESCOTTI®

Neste método, a realização dos procedimentos na prestação de cuidados fundamenta-se em quatro pilares da humanidade já apresentados: o olhar - com que se estabelece ligação com a pessoa doente capturando a atenção e dando-lhe atenção, mostrando uma relação de igualdade, deve ser axial, horizontal, longo e próximo; a palavra - é normal que não aconteça perante uma pessoa doente que não fala, então é profissional que o cuidador utilize o auto *feedback* para promover este sinal de humanidade e deve ser suave, melodiosa, um pouco grave, anunciadora e descritiva; o toque - como parte essencial de comunicação não-verbal, tem de ser pacificador, feito com suavidade ou “*toque-ternura*” evitando pegar (agarrar) em

força (pressão), em garra ou em pinça, tem de ser progressivo e permanente, de efetiva ligação material com a pessoa doente, devendo ser mantido durante todo o cuidado; a verticalidade - promover o maior tempo possível de verticalidade “*morrer de pé*” pelos benefícios que promove ao funcionamento de todo o organismo e pela ligação direta a uma das principais características da espécie humana.

A ancoragem da realização dos procedimentos cuidadosos nestes pilares consegue uma ligação afetiva, por estimulação sensorial positiva, favorável à continuação e potenciação desta estimulação e ao incentivo para a mobilização ativa, para a verticalidade e para a marcha, sem que as pessoas cuidadas se sintam agredidas, mas sim em sintonia com o cuidador numa inter-relação tranquila.

Eixos estruturantes do método

Como temos vindo a demonstrar, Gineste e Marescotti desenvolveram saberes e saberes fazer em ligação coerente uns com os outros, de forma a serem um meio eficaz de estimulação da ligação relacional intersubjetiva pela via afetiva, criando o MGM, sintetizando o conhecimento anteriormente exposto nos eixos que se passam a descrever.

Filosofia da Humanidade (*Philosophie de l'Humanité*®). Na resposta à questão, “*qu'est-ce qu'un soignant?*” a filosofia da humanidade fornece-nos respostas levando-nos à essência do próprio Homem. Se o propósito de um cuidador é acompanhar seres humanos em certos domínios da sua vida, então é necessário saber qual a especificidade de cada um desses seres humanos. Como é que os seres humanos são construídos ou desconstruídos pelos seus semelhantes. Como é que os cuidadores podem ajudar a construir um ser humano e nunca a destruí-lo. Conhecer os pilares da humanidade, o cerne desta filosofia, é o suporte operacional para se atingir este objetivo.

Captura Sensorial (*Capture sensorielle*®). Através da sensação corporal produzida pela informação sensitiva positiva coerente fornecida pelo cuidador é a chamada às recordações emocionais que contêm informação sensitiva positiva, uma vez que em determinadas patologias vai havendo perda da memória cognitiva mantendo-se a memória emocional. Em caso de perda de memória cognitiva, tem a intenção de promover afetividade no cuidado, onde o objetivo é assegurar que as pessoas se apoiem na sua memória emocional criando uma atmosfera afetiva e reativando a atmosfera das relações afetivas em memória emocional através da efetividade do olhar, da palavra e do toque que estabelecem uma ligação em humanidade.

“*Rebouclage*” Sensorial. Estado de bem-estar que se obtém quando todas as entradas sensoriais (visão, audição, tato) são positivamente coerentes e há uma impressão na memória permanente emocional da sensação corporal positiva criada, ao mesmo tempo que há uma reconecção à informação sensorial positiva armazenada na memória emocional, recuperando-a através da estimulação sensorial positiva pela via afetiva, contribuindo para despertar e acalmar a pessoa. Este estado provoca uma baixa do tónus muscular, diminuindo a sua rigidez e facilitando a prestação do cuidado. No caso das pessoas com perda da memória cognitiva guardam em memória emocional permanente uma sensação agradável do contexto afetivo do cuidado prestado.

O toque ternura (*Toucher Tendresse*[®]). Começar pelo contacto em zonas neutras, sociais, estender a mão consoante os casos. Pousar com suavidade as pontas dos dedos, até ao contacto da palma da mão, numa zona socialmente neutra e pouco sensível do corpo da pessoa (ombro, braço, antebraço). Inicia-se o contacto corporal com a pessoa respeitando a sua aceitação. Contacto que tem de ser mantido até ao fim do cuidado. Este tipo de toque permite ativar fibras nervosas só sensíveis ao toque com ternura (Olausson, Lamarre 2002; Gineste, Pellissier 2007, 2008)

Manutenção relacional (*Manutention Relationnelle*[®]). Os cuidados de reabilitação, de manutenção passam de uma conceção mecanicista a uma conceção reabilitante de humanidade, utilizando técnicas que permitam mobilizar as pessoas com a maior suavidade possível, executando os gestos com indiciação e sustentação do movimento.

Viver e morrer de pé (*Mourir Debout*[®]). Os autores, formados numa área do movimento, constataram que nas instituições de saúde a tendência era para o repouso no leito ou cadeirão, o que na maioria dos casos levava as pessoas doentes a ficarem acamadas e a desenvolverem muitas dependências e úlceras de pressão. Verificaram que raramente as situações clínicas as impossibilitavam de ficarem de pé, pelo menos por alguns minutos. Identificaram, pela sua experiência, que 20 minutos por dia de verticalização das pessoas são suficientes para prevenir vários síndromas de imobilismo e apatia e eliminar as úlceras de pressão.

Os cuidados de toalete, um cuidado central. Maximizam a comunicação, permitem estimular a memória procedimental, reabilitar os saberes fazer, prevenir degradações, recuperar o esquema corporal, a autoimagem e a verticalização, reapropriar a identidade estimulando para a vida, otimizam o bem-estar e o conforto e são um excelente momento de observação, recolha de dados e diagnóstico

“*quem não é reconhecido como pessoa morre socialmente e morre também fisicamente*” (Salgueiro, 2006b, p.23). Gineste e Marescotti desenvolveram a ideia de “*toalete avaliativa*” em que o enfermeiro a partir do diagnóstico de enfermagem prescreve as condições de realização da toalete, os objetivos a atingir, o tipo de toalete e as sequências adequadas (por exemplo: ternura; relacional; reeducativa; higiene).

Técnicas de preparação, execução e avaliação do método

Preparação - O MGM apresenta uma escala de verticalidade para classificação das pessoas a cuidar, relacionada com a capacidade para a verticalização, onde “*podemos distinguir quatro tipos de pacientes entre as pessoas que encontramos nas instituições e serviços onde vivem homens velhos em situação de incapacidade ou doentes. Esta tipologia, essencial para uma primeira estimativa do tipo de ajuda à marcha (e, como veremos, do tipo de higiene) a efetuar, não substitui evidentemente a avaliação precisa de cada pessoa, o diagnóstico médico e o diagnóstico de enfermagem de que falámos e que permitem ajustar o cuidado às particularidades próprias de cada um*” (Gineste e Pellissier, 2007, p. 237, 2008, p. 295).

O respeito pelo pilar de humanidade verticalidade, como diretamente ligado à hominização (Phaneuf, 2007b), é essencial para a saúde tendo em conta os seus benefícios para o funcionamento do organismo, pois como já foi referido “*o sistema ósseo, as cartilagens, os músculos, os tendões e ligamentos, a circulação venosa, a ventilação respiratória, o sistema nervoso periférico e o sistema nervoso central beneficiam com a verticalização e a marcha (incluindo quando esta tem lugar com pequenos passos)*” (Gineste e Pellissier, 2007, p. 233, 2008, p. 291).

A verticalidade é muito importante para a relação interpessoal, uma vez que estimula as duas redes nervosas principais, os nervos sensitivos e motores, que nos permitem a permanente interação com o mundo que nos rodeia e que se enriquecem ou empobrecem conforme a nossa atividade. Os nervos sensitivos que encaminham informação para o cérebro tanto do exterior (informações exteroceptivas), por exemplo os recetores da pele, como do interior do organismo, o exemplo dos recetores das articulações, dos músculos ou dos tendões (informações propriocetivas) que permitem a perceção da situação no espaço de cada parte do nosso corpo. Toda esta informação que participa na elaboração cerebral do esquema corporal indispensável à realização dos gestos, do equilíbrio e da marcha é permanentemente mantida, afinada e modificada através do contacto corporal com o mundo que nos rodeia, tão importante na convivência entre os humanos (Gineste e Pellissier, 2007, p. 235, 2008, p. 293).

O MGM, através de procedimentos baseados nos pilares da humanidade (olhar, palavra, toque e sorriso, verticalidade, vestuário) promove estimulação sensorial positiva uma vez que “... *ao risco, ligado ao envelhecimento de ficar menos informado, o cuidar deve responder com uma informação precisa e adaptada*” (Gineste e Pellissier, 2007, p. 80, 2008, p. 101). Assim como, o cuidador incentiva a mobilização ativa, verticalidade e marcha, pois como “*uma das capacidades do homem é ser móvel, manter-se de pé e andar, essa capacidade mantém-se continuamente pela sua utilização*” (Gineste e Pellissier, 2007, p. 77, 2008, p. 97) em conformidade com os objetivos traçados de acordo com o nível da escala de verticalidade em que a pessoa doente foi classificada. Esta conduta cuidativa visa a qualidade positiva da informação sensorial encaminhada ao cérebro, gerada pela minuciosa e intencional estimulação positiva dos órgãos dos sentidos e dos nervos sensitivos exteroceptivos e proprioceptivos. Assim como visa os benefícios da mobilidade ativa, verticalidade e marcha promovida na pessoa doente, tanto na qualidade da informação referida, como no bom funcionamento do organismo. A intenção desta estimulação é a produção de uma sensação corporal positiva, que desperte na pessoa doente um estado emocional positivo promotor de bem-estar e colaboração na realização dos cuidados e também, como já o dissemos, na manutenção cerebral do esquema corporal tão necessário, tanto para o equilíbrio e para a marcha como para a realização dos gestos precisos na satisfação das necessidades e na realização das atividades de vida da pessoa doente. “*Sublinhe-se que este esquema corporal sensitivo possui numerosos pontos comuns com o esquema corporal motor, aquele ligado às informações que partem do cérebro para o corpo. Assim como as mãos são mais sensíveis do que a barriga da perna, elas são igualmente mais ágeis...*” (Gineste e Pellissier, 2007, p. 236, 2008, p. 294).

Neste âmbito, a estimulação sensitiva que criar uma sensação corporal que implique num estado emocional negativo leva a pessoa doente à defesa pela agressividade ou pela fuga para a apatia e, em consequência, à privação da estimulação sensorial positiva na inter-relação com o cuidador. Nas pessoas necessitadas deste tipo de estimulação positiva, um dos efeitos da sua privação é a baixa do esquema corporal que fragiliza a inteligência sensoriomotora, diminui as capacidades expressivas, afetando a inteligência conceptual, cria desorientação espaço-temporal e perda de ideação, prejudicando-lhes a vida e a inter-relação. “*Nas pessoas imobilizadas, a estabilidade das posições (deitadas em permanência ou na cama durante 12 horas e sentadas na poltrona outras 12 horas) enfraquece progressivamente o esquema corporal e a inteligência sensoriomotora. Esta pode afetar*

a inteligência concetual (ou pelo menos as suas capacidades expressivas) e favorecer os fenómenos de desorientação espaço-temporal, de perda de ideação, etc.” (Gineste e Pellissier, 2007, p. 236, 2008, p. 294).

Os dados colhidos pelo cuidador através da estimulação sensorial e da respetiva aplicação da escala de verticalidade, permitem-lhe (re)planear os cuidados necessários a prestar à pessoa para lhe estimular os nervos sensitivos, o movimento, a verticalidade e a marcha, adequando todos os procedimentos do cuidado. A toailete avaliativa, concebida para esta função diagnóstica, é a ferramenta por excelência que permite obter respostas à estimulação sensorial proporcionada pelo cuidador e ajustar a classificação da pessoa pela escala de verticalidade. Visa avaliar as capacidades de uma pessoa no decurso de um cuidado, relativamente aos objetivos a atingir, às condições necessárias à sua realização e tempo de que os prestadores dispõem para a efetuar. O conjunto de orientações e objetivos, que este cuidado permite obter, irão orientar as intervenções para uma estimulação sensorial positiva e para um cuidar de pé, adaptados a cada caso. *“Ajudar uma pessoa a manter-se de pé, a andar, a deslocar-se (...) diz respeito aos próximos (...). Recorde-se que o estudo das perturbações de marcha e a ajuda à mudança de posição, ao levantar, à marcha e às deslocações fazem parte do papel próprio da enfermagem”* (Gineste e Pellissier, 2007, p. 237, 2008, p. 295). Nomeadamente, irá orientar os cuidados de toailete diários, uma vez que estes oferecem entre 14 a 20 minutos por dia de relação, colheita de dados, estimulação positiva privilegiada e promoção da mobilidade ativa, verticalidade e marcha. *“Uma vez a toailete avaliada, o enfermeiro (...) preenche uma ficha de toailete avaliativa que será transmitida à equipa (...) poderão, então, executar cuidados ajustados às pessoas e disporão, assim, até ao diagnóstico de enfermagem seguinte, de objetivos claramente definidos, realizáveis e conhecidos por todos”* (Gineste e Pellissier, 2007, p. 254, 2008, p. 313), o que exige supervisão.

Execução - A produção de sensação corporal positiva e o seu impacto na memória emocional, com a impressão emocional conseguida e a reconecção à informação sensorial positiva armazenada da pessoa doente através da via afetiva, é o objetivo no imediato da intervenção desenvolvida pelos cuidadores através do MGM, com estimulação e encorajamento para a mobilização ativa, verticalidade e marcha. Para que tal impacto seja positivo, o cuidador centra a sua comunicação com a pessoa doente ao nível da sensação, com estimulação positiva dos pilares da humanidade (olhar, palavra, toque e verticalidade) através dos órgãos dos sentidos e dos nervos sensitivos propriocetivos e/ou exterocectivos do corpo. Pilares a partir

dos quais o cuidador também recebe informação da pessoa doente que utiliza para reorientar a sua estimulação na prestação de cuidados. A sensação corporal positiva produzida, é a base na qual se desenvolvem todos os cuidados e para a qual também todos os cuidados contribuem.

As características de suavidade e firmeza, tanto no tom, como no timbre, nas palavras com que o cuidador estimula a comunicação verbal na pessoa doente, mantidas durante a interação de cuidado, realizam uma estimulação positiva deste pilar, através do órgão do sentido audição. Mas, para que tal aconteça é necessário que a comunicação verbal se mantenha. E como já referimos, a comunicação verbal entre duas pessoas ditas normais cessa quando uma das pessoas deixa de responder e, consecutivamente, de alimentar a troca verbal. O cuidador sem formação nem competências desenvolvidas nesta forma de estimulação verbal, tende a deixar de falar com a pessoa doente que não lhe responde. Situação agravada com a concentração do cuidador no procedimento que executa com pouco recurso à comunicação verbal, que pode ser facilmente esquecida quando não parece necessária à execução do cuidado.

Nos casos de pessoas que têm problemas de comunicação verbal, ou mesmo incapacidade para verbalizar, é necessário manter estimulada a comunicação verbal e se esteja atento aos sinais da comunicação não-verbal, para receber *feedback* através desses sinais e se manter a comunicação com a pessoa, adequando os gestos de cuidar. Como referimos, para que se mantenha a estimulação verbal, mesmo sem resposta verbal da pessoa doente, o “autoalimentar em troca” ou “*auto-feedback*” é utilizado integrado nos procedimentos que se têm de executar no dia-a-dia. Esta simples técnica é difícil de adquirir e exige treino repetido nos cuidadores para a sua aquisição, no entanto a sua utilização permite um aumento significativo de estimulação deste pilar através das características positivas verbais e permite um importante contributo para a manutenção do esquema corporal na pessoa doente, por meio da descrição associada à estimulação tátil da parte do corpo que está a ser cuidada.

A atenção do cuidador à mímica facial, aos olhos e ao tonos muscular da pessoa doente, permite a captura de sinais de comunicação não-verbal, com indicações fortes de bem-estar e/ou de dor. “*Na ausência de feedback verbal, subsistem quase sempre feedback não-verbais, muitas vezes subtis, que podem, quando detetados, alimentar a comunicação*” (Gineste e Pellissier, 2007, p. 247, 2008, p. 306). Para colher estes sinais ao longo dos procedimentos e inferir sobre eles, o cuidador integra o olhar frequente para o rosto e para os olhos da pessoa doente. Olhar que

Ihe permite verificar a contração ou relaxamento muscular dos músculos da face e/ou da íris. O cuidador também utiliza um toque que lhe permita sentir o tonos muscular, porque um aumento do tonos está associado a mal estar ou dor. Ao mesmo tempo, o cuidador tem a oportunidade de utilizar os órgãos dos sentidos, visão e tato, como canais privilegiados para estimulação sensorial pelo olhar e toque. O olhar axial, horizontal, longo e próximo, e o toque suave, progressivo, permanente e pacificador, por um lado permitem fazer sentir uma estimulação que promove uma boa sensação corporal, por outro lado promovem a percepção de uma ligação relacional de igualdade, de proximidade e de afetividade.

A qualidade do toque leva muito tempo a desenvolver no cuidador, mas é de extraordinária importância quando da prestação de cuidados a pessoas com dificuldades de captação e processamento de informação sensorial e/ou com as capacidades cognitivas alteradas. Pois, estas pessoas não entendem a utilidade dos toques que podem provocar desconforto, ou mesmo dor, no cuidado, e por isso mesmo tomam-nos como agressivos e reagem enquanto tal. Nestes casos, o cuidador tem de ter competências desenvolvidas para que a estimulação sensorial, minuciosa e intencional, que provoca através do toque ternura permita, à pessoa doente, uma sensação positiva com a qual se sinta bem e deixe o cuidador continuar a prestação de cuidados, aceitando-os e colaborando. Importa referir que um toque doloroso ou desconfortável (por exemplo a mão em pinça ou em garra) tem um mau impacto por estimulação sensorial negativa e desperta informação sensorial negativa (punitiva) armazenada em memória emocional.

A juntar a estas características, o cuidador para além de possuir uma autorização tácita da pessoa doente para tocar o seu corpo, não deve fazê-lo sem pedir uma autorização sensorial tátil corporal. Esta autorização consegue-se pela especificidade do toque ternura ao entrar em contacto com o corpo da pessoa doente através das pontas dos dedos da mão do cuidador num movimento suave e curto de polpar-deslizar-palmar (a retirada é feita pelo movimento inverso despalmar-deslizar-despolpar). As mãos do cuidador são ferramentas de excelência para oferecer/administrar uma estimulação sensorial tátil positiva, sendo *“indispensável reconhecer que o toque do prestador constitui um verdadeiro gesto profissional a título completo”* (Gineste e Pellissier, 2007, p. 249, 2008, p. 308). São *“ferramentas mágicas: mãos coração que transmitem amor, compaixão, serenidade, paz e energia curadora; mãos palavra (...) mãos estímulo (...), mãos engenhosas, mas que é preciso estar vigilante para não se transformarem em mãos perigosas destruidoras, até de uma relação”* (Salgueiro, 2007a, p. 11).

Esta estimulação sensorial tátil positiva produzida na pele é transmitida pelos recetores sensoriais (exteroceptivos), neurónios, tálamo e a amígdala analisa-a em função das memórias emocionais. O córtex analisa-a em função de elementos racionais, do contexto, da experiência e das reflexões, se a pessoa tem capacidade cognitiva para isso. Quando o toque é lento, amplo e suave estimula uma rede de fibras nervosas independentes que estimulam uma área específica do cérebro sensível ao prazer (Olausson e Lamarre, 2002), como já referido.

A estimulação positiva e congruente através dos órgãos sensoriais visão, audição e tato da pessoa doente pelo olhar, palavra e toque do cuidador (pelo menos dois), cria nesta uma sensação corporal positiva e estabelece uma ligação (via) afetiva entre ambos. É no cerne desta ligação (via) afetiva que o cuidador incentiva e indicia o maior nível de mobilidade ativa, verticalidade e marcha possíveis, mantendo e potenciando a estimulação sensorial positiva. Nesta prestação de cuidados, o cuidador recorre à ajuda de técnicas de apoio, como por exemplo os verticalizadores, para superar problemas físicos e de equilíbrio, recorre também à avaliação de possíveis problemas cognitivos de compreensão das suas instruções ou à verificação da presença de medo na pessoa doente perante a mobilidade e a verticalização.

A prestação de cuidados que cumpra as regras de boa prática na realização dos procedimentos cuidativos, mas que não tenha em atenção a estimulação positiva conjunta e coerente dos pilares da humanidade para criar uma sensação corporal positiva, conforme cada caso em concreto, pode fornecer estímulos percebidos pela pessoa doente como agressivos. Como o exemplo de um agarrar que cause uma informação sensorial negativa, levando a pessoa a rejeitar e a contrariar o cuidado que está a ser prestado. Ou o exemplo do fornecimento de estímulos que não ofereçam a totalidade da informação acerca do que se passa à sua volta, como é o caso da ajuda que ultrapassa a necessidade da pessoa doente ser ajudada ou que em vez de indiciar o movimento fazem com que este seja contrariado. O cuidador não deve ajudar mais do que o estritamente necessário para não falsear a informação ao cérebro dos recetores barométricos de pressão exteroceptivos e proprioceptivos. *“Entre 65 a 85 por cento dos que vivem em instituição podem ser acompanhados de pé, pelo menos 20 minutos por dia: é a duração a partir da qual, à parte patologias específicas, um homem nunca se torna imobilizado (...) no Lar de repouso medicalizado de Chambon-sur-Voueize (Creuse), por exemplo, que seguimos de 1987 a 2002, ninguém se tornou imobilizado durante esses quinze anos (especifique-se que todos os residentes viveram aí até ao fim da sua vida)”* (Gineste e Pellissier, 2007, p. 239, 2008, p. 297).

O cuidador com competências desenvolvidas na estimulação dos pilares da humanidade (olhar, palavra, toque e verticalidade) através da estimulação de informação sensorial pela via afetiva em coerência com os sinais de comunicação presentes na pessoa doente, está habilitado a integrar na sua prestação de cuidados: estimulação sensorial positiva minuciosa e precisa; intervenção na sensação corporal; ligação interpessoal através da via afetiva; impressão da sensação corporal positiva na memória emocional; reconexão à informação sensorial positiva armazenada em memória emocional; promoção diária de uma relação de cuidados participada; estimulação das capacidades restantes e da independência máxima possível; promoção da autonomia.

Estas competências são indispensáveis na prestação de cuidados a pessoas idosas com deficiências na captura e processamento da informação sensorial e/ou com demências. Inclusivamente, as pessoas com demências apresentam uma perda da visão periférica, alteração progressiva do esquema corporal e motor, e perda de memória cognitiva. As memórias procedimental e emocional são as únicas que perduram e a memória emocional torna a pessoa doente hipersensível. Os cuidadores têm de contar com a incapacidade destas pessoas para compreenderem os incómodos dos procedimentos úteis do cuidar, assim como, com a sua reatividade emotiva às abordagens que sintam como agressivas.

Estas abordagens são todas aquelas que não sejam pacificantes ou que causem surpresa. Como é o caso das abordagens laterais fora do campo de visão, ou um agarrar em pinça ou em garra. Os cuidados prestados por cuidadores não habilitados, sem conhecimentos que lhes permitam abordagens pacificadoras, provocam estados confusionais de agitação patológica nestas pessoas doentes, que muitas vezes evoluem para a agressão ao cuidador. O cuidador não habilitado reage com cuidados de força, defendendo-se, cuidando estas pessoas sem olhares, palavras ou toques em humanidade, isto é, sem estimulação sensorial positiva que crie uma sensação corporal positiva pacificante de ligação à memória emocional da pessoa doente, tanto para a impressão em memória emocional permanente da sensação corporal positiva criada como para reconexão com as informações sensoriais positivas armazenadas em memória emocional. A prestação de cuidados de cuidadores não habilitados não predispõe a pessoa doente em declínio mnésico natural e/ou com demência, a sentir-se bem nem a que tenha atitudes e comportamentos de colaboração com o cuidador, o que agrava o seu estado de saúde e a qualidade da prestação de cuidados.

A técnica de comunicação integrada na relação de cuidados, captura sensorial, é muito útil na resposta a este desafio, embora não seja exclusiva para os cuidados a pessoas com demência, porque também útil em pessoas com declínio mnésico por senescência e outras causas de vulnerabilidade, fragilidade e dependência, pois potencia a estimulação em humanidade pela utilização conjunta das diferentes características positivas do olhar, da palavra e do toque.

A estimulação positiva, assim conseguida, promove apaziguamento em pessoas que não entendem a utilidade dos procedimentos, porque através desta estimulação é criada uma atmosfera afetiva, na qual estas e os próprios cuidadores se sentem bem. Esta envolvimento inter-relacional, com estimulação sensitiva minuciosa e intencional, promove o bem-estar, interfere no estado de saúde e facilita a prestação dos procedimentos de cuidado sem oposição e/ou em colaboração com a pessoa doente, incentivando-a à sua independência máxima possível.

A técnica “*Captura sensorial*” desenrola-se por comportamentos observáveis do cuidador em quatro etapas dinâmicas, consecutivas e com recorrências em cada etapa: a primeira etapa são os Pré-preliminares ao cuidado – com o bater à porta do quarto e/ou na barra dos pés da cama, para prevenir a pessoa doente a preparar-se para o encontro com o cuidador, cumprindo uma regra de cidadania, assente no respeito do princípio ético do direito ao domicílio privado, sendo ao mesmo tempo um primeiro despertar. O bater na barra da cama contribui para este primeiro despertar também pela onda sonora que se propaga nas estruturas corporais.

A segunda etapa são os preliminares ao cuidado - que duram entre 30 segundos até 3 minutos sem os excederem, visam entrar em relação positiva para facilitar a aceitação do cuidado que vai ser prestado. A anunciação do procedimento não é feita de imediato. Primeiro o cuidador entra numa relação de encontro com a pessoa não revelando de imediato o objetivo de prestar um cuidado. A aproximação à pessoa doente faz-se de frente com a estimulação através das características positivas do olhar, do falar cerca de três segundos após o olhar, e do tocar em zona socialmente neutra como para dizer: bom dia, posso tocar o seu corpo? No início do toque, ao pousar a polpa dos dedos pede licença para tocar o corpo da pessoa e sente se esta lhe dá essa permissão ou não. Esta estimulação sensorial positiva minuciosa e intencional pretende atingir a memória emocional com uma sensação corporal de bem-estar e, em simultâneo, fazer ressurgir estados emocionais ligados a situações anteriores de bem-estar. Só depois de não ser percecionado oposição a este

aproximar é que o cuidador anuncia o cuidado com uma forma verbal suavizada e prepara-se para progredir no cuidado em sintonia com a pessoa doente. O cuidador não pode ser sentido como um agressor! Os preliminares cessam no momento em que a pessoa doente não autoriza o início do procedimento, devendo ser renunciado e reiniciado uns minutos mais tarde ou por outro cuidador. No momento em que a pessoa doente autoriza o início do procedimento, fazendo-o de uma forma explícita ou implicitamente percebida pelo cuidador, por sinais de diminuição da agitação ou de não oposição ao cuidado, o procedimento pode começar.

Após autorização explícita ou implícita da pessoa doente dá-se início à terceira etapa. A “*rebouclage*” sensorial atinge-se quando a prestação do procedimento é integrada com as características positivas do olhar, da palavra e do toque, em consonância umas com as outras e a realizarem estimulação sensorial positiva, em unísono, criando uma sensação corporal positiva de acesso à memória emocional. A atmosfera afetiva de apaziguamento e bem-estar do momento emocional vivido é registada em memória emocional de onde, também, são recuperadas informações sensoriais positivas armazenadas. Há sintonia entre cuidador e pessoa doente. Nesta etapa, para além do alargamento dos limiares de tolerância proporcionados pela estimulação positiva da memória emocional, são utilizadas as técnicas do MGM que transformam os cuidados sentidos como dolorosos, agressivos, em cuidados pacificadores. O sinal de relaxamento muscular é bem evidente.

No fim do procedimento específico, razão de ser do encontro de cuidados entre duas pessoas, inicia-se a quarta etapa, a consolidação emocional. Esta consolida a impressão positiva registada em memória emocional, com o cuidador a reforçar positivamente a pessoa pelos seus esforços, colaboração e progressos, a dizer-lhe com palavras positivas que passaram uns bons momentos juntos, e a deixar-lhe em memória emocional um momento positivo de relação e cuidado perante o qual predis põe e marca um próximo encontro, que quando acontecer, realizado com esta mesma lógica de estimulação sensorial e sensação corporal positiva, recupera a informação sensorial armazenada em memória emocional - é proativo.

Esta abordagem centrada na ligação relacional entre a pessoa cuidador e a pessoa doente, privilegia a comunicação fina entre as pessoas presentes, num tempo e num espaço particular de cuidados. A estimulação física positiva, sensitiva, realizada pelo cuidador é retro alimentada pela reformulação consecutiva do cuidador aos sinais físicos que observa na pessoa doente e exige tempo para ser realizada. Ora, como sabemos, na atualidade o tempo escasseia nas instituições de saúde. No entanto, a enfermagem tem à sua disposição uma gama de procedimentos

de cuidado que tem de realizar em presença física com a pessoa doente todos os dias e com os quais pode realizar esta estimulação sensorial positiva. Esta forma de cuidar, para além de contribuir para a boa prática da prestação de cuidados numa análise mais geral, acrescenta um procedimento técnico, intencional e minucioso, tanto para estimular positivamente através dos órgãos dos sentidos como para recuperar informações sensoriais positivas armazenadas em memória emocional, em conformidade com o seu estado de saúde, com as suas respostas à estimulação e com o progredir da realização dos procedimentos. Deve ser usada em todos os atos de enfermagem.

Sabendo que em média uma pessoa doente internada recebe cerca de 45 minutos, em cada 24 horas, de contacto com os cuidadores devido aos cuidados que lhe são prestados e que em média cerca de 50% desse tempo é utilizado nos cuidados de toalete, então, está encontrado um cuidado de excelência que fornece um tempo precioso que, por vezes, muitos de nós pensa não ter, pelo que devemos *“avaliar a importância desse cuidado, durante tanto tempo desvalorizado. (...) Poder-se-ia permitir, como se fez durante décadas, desperdiçar esse tempo considerando que ele tem por único objetivo a lavagem de um corpo? Se sim, como se evitaria, então, que os prestadores se continuem a sentir como «técnicos de superfície», que os homens velhos de que cuidam se continuem a sentir como objetos?”* (Gineste e Pellissier, 2007, p. 242, 2008, p. 300).

Os cuidados de toalete, tradicionalmente desenvolvidos com objetivo de sanidade com água corrente ou sem água corrente, são com este método estruturados por sequências que permitem a estimulação sensorial positiva que melhor se adequa às necessidades específicas de cada pessoa doente e a levem a um cuidar de pé. Tendo em conta as capacidades de mobilidade e verticalização da pessoa doente identificadas durante a toalete avaliativa através da escala de classificação das pessoas doentes, já referida e à frente descrita, as toaletes são realizadas dos seguintes modos: *“as toaletes no leito (com ajuda parcial ou total); o duche no leito (com ajuda parcial ou total); na maca-duche (com ajuda parcial ou total); as toaletes ao lavatório (com ajuda parcial ou total; de pé ou mistas, sentadas-de pé); as toaletes de pé com verticalizador (com ajuda parcial ou total; de pé ou mista, sentada-de-pé); os duches (com ajuda parcial ou total; de pé ou mistos, sentados-de pé); o banho (em banheiras tradicionais ou especiais)”* (Gineste e Pellissier, 2007, p. 255-259, 2008, p. 315-318; IGM, 2010, p. 22-23). Conforme os casos das pessoas cuidadas, em cada um destes modos de realizar as toaletes são escolhidas as sequências que melhor se adequem: *“doentes não expressivos, doentes no decurso*

de CAP; doentes púdicos, doentes recém entrados; problemas de higiene; doentes com dores” (Gineste e Pellisier, 2007, p. 254, 2008, p. 314; IGM, 2010, p. 21). Mas tendo sempre presente que a melhor sequência é a que a pessoa prefere.

Avaliação - O MGM apresenta técnicas que permitem ao cuidador ir avaliando os resultados da intervenção cuidativa através deste método, tais como a toaleta avaliativa, a escala de verticalidade, a grelha de observação do cuidador e a escala de agitação.

A toaleta avaliativa, permite identificar a estimulação sensorial que a pessoa doente está a necessitar que lhe seja administrada, ou evitada, pelos procedimentos de enfermagem. Em especial, os cuidados de toaleta são escolhidos relativamente às sequências de estimulação que permitem que o cuidador ofereça, para ajudar a pessoa a atingir o bem-estar e a independência máxima possível, sempre com intenção na verticalidade.

Para tal propósito utilizam a seguinte escala de verticalidade para a classificação das pessoas a cuidar: os homens de pé – deslocam-se sozinhos sobre as suas pernas, podem ficar de pé durante todo o cuidado; os homens de pé-sentados – têm necessidade dos cuidadores para as suas deslocações. Eles carregam o seu peso sobre as suas pernas e mantêm-se de pé mais de 40 segundos, mas não conseguem ficar de pé durante todo o tempo do cuidado; os homens sentados-de pé – têm necessidade dos cuidadores para as suas deslocações. Eles carregam o seu peso sobre as suas pernas, mas mantêm-se de pé menos de 40 segundos; os homens sentados-deitados – não podem manter-se sobre as suas pernas; os homens deitados - não podem manter-se sobre as suas pernas e não podem ser levantados, por imperativos clínicos.

A observação é dirigida ao cuidador para detetar a presença ou ausência das características anteriormente descritas do olhar, da palavra e do toque durante a execução dos procedimentos.

A escala de agitação das pessoas doentes ao longo do cuidado, na perspetiva dos cuidadores (Sicard, 2009, p. 420) versão da escala Cohen Mansfield, Agitation Inventory (CMAI) simplificada por Nicole Sicard, primeira diretora do IPRIM, permite avaliar o impacto do MGM na agitação ao longo dos cuidados. Esta escala contempla nos seus itens as manifestações de agitação “A – Queixa-se, geme”, “B – Está crispado, tenso”, “C - Agarra-se a tudo”, “D – Ameaça, insulta, fala grosseiramente”, “E – Grita”, “F – Dá socos, palmadas, pontapés” “G – Arranha, dá unhas”, “H – Belisca”, “I – Morde”, “J – Agitação geral durante o cuidado”.

Possibilita a avaliação da intensidade utilizando os níveis nulo, fraco, médio, forte e muito forte, assim como a avaliação da frequência utilizando os níveis nada (zero vezes), raramente (uma a duas vezes), pouco (três a cinco vezes), frequente (cinco a dez vezes) e muito frequente (dez a ou mais vezes).

Os benefícios do cuidar com humanidade e resultados de estudos científicos

O natural processo de senescência, muitas vezes agravado pelo desenvolvimento de senilidade, ou um estado de sofrimento profundo, dependência e vulnerabilidade abordados no Capítulo 2, afetam os processos mnésicos, a cognição e a autonomia para o auto cuidado e para a vida em relação. Muitas vezes as ajudas beneficentes que recebem não promovem e até mesmo limitam essa autonomia.

O cuidar em humanidade assume o desafio de proporcionar um meio de vida para a autonomia, mesmo na presença das referidas limitações. Pois este cuidar centra-se na ligação que o cuidador cria com a pessoa cuidada, através das conexões que os pilares de humanidade permitem, e estimula-a para a vida de relação, para a utilização das suas capacidades restantes e para a comunicação com o cuidador, mesmo que seja de uma forma muito fina e subtil. Esta forma de proceder é utilizada para manter intencionalmente a estimulação comunicativa, adaptada a cada caso, e para permitir uma vida de relação dirigida pela pessoa cuidada na qual sente emoções e emite sinais que orientam o cuidador a ajudá-la a reconstruir a sua humanidade (Gineste e Pélissier, 2007, 2008).

A verticalidade, como já o dissemos e citámos, é uma característica que os humanos têm desenvolvido ao longo de toda a sua evolução (Phaneuf, 2007b) e só por si é também uma fonte de estimulação positiva. Pois é muito importante para a manutenção das funções de todo o organismo, solicitando o trabalho cardíaco, a eliminação “...o sistema ósseo, as cartilagens, os músculos, os tendões e ligamentos, a circulação venosa, a ventilação respiratória, o sistema nervoso periférico e o sistema nervoso central beneficiam com a verticalização e a marcha (incluindo quando esta tem lugar com pequenos passos)” (Gineste e Pélissier, 2007, p. 233; 2008, p. 291).

Desta forma, os recetores internos dos nervos sensitivos das redes nervosas do corpo produzem uma informação propriocetiva que, conjuntamente com a informação sensorial positiva exteroceiva estimulada pelo cuidador, que focaliza os órgãos dos sentidos, proporciona a perceção da localização no espaço de cada parte do corpo da pessoa cuidada e a “... elaboração no córtex cerebral, de uma cartografia sensitivo-motora: o esquema corporal (...) indispensável à realização dos gestos precisos

...” (Gineste e Pélissier, 2007, p. 236; 2008, p. 293). Aspectos importantes para a execução das atividades de vida diária e para a vivência das relações interpessoais. Pois, a desaferenciação sensorial pode “... *provocar uma perda das referências temporais e espaciais e uma forma de isolamento psíquico, elas próprias suscetíveis de provocar perturbações cognitivas, perturbações da identidade, ou mesmo síndromas confusionais.*” (Gineste e Pélissier, 2007, p. 80, 2008, p. 101).

Ao procurar por estudos científicos na prática clínica de cuidados de enfermagem publicados por outros autores, encontrámos o estudo qualitativo descritivo de Rappo (2007) anteriormente referido. Este trabalho é uma dissertação de fim de curso de enfermagem acerca da problemática entre o reconhecimento científico dos diferentes estados de consciência nas pessoas doentes em coma e a consideração geral das pessoas, e de alguns cuidadores em particular, de que as pessoas em coma não têm capacidade de se relacionarem, estabelecendo ligações cognitivas ou afetivas com as outras pessoas que as rodeiam. Parecendo incompatível, desnecessária ou errada a correlação entre o coma e a relação, a autora baseou-se nos conteúdos teóricos acerca do coma e da filosofia da humanidade e realizou entrevistas semi-estruturadas a sete enfermeiros diplomados em cuidados intensivos para saber *Comment les soignants en soins infirmiers conservent-ils l'humanité des atients comateux durant leurs interventions.*

Das conclusões ressalta essencialmente que o reconhecimento da pessoa em coma enquanto ser semelhante ao enfermeiro, que a reconhece, enquanto tal, não pode ser feito sem o recurso à comunicação verbal e não-verbal. A escolha destes diferentes tipos de comunicação estava dependente das representações dos enfermeiros acerca das pessoas em coma e do tipo de valores pessoais relacionados com o coma, o silêncio e a morte. Os enfermeiros referiram que o cuidado relacional é legítimo nas pessoas em coma, mas apresentaram como maior dificuldade um sentimento de incapacidade e de ineficácia, face aos seus cuidados às pessoas em coma, provocado pela ausência de resposta destas aos seus estímulos de comunicação verbal, pelo que tentam escapar a essas situações difíceis e não investem na relação com estas pessoas. Atitude comunicativa, que confirmou que a comunicação verbal não era inata neste contexto de relação e que justificou o apelo para o seu desenvolvimento e para a sua profissionalização.

Assim sendo, a lógica técnico-científica, instrumental e quantitativa do custo, não se opõe necessariamente à lógica da dimensão relacional que acompanha o ato de cuidar e nem é um dos obstáculos principais no cuidado às pessoas em coma para que se lhe respeite a sua humanidade, “*le contexte du système de santé actuel ne*

constitue visiblement pas l'obstacle majeur à une prise en soin des patients comateux dans le respect de leur humanité” (Rappo, 2007, p. 62). A autora observa que os enfermeiros após conhecerem a filosofia de cuidados de humanidade e o MGM dizem ter adquirido técnicas práticas para criar, manter e potenciar uma ligação em humanidade com as pessoas em coma e defendem esta ligação relacional em pé de igualdade com a ligação relacional com as pessoas conscientes, pois “*Yves Gineste et Rosette Marescotti invitent les soignants à conscientiser leurs attitudes relationnelles afin de parvenir à professionnaliser leur communication verbale, leurs regards et leurs touchers à l'aide des techniques présentées dans leur méthodologie de soins*” (p. 61).

Mais recentemente foram publicados outros estudos. Em 2010 foi publicado um estudo realizado pelo IPRIM, entre 2005 e 2008, nos hospitais geriátricos Les Magnolias de Ballainvilliers, em Essonne, France, para detetar o impacto da implementação do MGM no consumo de neurolépticos. A amostra foi constituída por 109 pessoas que consumiam neurolépticos prescritos. O consumo foi avaliado antes da implementação do MGM e foi sendo monitorizado ao longo dos anos. No final dos quatro anos o consumo de neurolépticos diminuiu 88,50%. Concluiu que o MGM pode ser uma das intervenções não medicamentosas primordial para a redução das prescrições de neurolépticos em pessoas com demência, (Luquel *et al*, 2010)

Também em 2010 surge a publicação de um estudo do IPRIM, realizado em 2009 na Residência l'Abbaye à St Maurs (94), France, para avaliar o impacto da formação MGM sobre os estados de agitação dos residentes, especialmente residentes com demência de Alzheimer, durante os cuidados e sobre o bem-estar dos cuidadores. A amostra foi constituída por 12 pessoas com Alzheimer, com pelo menos quatro meses de residência e estados de agitação. Foram utilizadas as escalas de agitação Cohen-Mansfield Inventoryo Agitation antes da implementação do MGM, durante a implementação, um mês e seis meses depois e escalas visuais analógicas para hetero e auto avaliação do bem estar dos cuidadores. Como resultados obtiveram que antes da implementação havia 61,21% de agitação, um mês depois detetaram 43% de agitação, tendo diminuído 32,74% seis meses depois. O bem-estar dos cuidadores foi estimado antes com 27,80% e ao fim de seis meses com 79,67%. Concluíram que este estudo reduziu significativamente a frequência de agitação e agressividade avaliada e melhorou a sensação de bem-estar dos cuidadores, (Sicard *et al*, 2010).

Em 2011 é publicado um estudo realizado pelo IPRIM em 2009 no lar de idosos público Marcols-les-Eaux, France, sobre o impacto do bater à porta do

quarto dos residentes pelo cuidador, antes de entrar para a realização dos cuidados, e esperar a sua resposta. O objetivo foi avaliar os sentimentos dos residentes relativamente ao respeito pela sua privacidade. De um a quinze de dezembro de 2009 foi realizado sempre este procedimento pelos cuidadores. A um de dezembro foi feita a primeira entrevista aos residentes, antes da quinzena do bater à porta, e realizada a segunda entrevista a quinze de dezembro. Os resultados demonstraram que aumentou o número de residentes que respondem e acolhem os cuidadores com um sorriso. Concluem que o respeito dos cuidadores pela privacidade dos residentes permite-lhes receber, em troca, um acolhimento com um sorriso (Caussignac *et al*, 2011).

Ainda em 2011 é publicado pelo IPRIM um estudo, realizado por David Lesueur durante a sua frequência de um *Master* profissional em psicogerontologia, acerca do efeito da formação da Metodologia de Cuidados Gineste-Marescotti sobre o sentimento de eficácia pessoal dos cuidadores face à gestão dos comportamentos agressivos das pessoas dementes. O objetivo foi transmitir conhecimento para que os cuidadores compreendessem essa agressividade, enquanto comportamento defensivo relativo às suas modalidades de interação utilizadas, e ensinar técnicas de comunicação e prestação de cuidados que permitiriam pacificar, e mesmo prevenir, esses problemas de comportamento. Foram aplicados questionários a 44 cuidadores antes da realização da formação e 28 dias após. Os resultados demonstraram um aumento do sentimento da eficácia pessoal dos cuidadores relativa à gestão da agressividade das pessoas, assim como um aumento do seu nível de consciência para a implicação dos seus modos de cuidar nos comportamentos das pessoas que cuidam. Concluem que a formação MGM faz com que os cuidadores se sintam mais capazes de lidarem com pessoas doentes com problemas de comportamento e mais envolvidos nos cuidados (Lesueur *et al*, 2011).

5

ESTUDO EMPÍRICO EM PORTUGAL

Este Capítulo apresenta a Sequência Estruturada de Procedimentos Cuidativos Humanidade (SEPCH), base dos instrumentos de colheita de dados originais, válidos e coerentes com o MGM.

São apresentados os resultados do primeiro estudo empírico, realizado em Portugal. No estudo inicial descritivo, onde os enfermeiros da Região Centro não só atribuíram grande importância a estes procedimentos como percecionavam que os aplicavam na sua prática de cuidados, houve aceitação do MGM, não tendo sido manifestada rejeição de nenhum procedimento. No estudo consequente, em que se pretendeu implementar o MGM numa Unidade de Cuidados Continuados Integrados envolvendo os atores, aos vários níveis, num projeto de Investigação Ação, observámos que havia desvio entre prática percebida e prática efetiva e que a implementação do MGM revelou efetividade em relação ao estado das pessoas doentes, nomeadamente nos estados de agitação, na sua participação nos cuidados, bem como na satisfação dos cuidadores.

O conhecimento dos resultados da FCH e MGM, no contexto clínico Francês e Canadano, levou à realização do primeiro estudo empírico em Portugal, por Simões, Rodrigues e Salgueiro.

Desenhou-se uma sequência integrada de estudos, onde o quadro teórico foi a base para a elaboração da SEPCH. Esta sequência passou por um processo de validação de conteúdo com a confrontação entre o que se pergunta e os princípios da FCH e MGM, com um primeiro estudo inicial de amostra reduzida e com uma avaliação com Yves Gineste, aquando da sua primeira conferência de divulgação em Portugal a nosso convite, e posteriormente aquando do nosso estágio em França com os dois autores do MGM, ouvidos também peritos nacionais e internacionais.

No primeiro estudo descritivo realizado com a aplicação do primeiro instrumento de colheita de dados criado com a SEPCH, questionário, aos Enfermeiros na Região Centro de Portugal, procurou-se saber a importância que estes atribuíam ao MGM e a percepção de o aplicarem nas suas práticas.

Seguidamente, sob influência de uma ontologia relacional, de uma ética aplicada, de um pressuposto desvio entre prática percebida e prática efetiva dos enfermeiros em relação aos procedimentos da SEPCH, e da pertinência do estudo da efetividade da sua implementação numa Unidade de Cuidados Continuados Integrados (UCCI) da Região Centro de Portugal, para o qual seria necessário a formação dos enfermeiros, era preciso conjugar: a interação comunicativa humana; a ação clínica; a participação democrática e consensos na progressão e mudança de comportamentos de cuidar observáveis, e; a produção de conhecimento novo. Necessidade de articulação ontológica e epistemológica, e de rigor científico, que levou a considerar a flexibilidade e a coerência de processo, na escolha da Investigação Ação (IA) como metodologia adequada e do modelo de Lavoie, Marquis e Laurin (1996) como o de mais fácil compreensão no encadeamento lógico e concreto das suas etapas. Foi elaborado o segundo instrumento de colheita de dados, grelha de observação, que permitiu dirigir a observação à prestação de cuidados dos enfermeiros, e produzir o diagnóstico de situação que orientou a formação na ação (FA), ocorrida. Utilizou-se uma escala usada pelo MGM para se avaliarem os estados de agitação das pessoas doentes durante a prestação de cuidados dos enfermeiros e na perspectiva destes, antes e depois da intervenção de formação e gravaram-se entrevistas aos cuidadores em formação. Posteriormente foi realizada a observação avaliativa.

SEQUÊNCIA ESTRUTURADA DE PROCEDIMENTOS CUIDATIVOS HUMANIDADE

A SEPCH, descreve uma sequência de 27 procedimentos, respeita os princípios do MGM e da Filosofia da Humanidade, inscreve-se nos seus pilares e assenta nas 4 etapas da *Captura Sensorial* propostas por Gineste e Marescotti. É constituída por comportamentos observáveis, realizados pelo cuidador na prestação dos cuidados, seguindo uma sequência estruturada de execução técnica e ética, isto é, procedimentos cuidativos humanidade, onde o próprio enfermeiro é a principal tecnologia e a sua competência de estimulação do tecido sensitivo e de interacção com a pessoa, guiado pelas respostas fisiológicas e humanas, é a sua principal instrumentação nos cuidados, tendo em vista a funcionalidade e a interacção humana.

A dimensão “aproximação/sintonia”, constituída por 23 procedimentos e 3 etapas, (pré-preliminares, preliminares e *rebouclage*), é uma dinâmica de aproximação à linguagem dos sentidos da pessoa, que quando está afetada na sua emoção e cognição, defendendo-se reagindo aos estímulos e às pessoas com agitação/agressão, a relação terapêutica durante os cuidados exige uma sintonia com a memória emocional pela via afetiva, através de linguagens integradas, íntimas e subtis explicitadas nos pilares da humanidade.

Estes pilares, através dos procedimentos cuidativos, garantem a utilização da gama energética de estimulação perceptível pelo tecido sensorial da espécie humana. Estimulação que se inicia à distância social pelo som, utilizando as ondas de pressão aérea, e, conforme os sinais reativos da pessoa atendendo à dimensão temporal dos seus processos cognitivos, se continua com a aproximação do enfermeiro que junta à esta administração/oferenda energética a palavra, a estimulação eletromagnética pelo olhar e a estimulação compressiva dos recetores da pele pelo toque, intencionalmente positivas, de forma integrada e progressivamente potenciada. Estimulações que originam estímulos sensoriais que se transduzam na excitação dos recetores dos nervos sensoriais que conduzem os impulsos até ao Sistema Nervoso Central e o ativam sensorialmente, isto é, os pilares permitem uma intervenção por variações energéticas positivas, potenciadas pelos procedimentos do cuidado, que manipula/estimula o processamento bioquímico a nível neuronal, condicionando o estado fisiológico da pessoa.

Deste processamento resulta um outro processamento, mental, uma codificação em sensação positiva e ativação dos circuitos neuronais da memória

emocional, com sentido, tanto de evocação de lembranças de codificação sensorial semelhantes, como de impressão das sensações positivas na memória emocional. A finalidade é a produção desta sintonia, emocional, que por um lado incentiva à interação e à exploração do meio ambiente facilitando a mobilização ativa e a verticalidade, que acrescentam a estimulação propriocetiva pelos músculos, articulações e tendões, e por outro lado, que condicionam e permitem a observação das respostas fisiológicas mediadas pelo sistema nervoso autónomo e pelo sistema nervoso somático, com as quais o enfermeiro reorienta a sua interação com o tecido sensorial da pessoa.

Oferece-se a possibilidade da pessoa prosseguir com o processamento das sensações evocando a experiência e atribuindo o sentido na perceção que, por sua vez, pode ser manipulada/trabalhada pela cognição, inclusivamente moldando as informações energéticas oferecidas pelo enfermeiro que os seus sentidos lhe vão veiculando; o que é muito útil na realização de procedimentos dolorosos.

Há, assim, um processo progressivo de relação e cuidado de enfermagem, com estimulação sensitiva positiva progressiva e prolongada através dos pilares da humanidade, com intenção no desenvolvimento de sensação corporal no progredir do procedimento até à estimulação da memória emocional por evocação e impressão de sensação positiva, e na cocriação de um estado emocional, fornecendo recursos cognitivos e instrumentais para a interação relacional. Gerador de consciência de si e do ambiente.

A dimensão “consolidação/pró-ação”, constituída por 4 procedimentos e 2 etapas, (consolidação emocional e proação) é um processo de valorização da experiência da pessoa e seus progressos, assegurando o compromisso de continuidade dos cuidados.

Já não contando com a potenciação que os gestos técnicos de realização do cuidado prestado, pôde proporcionar na interação das estimulações energéticas do enfermeiro com o tecido sensorial da pessoa, as estimulações energéticas positivas, agora oferecidas, repetidas, permitem ir baixando o limiar de excitação dos órgãos sensoriais e dos impulsos que ativam o sistema nervoso central sensorial, com vista: à consolidação da sensação corporal ativada nos circuitos neuronais em memória emocional; ao condicionamento pela associação da presença física do enfermeiro à sensação corporal positiva sentida pela pessoa doente, que permitirá uma evocação indiciada futura (Proatividade), e; à saída de cena do enfermeiro.

Este é um procedimento de enfermagem com estimulação neuronal e interação relacional, que no seu conjunto faz gerar o conceito de *Enfermagemneurorrelacional*.

SEQUÊNCIA ESTRUTURADA DE PROCEDIMENTOS CUIDATIVOS HUMANITUDE

Comportamentos observáveis, realizados pelo cuidador na prestação dos cuidados seguindo uma sequência estruturada de execução técnica e ética, isto é, procedimentos cuidadosos humanidade, onde cada procedimento é fundamentado a partir da FCH, do MGM e dos autores que apresentamos nos capítulos anteriores.

APROXIMAÇÃO/SINTONIA

Processo progressivo de relação e cuidado, com estimulação sensitiva positiva progressiva e prolongada através dos pilares da humanidade olhar, palavra, toque, verticalidade no desenvolvimento do procedimento até à estimulação da memória emocional por reconexão e impressão de sensação positiva.

Objetivo: realizar evocação e impressão emocional positivas da e na memória emocional.

Estratégia: utilização progressiva de informação sensorial pela via afetiva coconstruindo sensação corporal positiva; Cumprimento do respeito pela autonomia através dos pedidos sequenciais da estimulação do cuidador e respetivas autorizações tacitas da pessoa doente e progressão do cuidado.

Pré-preliminar

Início da relação de cuidados.

Objetivo: estabelecer ligação ao órgão do sentido (audição); pedir permissão para entrar em espaço privado, cumprindo uma regra de cidadania baseada no direito ao domicílio privado.

Estratégia: estimulação pelo bater à porta aberta ou fechada e/ou na barra dos pés da cama e pela palavra; também pela vibração que se propaga nas estruturas corporais provocada pelo bater na barra dos pés da cama.

1 – **Bate** à porta aberta ou fechada (e/ou nos pés da cama), em quarto individual ou partilhado, fica **atento** e espera a resposta.

Justificação técnica. O cuidador realiza a 1ª estimulação sensitiva da pessoa doente com informação que lhe estimula o órgão do sentido da audição. O cuidador bate à porta três vezes, claro e audível, demonstrando respeito pela pessoa. Espera três segundos contados mentalmente. Se não obtiver resposta bate de novo três vezes para dar tempo que a pessoa responda e se prepare para o acolher. Espera três segundos contados mentalmente. Se não obtiver resposta bate mais



duas vezes e entra no quarto dirigindo-se à barra dos pés da cama onde repete mais 3 momentos de bater (à porta) na barra dos pés da cama, estimulando também pela vibração transmitida ao corpo da pessoa. Em qualquer dos casos pára logo após o 1º sinal de resposta da pessoa e avança para o seu campo visual. Se nunca obtiver resposta avança para o seu campo visual, no espaço de intimidade, e sinaliza-se de uma forma adaptada a cada caso. O tempo de

espera é para: repetir o estímulo, prolongando-o enquanto informação sensorial auditiva; criar uma **memória sensorial** auditiva; possibilitar que a pessoa doente dê atenção à memória sensorial auditiva criada e ative a **memória de trabalho**. Este estímulo provocado pela ação do cuidador promove na pessoa doente a evocação da **memória emocional e procedimental** e respetivas reações associadas à ação de alguém que bate à porta.

Preliminar

Início da aproximação física entre as pessoas na relação de cuidados.

Objetivo: estabelecer ligação aos órgãos dos sentidos (visão, audição, tato); respeitar a intimidade; respeitar a identidade; respeitar a autodeterminação.

Estratégia: estimulação pela palavra, olhar e toque.

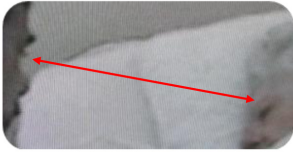
2 – **Aproxima-se** de frente e coloca-se à **distância de contacto** com uma **postura ligeiramente inclinada** para a pessoa (túnel de comunicação).



Justificação técnica. Entrada progressiva no espaço da pessoa, com atenção à distância de intimidade e numa posição corporal do cuidador que permita fornecer informação sensitiva visual, estimulando-lhe o órgão do sentido da visão; receber informação sensitiva emitida pela pessoa

através de sinais subtis, mesmo que subtis em comunicação fina.

3 – **Olha** de frente nos olhos da pessoa, (olhar axial, horizontal, longo, próximo), com uma expressão facial sorridente.



Justificação técnica. O cuidador realiza a estimulação sensitiva progressiva da pessoa doente com informação que lhe esti-

mula o órgão do sentido visão. O olhar do cuidador é: axial, no mesmo eixo, para garantir a estimulação visual; horizontal para otimizar a estimulação visual; longo para prolongar a informação; próximo para evitar o desvio do olhar da pessoa. Tendo em conta o declínio mnésico das pessoas idosas no processamento das informações sensoriais visuais, nomeadamente nas pessoas com demência, esta forma de comunicação em túnel permite fornecer estimulação visual que facilita: a receção desta informação sensorial pela pessoa doente; a não reação de defesa (agredir ou fugir) por resposta rápida da **amígdala** cerebral a informação sentida como agressiva; a criação de uma **memória sensorial visual** positiva; a **intensificação da** atenção da pessoa à memória sensorial visual positiva criada e a ativação da **memória de trabalho**.

4 – **Chama** a pessoa doente pelo seu nome, **saudando-a**, com tom de voz suave, firme, melodioso.



Justificação técnica. O cuidador realiza a estimulação sensitiva progressiva da pessoa com informação que estimula simultaneamente o órgão do sentido visão, continuando a olhá-la nos olhos, e o órgão do sentido audição pela palavra (que se vai repetir ao longo do procedimento),

mantendo a comunicação em túnel: frequente para prolongar a sensação da estimulação pela palavra; suave para ser uma estimulação positiva; firme para garantir a articulação correta das palavras; melodiosa para ser uma estimulação positiva. Facilita, assim, à pessoa o trabalho de atenção para a recolha das informações sensoriais visuais e auditivas e respetivo processamento. São utilizadas palavras que garantam a estimulação positiva, como é o caso do nome da pessoa que também permite o acesso à memória do seu primeiro nome mesmo em casos de **mergulho retrógrado** nas pessoas com demência.

5 – **Anuncia-se** à pessoa doente (eu sou o(a) enfermeiro(a)...).



Justificação técnica. O cuidador prolonga a estimulação sensitiva progressiva da pessoa com o olhar e com a palavra. Utiliza a sua apresentação pessoal para o realizar e também porque nos casos de pessoas com demência sabe que estas esquecem facilmente o nome dos cuidadores, o que leva a

que estes se apresentem frequentemente.

6 – **Diz** à pessoa doente que está ali para lhe dar atenção, para a ajudar, para a cuidar, **utiliza** palavras positivas.



Justificação técnica. O cuidador mantém as duas estimulações sensoriais, auditiva pela palavra e visual pelo olhar, de forma positiva e a prolongarem informação sensorial que não cause defesa na pessoa doente (agredir ou fugir) através da natural reação provocada pela **amígdala cerebral**.

7 – **Inicia o toque** suavemente, em zona neutra do corpo (ombro, braço, antebraço, mão,) com a polpa dos dedos, assentando de imediato a palma da mão em deslize suave e curto (polpar-deslizar-palmar), como que a pedir autorização para tocar o seu corpo. O **toque é mantido** durante todo o cuidado. Se por alguma razão imperiosa tiver que interromper faz o movimento no sentido inverso (despalmar, deslizar e despolpar) e reinicia com polpar, deslizar e palmar. O toque é amplo, suave, lento, acariciador (toque-ternura).

Justificação técnica. O cuidador realiza a estimulação sensitiva progressiva da pessoa doente com informação que fornece a 3ª estimulação sensorial pelo toque. Estimulação progressiva dos recetores sensitivos exterocepetivos da pele através do



toque. A estimulação para ser progressiva é iniciada em zona corporal com poucos recetores sensitivos da pele por centímetro quadrado e socialmente aceitável, em simultâneo, com o contacto inicial das pontas dos dedos



do cuidador que progride em deslize curto para o contacto palmar amplo e para zonas corporais de maior sensibilidade. A estimulação tátil progressiva permite um pedido tátil de autorização corporal para tocar o corpo da pessoa.

O toque fornece informação sensorial tátil positiva ao ser: lento para evitar a sobrecarga de informação sensorial tátil e facilitar o seu processamento pela pessoa; suave acariciador para garantir que a informação sensorial tátil fornecida é positiva e capaz de estimular as fibras cerebrais do prazer e ativar o córtex insular. Este toque é mantido até ao fim do cuidado. Se tiver de ser interrompido, em caso extremo, o movimento passa por despalmar, deslizar, despolar, ou seja, levanta a palma da mão, desliza e sai pelas pontas dos dedos.

8 – **Espera** por um sinal da pessoa doente que acuse a aceitação da relação. (ex: olhar, falar,...).



Justificação técnica. O cuidador realizou uma ação utilizando informação para estimulação sensorial positiva, progressiva e prolongada através dos órgãos dos sentidos (as primeiras sensações que coproduz na pessoa). Esta estimulação sensorial positiva foi propositadamente progressiva e prolongada, tanto para facilitar o trabalho de processamento da informação sensorial nas pessoas em declínio mnésico cronológico natural, como para prevenir efeitos indesejáveis devido à hipersensibilidade nos casos de pessoas com perdas cognitivas provocadas por demência. O cuidador fica atento à reação da pessoa que demonstre que as suas memórias transitórias, **sensorial e de trabalho**, a levem a reagir sem agressividade emocional, dando a perceber que há uma grande probabilidade de se ter aumentado o limiar de tolerância da pessoa ao cuidado. A aceitação implícita ou explícita ocorre de 3 segundos a 3 minutos. Em caso de reação emocional em oposição ou não consentimento, o enfermeiro ao fim de 3 minutos defere o cuidado ou chama outro cuidador.

Rebouclage sensorial

Início do procedimento específico (ex. cuidados de toalete).

Objetivo: manter a ligação aos órgãos dos sentidos (visão, audição, tato); estabelecer ligação à memória emocional, por via afetiva, para impressão emocional de sensação corporal positiva e recuperação de informação sensorial positiva armazenada em memória emocional; estabelecer ligação à memória procedimental promovendo a aprendizagem de habilidades motoras e perceptivo-verbais e a recuperação de maneiras de proceder associadas aos gestos de cuidar, após estimulação e indiciação; respeitar a intimidade; respeitar a identidade; respeitar a autodeterminação; respeitar a autonomia.

Estratégia: intensificação do estímulo pelo olhar, palavra e toque; administração permanente e simultânea de duas ou três informações sensitivas - toque e palavra, toque e olhar, toque e palavra e olhar (é imperativo haver congruência nas mensagens enviadas pelos três canais); administração de indícios e incentivos ao início e/ou à continuidade dos gestos do cuidado.

9 – **Dá continuidade** ao toque, palmar amplo, suave, lento, acariciador (toque-ternura até ao fim do cuidado) **sem** utilizar os **dedos em pinça** ou a **mão em garra**. Se tiver de interromper faz o movimento despalmar-deslizar-despolpar e quando reiniciar polpar-deslizar-palmar.



Justificação técnica. O cuidador continua a sua ação entrando no procedimento específico (ex: cuidados de toalete) com o qual tem a oportunidade de potenciar a estimulação sensorial positiva na pessoa. Evita o toque que provoque sensação negativa (ex: dor), como o provocado pelos dedos em pinça (2) ou a mão em garra (3), e continua o toque lento, suave acariciador de uma forma ampla para abranger um grande número de recetores sensoriais exteroceptivos da pele, intensificando, assim, a sua característica validante mesmo em procedimentos mais dolorosos. A mão mantém-se espalmada com os dedos entreabertos porque aumenta a superfície de contacto, diminuindo a pressão (1). O que é muito importante no cuidado a pessoas doentes com demência, porque ao não entenderem cognitivamente o toque como útil o tomam como

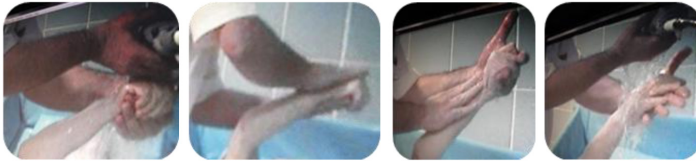
agressivo e reagem com agitação, oposição ou fogem para o imobilismo e apatia. Esta forma de tocar é permanente, ou seja, prolongada, para facilitar à pessoa o processamento da informação tátil e garantir que dê atenção a esta percepção sensorial tátil em **memória sensorial** e esteja presente de forma positiva em **memória de trabalho**, conjuntamente com as outras informações sensoriais positivas estimuladas pelo cuidador. Quando está só um cuidador, pelo menos uma das suas mãos assume sempre esta função, **mão relacional**. No caso de dois cuidadores, um deles assume sempre esta função, **cuidador relacional**. Desta forma é coconstruída uma **sensação corporal** positiva pacificadora através da informação sensorial positiva recebida. Os gestos instrumentais inerentes ao cuidado são transformados em toques-ternura, validantes. O papel relacional mantém-se durante todo o cuidado. No entanto, este pode ser trocado pelo de atuante por motivos operacionais, desde que a mão atuante, ou o cuidador atuante ou furtivo, tome o papel de relacional antes do relacional tomar o de atuante.

10 – **Evita** começar o procedimento pelo rosto (especialmente no banho).



Justificação técnica. O cuidador inicia o procedimento com **estimulação sensorial exteroceptiva** pelo toque em zonas corporais com menos recetores sensitivos da pele, contrariando a sequência cefalo-caudal. O princípio do mais limpo para o mais sujo, que tem justificado esta sequência, pode ser utilizado, mas não na referida sequência, uma vez que os autores do MGM afirmam que uma das zonas mais sujas, isto é, com mais germes nos exames microbiológicos ou mais ricas em gérmes nas culturas laboratoriais, é precisamente o rosto. No MGM são apresentadas várias sequências, advertindo os seus autores que a melhor opção é a que a pessoa preferir.

11 – **Anuncia** cada gesto que vai executar. (ex: Sra. Maria vamos lavar a sua mão direita...).



Justificação técnica. O cuidador continua a estimulação positiva do órgão do sentido audição pela palavra, associada à estimulação positiva táctil de uma zona específica do corpo da pessoa. Inicia, assim, um trabalho de manutenção ou reapropriação do **esquema corporal** a nível cerebral.

12 – **Pede** á pessoa doente que inicie os movimentos, dando reforços positivos. (ex: Sra. Maria levante o seu braço direito,...muito bem!).



Justificação técnica. O cuidador continua a estimulação positiva do órgão sentido audição pela palavra e estimulação exteroceptiva positiva pelo toque, associada à **autoestimulação sensorial proprioceptiva** da pessoa doente pelo movimento ativo e, através de indício e incentivo do cuidador, é também associada à promoção da impressão em memória procedimental dos gestos relativos ao cuidado, assim como à recuperação da memória procedimental de gestos armazenados relativos ao mesmo cuidado.



13 – **Executa** os gestos com movimentos muito suaves, gestos amplos, acariciantes.

Justificação técnica. O cuidador intensifica a estimulação exteroceptiva tátil positiva abrangendo o maior número possível de recetores sensitivos da pele, transformando o toque útil em toque validante.

14 – **Descreve** pormenorizadamente os gestos que executa. (ex: Sra. Maria estou a ensaboar a sua mão direita, o seu dedo polegar, ...).

Justificação técnica. O cuidador continua a estimulação positiva do órgão sentido audição pela palavra, associada à estimulação exteroceptiva tátil positiva



abrangendo o maior número possível de receptores sensitivos da pele da zona corporal que se descreve e toca. Esta estimulação tátil e auditiva com a descrição de todos os gestos do cuidador relativa a uma zona do corpo contribui para a manutenção do **esquema corporal** a nível do córtex cerebral e fornece uma mensagem descritiva ao cuidador (*autofeedback*).

15 – **Observa** sinais de aceitação e adesão da pessoa ao cuidado anunciado e descrito. (ex: tónus muscular menos tenso, diminuição de agitação, não contraria, colabora).



Justificação técnica. O cuidador observa a reação da pessoa à sua ação. O cuidador coconstruiu uma **atmosfera afetiva** com a qual cocriou uma **sensação corporal** positiva através das informações administradas por estímulo sensorial positivo progressivo e prolongado. Cocriou **memórias transitórias sensoriais** e o prolongamento da estimulação sensorial positiva pelo cuidador fez com que a pessoa lhes desse atenção em **memória de trabalho**, e assim conseguisse: uma **impressão emocional** positiva, via afetiva, em **memória emocional permanente não declarativa**; uma recuperação, via afetiva, de memórias sensoriais positivas armazenadas na **memória emocional, memória permanente não declarativa**, ligadas aos indícios constituintes da atmosfera

afetiva cocriada. Observação de sinais (reações da pessoa doente) da **impressão e recuperação emocional** na pessoa produzidas pela ação do trabalho de estimulação sensorial, intencional progressivo e prolongado do cuidador. O cuidador recolhe informação com a qual reorienta e potencia a sua estimulação sensorial positiva servindo-se da via afetiva, para que a sensação corporal positiva cocriada continue a impressão emocional positiva na **memória permanente emocional** e continue a recuperação não declarativa de memórias sensoriais positivas armazenadas em memória emocional. O cuidador está também atento às reações de colaboração da pessoa que demonstrem aprendizagem/impressão em **memória permanente**

implícita não declarativa procedimental de habilidades motoras e preceptivo-verbais relacionadas com o cuidado e à recuperação de gestos de proceder, ligados ao cuidado a decorrer, armazenados em memória procedimental.

16 – **Evita** o uso de palavras que possam estimular sentimentos conflituosos na pessoa.

Justificação técnica. O cuidador continua a estimulação positiva do órgão do sentido audição pela palavra, tendo em atenção não criar conflitos internos na pessoa doente.

17 – **Retoma** com frequência o nome da pessoa (quem não tem nome não existe).

Justificação técnica. O cuidador continua a estimulação positiva do órgão do sentido da audição pela palavra, associada à garantia de estimulação positiva através da utilização do seu nome próprio, que também permite o acesso à memória do seu primeiro nome mesmo em casos de **mergulho retrógrado** nas pessoas com demência.

18 – **Olha** com frequência de frente nos olhos da pessoa doente, próximo e persistentemente, sorrindo-lhe.



Justificação técnica. O cuidador prolonga a estimulação sensorial positiva da visão da pessoa, com o olhar. Facilita-lhe o trabalho de atenção à recolha da sensação visual e respetivo processamento e colhe sinais minuciosos de contração dos músculos da face, da Íris e saco lacrimal.

19 – **Responde** continuamente em voz alta a si próprio(a) quando a pessoa não tem capacidade de resposta verbal (*auto-feedback*).



Justificação técnica. O cuidador garante a continuação prolongada e progressiva da estimulação sensorial positiva auditiva pela palavra, mesmo quando a pessoa não tem capacidade de responder.

20 – **Procura ajudar** a pessoa a tomar uma postura de verticalidade. (ex: erguer o tronco, o segmento torácico da cama, sentar no cadeirão, pôr de pé, toailete de pé, ou de pé sentado de pé sentado, ou sentado de pé sentado de pé,) e a dar alguns passos.



Justificação técnica. O cuidador promove estimulação sensitiva propriocetiva com a mobilização ativa da pessoa. O objetivo é pôr a pessoa de pé, em carga e em marcha, para que a estimulação dos **recetores sensitivos barométricos** proporcionem uma resposta dos **nervos sensitivos motores** adaptada às necessidades de verticalização e mobilização. O cuidador promove a aprendizagem/impressão em **memória permanente implícita não declarativa procedimental** de habilidades motoras e preceptivo-verbais e a recuperação de gestos de proceder, ligados ao cuidado a decorrer, armazenados em memória procedimental, com finalidade na verticalização e na marcha e respetivos efeitos que lhes estão associados tanto nos sistemas orgânicos como na inter-relação pessoal.

21 – **Dá atenção** à apresentação física (ex: vestuário, penteado, ...) da pessoa de acordo com as suas preferências.



Justificação técnica. O cuidador prolonga a estimulação sensorial positiva através do olhar da palavra e do toque inerentes aos seus gestos de cuidar perguntando sempre pelas preferências das pessoas, ajudando-as, assim, a conservar a sua dignidade e a sua identidade.

22 – **Utiliza** as capacidades restantes da pessoa estimulando-lhe gestos e dando-lhe reforços positivos.



Justificação técnica. O cuidador continua a estimulação positiva do órgão sentido audição pela palavra, associada aos indícios promovidos por gestos ou objetos que promovam a recuperação de maneiras de proceder armazenadas em **memória procedimental** obtendo reações na pessoa que continuam os gestos iniciais de cuidado (ex: dar uma escova de cabelo para a mão da pessoa e iniciar o gesto). Esta ação

do cuidador promove **estimulação sensitiva propriocetiva** com a mobilização ativa da pessoa na realização das suas atividades de vida diária. O cuidador demonstra, assim, respeitar os princípios da autonomia, da beneficência e da não maleficência.

23 – **Está atento** às respostas de satisfação da pessoa com os cuidados recebidos. (ex: sem rigidez muscular, sem agitação, fâcies sereno, fâcies sorridente, lágrima de emoção).



Justificação técnica. O cuidador observa as reações da pessoa ao resultado das suas ações. A administração de informação sensitiva positiva para estimulação sensorial positiva exteroceiva e propriocetiva e também para a impressão/aprendizagem e recuperação de modos de proceder ligados ao cuidado específico. Esta estimulação é realizada de forma prolongada para prender a atenção da pessoa às **memórias transitórias sensoriais positivas** cocriadas e, assim, utilizar a memória de trabalho para: as imprimir em **memória de longo prazo emocional implícita não declarativa**; recuperar **memórias sensoriais positivas da memória de longo prazo emocional implícita não declarativa**. Se as reações da pessoa continuarem a ser positivas e com facilidade de serem observadas, então a *Rebouclage* foi conseguida. Houve **impressão e recuperação sensorial positiva**, pela **via afetiva**, na e da **memória de longo prazo emocional implícita não declarativa**. Sintonia emocional. Este estado de *rebouclage* é o contexto para a administração de indícios e incentivos de estimulação da **memória permanente implícita não declarativa procedimental** tanto para promover a aprendizagem como para recuperar modos de agir que levem à máxima independência funcional, à verticalidade e à marcha.

CONSOLIDAÇÃO/PRÓCÃO

Processo de valorização da experiência e progressos da pessoa assegurando o compromisso na continuidade de cuidados.

Objetivo: realçar os bons momentos da relação e cuidado; associar a sensação corporal positiva sentida pela pessoa doente aos gestos procedimentais realizados

de forma ativa por ela própria; associar a presença física afetiva do cuidador à sensação corporal positiva sentida pela pessoa doente.

Estratégia: utilização regressiva de informação sensorial positiva pela via afetiva associando a sensação corporal positiva à ação da pessoa doente e à presença física do cuidador. Cumprimento de um gesto de cidadania e urbanidade.

Consolidação emocional

Início após os termos do procedimento específico (ex: cuidados de toalete).

Objetivo: valorizar a experiência a pessoa e os seus progressos.

Estratégia: estimulação pela palavra, olhar e toque.

24 – **Fala** à pessoa da experiência agradável que foi prestar-lhe aquele cuidado.



Justificação técnica. O cuidador, já sem recurso aos atos do procedimento específico (ex: cuidados de toalete) que permitem a intensificação da estimulação sensorial, inicia a partida progressiva do espaço da estimulação sensorial

da pessoa. Para isso, baixa o limiar de estimulação para que não haja um corte abrupto que funcionaria como uma estimulação sensorial negativa, prejudicando a consolidação emocional. Utiliza a sensação corporal positiva, cocriada pela via afetiva, para fazer acontecer **impressão emocional positiva**.

25 - **Reforça** positivamente os esforços da pessoa, por mínimos que tenham sido.



Justificação técnica. O cuidador oferece reforço positivo através de estimulação sensorial positiva auditiva, visual e tátil. Utiliza a sensação corporal positiva, cocriada pela via afetiva,

para fazer acontecer **impressão emocional positiva**.

Próação

Início após os termos da consolidação emocional.

Objetivo: assegurar a via afetiva na continuidade de cuidados; assegurar a recuperação futura, da **memória emocional** da pessoa doente, de **memórias sensoriais** positivas associadas à presença física afetiva do cuidador; respeitar a

regra de cidadania e urbanidade de agradecer e despedir-se após um encontro entre pessoas.

Estratégia: estimulação pela palavra, olhar e toque.

26 - **Diz** à pessoa que tem todo o interesse em ajudá-la nos cuidados.



Justificação técnica. O cuidador, liberto dos procedimentos específicos executados, utiliza a sensação corporal positiva cocriada e a impressão emocional positiva conseguida e potencia a sua exposição à pessoa doente como interlocutor do contexto emocional utilizando a estimulação sensorial positiva do olhar, da palavra e do toque.

Assim, utiliza a **memória de informação da fonte** da pessoa, onde ficou ligado à atmosfera afetiva cocriada, para que a sua simples presença física afetiva no futuro (ex: no próximo cuidado a prestar) promova uma recuperação não consciente de **memórias sensoriais** positivas. O cuidador deixa impresso uma sensação corporal positiva na **memória de longo prazo emocional implícita não declarativa** da pessoa. Esta impressão emocional irá funcionar como um recurso que vai facilitar um próximo cuidado. Pois, através de um trabalho específico do cuidador para que a pessoa o evoque, as **memórias sensoriais** positivas são recuperadas da **memória emocional** à memória de trabalho e ajudam a instalar uma sensação corporal positiva benéfica à pessoa doente e à pessoa cuidador.

27 - **Agradece** à pessoa doente aquele momento de relação no cuidado e despede-se.



Justificação técnica. O cuidador despede-se da pessoa doente criando o último momento de estimulação sensorial positiva através do olhar, da palavra e do toque. O cuidador ao estender a mão em despedida oferece à pessoa doente em **declínio mnésico** cronológico natural um último momento afetivo e oferece à pessoa com **demência** mais um indício, através da sua mão estendida, para que a pessoa recupere da memória procedimental reações associadas à ação de estender a mão (ou outros aspetos de despedida, mas sempre com toque validante) em despedida. Cumpre uma regra de cortesia e urbanidade, mostra respeito pela pessoa.

Enfermagemneurorrelacional

Esta perspectiva de estimulação sensitiva pela interação relacional com a prestação dos cuidados de enfermagem, que recruta a intervenção neuronal com intenção na captura da informação, processamento, intervenção das memórias e expressão de sinais e ações relacionais pela pessoa com dependência mental, que permitam a continuidade dos cuidados e lhe dinamizem a competência funcional e relacional no cuidado a decorrer, isto é, intervenções de enfermagemneurorrelacional, desoculta um domínio da disciplina onde pode ser construído conhecimento de intervenção nestas pessoas que muitas vezes têm associado a idade avançada, a dependência física e a necessidade de capacitação do prestador de cuidados informal para o Tomar Conta.

Este domínio de atuação, assenta em valores que os enfermeiros têm como referência e em virtudes de condutas orientadas por conceitos centrais, ambos abordados no Capítulo 3, que visam o desafio do desenvolvimento de recursos e capacidades na funcionalidade e atividades realizadas pela pessoa cuidada, maximizando potencialidades e minimizando dependências. Nomeadamente, na ligação intersubjetiva perante os limites, na adesão aos cuidados, na aprendizagem procedimental e na **autonomia** para as atividades de vida diária e respetiva auto-satisfação das necessidades, assim como, o desafio situacional de informação, instrução e suporte pessoal na reformulação de papéis do prestador informal de cuidados, que tem grande probabilidade de também ser idoso.

Os métodos mais adequados para a resposta da *Enfermagemneurorrelacional*, são todos aqueles que se mostrem os mais indicados para trabalhar com a triangulação de conceitos empíricos capazes de serem validados pelos sentidos com conceitos teóricos de significado e valor.

VALOR E RESULTADOS DA IMPLEMENTAÇÃO

Os instrumentos de colheita de dados construídos com a SEPCH permitiram apurar resultados nos dois estudos anteriormente descritos.

1.º Estudo

Confrontámos os enfermeiros, pedindo-lhes que se pronunciassem sobre a importância que atribuíam a estes procedimentos e a perceção que tinham de os aplicarem na sua prática.

Verificou-se que os enfermeiros não só atribuíam grande importância a estes procedimentos como percecionavam que os aplicavam na sua prática de cuidados. Não tendo sido manifestada rejeição de nenhum procedimento, houve aceitação do MGM (tabela 1).

Tabela 1 – *Scores* (%) de aceitação importância e perceção de aplicação da SEPCH, 1.º estudo

| Aceitação | | | |
|--|-----------------------|------------------------------|-----------------------|
| 77,42 | | | |
| não se verificando rejeição a nenhum dos itens | | | |
| Importância | | Perceção de aplicação | |
| 81,81 | | 73,04 | |
| aproximação/sintonia | consolidação/proacção | aproximação/sintonia | consolidação/proacção |
| 82,35 | 78,54 | 74,34 | 65,21 |

De forma global, podemos dizer que a tendência é que os enfermeiros aceitam e se revêm nos procedimentos cuidativos humanidade. Pois, verifica-se que a maioria dos enfermeiros diz valorizar e aplicar, a cadeia de procedimentos das dimensões de “aproximação/sintonia” e “consolidação/proacção”, com a exceção do iniciar o procedimento pelo rosto que condiz com a formação que se pratica nas escolas de enfermagem. No entanto, a filosofia da humanidade alerta para a necessidade de refletir pedagógica e cientificamente em profundidade, sobre a complexidade de cada um dos conceitos operacionalizados e validar nos cuidados, os pilares de ação (olhar, palavra, toque, sorriso, verticalidade, vestuário). Em boa verdade, os enfermeiros centram-se em valores de ajudar as pessoas a conservarem padrões em que assenta a humanidade, mesmo nos momentos de mais elevado grau de limitação e dependência. Apesar dos cuidados de humanidade serem inerentes aos cuidados de enfermagem (Phaneuf, 2007b) e se dirigem-se de forma prioritária às pessoas dependentes e vulneráveis como idosos com declínios mnésicos e/ou demências (Gineste e Pellissier, 2007, 2008) e a pessoas em situação crítica ou paliativa como refere Rappo (2007), o que implica um mais elevado nível na demonstração da competência relacional, técnica e clínica perante a dignidade humana (Vielva, 2002). Os resultados apontam, assim, para a necessidade de confirmar, na clínica, se a apreciação percecionada está em coerência com a ação concreta.

Uma interpretação mais apurada das respostas, permite gerar pensamento crítico em torno do valor teórico em que se baseiam alguns itens. Por exemplo,

o item “evita começar o procedimento pelo rosto ...”, segundo os autores do MGM o rosto, as mãos e as partes íntimas são as zonas do corpo mais sujas e de maior sensibilidade. Este procedimento obteve scores de importância e percepção baixos, estando de acordo com a prática pedagógica e clínica corrente, onde se observa um procedimento contrário, iniciando os cuidados precisamente pelo rosto. Sequência céfalo-caudal, com base no princípio do mais limpo para o mais sujo, o que os autores referem ser falso.

Uma outra proposta importante do método é explícita no item “descreve pormenorizadamente os gestos que executa ...”, justificada pela evidência da dificuldade de entendimento e escuta da palavra, por parte da pessoa em confusão cognitiva, da ajuda à retoma do esquema corporal e para manter abertos canais de comunicação. No entanto, os enfermeiros valorizam-no pouco, pois os scores são dos mais baixos.

O recurso ao auto *feedback*, expresso no item “responde-se continuamente em voz alta a si próprio(a) quando a pessoa doente não tem capacidade de resposta verbal (auto *feedback*)” é considerado fundamental pelos autores do MGM. A sua vantagem é manter a presença do cuidado de palavra estimulando a resposta da pessoa doente, mas é um procedimento com scores baixos sendo por isso também pouco valorizado.

A fraca discrepância entre os scores obtidos na importância dada aos procedimentos anteriormente abordados e a percepção de serem aplicados na prática clínica, demonstra que aspetos específicos do MGM como o auto-*feedback*, a manutenção do esquema corporal e a perícia na utilização intencional da estimulação sensorial, não são práticas tão valorizadas nos cuidados dos enfermeiros.

Um dos maiores desafios da enfermagem é, por um lado, demonstrar a evidência científica dos métodos e técnicas que utiliza e, por outro lado, dar linguagem científica a essas ações, gerando especificidade no discurso científico da profissão. A opinião de Gineste e Marescotti, é que cabe aos enfermeiros gerir os cuidados fundamentais e imprescindíveis às pessoas doentes, com relevo para os mais vulneráveis. Os enfermeiros sempre foram peritos na gestão dos cuidados de intimidade que se desenvolvem no contexto das atividades de banho, higiene, mobilização, comunicação. Deste modo, as propostas de Gineste e Marescotti não constituem novidade para os enfermeiros. Ao longo dos anos, em função da complexidade em saúde, afastaram-se bastante dos cuidados de proximidade, considerados como facilmente delegáveis. Ora,

as técnicas e procedimentos que estes cuidados implicam não são menores, mas sim determinantes da evolução da saúde das pessoas doentes, implicando capacidade de regulação da informação, habilidade para aproximação às janelas da expressividade da pessoa doente, abrir canais de comunicação e muita competência para lidar com o corpo e a mente de quem sofre profundamente (Rodrigues e Martins, 2004).

2.º Estudo

Os enfermeiros da UCCI foram também confrontados com o questionário e verificámos que a aceitação era semelhante à do 1.º estudo (tabela 2).

Tabela 2 – Scores (%) de aceitação importância e perceção de aplicação da SEPCH, 2.º estudo

| Aceitação | | | |
|---|----------------------|------------------------------|----------------------|
| 73,81 | | | |
| não se verificando rejeição a nenhum dos itens, | | | |
| Importância | | Perceção de aplicação | |
| 77,83 | | 69,79 | |
| aproximação/sintonia | consolidação/proação | aproximação/sintonia | consolidação/proação |
| 78,13 | 76,04 | 70,14 | 67,71 |

Os picos e as depressões dos itens da SEPCH, dos scores elevados e baixos, coincidem nos dois estudos.

Pelos resultados, pode-se concluir que estes enfermeiros valorizam e se revêm na grande maioria dos procedimentos cuidadosos descritos e consideram que os aplicam na sua prática quotidiana, demonstrando, tal como os enfermeiros da região centro, que compreendem o sofrimento humano quando em intimidade, cuidam da pessoa dependente e vulnerável, procurando promovê-la à altura da dignidade humana (Vielva, 2002), numa relação de respeito e igualdade (Simões, 2005). Os procedimentos menos cotados permitem-nos perceber o peso das tradições.

Estes resultados contradizem as notas de campo, tanto nas nossas observações ocasionais como na orientação de estudantes em estágio, nesta própria unidade. A sua análise dava uma outra visão, os cuidadores estavam longe de trabalhar de acordo com o MGM, faltava-lhes a técnica. Justificava-se colher dados, por observação direta, em contexto real, como tínhamos planeado. O confronto dos

resultados apurados pelos dois métodos, questionário e observação, permitir-nos-ia um diagnóstico mais preciso e aos cuidadores tomarem consciência das suas formatações, pela reflexão acerca dos resultados.

Partiu-se, então, do pressuposto que existia um desvio entre prática percebida e a prática efetiva dos enfermeiros, em relação aos procedimentos cuidativos humanidade do MGM; que este desvio pode ser avaliado e colmatado, envolvendo os atores, aos vários níveis, num processo de Investigação Ação Associada (IAA) congregando o interesse de um investigador externo à UCCI e a vontade de mudança dos cuidadores com aceitação dos dirigentes, e recurso a uma estratégia de FA, em contexto real de cuidados; que a mudança operada na prática tem efeitos positivos no estado das pessoas doentes cuidadas e nas atitudes e comportamentos dos enfermeiros e é possível avaliá-los.

Perante o que a seguir se descreve na 1.^a, 2.^a e 3.^a observação, o pressuposto foi confirmado. Havia desvio entre prática percebida e prática efetiva e o MGM revelou efetividade em relação ao estado das pessoas doentes, nomeadamente nos estados de agitação, na sua participação nos cuidados, bem como na satisfação dos cuidadores.

1.^a OBSERVAÇÃO

Caraterização das pessoas doentes

As pessoas doentes escolhidas pelos cuidadores eram idosas, dependentes em grau elevado nos autocuidados e tinham demência segundo as considerações médicas.

Presença dos itens da SEPCH

Na 1.^a Observação de 27 casos de cuidados de toalete realizada na UCCI, a SEPCH atingiu 17,83% de score de presença (anexo 1). A dimensão “aproximação/sintonia” apresentou um score de 20,77% e a “consolidação/proação” de 00,93% (tabela 3).

Tabela 3 – Scores (%) de presença da SEPCH, da “aproximação/sintonia” e da “consolidação/proação”, 1.^a observação

| Observação | SEPCH | Presença | |
|------------------------|-------|----------------------|----------------------|
| | | aproximação/sintonia | consolidação/proação |
| 1. ^a (n=27) | 17,83 | 20,77 | 00,93 |

Havia de facto um grande desvio (51,96%) entre a perceção de aplicação e a realização efetiva dos procedimentos cuidadosos incluídos na SEPCH, aos quais tinham atribuído 77,83% de score de importância.

Tipo de cuidado e tempo médio

A informação descrita na grelha de observação permitiu-nos, também, constatar que os cuidados de toalete demoraram entre 17 e 35 minutos, média 27,85 minutos e ocorreram maioritariamente no leito (tabela 4). Desde as primeiras 10 observações prévias alguns aspetos, reveladores da cultura institucional e de cuidados, chamaram a nossa atenção, nomeadamente os banhos no leito, a sequência céfalo-caudal, a não consolidação emocional. Estas primeiras impressões foram sendo consolidadas ao longo das seguintes 27 observações.

Tabela 4 – Demora média por tipo de cuidado de toalete, na 1.^a observação

| Tipo de cuidado | N.º | % | Tempo médio (minutos) |
|-------------------------------|------------|---------------|----------------------------------|
| Banho na cama | 16 | 59,26 | 27,81 |
| Chuveiro em cadeira sanitária | 8 | 29,63 | 26,88 |
| Chuveiro em maca-duche | 3 | 11,11 | 30,67 |
| Totais | 27 | 100,00 | 27,85 |

Dados de natureza qualitativa

O espaço aberto na grelha de observação para as notas dos observadores revelou-se de capital importância, produzindo uma grande quantidade de dados de natureza qualitativa. Ao chegarmos, os carros de apoio aos cuidados tinham ficado do turno da noite muito bem preparados. Enquanto os enfermeiros procediam à passagem de turno, os Assistentes Operacionais (AO) partiam para os cuidados de toalete sem orientações precisas sobre o tipo de toalete, capacidades restantes a estimular e outras particularidades que personalizassem aquele cuidado, orientações que deviam decorrer do diagnóstico de enfermagem. A distribuição de cuidados de toalete por enfermeiros e AO não nos pareceu obedecer a uma lógica de menor ou maior grau de dependência ou necessidade de estimulação das capacidades físicas e cognitivo-mnésicas da pessoa cuidada. Tanto se observava um doente acamado, em limbo geriátrico, fechado sobre si mesmo, rígido, com contraturas ou agitado, a ser cuidado por um AO como por um enfermeiro.

Os cuidados de toalete a pessoas ditas acamadas (algumas tinham capacidade para se pôr de pé ou mesmo andar) foram na maior parte realizados no leito, o tradicional banho na cama, numa sequência céfalo-caudal, utilizando uma bacia. Esta sequência foi utilizada na grande maioria dos 27 casos de toalete observados. Havia só duas macas-duche para as quatro valências. Estas para entrarem na casa de banho exigiam algumas manobras, o que não predispunha à sua utilização, daí que só fossem utilizadas em três casos. No hospital, não havia nenhuma cadeira sanitária. Quando possível, serviam-se da cadeira de uma residente. Na UCCI existiam dois verticalizadores, que não foram utilizados durante as observações. O olhar dos cuidadores não era de acordo com o MGM, isto é, axial, horizontal, longo, próximo. Os cuidadores chegavam, abeiravam-se da pessoa, começavam de imediato a executar o cuidado ou diziam ao que vinham sem esperar resposta olhando para baixo, para o que estavam a executar. Os seus olhares não encontravam os olhos da pessoa que cuidavam.

A palavra também não estava profissionalizada. Não se apresentavam, se diziam ao que vinham não era no sentido de obter o seu consentimento, avançavam sem esperar qualquer resposta. Utilizavam linguagem familiar, com muitos diminutivos, tanto em relação ao nome, como aos atos e objetos, mas sempre num tom amistoso. «Vamos tomar banhinho.» (O22). «Bom dia D. Rosarinho, está bem dispostinha? Dormiu benzinho?» (O27). Os nomes são fictícios.

Em nenhuma das 27 observações foi expresso o pedido de consentimento e esperada a resposta, assim como na consolidação só houve uma expressão «A Senhora até deu uma ajudinha, foi muito importante» (O22). Notou-se uma clara diferença no uso da palavra, nos três tipos de toaletes:

– Banhos na cama. Nos 16 banhos, em 5 a pessoa foi saudada (o cuidado decorre em 2 casos com uma linguagem familiar, muitos “inhos”); em 6 a primeira palavra foi dirigida à pessoa entre 5 a 30 minutos. Destas, duas só lhe foi dirigida a palavra duas vezes: 1) aos 9 e 16 minutos (O4); 2) aos 13 e 19 minutos (O5). Em 4 a pessoa não recebeu qualquer palavra. Numa foi dirigida a palavra à pessoa doente quando o cuidador iniciou a prestação de cuidados, sem o anunciar, e a pessoa doente reagiu (O24). Em três casos, em que o cuidado foi realizado por dois cuidadores, verificaram-se conversas entre os dois, deixando o doente à margem (O4, O5 e O24). As palavras dirigidas às pessoas foram sobretudo em relação às mobilizações no leito. Linguagem instrumental;

– Cadeira sanitária. Saudação nos 8 casos, ou seja em todos. Embora o cuidado e os gestos não fossem anunciados nem descritos, em todos houve muitas falas dos

cuidadores sobre a temperatura da água, se estava boa, a seu gosto, “quentinha” etc., a pedir ajuda nas mobilizações, muitos diminutivos. Mas também foi aqui que houve duas recusas em tomar banho que obrigaram o cuidador a sair do quarto a voltar uns minutos mais tarde (O7 e O8);

- Maca-duche. Nos três casos, só num a pessoa foi saudada. As primeiras falas foram para pedir-lhes ajuda na transferência para a maca. Só num caso foi informado do cuidado, já na maca e a caminho da casa de banho «Vamos tomar banhinho.» (O22)

De uma forma geral notou-se resposta negativa a abordagens de surpresa, a gestos invasivos, oferecendo resistência ou oposição expressa, por exemplo: iniciou o banho sem o anunciar, notam-se sinais de agitação, a cuidadora diz «não esteja nervosa, só vou dar banhinho» (O10); lavagem da boca, sem ser anunciada, a pessoa mostra sinais de oposição (2 casos), 1) «...deixe lavar, vai ficar mais fresquinha» (O24), 2) ao lavar a boca com compressas, o procedimento ocorre em oposição (O17); expressa que não quer o creme e a cuidadora responde «Rosinha, tem que ser meu amor» (O7); começa a calçar as meias, sem anunciar, a pessoa recusa (O8).

Há sinais de procura da relação por parte da pessoa cuidada «A pessoa procura o olhar do cuidador, não o encontra. Talvez por se aperceber desta procura, o cuidador pegou-lhe na mão, olhou-a (de cima para baixo), falou-lhe e a pessoa sorriu». «Há pouco tempo para dar atenção», disse, justificando-se. O cuidado demorou 30 minutos (O2).

O banho é realizado por dois cuidadores, falam entre si. Um dos cuidadores, trinta minutos depois do seu início, fala a primeira vez à pessoa, com olhar axial, horizontal e palavra amigável, a pessoa olha atentamente o cuidador. «Não se faz mais vezes isto, porque não há tempo», disse justificando-se. O cuidado demorou 35 minutos (O4).

Há sinais de reação ao cuidado de higiene deitado (2 casos). 1) a doente deitada no leito quer levantar-se, recebe então a primeira fala da cuidadora (aos 11 min.) «Ó Gracinha deixe-se estar deitadinha» (O17). 2) a pessoa queria sentar-se na maca-duche, o cuidador não deixou, justificando com medo de queda (O17).

Verificou-se não existir uma filosofia de como tratar a pessoa: pelo nome próprio, antecedido de Senhor ou Senhora ou como era habitualmente tratado no seu meio social. A mesma pessoa, com perdas cognitivas profundas, era tratada umas vezes por Sr. Doutor e outras por Senhor António (nome e título fictício).

Também se notou não haver a regra de não-interrupção do cuidado. Verificaram-se várias interrupções para atender o telefone e outros. Num dos banhos houve duas interrupções.

O toque, não se inicia, nem termina conforme o preceituado. Não é mantido durante o cuidado. O toque ternura preconizado por Gineste e Marescotti, embora até houvesse uma “festinha” (no rosto), necessita de ser profissionalizado. Verificou-se a utilização de mão em garra e preensão com os dedos em pinça nas mobilizações, nos levantes e na ajuda nas deambulações, exceto em dois dos 27 casos. Estes atos eram executados em força, com posturas ergonômicas incorretas e de risco para os cuidadores e pessoa cuidada, como o apoio na região cervical, o puxar pelas axilas. Na execução do banho, de modo geral, gestos amplos, mas duros.

Não se observaram sorrisos durante o cuidado, parece que a preocupação era a execução do cuidado. Porque fora do cuidado existiram sorrisos. Como também observaram Gineste e Marescotti decorrente de uma tradição profissional que exige que o cuidador *“se concentre no próprio cuidado, no ato realizado, e não na comunicação que pode facilmente ser esquecida quando não parece necessária à execução do cuidado”* (Gineste e Pellissier, 2007, p. 245, 2008, p. 303).

Não utilização e reforço das capacidades restantes e da estimulação das forças de vida das pessoas cuidadas. Vimos uma senhora a ser lavada vários dias na cama, a defender-se na higiene das partes íntimas, em que os cuidadores se referiram «a possível violação», tal como num dos filmes pedagógicos, em que Gineste alerta para gestos dos cuidadores que fazem deles «violadores», neste tipo de pessoas doentes. No final da nossa observação vimos esta senhora a andar no corredor ajudada pela neta.

Uso contínuo de luvas, mesmo para a massagem, que resultava num espalhar de creme. No chuveiro a saída da água não era suavizada com a utilização de manáplula na cabeça do chuveiro. Durante o banho não se observava a preocupação de cobrir o corpo e houve até doentes que verbalizaram ter frio. Foi justificado por ser mais prático e também por não estar frio. Porém, verificou-se que os cuidadores têm um trato cortês, meigo, não faltando até um beijo na face e uma elevada preocupação com a boa apresentação física (uma senhora foi maquilhada).

Preocupam-se com levantamento do segmento torácico da cama e para o cadeirão, mas não se verificou o esforço de colocar a pessoa a suportar o peso do corpo sobre os seus pés. Mostravam-se muito cuidadosos com a secagem de pregas cutâneas e espaços interdigitais, muito atentos ao conforto dos doentes e às suas necessidades, segundo os seus referenciais. Grande preocupação com a

hidratação e de que não saíssem para consultas ou fisioterapia sem terem tomado o pequeno-almoço.

O seu trato com as pessoas doentes era de forma global carinhoso e familiar, ouvia-se frequentemente os diminutivos: «Gracinha, tem de ser meu amor» (O7); «Não esteja nervosa, eu só vou dar banhinho» (O10); «Vou pôr-lhe um bocadinho de creme, faz-lhe bem e cheira bem» (O17); «Sr doutor vou lavar os olhinhos» (O20); «Bom dia D. Rosarinho, está bem dispostinha? Dormiu benzinho?» (O27)

Os cuidadores demonstravam-se atentos à pessoa doente perguntando com alguma frequência «A água está boa?» (O23); «Vamos tomar um banhinho? Vai colaborar comigo?» (O27); «Você está quentinha? Quer a manta nas pernas?» (O27) e observando «Está frio, eu sei, já vou vestir» (O17). No entanto, os seus procedimentos eram frequentemente interrompidos «Já venho cá acabar, vou dar os medicamentos e os pequenos-almoços, está bem?» (O27) e, apesar de reconhecerem a colaboração das pessoas doentes durante os cuidados «A Sr^a até deu uma ajudinha, foi muito importante» (O7), contrariavam com alguma frequência o que poderia ser utilizado como capacidade restante durante o cuidado «O Gracinha deixe-se estar deitadinha» (O17).

De uma forma geral as pessoas doentes apreciavam a atenção que recebiam dos enfermeiros «uma casa cheia com a Senhora Enfermeira» (O6).

Consideramos que enfermeiros/as e AO constituíam um grupo de pessoas muitíssimo generosas e disponíveis, faltava-lhes a formação técnica para cuidarem em humanidade.

No final da observação foi entregue ao Enf. Coordenador um relatório com gráficos comparativos dos resultados apurados (questionário e observação) além dos principais achados qualitativos e proposta de equipamento a adquirir. E numa lógica de iniciação à formação e reflexão crítica sobre aproximações/discrepâncias (desvios), entre a perceção que tinham da realização dos procedimentos, e a efetiva execução prática, auscultámos os enfermeiros observados pretendendo aumentar os referenciais dos cuidadores. Estes reagiram com expressão de sentimentos de admiração desconfortável, pois sentiram-se mal ao tomar consciência da sua situação. Referiram pensar que esta situação aconteceu porque desconheciam o cuidar em humanidade.

Diagnóstico da situação

A UCCI oferecia as condições para a continuidade da IAA. Como condições favoráveis tínhamos a recetividade e abertura dos seus dirigentes e podíamos contar

com a capacidade dinamizadora do Enf. Coordenador, que desde o primeiro momento se constituiu interlocutor privilegiado, entre nós, dirigentes e atores. A UCCI estava bem equipada, à parte a necessidade de aquisição de cadeiras de banho e pelo menos uma maca-duche; a sua localização e acessibilidade constituíam uma mais-valia. Os residentes/pessoas doentes do hospital preenchiam os critérios de seleção para a prestação de cuidados. Os contactos que fomos fazendo com os cuidadores revelaram-nos a sua vontade de mudança e a sua adesão ao MGM, no qual revêem os valores profissionais que perfilham.

Os resultados da observação sistematizada permitiram-nos identificar onde as suas práticas se afastavam do MGM e os procedimentos mais arreigados em tradições, algumas assentam em falsos princípios que, passados de geração em geração, deram origem a uma cultura de cuidados difícil de mudar. Será necessária maior intervenção, exigindo explicações alicerçadas em princípios científicos de várias áreas do saber. Os Pilares da humanidade olhar, palavra, toque, verticalidade, utilizados tecnicamente na relação de cuidados podem parecer palavras que exprimem gestos naturais e que não necessitam de aprendizagem. A verdade é que tanto exigem aprendizagem, como determinação para a mudança e fundamentação para se ter consciência que não são inócuos. Pois, quando mal utilizados podem destruir a humanidade, despertar Comportamentos de Agitação Patológica (CAP) e oposição ao cuidado.

Urge mudar o paradigma de banho no leito, com uma bacia com água e gel, para um cuidado de pé, utilizando água corrente, passando do lavar para um cuidado especializado com imensas possibilidades de estimulação somato-sensitiva, treino motor de reabilitação, verticalidade e prevenção. As sequências das toaletes que fazem parte do MGM opõem-se ao tradicional banho na cama numa única sequência céfalo-caudal, conforme observámos e nos foi justificada por ser da «norma correta». O olhar frequente, o auto-*feedback*, o toque ternura, a estimulação e utilização das capacidades restantes e forças de vida e verticalidade da pessoa, o pedir o consentimento e esperar autorização, o anunciar e descrever os gestos, e a compreensão do seu impacto positivo e de destruição quando não forem respeitados. Esta é uma reflexão ética a fazer juntamente com o respeito pela regra da não-interrupção do cuidado, assim como a forma como a pessoa doente é tratada, para não agredir a sua identidade. O cuidado de toailete, nas suas particularidades, para que resulte num cuidado personalizado, terá que ser prescrito e decorrer do diagnóstico de enfermagem.

Há também a questão dos formadores, visto que é uma IAA que trata de uma formação na ação. Sendo nós próprios que desempenhámos esse papel, contámos com material de apoio, fornecido pelo Instituto Gineste Marescotti, traduzido para português, que nos facilitou a tarefa. Ficámos bem cientes da situação existente, mas também de que não era possível abarcar tudo ao mesmo tempo. Em concordância com os cuidadores e dirigentes impôs-se iniciar o alinhamento dos comportamentos de cuidar pessoas idosas doentes, dependentes e vulneráveis de acordo com a SEPCH.

Interpretação/discussão dos resultados

A observação dirigida à prestação de cuidados dos enfermeiros na UCCI demonstrou baixa presença dos itens da SEPCH inerente ao MGM. Achados coincidentes, tanto com a nossa própria perceção e observações informais como com os achados de Gyneste e Pellissier, 2007, 2008. Estes resultados, em desvio negativo geral com os resultados do questionário, demonstram que os valores que os enfermeiros exteriorizaram nas respostas ao questionário não eram integrados na sua prática, isto é, tratava-se de valores preferência e não de valores referência espelhados na prática efetiva (Paquette, 1982).

O trato familiar e a generosidade encontrados neste grupo de participantes da UCCI, necessitava de ser especializado para que a sua atuação durante a prestação de cuidados facilitasse, às pessoas, dependentes e vulneráveis com demências, as melhores condições possíveis para se sentirem pessoas a viver da melhor maneira possível (Vielva, 2002), mesmo nas situações críticas ou paliativas (Rappo, 2007).

A palavra não estava profissionalizada. Tal qual os achados no estudo que Gineste e Marescotti realizaram (1982-1984) onde a média de tempo em que estas pessoas receberam palavras num período de 24 horas foi de 120 segundos, (equiv. a 10 palavras por dia). Estudo a partir do qual os autores criaram o *auto-feedback*, a anúnciação e descrição dos seus gestos autoalimentando o sistema comunicativo, através de uma mensagem descritiva. A prova é que quando a pessoa doente comunica, o resultado é diferente, como também constatámos. Também é difícil não ter intervenções verbais desastrosas, quando não se aprendeu a ir ao encontro da pessoa aonde ela está, no seu mergulho retrógrado. O cuidador está no presente e a pessoa no passado, 20, 30, 50 anos antes. Não há encontro possível e os “nãos” que recebe vão fechá-la à comunicação. O que demonstra que a utilização da veracidade pelos enfermeiros (Parente, 2004) não está profissionalizada de forma a ser adaptada às situações e contextos das pessoas com demência (Gineste e Pellissier, 2007, 2008).

Um outro aspeto, e que neste estudo também se verificou, é uma certa formatação profissional de concentração na execução do procedimento. Assim, como a consolidação emocional particularmente importante nos doentes com Alzheimer ou outros Síndromas Cognitivo-mnésicos (SCM), não é uma prática habitual dos enfermeiros e revelou-se de difícil integração, visto que valorizar o encontro, com palavras positivas e gestos de ternura deixam uma impressão afetiva em memória emocional associada à memória de informação da fonte (Pinho, 2012).

O bater à porta aberta ou fechada e/ou na barra dos pés da cama, como regra de cidadania baseada no direito à privacidade e ao domicílio e primeira estimulação sensorial em doentes com demências, estava ausente no início deste estudo. Resultado de estimulação sensorial importante uma vez que o estudo realizado em Corrèze, num estabelecimento de longa duração em 1998, revelou que 40% das pessoas doentes responderam ao bater à porta, com uma demora média de resposta de 20 segundos. Um mês depois de o continuarem a utilizar repetiram o estudo e a demora média de resposta desceu para 3 segundos (Gineste e Pelissier, 2007, 2008). Resultados corroborados no estudo realizado na Maison de Retraite de Marcols les Eaux en Ardèche (Caussignac, *et al.*, 2011).

A verticalidade é um importante pilar da humanidade, podemos destruir irremediavelmente a humanidade de uma pessoa deixando-a acamada. Para Gineste e Marescotti a pessoa doente estar as 24h do dia acamada, ou 12h na cama e 12h no cadeirão, produz síndromas de imobilismo, com repercussões desastrosas a nível dos sistemas vitais. Deixada nesta estabilidade de posição a pessoa vai perdendo progressivamente o esquema corporal e a inteligência sensoriomotora, afetando mesmo a inteligência conceptual. É do conhecimento geral que uma pessoa acamada perde por semana 10 a 15% da sua força muscular, e num idoso de 80 anos acamado pode ir aos 40%, tornando-se definitivamente acamado em menos tempo. Daí Gineste e Marescotti afirmarem que quem faz os dependentes e a invalidez (acamados, rígidos, com úlceras de pressão...) são as instituições e os próprios cuidadores e para o contrariarem criaram o conceito de «Viver e morrer de pé».

Grumbach (1998) afirma que a síndrome de imobilização é o opróbrio da medicina. Gineste, Marescotti e Mias (1996) afirmam que a geriatria é uma medicina de pé, o cuidado gerontológico é tanto quanto possível um cuidado de pé. A longa experiência de Gineste e Marescotti, permite-lhes afirmar que bastam 20 minutos por dia sobre as suas pernas para que um idoso não se torne um acamado, com as consequências bem conhecidas. Criaram, em 1993 os “*Les PAM*”, Programas de Atividade Mínima que transformam os gestos dos cuidadores

em ações de reabilitação orientadas, valorizando os procedimentos durante as toaletes e outros. Advogam a utilização do verticalizador como ajuda preciosa para a verticalização, para um cuidado de pé. Na unidade deste estudo havia 2 verticalizadores que não vimos utilizar nesta observação tendo sido a maioria das toaletes realizadas no leito.

O toque que observámos era duro, as mobilizações em força, a mão era utilizada em garra e o puxar em pinça. Tudo isto desperta sensações punitivas e é contrário a um toque suave, carinhoso (toque ternura), com mobilizações suaves, delicadas e ternas que estimulam as fibras do prazer (Olausson e Lamarre, 2002), despertam sensações de ternura e se comunica de forma não-verbal com a pessoa doente, através do seu corpo, para lhe mobilizar as suas forças de vida (Gineste e Pelissier, 2007, 2008).

2.^a OBSERVAÇÃO

O sentimento de admiração desconfortável relativo ao desvio entre a perceção de realização e a prática efetiva de cuidados SEPCH, que os cuidadores demonstraram, levou-os a refletirem e a reafirmarem a sua vontade de desenvolverem as suas competências de cuidar em humanidade. Havia uma elevada motivação, tanto para o aplicarem como para detetarem o seu impacto nos estados de saúde das pessoas doentes que cuidavam. Pelo que foi planeada e realizada FA que incluiu 3 dias consecutivos de cuidados diretos.

Caraterização das pessoas doentes

As 12 pessoas doentes escolhidas pelos cuidadores eram idosas, dependentes em grau elevado nos autocuidados e tinham demência segundo as considerações médicas.

Presença dos itens da SEPCH

Como vemos na tabela 5, nos 36 cuidados de toailete observados e acompanhados durante a FA, obtiveram-se 84,57% de score de presença da SEPCH, 88,89% de score presença da dimensão “aproximação/sintonia” e 59,72% de presença da dimensão “consolidação/proação”.

Tabela 5 – Scores (%) de presença da SEPCH, da “aproximação/sintonia” e da “consolidação/proação”, 1.^a e 2.^a observação

| Observação | SEPCH | Presença | |
|------------------------|-------|------------------------|------------------------|
| | | “aproximação/sintonia” | “consolidação/proação” |
| 1. ^a (n=27) | 17,83 | 20,77 | 00,93 |
| 2. ^a (n=36) | 84,57 | 88,89 | 59,72 |

A tabela 1 do anexo 1, demonstra que para além do item «25 - Reforça positivamente os esforços da pessoa doente, por mínimos que tenham sido» (41,67%) os outros estão acima dos 50%, tendo-se conseguido uma melhoria substancial de presença da SEPCH com um acréscimo de 66,74% de score em relação à primeira observação, conseguido com o acréscimo de 68,12% de score na “aproximação/sintonia” e de um acréscimo de 58,80% de score na “consolidação/proação”. Ainda a mesma tabela demonstra 17 itens acima de 80% e 11 itens a 100%.

Tipo de cuidado e tempo médio

A grelha de observação utilizada também permitiu obter resultados como os que se observam na tabela 6. Sabemos que os cuidados de toalete demoraram entre 21 e 36 minutos, média 30,25 minutos e ocorreram maioritariamente na maca-duche. Tempos mais alargados do que na primeira observação. Facto que se compreende relacionado com o contexto de formação e pela dificuldade de entrada das macas duche para as casas de banho.

Tabela 6 – Demora média por tipo de cuidado de toalete com comparação entre a 1.^a e a 2.^a Observação

| Tipo de cuidado | Observação | | | |
|-------------------------------|-----------------------|-----------------|---------------|-----------------------|
| | 1. ^a | 2. ^a | | Tempo médio (minutos) |
| | Tempo médio (minutos) | N.º | % | |
| Banho na cama | 27,81 | 7 | 19,44 | 30 |
| Chuveiro em cadeira sanitária | 26,88 | 13 | 36,11 | 26,92 |
| Chuveiro em maca-duche | 30,67 | 16 | 44,44 | 33,06 |
| Totais | 27,85 | 36 | 100,00 | 30,25 |

No entanto, é de considerar que o tempo médio total de realização das toaletes foi decrescendo de 32 minutos no 1.º dia de cuidados, para 30,25 no 2.º dia e para 28,50 no 3.º dia, como se observa na tabela 7. Assim como diminuiu a realização dos cuidados de toailete no leito e aumentou a realização dos cuidados na cadeira sanitária, privilegiando a verticalidade nas pessoas doentes. Salienta-se que no 3.º dia os cuidadores em formação só realizaram um cuidado de toailete no leito, lendo-se em notas escritas na grelha de observação n.º 25 «A Senhora está com ausência de agressividade para connosco durante os cuidados. Há uma grande diferença na sua comunicação connosco. Já não nos agride. Já fala connosco. Hoje até nos pediu para lhe realizarmos os cuidados de toailete no leito» (O25).

A sequência dos casos de cuidados foi no sentido da diminuição dos banhos no leito, diminuição do chuveiro em maca duche e do aumento do chuveiro em cadeira sanitária,

Tabela 7 – Demora média por tipo de cuidado de toailete, no 1.º, 2.º e 3.º dia de cuidados da 2.ª observação

| Tipo de cuidado | 1.º dia | | | 2.º dia | | | 3.º dia | | | Totais | |
|-------------------------------|-----------|---------------|------------|-----------|---------------|--------------|-----------|---------------|-------------|-----------|--------------|
| | N.º | % | Med (min.) | N.º | % | Med (min.) | N.º | % | Med (min.) | N.º | Med (min.) |
| Banho na cama | 3 | 25,00 | 31 | 3 | 25,00 | 30 | 1 | 08,33 | 27 | 7 | 30 |
| Chuveiro em cadeira sanitária | 2 | 16,67 | 25,5 | 5 | 41,67 | 28,6 | 6 | 50,00 | 26 | 13 | 26,92 |
| Chuveiro em macaduche | 7 | 58,33 | 34,29 | 4 | 33,33 | 32,5 | 5 | 41,67 | 31,8 | 16 | 33,06 |
| Totais | 12 | 100,00 | 32 | 12 | 100,00 | 30,25 | 12 | 100,00 | 28,5 | 36 | 30,25 |

Dados de agitação das pessoas doentes

No início da formação os cuidadores avaliaram segundo a sua perceção os estados de agitação das 12 pessoas doentes (1.ª avaliação) às quais iriam iniciar os cuidados (“A – Queixa-se, geme”, “B – Está crispado, tenso”, “C - Agarra-se a tudo”, “D – Ameaça, insulta, fala grosseiramente”, “E – Grita”, “F – Dá socos, palmadas, pontapés” “G – Arranha, dá unhas”, “H – Belisca”, “I – Morde”, “J – Agitação geral durante o cuidado”) que normalmente observavam nas pessoas doentes durante os cuidados de toailete que quotidianamente lhes prestavam.

No final do último dia de intervenção formativa os cuidadores voltaram a avaliar as mesmas 12 pessoas doentes (2.^a avaliação), que vinham a cuidar desde o primeiro dia, relativamente aos seus estados de agitação ao longo do cuidado.

Houve um ganho (tabela 8) na diminuição de agitação de 69,31%, que inclui um ganho na diminuição de intensidade da agitação de 69,93% e um ganho na diminuição de frequência de agitação de 68,67%.

Tabela 8 – Ganho percentual de agitação no final da formação na ação, da 1.^a para a segunda avaliação, na 2.^a observação, para n= 12

| Itens | Intensidade | Frequência | Intensidade/ Frequência |
|---------------|---|---|---|
| | Da 1. ^a Avl. para a 2. ^a Avl. | Da 1. ^a Avl. para a 2. ^a Avl. | Da 1. ^a Avl. para a 2. ^a Avl. |
| A | 52,38 | 59,09 | 55,81 |
| B | 68,57 | 60,00 | 64,62 |
| C | 66,67 | 70,83 | 68,75 |
| D | 60,00 | 66,67 | 64,29 |
| E | 88,89 | 90,00 | 89,47 |
| F | 100,00 | 100,00 | 100,00 |
| G | 62,50 | 72,73 | 68,42 |
| H | 88,89 | 72,22 | 82,22 |
| I | 00,00 | 00,00 | 00,00 |
| J | 63,64 | 72,00 | 68,09 |
| Totais | 69,93 | 68,67 | 69,31 |

Dados de natureza qualitativa

As anotações no espaço aberto da grelha de observação mostram que foram de fácil aquisição pelos cuidadores, exigindo pouca intervenção dos formadores, os procedimentos cuidativos humanidade: bater à porta do quarto e/ou nos pés da cama da pessoa doente; a procura do olhar do utente; inclinar-se intencionalmente para o utente e chamá-lo pelo nome; a anunciação dos gestos de cuidar; a espera pelas autorizações do utente para a continuidade de cuidados; e a atenção aos sinais de aceitação, adesão e bem-estar. Revelam, também, que foi difícil a integração da apresentação dos cuidadores às pessoas doentes com demência, o dizer à pessoa doente que estava ali para o ajudar, o olhá-los com frequência nos olhos, a descrição dos gestos cuidativos, o toque humanidade evitando a mão em garra ou em pinça, a estimulação das capacidades restantes dos utentes e a

utilização dos procedimentos cuidativos da “consolidação/proação”, que exigiram bastante intervenção formativa.

As pessoas doentes, escolhidas por se oporem aos cuidados de toalete e reagirem de forma agressiva à ação dos cuidadores, reagiram à prestação de cuidados através da sequência SEPCH intensificando e aumentando a frequência do seu olhar, olhando mais o cuidador e seguindo-o com o olhar conforme descrito na grelha de observação nos casos de banho na cama (O11, O12), no chuveiro, em maca duche (O7, O8, O23, O33) e no chuveiro em cadeira sanitária (O5, O10, O26, O28). Em vez de reagirem negativamente à prestação de cuidados procuravam o toque com o cuidador como descrito nos casos do leito (O4, O11, O12), de chuveiro em maca duche (O9, O21) e no chuveiro em cadeira sanitária (O5), tendo mesmo chegado a beijarem as mãos dos cuidadores e a face que estes de imediato lhes ofereceriam, como nos casos de toalete no leito (O4, O11, O12). Aumentou também a reação das pessoas doentes através da palavra para iniciarem o falar com o cuidador, descrito nos casos do leito (O11, O12, O13, O15, O18, O25), nos casos de chuveiro em maca duche (O1, O3, O6, O7, O23, O27) e nos casos de chuveiro em cadeira sanitária (O5, O26, O29, O31).

Já desde a primeira observação que os cuidadores demonstraram ter preocupação com procedimentos cuidativos que promovam a verticalidade, tais como erguer o tronco da pessoa doente ou o segmento torácico da cama, sentá-la no cadeirão e partiam do princípio de que não eram capazes de colocar a pessoa doente de pé, no entanto melhoraram muito no sentido de manterem a pessoa algum tempo de pé, em carga, nos casos em que não havia contra-indicação médica, como ficou registado nas observações nos 4 casos de banho na cama (O12, O13, O15, O18), de 3 casos no chuveiro em maca duche (O14, O23, O24) sendo que foi observada a utilização do verticalizador em dois casos (O1, O7), e no chuveiro em cadeira sanitária (O5, O10, O16, O17, O19, O20, O22, O29, O31, O32, O34).

A observação de relaxamento nas pessoas doentes durante os cuidados de toalete é transversal a todos os casos observados, tendo sido registado um caso de suspensão médica de sedativo (O29).

Análise dos relatos gravados dos cuidadores, após a formação

Os relatos (R) avaliativos dos atores, gravados em vídeo, forneceram uma quantidade substancial de informação. Os doze relatos revelaram opinião global muito positiva em relação ao MGM e às suas potencialidades, comparando-o com o método anteriormente utilizado. Consubstanciam, com dados concretos

e exemplos, as mudanças a nível das suas práticas e dos benefícios para as pessoas cuidadas e para si próprios (Quadro 3).

Quadro 3 – Opinião global sobre o MGM

| Relato | Efeitos/benefícios | Descrição |
|--------|--|--|
| R1 | Doentes e cuidadores | Muito interessante. Pudemos comprovar no trabalho prático que de facto há conquistas muito grandes... (específica). |
| R2 | Doentes na atuação dos cuidadores | Acho este método muito bom, acho que sim, apesar de no início achar que não (específica)... |
| R3 | O doente envolve-se mais com as mudanças estabelecidas | Acho este método muito interessante, na medida em que em relação ao anterior conseguimos mobilizar muito mais o doente, envolvê-lo muito mais nos cuidados... estabelecer uma relação significativa... |
| R4 | Doentes e cuidadores | Em relação ao tradicional traz bastantes benefícios, para nós porque a pessoa nos ajuda e para o doente porque se vai sentindo em função... (específica) |
| R5 | Doentes e cuidadores | Em relação ao que estávamos a fazer, traz vantagens para o doente e para os profissionais (específica). |
| R6 | Doentes e cuidadores | Relativamente a esta nova filosofia de cuidados (...), nota-se melhoria nas pessoas doentes e também nos profissionais... (específica). |
| R7 | Doentes e cuidadores | ...vemos resultados evidentes em relação aos doentes e aos próprios profissionais... (específica). |
| R8 | Mudanças de atitude dos cuidadores e efeitos nos doentes | A metodologia é muito benéfica. Nunca me passou pela cabeça que obtivéssemos tão bons resultados... (específica). |
| R9 | Doentes e cuidadores | Foi uma experiência muito enriquecedora porque... (específica). |
| R10 | Doentes e cuidadores | Gostei imenso do que aprendi. Com a aplicação desta metodologia senti-me uma pessoa mais tranquila... Senti a pessoa mais metida comigo... Nos cuidados que dei senti as pessoas a colaborar mais, conforme podem... (específica). |
| R11 | Doentes e cuidadores | Para mim foi uma mais valia. Aprendi muito. Gostei. (Especifica as potencialidades do método) |
| R12 | Doentes e cuidadores | Achei bom e gostei. Aprendi coisas muito úteis (específica os efeitos). |

Além da análise global, procedeu-se a uma análise particularizada, que assentou nos seguintes eixos: mudanças verificadas nas práticas dos cuidadores; efeitos produzidos nas pessoas cuidadas, nos cuidadores e ambiente de trabalho; satisfação dos cuidadores; retroalimentação do sistema pela motivação para os cuidadores continuarem a aplicar o método (perenidade), a melhorar as suas práticas e a desenvolverem-se.

Relativamente às mudanças de atuação dos cuidadores (Quadro 4) é notório nos relatos: cuidados mais atentos, com mais carinho e pormenor; solicitam a participação, mobilizam mais e envolvem mais as pessoas doentes nos cuidados; descobrem nelas potencialidades que desconheciam, tanto no executar dos gestos como na comunicação; dão espaço/tempo para fazerem e comunicarem; explicam mais, maior interação; pedem o consentimento e atendem à decisão da pessoa doente, têm em atenção o esquema corporal, o conhecimento do corpo, identificando e descrevendo as partes do corpo.

Quadro 4 – Mudança nas práticas dos cuidadores e seus efeitos

| Categories | Descrição das unidades de significação |
|-----------------------------------|---|
| Autonomia do doente - Mobilização | <p>Conseguimos mobilizar muito mais..(R5)</p> <p>Conseguimos mobilizar mais o doente e envolvê-lo mais...Nota-se que o doente se envolve muito mais...(R3)</p> <p>Conseguimos mobilizar o doente sem fazer muita carga...(R11)</p> <p>Apercebemo-nos mais das capacidades dos doentes, Por vezes não sabíamos se o doente era capaz de mexer um braço, uma perna... (dá exemplo) (R9).</p> <p>Damos espaço aos doentes para fazerem...(R1)</p> |
| Poder de decisão | <p>...pedíamos o consentimento mas quer a pessoa respondesse quer não os cuidados eram feitos ... depois os cuidados acabam por ser mais suaves, mais colaborantes...(R4)</p> <p>...a pessoa sente mais que tem uma decisão, que não é obrigada a fazer tudo todos os dias, que no seu dia a dia tem opções e pode escolher (R6).</p> |
| Cuidados mais atentos | <p>As nossas atitudes demonstram muito mais carinho, não é que não existisse... Mas desta forma conseguimos estabelecer um laço, uma relação entre nós e a pessoa muito mais significativa, de maior proximidade ... (R3)</p> <p>...cuidados com mais atenção, mais carinho e mais pormenor...(R1)</p> <p>Conseguimos ter maior atenção do doente e ele reconhece que lhe damos maior atenção (R3)</p> <p>Os cuidados acabam por ser mais suaves, a nível tradicional eram mais em força... (R4)</p> <p>Consigo movimentar o doente sem ele fazer tanta carga, sem estar tão contraído (R11).</p> <p>Mais interação (R5)</p> <p>Explicamos mais o que vamos fazer... (R5)</p> |
| Esquema corporal | <p>Ajudamos a que tenham mais conhecimento do seu corpo dado que solicitamos a sua participação e identificamos e descrevemos as partes do corpo... (R4)</p> |

Em relação a efeitos nas pessoas cuidadas, são referidos estados nas pessoas cuidadas: mais relaxados, mais despertos e mais atentos; menos rígidos, menos contraídos, menos chorosos; não têm tanta tendência a agarrar, não sentem tanto medo; comunicam mais. Também são referidos comportamentos mais colaborativos, maior sentido de autoajuda, mais envolvidos nos cuidados e satisfação (Quadro 5).

Quadro 5 – Efeitos em relação às pessoas doentes

| Efeitos/benefícios | Unidades de registo | N | Total |
|--------------------------------|---------------------------------------|---|-------|
| Melhoria no estado dos doentes | Mais relaxados | 4 | |
| | Mais despertos | 3 | |
| | Mais atentos | 2 | |
| | Comunicam mais | 1 | |
| | Com maior sentido de autoajuda | 1 | |
| | Menos rígidos | 1 | |
| | Menos contraídos | 1 | |
| | Menos choro | 1 | |
| | Não têm tanta tendência a agarrar | 1 | |
| | Não sentem tanto medo | 1 | 16 |
| Autonomia/colaboração | Autonomia, manter as capacidades | 1 | |
| | Mais colaborantes | 6 | |
| | Mais envolvidos nos cuidados | 3 | 10 |
| Esquema corporal | Maior conhecimento do seu corpo | 1 | 1 |
| Satisfação/agradados/felizes | Pela forma como são cuidadas | 3 | |
| | Pela autonomia, fazerem os movimentos | 1 | |
| | Poder de decisão | 2 | 6 |

No que diz respeito aos efeitos nos cuidadores encontra-se um sentimento de tranquilidade, de capacidade de cuidar em paz e com maior proximidade da pessoa doente, satisfação e motivação para continuarem (Quadro 6).

Quadro 6 – Satisfação dos cuidadores

| Satisfação | Descrição |
|---|---|
| Satisfação/ Agrado pelo impacto nos doentes Sentir-se bem | <p>Em termos dos profissionais também penso que traz grandes vantagens pelo facto de haver uma maior interação entre o profissional e o utente, havendo assim uma maior satisfação da nossa parte (R5).</p> <p>O vermos resultados faz com que estejamos mais satisfeitos... (R7).</p> <p>...satisfação porque vemos coisas que achávamos que eram impossíveis, que eram impraticáveis e que por vezes víamos a pessoa mais dependente do que aquilo que ela era na realidade ... (R6).</p> <p>... também nos sentimos mais agradados, sentimos que o nosso trabalho teve mais... foi mais importante e tem um resultado muito bom (R1).</p> |
| Pela facilidade nos cuidados | <p>Não somos apenas o fazer, executar uma catadupa de procedimentos, mas damos espaço ao utente para conseguir fazer e para se sentir muito feliz com isso e nós também nos sentimos bem com isso (R1).</p> <p>Mais satisfeitos, porque os doentes ao estarem mais relaxados, mais colaborantes, mais despertos nos ajudam, tornando o processo muito mais simples (R7).</p> |
| Pelo que aprendeu Expressa gratidão | <p>...Para mim foi uma mais valia, aprendi muito com isto. Gostei (R11).</p> <p>...Gostei imenso daquilo que aprendi. É sempre uma mais valia sabermos mais e aproximarmo-nos mais do ser humano, porque são seres humanos. Obrigado por tudo (R10).</p> |
| Ultrapassou as expectativas | <p>Achei bom e gostei. Foram uns cuidados diferentes. Foi mais fácil lidar com o doente. Achei que ficam mais relaxados. É bom falarmos com os doentes a explicar os cuidados e torna-se agradável. Mesmo para o doente achei que ele ficou muito agradado com estes cuidados. (...) Aprendi coisas muito úteis (R12).</p> <p>... uma experiência enriquecedora porque, como já tenho falado com vários colegas, vamo-nos esquecendo da parte humana do nosso semelhante (...), Tem sido enriquecedor saber que alguns utentes que pensávamos que não conseguia mexer sequer a mão conseguem lavar a sua cabeça, a sua barriga... (R9).</p> <p>...Pelo que observei foi uma coisa maravilhosa que nos aconteceu ... Porque nunca me passou pela cabeça que ao fazermos estes cuidados obtivéssemos tão bons resultados. Ficarei grata se puder continuar com esta metodologia (...) uma vez que tivemos a sorte de a experimentar (R8).</p> <p>... Sou muito honesta e achava, no início, que havia coisas que eram muito teóricas e que não se conseguiriam ver na prática, pelo menos num período muito curto. Não, têm-se verificado! E estou a adorar (R2).</p> |

Efeitos de relaxamento e tranquilidade são apontados como consequências no ambiente de trabalho.

Da análise mais detalhada ressalta interdependência entre as melhorias nas práticas dos cuidadores e efeitos no estado das pessoas cuidadas e vice-versa, produzindo satisfação nos cuidadores e nas pessoas cuidadas. Uma relação circular que alimenta o sistema, como ilustram os vários excertos de relatos que se apresentam. Identificam-se vários binômios de associações [↔], como no seguinte:

(...) quando são tratados com mais atenção, com mais carinho e com mais pormenor [↔] penso que eles também gostam muito.

Quando podem manter as suas capacidades e efetuar eles próprios os movimentos ativamente e que não seja o profissional em substituição [↔] ficam muito satisfeitos com essa prática. Afinal conseguiram e não foi ninguém que fez por eles.

E nós também nos sentimos mais agradados [↔] sentimos que o nosso trabalho teve mais... foi mais importante, tem um resultado muito bom. Não somos apenas o fazer, executar uma catadupa de procedimentos, mas damos espaço ao utente para conseguir fazer

e se sentir muito feliz com isso [↔] e nós também nos sentimos bem com isso (R1).

Os cuidados tornam-se mais fáceis tanto para o cuidador como para a pessoa cuidada

(...) Acho que é uma técnica que nos ajuda a ambos. Os cuidados tornam-se mais fáceis tanto para mim que estou a cuidar como para o doente. A mim porque não faço tanta força e para o doente porque se começa a sentir mais relaxado. Eu consigo movimentar o doente sem ele fazer tanta carga, sem estar tão contraído. Fica mais ao natural (R11)...

Em relação aos utentes eu vejo uma clara diferença nas suas atitudes, nos seus comportamentos mais relaxados, mais colaborantes. E isto também faz que nós estejamos mais satisfeitos porque vemos resultados e porque ao serem mais colaborantes também nos ajudam e tornam todo o processo muito mais simples (R7).

Estabelecem uma relação muito mais significativa, de maior proximidade

(...) O doente reconhece que lhe damos muito mais atenção e nota-se que conseguimos ter uma maior atenção do utente. As nossas atitudes demonstram

muito mais carinho, não é que não existisse, mas que desta forma conseguimos também estabelecer um laço, (...) em que nós e a pessoa estabelecemos uma relação muito mais significativa e de maior proximidade (R3).

Os pequenos [grandes] ganhos são realçados, com espanto, inclusive em relação à terapêutica farmacológica, produzindo satisfação nos cuidadores, como se verifica no excerto seguinte:

(...) Acabamos por notar as pessoas mais colaborantes, por vezes mais despertas e com um sentido de autoajuda maior. (...) para os profissionais também é bom pela satisfação porque vemos coisas que achávamos que eram impossíveis, que eram impraticáveis e a pessoa mais dependente do que aquilo que ela era na realidade. Acabamos por conseguir pequenos ganhos que nos deixam espantados até com alguma terapêutica, porque achávamos que era um doente mais agitado, porque por vezes passava uma noite mais agitada ou tinha períodos de maior agitação. Neste momento dá para nos apercebermos que a pessoa fica menos reativa e que poderia fazer e ter mais alguns ganhos, que não tem por causa daquela medicação (R6).

O consentimento, o dar voz à pessoa cuidada e esta sentir que tem poder de decisão e opções a tomar, bem como o reflexo nos cuidados não foi esquecido.

(...) É evidente que a gente pedia o consentimento, é natural, mas quer a pessoa respondesse, quer não os cuidados eram feitos (...) Depois os cuidados acabam por ser mais suaves, mais colaborantes por parte do doente (R4).

(...) a pessoa sente mais que tem uma decisão e que não é obrigada a fazer tudo todos os dias e tem opções e pode escolher (R6).

E também sobre as suas práticas, doentes menos rígidos, mais relaxados, mais despertos, mais colaborantes e maior satisfação dos cuidadores.

(...) relativamente ao que estávamos a fazer anteriormente sinto que os doentes estão muito mais relaxados, mesmo os que não têm capacidade para colaborar mais estão mais atentos, não têm tanta tendência a agarrar-se, não sentem tanto medo, nós explicamos mais o que vamos fazer. Damos-lhes a possibilidade de colaborarem mais também. (...) acaba por haver uma maior interação entre o profissional e o utente havendo assim uma maior satisfação da nossa parte (R5).

Foi mais fácil lidar com o doente. Achei que eles ficam mais relaxados. É bom falarmos com os doentes a explicar os cuidados e torna-se agradável (R12).

(...) os cuidados tornam-se mais fáceis tanto para mim que estou a cuidar como para o doente. Acho que é uma técnica que nos ajuda a ambos, a mim porque não faço tanta força e o doente porque se começa a sentir mais relaxado. Eu consigo movimentar o doente sem ele fazer tanta carga, sem estar tão contraído. O doente fica mais ao natural (R11).

O fator tempo não foi esquecido, embora ainda digam perda de tempo, referem-se a mudanças de atitude e de comportamentos.

Com este método não perdemos mais tempo e temos saído mais satisfeitos do turno (R9).

(...) são mudanças de atitudes e de comportamentos que nós temos, muitas vezes até prejudiciais a nós e verificar que no fundo, não perdemos muito mais tempo (R8).

Acho que não é preciso perder muito tempo, às vezes, só uma mudança de atitude da nossa parte é suficiente (...) a forma de agarrar, a forma de tocar, de olhar, a voz (...), pequenas coisas que fazem toda a diferença (R7).

O dar espaço/tempo ao utente para fazer.

Não somos apenas o fazer, executar uma catadupa de procedimentos, mas damos espaço ao utente para conseguir fazer e para se sentir muito feliz com isso e nós também nos sentimos bem com isso (R1).

Fazem coisas que se calhar eles até faziam mas nós não lhes dávamos tempo para eles fazerem e agora estão a fazer: o pentear-se, o lavar os seus dentes, o colocar os óculos. Em relação à comunicação (...) se nós lhes dermos tempo, sim, eles comunicam perfeitamente, têm até um discurso coerente, que nós pensávamos que não, mas têm (R2).

Realçam, com admiração, o facto de os doentes serem menos dependentes do que pensavam, terem capacidades de colaboração e de comunicação, que desconheciam.

Por vezes não sabemos dizer se o utente consegue mexer o braço, o dedo ou o pé, pois realizamos tudo a pensar na tarefa que temos de realizar e ao mesmo tempo a pensar que ainda faltam mais um ou dois ou três utentes para cuidar e esquecemos que estamos a cuidar de uma pessoa em questão (...). Tem sido enriquecedor saber que alguns utentes que pensávamos que não conseguiam sequer mexer a mão conseguem lavar a sua cabeça, a sua barriga (...) (R9).

O esquema corporal

Ajudamos a que o utente tenha um maior conhecimento do seu próprio corpo, que às vezes já perdeu. Dado que solicitamos a sua participação e identificamos partes do seu corpo, depois o descrever de todos os passos, de todos os movimentos [Exemplifica] (R4).

Registam efeitos sobre o seu próprio estado, mudanças nas suas atitudes e comportamentos.

(...) senti-me uma pessoa mais tranquila, e capaz de dar um cuidado com mais paz e mais próxima da pessoa (R10).

Nota-se que conseguimos ter uma maior atenção do utente e que ele reconhece que nós lhe damos muito mais atenção. As nossas atitudes demonstram muito mais carinho, que não é que não existisse, mas que desta forma conseguimos também estabelecer um laço, uma relação com o utente entre nós e a pessoa (R3)

Consideram esta experiência enriquecedora, maravilhosa, mostrando-se gratos por terem tido esta oportunidade e expressam vontade de continuar.

Pelo que observei foi uma coisa maravilhosa que nos aconteceu nestes dias de formação. Porque nunca me passou pela cabeça que ao fazermos estes cuidados obtivéssemos tão bons resultados. Ficarei grata se puder continuar com esta metodologia na unidade uma vez que tivemos a sorte de a experimentar... Mais uma vez digo que tivemos muita sorte de poder experimentar esta metodologia com os nossos utentes. É bom que lhe demos continuidade para satisfação nossa e do utente (R8).

Gostei imenso daquilo que aprendi. É sempre uma mais valia sabermos mais e aproximarmo-nos mais do ser humano, porque são seres humanos. Obrigado por tudo...(R10)

As reflexões, o pôr-se em questão atitudes são uma forma de evoluir continuamente.

E também acho que saltamos barreiras diariamente ao pensar e ao pôr em causa algumas atitudes que tínhamos (R6)

Em síntese, a análise dos relatos avaliativos dos atores revelou opinião muito positiva em relação ao MGM e às suas potencialidades. São reveladas as mudanças

nas práticas dos cuidadores, pondo em evidência os benefícios para as pessoas cuidadas e para os próprios cuidadores. É evidente a interdependência entre as mudanças ocorridas nas práticas e as respostas das pessoas doentes, o seu bem-estar e a satisfação que os cuidadores sentiram, tal a velha máxima tão utilizada por Gineste e Marescotti «Quando faço o bem, sinto-me bem». E, em retorno, os cuidados são facilitados dado que as pessoas doentes estão menos rígidas, mais relaxadas, mais despertas e mais colaborantes. O fator tempo não foi esquecido, sendo ainda referido como perda de tempo e é visto ligado a mudanças nas suas atitudes e comportamentos. O dar-lhes oportunidade de fazerem escolhas, dar-lhes espaço/tempo, tendo em atenção o seu ritmo e a satisfação, a autonomia, a colaboração manifestada. Realçam, com admiração, o facto de as pessoas doentes serem menos dependentes, terem capacidades de colaboração e de comunicação, que desconheciam. Consideram esta experiência enriquecedora, maravilhosa, que superou as expectativas, mostrando-se gratos por terem tido esta oportunidade e motivados para continuar. Fecha-se com o R2, por nos parecer ilustrativo do exposto (foi limpo de algumas redundâncias):

Em relação a este método de humanidade que estivemos a aplicar nestes últimos dias, tenho notado grandes melhorias nos utentes. Elas não são muito visíveis, mas se tivermos com alguma atenção elas são notórias. Os utentes estão muito menos rígidos. Estão muito mais despertos para o ambiente que os rodeiam, não só para nós mas também para os aspetos físicos, as cores e os pequenos pormenores que os rodeiam.

Estão mais colaborantes nos cuidados. Fazem coisas que se calhar eles até faziam mas nós não lhes dávamos tempo para eles fazerem e, agora estão a fazer: o pentear-se, o lavar os seus dentes, o colocar os óculos. Em todos estes aspetos estão muito melhores e até mesmo na comunicação. Utentes que achávamos que não comunicavam, não, é mentira, eles comunicam, nós, se calhar não estávamos despertos para os estimular e para lhes dar tempo porque eles não têm um discurso tão rápido e um pensamento tão rápido como nós. Mas se lhes dermos tempo sim, eles comunicam perfeitamente, têm um discurso coerente até, que nós pensávamos que não, mas têm.

E... e acho que sim, por exemplo a minha utente que era muito rígida e chorava bastante, não, nós conseguimos estar quase uma hora com ela com um período muito curto de choro, mais associado à dor e não tanto aos prestadores de cuidados, que somos nós, neste caso.

Por isso acho que o método é muito bom. Eu acho que sim. Apesar de no início achar que não. Sou muito honesta, achava que havia coisas que eram muito teóricas e que não se conseguiriam ver na prática, pelo menos num período muito curto. Não, têm-se verificado! E estou a adorar (R2).

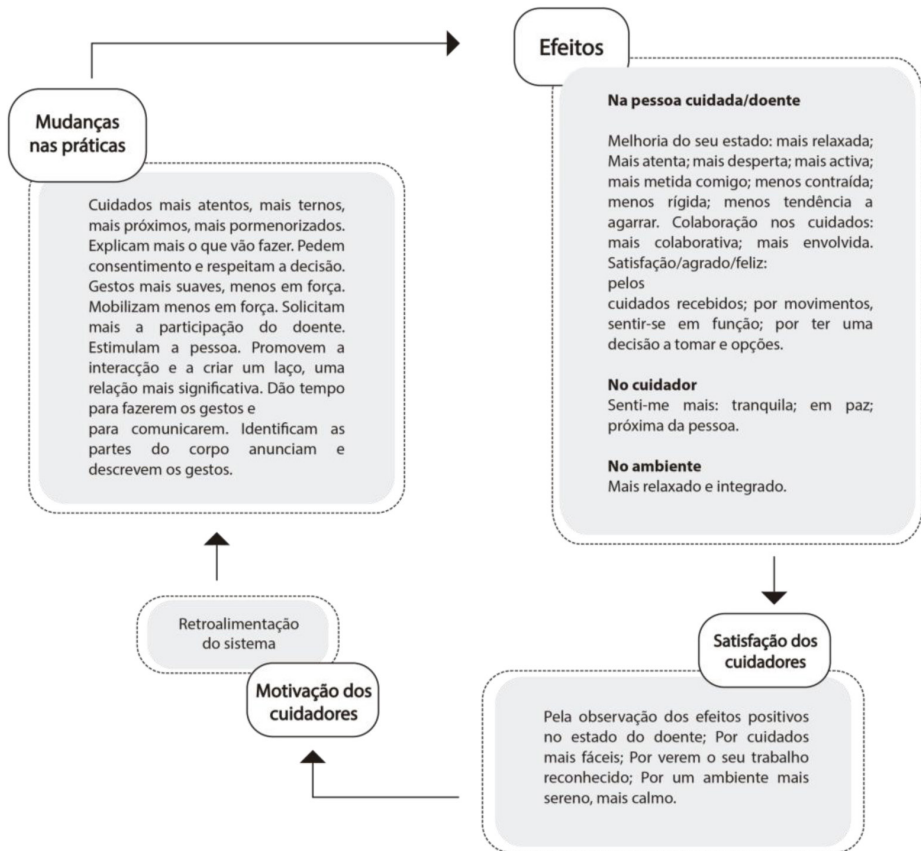


Figura 3 – Esquema mudanças nas práticas, efeitos nas pessoas cuidadas, satisfação, retroalimentação do sistema

Interpretação/discussão dos resultados

Na observação dirigida à prestação de cuidados dos enfermeiros na UCCI, onde o desvio anteriormente descrito foi o ponto de partida da formação na ação ministrada, foi frequente a intervenção dos formadores, tanto na prestação de cuidados como em sala: na especificidade da utilização do olhar e respetiva

frequência; do toque e respetiva suavidade; da indicação aos movimentos utilizando as capacidades restantes e reforços positivos; e da utilização descritiva dos gestos de cuidar que executam para dar continuidade à técnica do auto-*feedback*.

É de salientar que: o bater à porta aberta ou fechada e/ou na barra dos pés da cama, como regra de cidadania baseada no direito à privacidade e ao domicílio e primeira estimulação sensorial em doentes com demências, como vimos ausente na 1.^a observação, estava positivamente presente nesta observação; o toque humanidade consegue ser significativamente melhorado e estar positivamente presente; se observou a utilização dos verticalizadores presentes na UCCI, não utilizados na 1.^a observação, e as toaletes foram realizadas maioritariamente na maca-duche e cadeira sanitária, e que; mesmo com os procedimentos cuidadosos da “consolidação/proação” a serem constantemente abordados durante toda a interação formativa, principalmente o reforço positivo, se detetou um elevado score de presença dos itens da SEPCH, inerente ao MGM.

Os estados de agitação das pessoas doentes durante os cuidados diminuíram significativamente com a FA, em concordância com os resultados do estudo de Sicar *et al.* (2010) e justapondo-se à constância dos testemunhos dos formandos, relatados e gravados em vídeo, de que a sua aprendizagem dos procedimentos cuidadosos humanidade tinha contribuído para um maior relaxamento, acalmia e colaboração das pessoas doentes, que ficam mais atentos e se envolvem mais nos cuidados. Estados que diminuem o consumo de neurolépticos (Luquel *et al.*, 2010).

Os enfermeiros referem também vantagens para eles próprios. Pois sentem-se mais satisfeitos por prestarem cuidados que, sem gastarem mais tempo, se tornam menos pesados e mais próximos da ligação relacional com as pessoas doentes, capacitando-os para lidarem com a sua agitação durante os cuidados, em concordância com os resultados atingidos por Lesueur *et al.* (2011), e correspondendo às máximas tão caras de Yves Gineste e Rosette Marescotti: «Quando eu faço mal, eu faço-me mal - *Burn out*»; «Quando eu maltrato, eu maltrato-me - *Burn out*»; «Quando eu faço o Bem, eu faço-me bem – tenho prazer»; «Quando eu trato Bem, eu trato-me bem - tenho prazer».

3.^a OBSERVAÇÃO

Caraterização das pessoas doentes

As pessoas doentes observadas não eram as mesmas que nas outras observações, contudo também eram idosas, dependentes em grau elevado nos autocuidados e tinham demência segundo as considerações médicas.

Presença dos itens da SEPCH

Obtiveram-se 59,10% de score de presença da SEPCH nos cuidados observados, aos 24 casos de cuidados de toalete. Valor mais baixo do que os 84,57% de score obtidos durante a FA, mas mais elevado do que os 17,83% de score da 1.^a observação.

Comparação geral entre a 1.^a a 2.^a e a 3.^a observação

De uma forma geral, como se observa na tabela 9, houve perda percentual de 25,47% de score de presença da SEPCH da 2.^a observação (observação ação formativa) para a 3.^a observação (observação avaliativa), mas um ganho de 41,27% em relação à 1.^a observação (observação diagnóstica).

Tabela 9 – Scores (%) de presença da SEPCH, da “aproximação/sintonia” e da “consolidação/proação”, 1.^a, 2.^a e 3.^a observação

| Observação | SEPCH | “aproximação/sintonia” | “consolidação/proação” |
|---|--------------|------------------------|------------------------|
| 1. ^a (n=27) | 17,83 | 20,77 | 00,93 |
| 2. ^a (n=36) | 84,57 | 88,89 | 59,72 |
| 3. ^a (n=24) | 59,10 | 63,59 | 33,3 |
| Acréscimo na 3.^a relativamente à 1.^a | 41,27 | 42,82 | 32,40 |

Observando a tabela 1 do anexo 1 verificamos que os 13 itens da SEPCH a 00,00% na 1.^a observação obtiveram scores entre 10% e 80,00% na 3.^a observação. Os resultados menos bons não nos surpreenderam, eram até esperados, pois foram os que exigiram maior intervenção da parte dos formadores, como a consolidação, a estimulação para a utilização das capacidades restantes e a descrição dos gestos. O que nos surpreendeu foi a mudança de sequência no banho, que passou de 07,41% para 100,00% na 2.^a observação e 95,85% na 3.^a observação, apresentando uma subida significativa da primeira para a última categoria percentual (tabela 2 do anexo 2).

Observa-se na tabela 2 do anexo 2 que o procedimento «24 - Fala à pessoa doente da experiência agradável que foi prestar-lhe aquele cuidado» foi o único da dimensão “consolidação/proação” que se manteve na categoria percentual da segunda observação, [60% - 50%[tendo até subido de score, marcando bem a transição entre as dimensões da SEPCH, uma vez que todos os outros itens se mantiveram negativos, incluindo o «27 - Agradece à pessoa doente aquele

momento de relação no cuidado e despede-se» que atingiu o score mais elevado (88,89%) na 2.^a observação.

Tipo de cuidado e tempo médio

A grelha de observação permitiu-nos verificar que os cuidados de toalete demoraram entre 20 e 33 minutos, média 24,16 minutos e ocorreram maioritariamente no leito aproximando-se à primeira observação (tabela 10).

Tabela 10 – Demora média por tipo de cuidado de toalete, na 3.^a observação

| Tipo de cuidado | N.º | % | Tempo médio (minutos) |
|-------------------------------|------------|---------------|----------------------------------|
| Banho na cama | 15 | 62,50 | 24,47 |
| Chuveiro em cadeira sanitária | 4 | 16,67 | 25 |
| Chuveiro em maca-duche | 5 | 20,83 | 23 |
| Totais | 24 | 100,00 | 24,16 |

Deve esclarecer-se que ainda não tinham chegado as cadeiras de banho em aquisição nem a maca duche.

Dados de natureza qualitativa

Os dados de natureza qualitativa descritos na grelha de observação voltaram-nos a demonstrar que os carros de apoio aos cuidados de toalete tinham ficado muito bem preparados do turno da noite. Durante a passagem de turno dos enfermeiros, os AO continuavam a avançar para os cuidados de toalete sem orientações específicas dos cuidados a prestar, decorrentes dos diagnósticos de enfermagem. O princípio da não interrupção continuava a não ser respeitado tendo-se observado 2 casos de interrupção nas toalete no leito: 1) aos 9 minutos de execução do procedimento, o enfermeiro ausentou-se para ir atender o telefone (O9); 2) aos 15 minutos de execução do procedimento o enfermeiro ausentou-se para ir buscar roupa, justificando-se que tinha chegado roupa naquele momento (O10). Ainda se observavam gestos duros durante as toalete no leito em 5 casos (O3, O5, O12, O17 e O24), durante as toalete na cadeira duche 2 casos (O14 e O21). No entanto, as abordagens surpresa, a sequência céfalo-caudal com a exceção do único caso observado (O11), os cuidados em que os cuidadores só falam entre si e a não suavização do jato de água do chuveiro, tinham desaparecido da realização dos cuidados de toalete. Não foram registadas reações de agitação ou agressão ao

cuidador por parte da pessoa doente durante a prestação dos cuidados observados. Havia uma nítida diferenciação dos pré-preliminares, dos preliminares, da *rebouclage*, e uma grande preocupação de não esquecer a “consolidação/proação” no fim da realização dos cuidados, por exemplo: na toalete no leito «Foi bom estar consigo e foi muito bom toda a ajuda que me deu» (O15); na toalete na cadeira duche «Gostei de estar consigo e gosto muito de a ajudar» (O14), «Foi bom dar-lhe o banho, eu estou aqui para isso, está bem?» (O16); na toalete na maca duche «Obrigado por este bocadinho, volto daqui a bocado» (O8).

O uso de diminutivos só foi registado em 4 casos: na toalete no leito «Foi bom estar este bocadinho consigo.» (O2); «Temos que deixar estes lençóis. Eles estão limpinhos.» (O10); na toalete na cadeira duche «Gosta do banhinho?» (O21); na toalete na maca duche «Obrigado Gracinha, até já» (O7); «Obrigado por este bocadinho, volto daqui a bocado» (O8).

O toque necessitava de ser treinado para se aumentar a sua frequência tanto na suavidade como no evitar a mão em pinça e os dedos em garra.

Apesar das condições de contexto se terem alterado consideravelmente, estes resultados mostram que os procedimentos cuidativos da SEPCH, inerente ao MGM, estavam presentes no modo de prestar cuidados dos enfermeiros que participaram no estudo e que de uma forma geral os enfermeiros se revêm no seguinte comentário: «Os cuidados de humanidade são o verdadeiro papel do enfermeiro. Tenho uma postura diferente e noto que sou muito mais respeitado pelo doente com perdas cognitivas. Esta formação fez-me pensar. Fiquei Fã do Yves Gineste. Não digo que atuo sempre de acordo com esta metodologia, mas obrigame a pensar naquilo que faço» (O19). Quando tinham um gesto inadequado corrigiam de imediato.

Com estes resultados dizemos que as etapas da IAA contribuíram para que as práticas dos enfermeiros da UCCI se aproximassem da SEPCH inerente ao MGM, não nos restando dúvidas que havia consciência para as suas diferentes dimensões e etapas. A prática efetiva dos enfermeiros estava mais perto da sua própria perceção de prestação de cuidados que tanto valorizavam. Tínhamos conseguido aplicar a SEPCH inerente ao MGM numa UCCI e obter a evidência, por observação dirigida, de que a SEPCH estava presente nos comportamentos cuidativos dos enfermeiros durante as prestações de cuidados. E os enfermeiros que ficaram para o segundo grupo de formação continuavam a perguntar quando chegaria a sua vez.

No entanto, para dar continuidade a este projeto era necessário melhorar o alinhamento dos comportamentos cuidativos pela SEPCH planejando mais um ciclo de IAA. Da apresentação de resultados aos enfermeiros retivemos que apesar da perda de elementos chave na UCCI, nomeadamente o Administrador e o Enf. Coordenador, das alterações organizacionais e das elevadas preocupações que sentiam, até em manterem o seu trabalho, os enfermeiros continuavam a querer manter o projeto, pelo que era possível planear mais um ciclo de IAA a propor aos dirigentes.

Interpretação/discussão dos resultados

Na 3.^a observação, dirigida à prestação de cuidados dos enfermeiros na UCCI que tinham frequentado a formação, há que dizer, como já o fizemos, que os cuidados não foram prestados às mesmas pessoas doentes das observações anteriores, mas sim às das valências dos cuidados continuados, onde os enfermeiros participantes no estudo trabalhavam no momento. A nossa grelha de observação estava mais direcionada para doentes com Síndromas Cognitivo Mnésicos. Donald, Campbell e Stanley (1979) alertam para não se comparar o que não é comparável. No entanto, as pessoas cuidadas tinham a característica de demência e, apesar de se terem obtido resultados baixos nesta observação, os scores são muito superiores aos da 1.^a observação demonstrando claramente que as 5 etapas da SEPCH, inerente ao MGM, estavam presentes na sua prestação de cuidados.

Tendo sido surpreendente a integração do procedimento «10 - Evita começar o procedimento pelo rosto (especialmente no banho)», mudando a sequência tradicional do banho há tanto tempo presente na cultura de enfermagem, foi também nítido uma necessidade de reforço formativo global, nomeadamente nas especificidades do olhar, da palavra e do toque humanidade, assim como a indiciação e incitação aos movimentos das pessoas doentes com reforços positivos para utilização das suas capacidades restantes, para além das toaletes no leito com bacia terem voltado a prevalecer, e não terem sido utilizados os verticalizadores. Factos que se compreendem pela necessidade de pelo menos um ano de treino e correções diárias para o conseguir (Gineste e Pelissier, 2007, 2008).

Os procedimentos cuidativos da dimensão “consolidação/proação” estavam bastante deficitários. A demonstrar que fechar o ato cuidativo não é uma prática dos enfermeiros. Em doentes com SCM é de extraordinária importância, pois valorizar o ato de cuidado, valorizar a pessoa, valorizar o encontro, com palavras positivas, gestos de amizade, de ternura, deixam uma impressão em memória

emocional. Mesmo assim, é interessante constatar que a transição para esta dimensão estava bem presente na consciência dos enfermeiros enquanto sucessora da anterior, uma vez que, como já referimos, o seu primeiro procedimento «24 - Fala à pessoa doente da experiência agradável que foi prestar-lhe aquele cuidado», que estava praticamente ausente na 1.^a observação, esteve presente na 2.^a observação tendo ainda subido de score de presença na 3.^a observação. Nesta observação não se pode fazer comparações nos estados de agitação das pessoas doentes com a 2.^a observação, porque não estávamos a observar as mesmas pessoas doentes, no entanto não foram observados casos de agitação/agressão ao cuidador.

Estes resultados não são generalizáveis, mas estamos convictos que noutros contextos se obteriam resultados idênticos, uma vez que noutras experiências se obtiveram resultados semelhantes. O tempo médio utilizado na realização dos cuidados de toalete por nós apurado é superior aos 20 minutos detetado por Gineste e Marescotti (Gineste e Pelissier, 2007, 2008).

CONCLUSÃO

A complexa problemática do envelhecimento e da prevalência das doenças associadas exigem a adequação das respostas de saúde numa dimensão interdisciplinar, contexto em que os cuidados de enfermagem de humanidade se tornam fundamentais.

Como resposta à questão científica inicial, sobre qual o significado dos cuidados de humanidade a pessoas idosas e vulneráveis, sintetizámos, através de revisão sistemática, como melhor evidência o trabalho de Gineste e Pellissier (2007), disponível em português com o título «Compreender a velhice, cuidar dos homens velhos» (2008). O aprofundamento deste trabalho revelou o seu enorme contributo internacional no cuidado aos idosos dependentes, com relevantes ganhos em saúde, como seja, diminuição da taxa de doentes acamados em instituições e mudança de paradigma na ação dos cuidadores.

A implementação da Filosofia de Cuidados Humanidade (FCH) em Portugal era inicialmente um enorme desafio e uma absoluta necessidade, considerando os indicadores do envelhecimento. Neste âmbito, a investigação que dá corpo a esta obra promoveu um trabalho metodológico demorado, com peritagem e validação continuada dos autores da FCH, e descreveu uma Sequência Estruturada de Procedimentos Cuidativos Humanidade (SEPCH) inerente ao Método de Cuidados Humanidade Gineste Marescotti (MGM).

A SEPCH é constituída por comportamentos observáveis, realizados pelo enfermeiro na prestação dos cuidados, seguindo uma sequência estruturada de execução técnica e ética, isto é, procedimentos cuidativos humanidade. Os pilares da humanidade permitem-no ao garantirem a utilização intencional da gama energética de estimulação perceptível pelo tecido sensorial da espécie humana. A utilização positiva desta gama, através dos procedimentos do cuidado, é transduzida na excitação dos recetores dos nervos sensoriais que conduzem os impulsos até ao sistema nervoso central e o ativam sensorialmente, interferindo no processamento bioquímico neuronal com intenção numa codificação positiva

da sensação corporal cocriada. Codificação que ativa a memória emocional para a evocação de lembranças de codificação sensorial semelhantes e para a impressão das sensações cocriadas. Sintonia emocional, que condiciona e permite a observação de sinais monitorizáveis por emissão do sistema nervoso autónomo e do sistema nervoso somático expressados por relaxamento e adesão, com as quais o enfermeiro reorienta a sua interação com o tecido sensorial com intenção de cocriar um estado emocional positivo na pessoa dependente mental. Estado emocional que incentiva a pessoa à interação com o enfermeiro sem agitação/agreção e à exploração do meio ambiente facilitando a mobilização ativa e a verticalidade; expressão do exercício ético de autonomia na pessoa com dependência mental.

Assim sendo, a SEPCH é uma intervenção de estimulação sensitiva pela interação relacional com a prestação dos cuidados de enfermagem, que recruta a intervenção neuronal com intenção na captura da informação, processamento, intervenção das memórias e expressão de sinais e ações relacionais, pela pessoa com dependência mental, que permitam a continuidade dos cuidados e dinamizem a competência funcional e relacional no cuidado a decorrer, isto é, intervenções neurorelacionais com os cuidados de enfermagem, que faz gerar o conceito *Enfermagemneurorelacional*, onde o próprio enfermeiro é a principal tecnologia e a sua competência de estimulação do tecido sensitivo e de interação com a pessoa, guiado pela expressividade da pessoa em respostas fisiológicas e humanas, é a sua principal instrumentação nos cuidados, tendo em vista a funcionalidade e a interação humana. Pelo que se revelou uma ferramenta técnica e científica de grande utilidade para uma prática de cuidados baseada na evidência. Pois, permitiu construir e validar instrumentos de medida, ferramentas de gestão racional e objetiva, que integram com validade de conteúdo e de construção, todos os princípios da FCH, assim como rigor no poder de resposta, de interpretação e de peso de aplicação.

A criação do 1.º instrumento de colheita de dados, questionário, no 1.º estudo descritivo inicial, determinou a aceitação dos princípios do cuidar humanidade pelos enfermeiros da Região Centro de Portugal, ao qual atribuíram elevada importância e perceção de aplicação na prestação de cuidados. Resultados que estão de acordo com os valores preferência que perfilham. Estudo diagnóstico fundamental com que se avançou para uma investigação orientada, observando em contexto clínico a coerência entre a opinião expressa nestes resultados e a prática efetiva que espelha valores referência.

Em continuidade, sob influência de uma ontologia relacional, de uma ética aplicada, de um pressuposto desvio entre prática percebida e prática efetiva

dos enfermeiros em relação aos procedimentos cuidadosos humanidade, e da pertinência do estudo da efetividade da sua implementação numa Unidade de Cuidados Continuados Integrados, para o qual estaria indicado a formação dos enfermeiros, era preciso conjugar: a interação comunicativa humana; a ação clínica; a participação democrática e consensos na progressão e mudança de comportamentos de cuidar, observáveis, e; a produção de conhecimento novo.

Perante tal necessidade de articulação ontológica e epistemológica, e de rigor científico, foi considerado a importância da flexibilidade e coerência de processo, na escolha do método a utilizar. A Investigação Ação foi escolhida como metodologia adequada e o modelo de Lavoie, Marquis e Laurin (1996) como o de mais fácil compreensão, tanto pelo seu esquema prático, como pela sua síntese dos papéis de investigador e ator.

Seguindo adequados critérios de construção de grelhas de observação, a grelha de observação criada no 2.º estudo, forma alternativa de aplicação do 1.º instrumento, foi estruturada com espaços para dados de contexto, de significado e de valor. Instrumento de colheita de dados que permitiu diagnosticar que os valores referência dos enfermeiros não estavam alinhados com os seus valores preferência e tornou possível monitorizar a implementação e avaliação da efetividade de aplicação do MGM em cuidados continuados através de uma estratégia pedagógica formação na ação (FA). Estudo que revelou efeitos positivos, tanto nos estados de saúde das pessoas doentes, corroborados pelos resultados da avaliação com a grelha de agitação e dos relatos dos enfermeiros, como efeitos positivos nos próprios enfermeiros que o expuseram nos seus relatos como satisfação profissional.

Em termos dos profissionais também penso que traz grandes vantagens pelo facto de haver uma maior interação entre o profissional e o utente, havendo assim uma maior satisfação da nossa parte (R5).

Mais satisfeitos, porque os doentes ao estarem mais relaxados, mais colaboradores, mais despertos nos ajudam, tornando o processo muito mais simples (R7).

Os resultados de natureza quantitativa, obtidos através da grelha de observação e os de natureza qualitativa decorrentes das notas dos observadores, dos relatos dos atores (gravados) e intervenções formativas, são congruentes, o que lhes confere credibilidade.

Estes resultados da investigação realizada vão, também, ganhando validade externa, através da ação continuada de réplica em novos contextos, como é exemplo do trabalho desenvolvido pela Humanidade ltd. (Instituto Gineste e Marescotti

Portugal – IGM Portugal), criada em março de 2011, com o autor desta obra como sócio gerente fundador da qual se desvinculou após a sua autonomização, pelas continuadas visitas a Portugal dos autores da FCH e a solicitação da tradução da SEPCH para francês e inglês, revelando o interesse das instituições e dos profissionais por este novo paradigma de cuidar.

Os achados da observação inicial estão em concordância com os que os autores encontraram no início do seu percurso e os moveram a desenvolver a FCH, a criar o MGM e as múltiplas técnicas que o tornam tão eficaz. Estes achados, destruidores dos laços humanidade são ainda hoje encontrados no início das formações dos IGM's, em situação real de cuidados, nos países onde estes estão implantados – abordagens surpresa, com ausência dos procedimentos pré-preliminares (ou se batem à porta não esperam a resposta) e preliminares (captura sensorial), não se anunciar, não anunciar o cuidado e obter o consentimento, deferindo a sua realização, se for caso disso, concentração no ato a realizar e não na pessoa, não anúncio e descrição dos gestos, gestos duros, pegas em pinça pelos pulsos para cima ou pelas axilas, utilização de mão em garra, posturas ergonômicas incorretas, toaletes maioritariamente no leito, com uma taça de água, assente em falsos princípios, numa única sequência (cefalocaudal), começando pelo rosto, acamação em vez da promoção da verticalidade, ocorrência frequente de comportamento de agitação patológica (CAP) e oposição aos cuidados das pessoas dementes. A consolidação emocional não é feita. Aliás os procedimentos da dimensão “consolidação/pró-ação” foram difíceis de integrar, exigindo bastante intervenção formativa durante a FA e decaiu na 3.^a observação. Nota-se que não é uma prática corrente.

Igualmente os resultados durante e após a FA estão em consonância com os obtidos nas formações dos IGM's. Ganhos substanciais na diminuição da agitação e na ocorrência de CAP, na oposição aos cuidados e todo o corolário daí decorrente. Resultados surpreendentes, considerados pelos cuidadores impossíveis/inatingíveis antes de os constatarem, como as pessoas a saírem do “limbo geriátrico”, falarem ao fim de meses de mutismo, ocorrendo o “milagre” frequentemente no momento da consolidação, e esse “milagre” ocorre em França, aqui em Portugal e recentemente no Japão, durante a formação de Yves Gineste (como foi apresentado no Colóquio Internacional, realizado em Paris, 8 e 9/11/2012, pela Diretora de Serviço e Investigadora, Professora Doutora Miwako Honda, documentado em filme); como é também considerado surpreendente para os cuidadores descobrirem potencialidades nas pessoas doentes para se mobilizarem e cooperarem nos cuidados e na comunicação, que desconheciam.

Efeitos sobre a pessoa cuidada como acalmia, relaxamento, menos queixas, mais despertas para o ambiente envolvente, mais comunicativas e colaborativas e sobre a satisfação dos cuidadores.

Esta consonância de resultados fortalece os que foram obtidos na investigação, mas também nos inquieta pelo carácter de um agir profissional que não tem caminhado no sentido humanizante de conservar os laços humanidade da pessoa doente, em franco afastamento da teorização em enfermagem que, como já o dissemos, tem evoluído para um paradigma relacional, passando de um cuidar como um dever para um cuidar como uma relação terapêutica e, mais recentemente, para um cuidar como uma expressão ética. O que demonstra que há um trabalho cíclico, crítico e reflexivo de aplicação, operacionalização e teorização, que se não tem vindo a ser feito nos contextos da ação clínica, urge que se faça!

Uma das nossas inquietações é o afastamento dos enfermeiros dos cuidados em intimidade, entregando-os a pessoal não qualificado Assistentes Operacionais (AO), sem orientações precisas, acompanhamento de supervisão e avaliação, que também verificámos durante a investigação. Estas orientações deveriam decorrer do diagnóstico de enfermagem. Apesar de pertencer ao papel próprio do enfermeiro é difícil conseguir obter-se a prescrição dos cuidados de toalete e a sua atualização, consoante a evolução do estado da pessoa, nas suas condições de realização, objetivos a atingir e tipo de toalete.

Como já se antevia nos resultados obtidos por questionário, os banhos foram começados pelo rosto na primeira observação (antes da FA), justificado como sendo a técnica correta. No entanto, foram rápida e totalmente assumidas as sequências propostas pelo método, não exigindo intervenção dos formadores, mantendo-se a mudança operada na 3.^a observação. Este resultado tem sido verificado noutros contextos. É um resultado surpreendente, dado que esta técnica é ensinada e praticada há décadas. Interpretámos a mudança como a aceitação e adesão dos enfermeiros a modos de cuidar, como as abordagens propostas pelo método, onde os procedimentos cuidativos operacionais lhes fazem sentido na adesão natural aos valores que perfilham e também pelos resultados imediatos verificados.

Os resultados do estudo empírico realizado, confirmam que os cuidados de toalete, nomeadamente o banho, não são ainda a oportunidade de aproveitamento das inúmeras potencialidades de comunicação, estimulação em todas as áreas, de observação, de reatar laços humanidade, sendo facilmente descartáveis da área profissional dos enfermeiros e **interrompidos, sem o mínimo de atenção**. Assiste-

se neste e noutros contextos a uma “lavagem” e não a um cuidado especializado enraizado em múltiplos saberes. Este assunto tem implicações a nível profissional e merece uma reflexão séria das estruturas representativas da profissão, Ordem dos Enfermeiros, das Escolas Superiores de Enfermagem e das Instituições prestadoras de cuidados, assente em estudos científicos. Há que definir rumos.

Um outro aspeto verificado durante o estudo, mas que decorre de uma cultura profissional generalizada, é relativo às demoradas passagens de turno, em que os Assistentes Operacionais não participam, partindo para os cuidados sem orientações concretas. Temos testemunhos que nos dizem que em tempos idos, em que não se dispunha dos meios informáticos do presente, com registos menos eficientes, e aos(às) Empregados(as) Gerais, que antecederam os Auxiliares de Ação Médica, não lhes era pedido o contributo que hoje se lhes pede, talvez se justificasse a transmissão oral pormenorizada das ocorrências dos turnos, em separado.

As transmissões demoradas têm efeitos perversos, pois é difícil manter níveis de concentração/atenção elevados durante mais de 20 minutos. Será preferível menos tempo na oralidade e mais tempo na consulta de registos.

Dos resultados apurados emergem imensas interrogações a exigirem reflexão profunda no âmbito do ensino de enfermagem e da própria profissão: que caminhos?

Num período de crise económica, mesmo numa visão economicista, é oportuno que as instituições, as instâncias políticas equacionem a relação custo-benefício. Quanto custa o cuidado de uma pessoa acamada, retraída, anquilosada, com úlceras de pressão, alimentada por sonda? Sem falar no sofrimento que não tem preço. Quanto custa o absentismo por esgotamento profissional/*burnout* ou por lesões músculo-esqueléticas? Apostar em pessoal formado, competente e em número suficiente, exigindo-lhes prestações de alto nível de qualidade ou o contrário? Prevenir degradações ou tratá-las?

Em relação à investigação realizada emerge a necessidade de dar continuidade a outros estudos de natureza científica e abrem-se várias possibilidades, entre outros: se replique o 1.º estudo a nível nacional; se continue a testar a reprodutibilidade do cuidar humanidade, através da sua implementação noutros contextos similares; se estude a efetividade da intervenção humanidade dos enfermeiros no desenvolvimento de recursos e capacidades para as atividades realizadas pela pessoa dependente mental, nomeadamente, na adesão aos cuidados, na aprendizagem procedimental e na autonomia para as atividades de

vida diária; se estude a efetividade da intervenção humanidade dos enfermeiros na alteração positiva dos estados de saúde nas pessoas com dependência mental e respectivos ganhos em saúde; se aprecie os padrões de resposta humana das pessoas com dependência mental à intervenção humanidade dos enfermeiros, explicando-os, permitindo o desenvolvimento teórico pela identificação de regularidades; se descrevam as experiências dos enfermeiros que praticam intervenções humanidade, esclarecendo significado; se estude o impacto das intervenções humanidade dos enfermeiros sobre a sua própria satisfação e sobre o seu sentimento de bem estar e auto eficácia; se estude o impacto do cuidar humanidade na taxas de absentismo dos profissionais; se estude o impacto do cuidar humanidade na diminuição do consumo de medicamentos, neurolépticos e outros, nas pessoas com dependência mental; se avalie a razão de prevenção de complicações nas pessoas com dependência mental nos ambientes com intervenção humanidade dos enfermeiros.

Assim como se preveem realizar em colaboração outros estudos, considerando os planos de ação dos *action groups*, da Parceria Europeia da Inovação “European Innovation Partnership on Active and Health Ageing”, particularmente na ação dirigida à prevenção do declínio funcional e fragilidade.

Estudos que façam sentido numa visibilidade antropológica pela dignidade de ligação entre os humanos, através de operacionalidade do paradigma ontológico relacional.

BIBLIOGRAFIA

- A BÍBLIA SAGRADA (2006) – **BÍBLIA Sagrada, para o terceiro Milénio da Encarnação, versão dos textos originais**. Fátima: Difusora Bíblica.
- AFONSO, C.; MORAIS, C.; ALMEIDA, D. V. (2012) – Alimentação e nutrição em gerontologia. In. PAÚL, C. e RIBEIRO, O. – **Manual de gerontologia, aspetos biocomportamentais, psicológicos e sociais do envelhecimento**. Lisboa. Lidel – edições técnicas, lda. p. 41 à 69.
- AFONSO, M. (2012) – Stress, coping e resiliência em pessoas idosas. In. PAÚL, C. e RIBEIRO, O. – **Manual de gerontologia, aspetos biocomportamentais, psicológicos e sociais do envelhecimento**. Lisboa. Lidel – edições técnicas, lda. p. 163 à 176.
- ALMEIDA, H. (2012) – Biologia do envelhecimento: uma introdução. In. PAÚL, C. e RIBEIRO, O. – **Manual de gerontologia, aspetos biocomportamentais, psicológicos e sociais do envelhecimento**. Lisboa. Lidel – edições técnicas, lda. p. 21 à 40.
- ALZHEIMER PORTUGAL (2009) - **Plano nacional de intervenção alzheimer**. trabalho preparatório para a conferência “doença de alzheimer: que políticas”. [Em linha]. [Consult. 20 Fev2012]<http://www.alzheimerportugal.org/scid/webAZprt/defaultCategoryViewOne.asp?categoryID=898>
- ANDERSON, N. D.; CRAIK, F. I. M. – (2000) – Memory in the aging brain. In. TULVING, E.; CRAIK, F. I. M. (ed.) – **The oxford handbook of memory research**. Oxford: Oxford University Press. p. 411-425.
- APÓSTOLO [et al.] (2011) – Efeito da estimulação cognitiva em idosos. **Revista de Enfermagem Referência**. Série 3, nº 5, p. 193-201.
- ARAGÃO, M.; SACADURA, R. (1994) – “A 3ª idade, que estruturas de apoio”. **Revista Portuguesa Clínica Geral**. Lisboa: ISSN 0870-713. Vol. 11, nº4 (dezembro), p. 280-83
- ARCHER, L. (2002) – “Profecias do Gene Ético: Confronto entre Tecnocosmos e Humanidade”. **Cadernos de Bioética**. Ano XII, nº 30, Coimbra: Grafica de Coimbra.
- ARENDT, H. (2001) – **A Condição Humana**. Lisboa: Relógio D’Água.
- BADDELEY, A. (1992) – Working memory. **Science**. N.º 255. p. 556-559.) (BEKER, J. (1999) – working memory(s). **Brain Cogn**. N.º 41. p. 1-8.)
- BADDELEY, A. (1999) – **Essentials of Human Memory**. East Sussex, UK: Psychology Press.).
- BADDELEY, A. (2000) – The episodic buffer: a new component of working memory?. **Trends in Cognitive Sciences**. N.º 4(11). p. 417-423.

- BADDELEY, A. (2000) – The episodic buffer: A new component of working memory. **Trends in Cognitive Neurosciences**. N.º 4. p. 417-423.)
- BADDELEY, A. (2003) – Working memory: looking back and forward. **Nat Rev Neurosci**. N.º 4. p. 829-839.)
- BADDELEY, A. D.; HITCH, D. (1974) - .Working Memory. In BOWER, G. A. (Ed.). **The psychology of learning and motivation: Advances in research and theory** (vol. 8, pp.47-89). New York: Academic Press.
- BADDELEY, A.; HITCH, G. J. (1974) – Working memory. In. BOWER, G. H. (ed.) – **The Psychology of learning and motivation**. Vol. 8. London: Academic Press. p. 47-89.
- BADDELEY, A. (2004) – The Psychology of Memory. In. BADELLEY, A.; KOPELMAN, M.; WILSON, B. (ed.) – **The essential handbook of memory disorders for clinicians**. Chichester, England: Wiley. p. 1-11.)
- BALOTA, D. A.; COANE, J. H. (2008) – Semantic memory. In. ROEDIGER, H. III (ed.) – **Learnig and memory: a comprehensive reference**. Oxford: Elsevier. p. 511-534.
- BALOTA, D. A.; DOLAN, P.O. DUCHEK, J. M. (2000) – Memory changes in healthy older adults. In. TULVING, E.; CRAIK, F. (ed.) - **The oxford handbook of memory research**. Oxford: Oxford University Press. p. 395-409.
- BALTES, P. B.; BALTES, M. (1990) – **Successful Aging: Perspectives from behavioral sciences**. Cambrigde University Press, Cambrigde.
- BARRETT, L. F. [et al.] (2007) – The experience of emotion. **Annu Rev Psychol**. 58: 1-31.
- BASTOS, A.; FARIA, C.; MOREIRA, E. (2012) – Desenvolvimento e envelhecimento cognitivo: dos ganhos e perdas com a idade à sabedoria. In. PAÚL, C. e RIBEIRO, O. – **Manual de gerontologia, aspetos biocomportamentais, psicológicos e sociais do envelhecimento**. Lisboa: Lidel – edições técnicas, lda. p. 107 à 127.
- BAUER, R. M. (1998) – Physiologic measures of emotion. **J Clin Neurophysiol**. 15(5): 388-396.
- BAYLEY, P. [et al.] (2005) – The neuroanatomy of remote memory. **Neuron**. N.º 46. p. 799-810.)
- BEAUCHAMP, T. L.; CHILDRESS, J. F. (2001) – **Principles of Biomedical Ethics**. 5ª ed. Nova Iorque: Oxford University Press. ISBN 0-19-514332-9.
- BECKER, J. T.; OVERMAN, A. A. (2004) – The memory deficit in Alzheimer’s disease. In. BADDELEY, A. D. [et al.] (eds.) (2011) – **The Essential Handbook of Memory Disorders for Clinicians**. Hoboken NY: Wiley. p. 113-133.
- BOTELHO, S. [et al.] (2004) – Evaluación de la memória declarativa asociada con contenido emocional en una muestra colombiana. **Ver latinoam Psicol**. 36(2): 229-242.
- BRADLEY, M. [et al.] (1992) – Remembering pictures: pleasure and arousal in memory. **J Exp Psychol Learn Mem Cogn**. N.º 18 (2). p. 379-390.
- BRADLEY, M. [et al.] (1992) – Remembering pictures: pleasure and arousal in memory. **J Exp Psychol Learn Mem Cogn**. 18(2): 379-390.
- BRADLEY, M. [et al.] (1992) – Remembering pictures: pleasure and arousal in memory. **J Exp Psychol**

- Learn Men Cogn.** 18(2): 379-390.
- BRADLEY, M. [et al.] (2001) – Emotion and motivation: Defensive and appetitive in picture processing. **Emotion.** 1(3): 276-298.
- BRANDTSTADTER, J.; ROTHERMUND, K.; SCHMITZ, U. (1997) – “Coping resources in later life”. **European Journal of Applied Psychology.** 47 pp. 107-114.
- BUCHANAN, T. W.; LOVALLO, W. R. (2001) – Enhanced memory for emotional material following stress-level cortisol treatment in humans. **Psychoneuroendocrinology.** 26: 307-317.
- BURKART, M.; HEUN, R.; BENKERT, O. (1999) – Serial position effects in dementia of the Alzheimer type. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders.* N.º 9. p. 130-136.
- BUSS, C. [et al.] (2004) – Autobiographic memory impairment following acute cortisol administration. **Psychoneuroendocrinology.** N.º 29. p. 1093-1096.
- CABRAL, R. (2003) – *Temas de Ética*, Braga: Faculdade de Filosofia da UCP- Braga.
- CACIOPPO, J. T. (2004) – Feelings and emotions: Roles for electrophysiological markers. **Biol Psychol.** 67: 235-243.
- CACIOPPO, J. T.; GARDNER, W. L. (1999) – Emotion. **Annu Rev Psychol.** 50: 191: 214.
- CAHILL, L. [et al.] (1994) – Beta-adrenergic activation and memory for emotional events. **Nature.** 371(6499): 702-704.
- CAHILL, L. [et al.] (1996) – Amygdala activity at encoding correlated with long-term, free recall of emotional information. **PNAS.** N.º 93. p. 8016-8021.
- CAHILL, L.; ALKIRE, M. (2003) – Epinephrine enhancement of human memory consolidation: Interaction with arousal at encoding. **Neurobiol Learn Men.** 79: 194-194.
- CAHILL, L.; MCGAUGH, J. (1995) – A novel demonstration of enhanced memory associated with emotional arousal. **Conscious.** 4: 410-421.
- CAHILL, L.; MCGAUGH, J. (1998) – Mechanisms of emotional arousal and lasting declarative memory. **TINS.** N.º 21 (7). p. 294-299.
- CAI, W. [et al.] (2006) – Postreactivation glucocorticoids impair recall of established fear memory. **J Neurosci.** N.º 26 (37). p. 9560-9566.
- CAMPBELL, D.T. e STANLEY, J. C. (1979) - **Delineamentos experimentais e quase-experimentais de pesquisa.** Tradução de R.A.T. Di Dio. São Paulo: EPU-EDUSP.
- CARVALHO, I. C. D. M. (2003) - *Dignidade humana: do outro lado do espelho.* Porto: Universidade do Porto. Dissertação de Mestrado.
- CARVALHO, J.; MOTA, J. (2012) – O exercício e o envelhecimento. In. PAÚL, C. e RIBEIRO, O. – **Manual de gerontologia, aspetos biocomportamentais, psicológicos e sociais do envelhecimento.** Lisboa. Lidel – edições técnicas, lda. p. 71 à 91.
- CARVALHO, M. (1996) – **A Enfermagem e o Humanismo.** Loures: Lusociência.
- CAUSSIGNAC, I. [et al.] (2011) – **La quinzaine du « Toc Toc » à Marcols Les Eaux.** France. [Em

- linha]. [Consult. 17 Junh 2012] http://www.igm-formation.net/index.php?option=com_content&task=view&id=242&Itemid=81
- CHEVRIER, J. (2003) – A especificação da problemática, in GAUTHIER, B. **Investigação social: da problemática à colheita de dados**. Loures. Lusociência. P. 65-95.
- CODISPOTI, M.; BRADLEY, M.; LANG, P. (2001) – Affective reaction to briefly presented pictures. **Psychophysiology**. 38: 474-478.
- COLLET, C. [et al.] (1997) – Autonomic nervous system response patterns specificity to basic emotions. **J Auton Nerv Syst.** 62: 45-57.
- COLLIÈRE, M. F. (1989) – **Promover a Vida: da Prática das Mulheres de Virtude aos Cuidados de Enfermagem**. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.
- COLLIÈRE, M. F. (2003) – **Cuidar a primeira arte da vida**. Loures: Lusociência.
- CONESA, H. (1995) – **Historia de la enfermería: un análisis histórico de los cuidados de enfermería**. Madrid: McGraw-Hill.
- COSTA, M (2006) – **Cuidar Idosos, formação, práticas e competências dos enfermeiros**. 2ª ed. Lisboa: Formasau.
- COSTA, M. M. N. F. e (1995) - **O modelo humanista na educação para o cuidar** Lisboa: Universidade Católica Portuguesa. Dissertação de Mestrado.
- COWAN, N. (1995) – **Attention and memory: An integrated framework**. Oxford: Oxford University Press.)
- COWAN, N. (1999) – Na embedded-processes modelo f working memory. In. MIYAKE, A.; SHAH, P. (ed.) – **Models of working memory: mechanisms of active maintenance and executive control**. Cambridge, UK: Cambridge University Press.)
- COWAN, N. (2000) – The magical number 4 in short-term memory: A reconsideration of mental storage capacity. **Behavioral and Sciences**. N.º 24. p. 87-185.)
- COWAN, N. (2005) – **Working memory capacity**. New York: Psychology Press)
- CRAIK, F. I. M. (1994) – Memory changes in normal aging. **Current Directions in Psychological Science**. N.º 3(5). p. 155-158.
- CURCI, A.; LUMINET, O. (2006) – Follow-up of a cross-national comparison on flashbulb and event memory for the September 11th attacks. **Memory**. 14(3): 329-344.
- CYCOWICZ, Y.; FRIEDMAN, D. (2007) – Visual novel stimuli in an ERP novelty oddball paradigm: Effects of familiarity on repetition and recognition memory. **Psychophysiol**. N.º 44. p. 11-29.
- D'ESPOSITO (2007) – From cognitive to neural models of working memory. **Philosophical Transactions of the Royal Society of London, Series B, biological Sciences**. N.º 362. p. 761-772.)
- DASELAAR, S; CABEZA R. (2008) – Episodic memory decline and healthy aging. In. EICHENBAUM, H. (ed.) – **Learnign and memory: a comprehensive reference**. VOL. 3. San Diego: Elsevier. p. 577-599.
- DAVIDSON, P. S. R.; COOK, S. P.; GLISKY, E. L. (2006) – Flashbulb Memories for September

- 11th can be Preserved in Older Adults. **Neuropsychol Dev Cogn B Aging Neuropsychol Cogn.** 13(2): 196-206.
- 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). **Jornal Oficial da União Europeia.** PT. L 246 (23.9.2011) 5-10.
- DECRETO-LEI nº 101/2006. **D.R. I Série.** 109 (06-06-06) 3856-3865.
- DIAS, A. O. (2004) – Justiça e integridade. In NEVES, M.C.P ; PACHECO, S. - **Para uma ética da enfermagem, desafios.** Coimbra: Grafica de Coimbra. p. 305-319.
- DIAS, I. (2005) – Envelhecimento e violência contra os idosos. **Sociologia.** Nº 15. p. 249-273.
- DIAS, I.; RODRIGUES, E. V. (2012) – Demografia e sociologia do envelhecimento. In. PAÚL, C. e RIBEIRO, O. – **Manual de gerontologia, aspetos biocomportamentais, psicológicos e sociais do envelhecimento.** Lisboa. Lidel – Edições Técnicas, lda. p. 179-201.
- DINIZ, A. (2007) - Algumas reflexões sobre o ensino/aprendizagem da psicologia. **Pessoas & Sintomas.** (3): 5-9.
- DINIZ, A. (2003) - Ética e identidade pessoal na perspetiva das ciências cognitivas. **Brotéria.** Nº 156(2003). p. 119-140.
- DOLAN, R. J. (2002) – Emotion, cognition and behavior. **Science.** 298. p. 1191-1194.
- DOLBEC, A. - (2003) - A Investigação acção. In. GAUTHIER, BENOÎT (dir.) - **A investigação Social: da problemática à colheita de dados.** Loures. Lusociência. Edições Técnicas e Científicas lda. p. 483-512.
- DUNLOSKY, J.; HERTZOG, C. (2001) – Measuring strategy production during associative learning: the relative utility of concurrent versus retrospective reports. **Memory & Cognition.** 29. p. 247-253.
- EBBINGHAUS, H. (1885/1913) – **Memory: A contribution to experimental psychology.** New York: Teachers College, Columbia University.)
- EKMAN, (1992) – Are there basic emotions? **Psychol Rev.** 99(3): 550-553.
- EKMAN, P. (1992) – Are there basic emotions? **Psychol Rev.** 99(3): 550-553.
- EMILIEN, G. [et al.] (2004) – **Memory: neuropsychological, imaging, and psychopharmacological perspectives.** Hove: Psychology Press.
- ERICSSON, K.; KINTSCH, W. (1995) – Long-term working memory. **Psychological review.** N.º 102. p. 211-245.)
- ERICSSON, K.; KINTSCH, W. (1995) – Long-term working. **Psychological Review.** N.º 102. p. 211-245.)
- ESTES, W. K. (1999) – Medels of human memory: a 30-year retrospective. In. IZAWA, C. (ed.) - **On human Memory: evolution, progress, and reflection on the 30^o anniversary of the atkinson-shiffrin model.** Erlbaum, Mahwah, NJ. p. 59-86.
- EU (2012) - **European Year for Active Ageing and Solidarity between Generations.** [Em linha]. [Consult. 20 Fev 2012]<http://www.age-platform.eu/en/age-policy-work/solidarity-between->

- generations/lastest-news/1231-2012-european-year-on-active-ageing-and-intergenerational-solidarity]
- FERNANDEZ-BALLESTEROS R. (2004) – **Gerontologia social**. Madrid: Ediciones Pirámide.
- FERNANDEZ-BALLESTEROS R. (2007) – **Geropsychology: European psychology for and aging world**. Cambridge, MA: Hogrefe & Huber Pub.
- FERREIRA, C. (2007) – **Validação de um método pedagógico interativo em contexto de ensino clínico**. Évora: Universidade de Évora. Tese de Doutoramento.
- FILIPE, F. (2004) – Autonomia e Respeito. In: NEVES, M. C. P.; PACHECO, S. - **Para uma ética da enfermagem, desafios**. Coimbra: Grafica de Coimbra. p. 237-248.
- FONSECA, A. M. (2004) – **O envelhecimento. Uma abordagem psicológica**. Lisboa: Universidade Católica Editora
- FONSECA, A. M. (2005) – **Desenvolvimento humano e envelhecimento**. 1ª ed. Lisboa: Climepsi Editores.
- FONSECA, A. M. (2012) – Desenvolvimento psicológico e processos de transição-adaptação no decurso do envelhecimento. In: PAÚL, C. e RIBEIRO, O. – **Manual de gerontologia, aspetos biocomportamentais, psicológicos e sociais do envelhecimento**. Lisboa: Lidel – edições técnicas, lda. p. 95-106.
- FORCATO, C. [et al.] (2007) – reconsolidation of declarative memory in humans. **Learn Mem.** N.º 14 (4). p. 295-303.
- FRANK, J.; TOMAZ, C. (2000) – Enhancement of declarative memory associated with emotional content in a Brazilian sample. **Braz J Med Biol Res.** 33: 1483-1489.
- FREUD, A.; LI, K.; BALTES, P. (1999) – “Successful development and aging: The role of selection, optimisation”. In: BRANDTSTADTER, J.; LERNER, R. (eds.) – **Action and self-development. Theory and research through the life span**. Thousand Oaks. Sage.
- FUSTER, J. (2002) – frontal lobe and cognitive development. **J Neurocytol.** N.º 31(3-5). p. 373-385)
- FUSTER, J. (2003) – **Córtex and mind: unifying cognition**. New York: Oxford University Press.)
- FUSTER, J. (2008) – **The prefrontal córtex**. (4th ed.). London: Academic Press.)
- GAMA, G. (2000) - **Humanização no processo de cuidar: opinião dos utentes face ao acolhimento**. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa. Dissertação de Mestrado.
- GASBARRI, A. [et al.] (2005) – Declarative memory retention and emotional stimuli. A study of an Italian sample. **Funct Neurol.** 20(4): 157-162.
- GIFFARD, B. [et al.] (2002) – The dynamic time course of semantic memory impairment in Alzheimer’s disease: clues from hyperpriming and hypoprimeing effects. **Brain.** N.º 125. p. 2044-2057.
- GINESTE, Y. (2004) – **Silence, on frappe: de la maltraitance à la bientraitance des personnes âgées**. Paris : Editions Animagine.
- 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 de Geriatrie**

- et de Gerontologie**, TOME XVI (158): p.418-420.
- GINESTE, Y. ; MARESCOTTI, R. (2010) – Intérêt de la philosophie de l’humanité dans la prise en charge de la maladie d’Alzheimer. **Soins Gérontologie: maladie d’Alzheimer et prises en charge innovantes**. Vol. 15. N° 85. p. 26-27.
- GINESTE, Y. ; MARESCOTTI, R.; MIAS, L. (1996) –Pour la grand âge, une médecine debout. **La Revue du Généraliste et de la Gérontologie**. Paris: Avril. N° 24. Editions MF.
- GINESTE, Y.; MARESCOTTI, R.; PELLISSIER, J. (2008) – Méthodologie de soin Gineste-Marescotti®, dite “Humanitude”, et pacification des comportements d’agitation pathologique (CAP). **La Revue de Gériatrie**, TOME 33, Suplent A (6). p. 2-4.
- GINESTE, Y.; PELLISSIER, J. (2007) - **Humanitude, comprendre la vieillesse, prendre soin des Hommes vieux**. Paris: Armand Colin.
- GINESTE, Y.; PELLISSIER, J. (2008) – **Humanitude, compreender a velhice, cuidar dos Homens velhos**. Lisboa: Instituto Piaget.
- GOEMAERE, P.; GALVÃO, H. (1942) – **Bissaya Barreto, os grandes contemporâneos**. Casa das Beiras
- GOLD, C. A.; BUDSON, A. E. (2008) – Memory loss in Alzheimer’s disease: implications for development of therapeutics. **Expert Review of Neurotherapeutics**. N° 8(12). p. 1879-1891.
- GOMES, S. D. L. (1996) - **Praxis humanista de enfermagem em contexto de mudança: estratégias sustentadas de adesão às instituições de saúde para uma prática com competência**. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa. Dissertação de Mestrado.
- GOPIE, N. CRAIK, F. I. M.; HASHER, L. (2010) – Destination memory impairment in older people. **Psychology and Aging**. N° 25(4). p. 922-928.
- GOPIE, N.; MACLEOD, C. M. (2009) – Destination memory: stop me if I’ve told you this before. **Psychological Science**. N° 20. p. 1492-1499.
- GRADY, C. L.; CRAIK, F. I. M. (2000) – Changes in memory processing with age. **Current Opinion in Neurobiology**. N° 10. p. 224-231.
- GRIFIN, S. L. [et al.] (2002) – Estimating premorbid intelligence: comparison of traditional and contemporary methods across the intelligence continuum. **Archives of clinical neuropsychology**. N° 17. p. 497-507.
- GRUNBACH, R. (1998) – **Gériatrie pratique**. Doin
- GUIMARÃES, P. (2012) – Cidadania e envelhecimento. In. PAÚL, C. e RIBEIRO, O. – **Manual de gerontologia, aspetos biocomportamentais, psicológicos e sociais do envelhecimento**. Lisboa. Lidel – edições técnicas, lda. p. 289 à 297.
- GURNEY, A. G.; ROGERS, S. A. (2007) - Object-relations and spirituality: revisiting a clinical dialogue. **J Clin Psychol**. Oct ; N° 63(10): 961-977.
- HAMANN, S. [et al.] (1999) – Amygdala activity related to enhanced memory for pleasant and aversive stimuli. **Nat. Neurosci**. 2(3): 289-293.
- HAMANN, S.; MONARCH, E. S.; GOLDSTEIN, F. C. (2002) – Impaired fear conditioning in

- Alzheimer's disease. **Neuropsychologia**. N° 40(8). p. 1187-1195.
- HASHER, L.; ZACKS, R. T. (1979) – Automatic and effortful process in memory. **Journal of Experimental Psychology: General**. N° 108(3). p. 356-388.
- HASHTROUDI, S.; JOHNSON, M. K.; CHROSNIAK, L. D. (1989) – Aging and source monitoring. **Psychology and Aging**. N° 4. p. 106-112.
- HEILMAN, K. M.; GILMORE, R. L. (1998) – Cortical influences in emotion. **J Clin Neurophysiol**. 15(5): 409-423.
- HESBEEN, W. (2006) – **Trabalho de fim de curso, trabalho de humanidade, emergir com o autor do seu próprio pensamento**. Loures: Lusociencia Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- HESS, R. (1983) - Histoire et typologie de la recherche-action. **La recherche-action: número especial da revista Pour**, N.º 90. p. 9-16.
- HEUER, F.; REISBERG, D. (1990) – Vivid memories of emotional events: the accuracy of remembered minutiae. **Mem Cogn**. 18: 496-506.
- HOCKLEY, W. (2010) – Memory: lawless but principled? **Canadian Journal of Experimental Psychology**. 64(4). p. 273-281.
- HODGES, J. R. (2000) – Memory in dementias. In. TULVING, E.; CRAIK, F. I. M. (ed.) – **The oxford handbook of memory research**. Oxford: Oxford University Press. p. 441-459.
- HOEFER, M. [et al.] (2008) – Fear conditioning in frontotemporal lobar degeneration and Alzheimer's disease. **Brain**. N° 131. p. 1646-1657.
- HORTA, W. (1973) - **Enfermeiros, gente que cuida de gente**. Intervenção no primeiro Congresso de Enfermagem em Lisboa. Organizado pelas Associações de Enfermagem (APE; ACEPS; Sindicato de Enfermagem).
- HORTA, W. (1979) – **Processo de enfermagem**. S. Paulo (br.): EPU Editora Pedagógica Universitária, Lda. (com a colaboração de Brigitta Castellanos).
- HUNTLEY, J. D.; HOWARD, R. J. (2010) – Working memory in early Alzheimer's disease: a neuropsychological review. **International Journal of Geriatric Psychiatry**. N° 25. p. 121-132.
- IGM (2010) – **Manual de formação**. Coimbra: Traduzido por Nídia Salgueiro.
- IMAGINÁRIO, C. (2004) – **O idoso dependente em contexto familiar**. Coimbra: Formasau.
- INE (2012) – **Destaque, Informação à Comunicação Social, Censos 2011 – Resultados Pré-definitivos Momento Censitário – 21 de março 2011**. [Em linha]. [Consult. 20 Fev 2012] http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=134582847&DESTAQUESmodo=2
- IZQUIERDO, I. [et al.] (2003) – **Mecanismos da memória**. Scientific American Brasil).
- JACQUARD, A. (1986) - **L'héritage de la liberté: de l'animalité à l'humanité**. Paris: Éditions Seuil.
- JACQUARD, A. (1987) – **Cinq milliards d'hommes dans un vaisseau**. Paris: Éditions Seuil.
- JACQUARD, A. (1988) - **A Herança da Liberdade: da animalidade à humanidade**. Lisboa:

- Publicações Dom Quixote, lda.
- JACQUARD, A. (1999) - **L'Homme est l'avenir de l'homme**. Liège: Alice Éditions, Bruxelles et RTBF Liège.
- JAMES, W. (1896) – **The principles of psychology**. Reedição no âmbito dos Great Books of Westsrn World: University of Chicago Ed. Mortimer A. 3rd Ed. (1992).)
- JENNINGS, B. M. (1986) – Nursing science: more promise than threat. **Journal of Advanced Nursing**, n. 11, p. 505-511.
- JESUÍNO, J. C. (2012) – A idade da sabedoria. In. PAÚL, C. e RIBEIRO, O. – **Manual de gerontologia, aspetos biocomportamentais, psicológicos e sociais do envelhecimento**. Lisboa. Lidel – edições técnicas, lda. p. 299 à 309.
- JUNIOR, C.; MELO, L. (2001) – Integração de três conceitos: função executiva, memória de trabalho e aprendizado. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**. Brasília: Vol. 3. N.º 27. p. 309-314.)
- KENSINGER, E. (2004) – Remembering emotional experiences: the contribution of valence and arousal. **Rev Neurosci**. 15(4): 241-251.
- KENSINGER, E. (2004) – Remembering emotional experiences: the contribution of valence and arousal. **Rev Neurosci**. N.º 15 (4). p. 241-251.
- KÉROUAC, S. [et al.] (1994) – **La pensée infirmière**. Laval: Éditions Études Vivantes.
- KINTSCH, W. (1998) – **Comprehension: A paradigm for cognition**. New York: Cambridge University Press.)
- KITSON, A. (1993) – **Nursing: art and science**. London: Chapman and Hall.
- KLOPFENSTEIN, F. (1980) - **Humanitude**. Genebra: Ed. Labor et Fides.
- KUNG, H. (2002) – **O Cristianismo**. Lisboa: Circulo de Leitores. p. 410-411.
- LABAR, K. CABEZA, R. (2006) – Cognitive neuroscience of emotional memory. **Nat Rev Neurosci**. N.º 7 (1). p. 54-64.
- LANG, P. (1993) – Looking at pictures: affective, facial, visceral, and behavioral reaction. **Psychophysiology**. 30: 261-273.
- LAPERRIÈRE, A. (2003) – A observação directa. In. GAUTTHIER, B. (ed.) - **Investigação social: da problemática à colheita de dados**. Loures: Lusociência. p. 257-278.
- LAVOIE, L. MARQUIS, D.; LAURIN, P. (1996) - **La recherché-action: théoriet pratique. (Manuel d'autoformation)**. Canadá: Presses de l'Université du Québec
- LAWTON, M. P. (1982) – Competence, environmental press, and the adaptation of older people. In LAWTON, M. P. ; WINDLEY, p. ; BYERTS, T. (eds.) – **Aging and the environment: Theoretical approaches**. Nova Iorque: Springer.
- LAWTON, M. P. (1999) – Environmental taxonomy: Generalization from research with older adults. In. FRIEDMAN, S. ; WACHS, T. (eds.) – **Measuring environment across the life span. Emerging methods and concepts**. Washington. American Psychological Association.
- LEMAIRE, P. (2010) – Cognitive strategy variations during aging. **Current Directions in Psychological**

- Science**. Nº 19. p. 363-369.
- LENT, R. (2004) – **Cem milhões de neurónios: conceitos fundamentais de neurociência**. São Paulo: Atheneu.
- LESUEUR, D. [et al.] (2011) - Effet d'une formation à la Méthodologie de soin Gineste-Marescotti® sur le sentimento d'efficacité personnelle des soignants face à la gestion des troubles du comportement. **10º Congresso Nacional Infirmier des Soins À La Personne Âgée 2011**. France. [Em linha]. [Consult. 17 Junh 2012] http://framework.agevillage.com/documents/pdfs/poster_iprim_trouble_du_comportement.pdf
- LETRA, M.; MARTIN, I. (2011) – **Estatísticas de equipamentos sociais de apoio à terceira idade em Portugal**. Porto: UNIFAL.
- LEWIN, K. (1948) - **Problemas de dinâmica de grupo**. Trad. Prudencia Miriam Moreira Leite. São Paulo : Cultrix, 2a. ed. 1973.
- LIMA, M (2010) – **Envelhecimento(s), Estado da Arte**. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.
- LIMA, M. P. (2012) – A “arquitetura incompleta”: da personalidade na velhice. In. PAÚL, C.; RIBEIRO, O. – **Manual de gerontologia, aspetos biocomportamentais, psicológicos e sociais do envelhecimento**. Lisboa. Lidel – edições técnicas, lda. p. 129-139.
- LINDENBERGER. U.; BALTES. P. B. (1997) – Intellectual functioning in old age: cross-sectional results from the Berlin Aging Study. **Psychology and Aging**. Nº 12. p. 410-432.
- LIU, M. (1991) - Définition, déroulement et résultats d'une recherche-action. **Recherche en Soins Infirmiers**. Nº 25.
- LIVNER, A. [et al.] (2009) – Prospective and retrospective memory in Alzheimer's disease and vascular dementia: similar patterns of impairment. **Journal of the Neurological Sciences**. Nº 283. p. 235-239.
- LOCKHART, R. (2000) – Methods of memory research. In. TULVING, E.; CRAIK, F. I. M. (ed.) – **The oxford handbook of memory research**. Oxford: Oxford University Press. p. 45-57.
- LOPES, A.; GONÇALVES, C. M. (2012) – Envelhecimento ativo e dinâmicas sociais contemporâneas. In. PAÚL, C. e RIBEIRO, O. – **Manual de gerontologia, aspetos biocomportamentais, psicológicos e sociais do envelhecimento**. Lisboa. Lidel – edições técnicas, lda. p. 203-229.
- LUQUEL, L. [et al.] (2010) – Diminution sensible de la consommation des neuroleptiques avec l'approche dite «Humanitude» à l'hôpital Gériatrique de Ballainvilliers dans l'Essonne. **9ème Congrès International Francophone, 30ème Journées Annuelles de La Société Française de Gériatrie et Gérontologie**. 19-21 octobre 2010 Nice, Acropolis, France. [Em linha]. [Consult. 17 Junh 2012] <http://www.agevillage.com/actualite-5405-1-diminution-sensible-de-la-consommation-des-neuroleptiques-avec-l-approche-dite-humanitude-a-l-hopital-geriatrique-de-ballainvilliers-dans-l-essonne.html>
- MAGALHÃES, V. (1996) – Ser pessoa: a caminho de uma definição. In. ARCHER, L., BISCAIA, J., OSSWALD, W. - **Bioética**. Lisboa: Verbo.
- MAGALHÃES, V. (2000) - Pessoa Humana, Autonomia e Responsabilidade. **O Olhar e o Ver**, Coimbra:

- Edições Tenacitas.
- MAGALHÃES, V. (2002) – O sentido da vida. **Cadernos de Bioética**. Coimbra: Gráfica de Coimbra. p. 113–118.
- MANDLER, G. (1980) – Recognizing: the judgment of previous occurrence. **Psychological Review**. N° 87(3). p. 252-271.
- MAQUET, P. (2001) – The role of sleep in learning and memory. **Science**. N.º 294. p. 1048-1052.
- MARÇAL, T. (2004) – Compaixão e Empatia. In NEVES, M. C. P.; PACHECO, S. - **Para uma ética da enfermagem, desafios**. Coimbra: Gráfica de Coimbra. p. 277-290.
- MARTÍN, I.; BRANDÃO, D. (2012) – Políticas para a terceira idade. In. PAÚL, C. e RIBEIRO, O. – **Manual de gerontologia, aspetos biocomportamentais, psicológicos e sociais do envelhecimento**. Lisboa: Lidel – Edições Técnicas, lda. p. 273- 287.
- MARTINS, L. (2004) – Beneficência e não-maleficência. In NEVES, M. C. P. ; PACHECO, S. - **Para uma ética da enfermagem, desafios**. Coimbra: Grafia de Coimbra. p. 229-235.
- MAYLOR, E. A. [et al.] (2002) – Prospective Memory across lifespan. In. GRAF, P.; OTHA, N. (eds.). **Lifespan Development of Human Memory**. Cambridge, MA: The MIT Press. p. 235-256.
- MCCOY, S. L. [et al.] (2005) – Hearing loss and perceptual effort: downstream effects on older adults memory for speech. **Quarterly Journal of Experimental Psychology**. N° 58A. p. 22-33.
- MCDANIEL, M. A.; EINSTEIN, G. O.; JACOBY, L. L. (2008) – New considerations in aging and memory: the glass may be half full. In. CRAIK, F. I. M., SALTHOUSE, T. A. (ed.) – **The handbook of aging and cognition**. 3ª Ed. Hove: Psychology Press. p. 251-310.
- MCEWEN, M.; WILLS, E. M. (2009) – **Bases teóricas para enfermagem**. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed.
- MCGAUGH, J. (1999) – The perseveration-consolidation hypothesis: Mueller and pilzecker 1900. **Brain Res Bull**. N.º 50 (5/6). p. 445-446.
- MCGAUGH, J. (2000) – Memory, a century of consolidation. **Science**. N.º 287. p. 248-251.)
- MCKHANN, G. M. [et al.] (2011) – The diagnosis of dementia due to Alzheimer’s disease: recommendations from the National on Aging and the Alzheimer’s Association workgroup. **Alzheimer & Dementia**. N° 7(3): p. 263-269.
- MIAS, L. e DECOURT, E. (dir.) (1993) - **Pour un art de vivre en long séjour**. Ed. Bayard.
- MILNER, B.; SQUIRE, M L.; KANDEL, E. (1998) – Cognitive neuroscience and the study of memory. **Neuron**. N.º 20. p. 445-468.
- MINOIS, G. (1987) – **História de la vejez de la antigüedad al renacimiento**. Madrid: Nerea.
- MITCHELL, S. (1988) - **Relational Concepts in Psychoanalysis: Integration**. The Harvard University.
- MITCHELL, S.; GREENBERG, J. R. (1983). **Object Relations in Psychoanalytic Theory**. The Harvard University Press.
- MORA, J. F. (1974) – **Dicionário de Filosofia**. Lisboa: Editorial Sudamericana, S.A.
- MORGADO, I. (2005) – Psicobiología del aprendizaje y la memória: Fundamentos y avances recientes. **Ver Neurol**. N.º 40 (5). p. 289-297.
- NAIRNE, J. S. (2003) – Sensory and working memory. In. HEALY, A. F.; PROCTOR, R. W. (ed.) -

- Comprehensive handbook of Psychology.** New York: Wiley. p. 424-444.
- NAVEH-BENJAMIN, M. (2000) – Adult-age differences in memory performance: tests of an associative deficit hypothesis. **Journal of experimental Psychology: learning, Memory and Cognition.** N-26. p. 1170-1187.
- NAVEH-BENJAMIN, M.; OLD, S.R. (2008) – Aging and memory. In. ROEDIGER, H. III (ed.) – **Learnig and memory: a comprehensive reference.** Oxford: Elsevier. p. 787-808.
- NEBES, R. D. (1989) – Semantic memory in Alzheimer disease. **Psychological Bulletin.** N° 106. p. 377-394.
- NEVES, M; OSSWALD, W. (2007) – **Bioética simples.** Lisboa: Editorial Verbo.
- OLAUSSON, H.; LAMARRE, Y. (2002) - Unmyelinated tactile afferents signal touch project insular cortex. **Nature Neuroscience.** Vol. 5. N° 9. p. 900-904.
- OLD, S.; NAVEH-BENJAMIN, M. (2008a) – Age related changes in memory: experimental approaches. In. HOFER, S. M.; ALWIN, D. F. (ed.) – **Andbook of cognitive aging: interdisciplinary approaches.** London: Sage. p. 151-167.
- OLD, S.; NAVEH-BENJAMIN, M. (2008b) – Differential effects of age on item and associative measures of memry: a meta-analysis. **Psychology and Aging.** N° 23. p. 104-118.
- OURIVES, A. (2004) – Confidencialidade e privacidade. In NEVES, M. C. P.; PACHECO, S. - **Para uma ética da enfermagem, desafios.** Coimbra: Gráfica de Coimbra. p. 249-62.
- PAIS, J.; CRUZ, V. T.; NUNES, B. (2008) – A geografia da memória: estruturas anatómicas e tipos de memória. In. NUNES, B. (ed.) – **Memória: funcionamento, perturbações e treino.** Lisboa: Lidel. p. 37-55.
- PAIVA, A. (2004) – O papel do enfermeiro. In NEVES, M. C. P.; PACHECO, S. - **Para uma ética da enfermagem, desafios.** Coimbra: Gráfica de Coimbra. p. 51-61
- PAQUETTE, C. (1982) - **Analyse de ses valeurs personnelles.** Éditions Québec Amérique.
- PARENTE, P. (2004) – Veracidade e fidelidade. In NEVES, M. C. P.; PACHECO, S. - **Para uma ética da enfermagem, desafios.** Coimbra: Grafia de Coimbra. p. 249-62.
- PARK, D. C. (2000) – The basic mechanism accounting for age-related decline in cognitive function. In. PARK, D. C.; SCHWARZ, N. (ed.) – **Cognitive aging: a primer.** Philadelphia: Psychology Press. p. 3-21.
- PARK, D. C. REUTER-LORENZ, P. (2009) – The adaptive brain: aging and neurocognitive scaffolding. **Annual Review of Psychology.** N° 60. p. 173-196.
- PARSE, R. (2004) - Tornar-se Humano. In. TOMEY, A; ALLIGOOD. M. - **Teóricas de Enfermagem e Sua Obra** (Modelos e Teorias de Enfermagem). Loures: Lusociência, Edições Técnicas e Científicas, Lda. p. 593- 628.
- PAÚL, C. (1997) – **Lá para o fim da vida, idoso, família e meio ambiente.** Coimbra: Livraria Almeida.
- PAÚL, C. (2005) – Satisfação e qualidade de vida em idosos portugueses. In. PAÚL, C.; FONSECA, A. - **Envelhecer em Portugal. Psicologia, Saúde e Prestação de Cuidados.** Lisboa: Climepsi Editores. p. 77-98.

- PAÚL, C. (2012) – Tendências atuais e desenvolvimentos futuros em gerontologia. In. PAÚL, C.; RIBEIRO, O. – **Manual de gerontologia, aspetos biocomportamentais, psicológicos e sociais do envelhecimento**. Lisboa. Lidel – Edições Técnicas, Lda. p. 1 a 17.
- PAÚL, C.; FONSECA, A. (2005) – **Envelhecer em Portugal. Psicologia, Saúde e Prestação de Cuidados**. 1ª ed. Lisboa: Climepsi Editores.
- PAÚL, C.; RIBEIRO, O. (2012) – **Manual de gerontologia, aspetos biocomportamentais, psicológicos e sociais do envelhecimento**. Lisboa. Lidel – Edições Técnicas, Lda.
- PEREIRA, F. (2012) - **Teoria e Prática da Gerontologia Um Guia para Cuidadores de Idosos**. 1ª Ed. Viseu: PsicoSoma.
- PEREIRA, F.; GOMES, M. J.; GALVÃO, A. (2012) - Ética e humanidade no cuidado do idoso. In. PEREIRA, F. - **Teoria e Prática da Gerontologia Um Guia para Cuidadores de Idosos**. 1ª Ed. Viseu: PsicoSoma.
- PHANEUF, M. (2005a) - **Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação**. Loures: Lusociência
- PHANEUF, M. (2005b) - **La validation et autres approches «d’humanité» pour les personnes souffrant de maladie d’Alzheimer**. Documento elaborado para um ciclo de conferências realizadas em Portugal, não publicado.
- PHANEUF, M. (2007a) – **Lá maladie d’Alzheimer un grand mal de notre temps**. Montreal, Canada: Les Edicions de la Chenelière inc.
- PHANEUF, M. (2007b) - **Le concept d’humanité: une application aux soins infirmiers généraux** [Em linha]. [Consult. 17 Junh 2012]. Disponível na WWW: URL: <http://pagesperso-orange.fr/cec-formation.net/phaneuf.pdf>
- PHANEUF, M. (2010) – **O envelhecimento perturbado: a doença de Alzheimer**. Loures: Lusodidata – Sociedade Portuguesa de Material Didático, lda.
- PIMENTEL, L. (2005) – **O lugar do idoso na família**. 2ª ed. Coimbra: Quarteto.
- PINHO, M. S. (2012) – Memória e envelhecimento. In. PAÚL, C. e RIBEIRO, O. – **Manual de gerontologia, aspetos biocomportamentais, psicológicos e sociais do envelhecimento**. Lisboa. Lidel – Edições Técnicas, Lda. p. 141-162.
- PINTO, A. C. (1999) – Problemas de memória nos idosos: uma revisão. **Psicologia, Educação e Cultura**, Nº 3(2). p. 253-295
- PIOLINO, P.; DESGRANGES, B.; EUSTACHE, F. (2009) – Episodic autobiographical memory over the course of time: cognitive, neuropsychological and neuroimaging findings. **Neuropsychologia**. Nº 47(11). p. 2314-2329.
- PIRES, A. P. M. (1995) - **Cuidar da pessoa em coma: como preservam as enfermeiras a sua humanidade e a humanidade da pessoa em coma**. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa. Dissertação de Mestrado.
- PORTAL DA SAÚDE (2006) - **Intervenção da Secretária de Estado Adjunta e da Saúde na sessão de apresentação da Rede de Cuidados Continuados Integrados**. [Em linha]. [Consult. 20 Fev 2012] <http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/ministerio/comunicacao/discursos+e+intervencoes/arquivo/cuidadoscontinuados.htm>

- PRINCE, M; JACKSON, J. (2009) - Relatório sobre a doença de alzheimer no mundo de 2009 resumo executivo. **Alzheimer's disease international**. [Em linha]. [Consult. 20 Jan 2012] <http://www.alz.co.uk/research/files/WorldAlzheimerReport-Portuguese.pdf>
- RABELAIS, F. (2012) – **Ciencia sem consciencia não passa da ruina da alma**. [Em linha]. [Consult. 17 Junh 2012]. Disponível na WWW: URL: http://pensador.uol.com.br/autor/francois_rabelais/
- RAFAEL, A. R. (1996) – Falk Power and Caring: A Dialectic in Nursing. **Advances in Nursing Science**. Vol. 19, n. 1, p. 3.
- RAHHAL, T. A.; MAY, P. M.; HASHER, L. (2002) – Truth and character: sources that older adults can remember. **Psychological Science**. Nº 13. p. 101-105.
- RAPPO, I. (2007) - **Comment les soignants en soins infirmiers conservent-ils l'humanité des patients comateux durant leurs interventions ?** Haute Ecole Spécialisée de Suisse occidentale, Fachhochschule Westschweiz, University of Applied Sciences Western Switzerland. Travail aboutissant à la fin de formation en soins infirmiers.
- RENAUD, M. (2008). - Vulnerabilidade e Espiritualidade. **Revista Portuguesa de Bioética**. Suplemento Nº I. Coimbra: Gráfica de Coimbra. p. 7-18.
- RESOLUÇÃO DO CONSELHO DE MINISTROS nº 61/2011 **D.R. I Série**. 244 (22-12-11) 5391-5393.
- RIBEIRO, O. (2012) – Género e envelhecimento. In. PAÚL, C. e RIBEIRO, O. – **Manual de gerontologia, aspetos biocomportamentais, psicológicos e sociais do envelhecimento**. Lisboa. Lidel – Edições Técnicas, Lda. p. 231-253.
- RIBEIRO, O.; PAÚL, C. (2011) – **Manual de envelhecimento ativo**. Lisboa. Lidel – Edições Técnicas, Lda.
- ROBERTSON, L. T. (2002) – Memory and the brain. **J Dent Educ**. N.º 66 (1). p. 30-42.
- RODRIGUES, M. A. (1995) - Intervenção de ajuda holística em enfermagem. **Cuidar**. Ano III, nº 2, junho, p. 7-15.
- RODRIGUES, M. A.; MARTINS, M. F. (2004) – As Janelas Expressivas do corpo e do ser. **Sinais Vitais**. Nº 54. Maio. p. 53-59.
- ROOZENDAAL, B.; (2000) – Glucocorticoids and the regulation of memory consolidation. **Psychoneuroendocrinology**. 25:213-238.
- ROSENFELD, I. (1994) – **L'Invention de la mémoire**. Paris: Flammarion.
- RUBIN, D. C. (2002) – Autobiographical memory across the lifespan. In. GGRAF, P.; OTHA, N. (ed.) – **Lifespan development of human memory**. Cambridge, MA: The MIT Press. p. 159-184.
- RUGG, M. D.; HERRON, J. E.; MORCOM, A. E. (2002) – Eletrophysiological studies of retrieval processing. In. SQUIRE, L. R.; SCHACTER, D. L. (ed.) – **Neuropsychology of memory**. 3ª Ed. New York: Guilford. p. 154-1656.
- SALDANHA, H. (2009) – **Bem viver para bem envelhecer, um desafio à gerontologia e à geriatria**. Lisboa: Lidel – Edições Técnicas, Lda.

- SALGUEIRO, N. (2006a) – **Humanidade: implicações e aplicações**. Texto divulgado mas não publicado.
- SALGUEIRO, N. (2006b) – **Enfermagem: Novas Metodologias de Cuidados, Baseadas na Filosofia da Humanidade**. Manual de Formação. Centro Hospitalar da Cova da Beira, IPE.
- SALGUEIRO, N. (2007a) - As Mãos, ferramenta mágica – Manter as mãos limpas e seguras, um dever de cidadania. **Jornal Enfermagem e o Cidadão**, n.ºs 11 e 12, fevereiro e maio de 2007, SRC-OE.
- SALGUEIRO, N. (2007b) - **Investigação Ação em Enfermagem**. Manual de apoio ao curso de investigação ação para enfermeiros realizado em Coimbra na Secção Regional do Centro da Ordem dos Enfermeiros.
- SALOMÉ, J. (1991) – **Apprivoiser la tendresse**. Genève: Éditions Jouvence.
- SALTHOUSE, T. A. (1996) – General and specific speed mediation of differences in memory. **Journal of Gerontology: Psychological Sciences**. Nº 51B. p. 30-42.
- SANTANA, I. (2005) – Doença de Alzheimer. In. SANTANA, I.; CUNHA, L. (eds.) – Demência(s). Manual para Médicos. Coimbra: Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. p. 59-66.
- SEQUEIRA, C. (2007) – **Cuidar de idosos dependentes: diagnósticos e intervenções**. (1ªed.) Coimbra: Quarteto.
- SEQUEIRA, C. (2010) – **Cuidar de idosos com dependência física e mental**. Lisboa: Lidel – Edições Técnicas, Lda..
- SICARD, N. (2008) – Évaluation de la méthodologie de soin Gineste-Marescotti®, dite “Humanitude”, lors de formations in situ. **La Revue de Gériatrie**, TOME 33, Suplent A (6). p. 5-8.
- SICARD, N. (2009) – La Méthodologie de soin Gineste-Marescotti: le point sur la recherche. **Gériatrie et de Gerontologie**, TOME XVI (158). p.420.
- SICARD, N. [et al.] (2010) - Evaluation de l’impact des formations à la méthodologie de soin Gineste Marescotti® sur l’état d’agitation de résidents en EHPAD. Protocole Résidence de l’Abbaye à Saint-Maur des Fossés (94). **9ème Congrès International Francophone, 30ème journées Annuelles de La Société Française de Gériatrie et Gérontologie**. 19-21 octobre 2010 Nice, Acropolis, France.. [Em linha]. [Consult. 17 Junh 2012] http://www.igm-formation.net/index.php?option=com_content&task=view&id=239&Itemid=81
- SIMÕES, A. (2006) – **A nova velhice, um novo público a educar**. (1ªed.) Lisboa: Âmbar.
- SIMÕES, M. M. M. (2005) - **Humanização de cuidados de saúde e educação reflexiva em ensino clínico com recurso ao debate em grupo**. Braga: Universidade Católica Portuguesa. Dissertação de mestrado.
- SIMÕES, M.M.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). Coimbra. ESEnFC: 97-105.
- SIMÕES, M.M.M.; RODRIGUES, M.; SALGUEIRO, N. (2011a) – Humanidade, ligação interpessoal de relação e cuidado. **Revista Portuguesa de Bioética**, Cadernos de Bioética. Centro de Estudos de Bioética, Ano XIX/56 N. S. nº 14. p. 213-225.

- SIMÕES, M.M.M.; RODRIGUES, M.; SALGUEIRO, N. (2011b) – “Importância e aplicabilidade aos cuidados de enfermagem do método de cuidados de humanidade Gineste - Marescotti”. **Revista de Enfermagem Referência**. 3(4). Coimbra. EsenfC: 69-79.
- SIMÕES, M.M.M.; SALGUEIRO, N.; RODRIGUES, M. (2012) – “Cuidar em humanidade: estudo aplicado em cuidados continuados”. **Revista de Enfermagem Referência**. 3(6). Coimbra. EsenfC: 80-93.
- SMALL, B. J. [et al.] (2008) – Memory an cognitive performance in preclinical Alzheimer’s disease and preclinical vascular dementia. In. DERE, E.; EASTON, A.; HUSTON, J. P. (eds.). **Handbook of Behavioral Neuroscience: Episodic Memory Research**. New York, NY: Elsevier. p. 537-551
- SOUSA, L. (2006) – Ciclo (final) de vida familiar. In. SOUSA, L.; FIGUEIREDO, D.; CERQUEIRA, M. – **Envelhecer em família, os cuidados familiares na velhice**. 2ª ed. Porto : Anbar. p. 9-50.
- SOUSA, L.; PATRÃO, M.; VICENTE, H. (2012) – Famílias e envelhecimento: o último estágio do ciclo de vida. In. PAÚL, C. e RIBEIRO, O. – **Manual de gerontologia, aspetos biocomportamentais, psicológicos e sociais do envelhecimento**. Lisboa. Lidel – Edições Técnicas, lda. p. 255-271.
- SPAR, J. E.; LA RUE, A. (2005) – **Guia prático climepsi de psiquiatria geriátrica**. (1ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- SPENSER, W. D.; RAZ, N. (1995) – Differential effects of aging on memory for content and context: a meta-analysis. **Psychology an Aging**. Nº 10. p. 527-539.
- SQUIRE, L. (1986) – Mechanisme of memory. **Science**. N.º 232. p. 1612-1618.)
- SQUIRE, L. R.; KNOWLTON, B. J. (1994) – Memory, hippocampus and brain systems. In. GAZZANIGA, M. (ed.) – **The cognitive neurosciences**. Cambridge, MA: MIT Press. p. 825-837.
- SQUIRE, L.; ZOLA-MORGAN, S. (1991) – The medial temporal lobe memory system. **Science**. N.º 253(5026). p. 1380-1387.) (ZOLA-MORGAN, S.; SQUIRE, L. (1993) – Neuroanatomy of memory. **Annu Rev Neurosci**. N.º 16. p. 547-563.
- STAAB, A.; HODGES, L. C. (1997) – **Enfermeria gerontológica**. México: Mcgraw-Hill Interamericana.
- STRANGE, B. A.; HENSON, R. N. A.; FRISTON, K. J. (2000) – Brain mechanisms for detecting perceptual, semantic, and emotional deviance. **Neuroimage**. 12: 425-433.
- STRANGE, B. A.; HURLEMANN, R.; DOLAN, R. J. (2003) – An emotion-induced retrograde amnesia in humans is amygdala-and b-adrenergic-dependent. **PNAS**. 100(23): 13626-13631.
- TALLEFER, D.; GENEAU, D. (1999) - **Stratégies de diversion dans la gestion des réactions catastrophiques chez la personne âgée atteinte de la maladie d’Alzheimer lors d’actes de soins critiques: un cadre théorique et pratique**. [Em linha]. [Consult. 17 Junh 2012]. Disponível na <http://www.sepec.ca/diversion.htm>
- THÉVENOT, X. (1990) – **La bioética**. Bilbao: Mensajero.
- TIBERGHEN, G. (1997) – **La mémoire oubliée**. Pierre Mardaga: Sprimont.
- TOMAZ, C. (1993) – Demência. In. GRAEFF, F.; BRANDÃO, M. - **Neurobiologia das doenças mentais**. Lemos Editorial & Gráficos . Cap: 8. p. 175-184.
- TOMAZ, C.; COSTA, J. (2000) – Neurociências e memória. **Neurociências e memória**. N.º 147. p. 145-160)

- TOMEY, A.; ALLIGOOD, M. (2004) - **Teóricas de Enfermagem e Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)**. Loures: Lusociência, Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- TORRALBA, F. (1998) – **Antropologia del cuidar**. Madrid: Instituto Borja de Bioética/Fundacion Mapfre Medicina.
- UNIDADE DE MISSÃO PARA OS CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS (UMCCI), 2012 – **Relatório de monitorização do desenvolvimento e da atividade da rede nacional de cuidados continuados integrados (RNCCI) 2011**. Cuidados Continuados Saude e apoio Social.
- UNITED NATIONS (2009). World Population Aging. Department of Economic and Social Affairs, New York. [Em linha]. [Consult. 17 Junh 2012] <http://www.un.org/esa/population/publications/WPA2009/WPA2009-report.pdf>
- UTTIL, B. (2011) – Transparent meta-analyses: does aging spare prospective memory with focal versus mon-focal cues? **Plos ONE**. N.º 6(2). e 16618. p. 1-19.
- VEIGA, J. (2004) – Existirá uma ética da enfermagem? In NEVES, M. C. P. ; PACHECO, S. - **Para uma ética da enfermagem, desafios**. Coimbra: Grafia de Coimbra. p. 377-297.
- VEIGA, J. (2006) – **Ética em Enfermagem. Análise, Problematização e (Re)Construção**. Lisboa: Climepsi Editores.
- VENABLES, P. H. (1991) – Autonomic activity. **Ann NY Acad Sci**. 620 : 191-207.
- VERSPIEREN, P. (1984) – **Face à celui qui meurt**. Paris: Desclée de Brouwer.
- VIEGAS, S.; GOMES, C. (2007) – **A identidade na velhice**. 1ª ed. Lisboa: Âmbar.
- VIELVA, J. A. (2002) - **Ética Profesional de la Enfermería**. Bilbao: Editorial Desclée De Brouwer, S.A.
- WALKER, M.; STICKGOLD, R. (2006) – Sleep, memory and plasticity. **Annu Rev Psychol**. N.º 57. p. 139-166.
- WATSON, J. (2002) – **ENFERMAGEM Ciência Humana e Cuidar. Uma teoria de Enfermagem**. Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Ltd.
- WIMO, A.; WINBLAD, B.; JONSSON, L. (2010) – The worldwide societal costs of dementia: Estimates for 2009. **Alzheimer's and Dementia**.(6): 98-103.
- WINGFIELD, A.; TUN, P. A.; MCCOY, S. L. (2005) – Hearing loss in older adulthood: what it is and how it interacts with cognitive performance. **Current Directions in Psychological Science**. N.º 14. p. 144-148.
- WOLF, O. [et al.] (2001) – The relationship between stress induced cortisol levels and memory differs between men and women. **Psychoneuroendocrinology**. N.º 31. p. 871-881.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) (1992). **ICD-10 – International Statistical Classification of Diseases and Related Problems**. 10th Revision. Geneva: World Health Organization, 1992.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) (2002). **Active ageing. A Policy Framework**. Geneva: World Health Organization. [Em linha]. [Consult. 17 Junh 2012] http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/who_nmh_nph_02.8.pdf.

ANEXOS

ANEXO 1 – SCORES PERCENTUAIS DOS ITENS DA SEPCH

Tabela 1 – *Score* percentual obtido em cada procedimento da SEPCH nas 1.^a, 2.^a e 3.^a observações

| N.º | Descrição do procedimento | Score % | | |
|-----|--|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| | | 1. ^a Obs N=27 | 2. ^a Obs N=36 | 3. ^a Obs N=24 |
| | Aproximação/Sintonia | | | |
| | <u>Pré-preliminar</u> | | | |
| 1 | Bate à porta (e/ou nos pés da cama) fica atento e espera a resposta. | 00,00 | 94,44 | 62,50 |
| | <u>Preliminares</u> | | | |
| 2 | Aproxima-se e coloca-se à distância de contacto com uma postura ligeiramente inclinada para a pessoa doente. | 37,04 | 100,00 | 91,67 |
| 3 | Olha de frente nos olhos da pessoa doente, (olhar axial, horizontal, longo, próximo) ... | 29,63 | 97,22 | 91,67 |
| 4 | Chama a pessoa doente pelo seu nome, saudando-a, com tom de voz suave, firme, melodiosa. | 48,15 | 100,00 | 87,50 |
| 5 | Anuncia-se à pessoa doente (eu sou o/a enfermeiro/a... | 00,00 | 55,56 | 37,50 |
| 6 | Diz à pessoa doente que está ali para lhe dar atenção, para a ajudar, para a cuidar, utiliza palavras positivas. | 03,70 | 75,00 | 29,17 |
| 7 | Inicia o toque suavemente, em zona neutra do corpo (ombro, braço...), com a polpa dos dedos, desliza, assenta de imediato a palma da mão em deslize suave e curto (polpar-deslizar-palmar) ... | 00,00 | 52,78 | 41,67 |
| 8 | Espera por um sinal da pessoa doente que acuse a aceitação da relação (ex: olhar, falar, ...). | 07,41 | 100,0 | 87,50 |
| | <u>Rebouclage</u> | | | |
| 9 | Dá continuidade ao toque: palmar amplo, suave, lento, acariciador (toque-ternura até ao fim do cuidado) sem utilizar os dedos em pinça ou a mão em garra... | 07,41 | 75,00 | 66,67 |
| 10 | Evita começar o procedimento pelo rosto (especialmente no banho). | 07,41 | 100,00 | 95,83 |

| | | | | | |
|-------------------------------|---|---------------|--------------|--------------|--------------|
| 11 | Anuncia cada gesto que vai executar. (ex: S ^a Maria vamos lavar a sua mão direita. | 00,00 | 100,00 | 54,17 | |
| 12 | Pede à pessoa doente que inicie os movimentos, dando reforços positivos. (ex: S ^a Maria levante o seu braço direito(...) muito bem!). | 00,00 | 66,67 | 20,83 | |
| 13 | Executa os gestos com movimentos muito suaves, gestos amplos... | 00,00 | 86,11 | 58,33 | |
| 14 | Descreve pormenorizadamente os gestos que executa. (ex: S ^a Maria estou a ensaboar a sua mão direita, o seu dedo polegar, ...). | 00,00 | 72,22 | 12,50 | |
| 15 | Observa sinais de aceitação e adesão da pessoa doente ao cuidado anunciado e descrito... | 00,00 | 100,00 | 75,00 | |
| 16 | Evita o uso de palavras que possam estimular sentimentos conflituosos na pessoa doente. | 100,00 | 100,00 | 100,00 | |
| 17 | Retoma com frequência o nome da pessoa doente (quem não tem nome não existe). | 40,74 | 100,00 | 95,83 | |
| 18 | Olha com frequência de frente nos olhos da pessoa doente, próximo e persistentemente, sorrindo-lhe. | 03,70 | 97,22 | 33,33 | |
| 19 | Responde-se continuamente em voz alta a si próprio(a) quando o doente não tem capacidade de resposta verbal (auto-feedback). | 00,00 | 97,22 | 33,33 | |
| 20 | Procura ajudar a pessoa doente a tomar uma postura vertical. (ex: erguer o tronco, o segmento torácico da cama, sentar no cadeirão, pôr de pé). | 85,19 | 100,00 | 100,00 | |
| 21 | Dá atenção à apresentação física (ex: vestuário, penteado, ...) da pessoa doente, de acordo com as suas preferências. | 100,00 | 100,00 | 100,00 | |
| 22 | Utiliza as capacidades restantes da pessoa doente estimulando-lhe gestos e dando-lhe reforços positivos. | 00,00 | 75,00 | 25,00 | |
| 23 | Está atento às respostas de satisfação da pessoa doente com os cuidados recebidos. (Ex: sem rigidez muscular, sem agitação, fâcias sereno, fâcias sorridente, lágrima de emoção). | 07,41 | 100,00 | 62,50 | |
| | | totais | 20,77 | 88,89 | 63,59 |
| Consolidação/Proação | | | | | |
| <u>Consolidação emocional</u> | | | | | |
| 24 | Fala à pessoa doente da experiência agradável que foi prestar-lhe aquele cuidado. | 00,00 | 55,56 | 58,33 | |
| 25 | Reforça positivamente os esforços da pessoa doente, por mínimos que tenham sido. | 03,70 | 41,67 | 20,83 | |
| <u>Proação</u> | | | | | |
| 26 | Diz à pessoa doente que tem todo o interesse em ajudá-la nos cuidados. | 00,00 | 52,78 | 20,83 | |
| 27 | Agradece à pessoa doente aquele momento de relação no cuidado e despede-se. | 00,00 | 88,89 | 33,33 | |
| | | totais | 00,93 | 59,72 | 33,33 |
| Totais globais | | | 17,83 | 84,57 | 59,10 |

ANEXO 2 – DISTRIBUIÇÃO DOS ITENS DA SEPCH POR CATEGORIAS PERCENTUAIS

Tabela 2 – Scores gerais da SEPCH, totais das suas dimensões e dos respectivos itens nas 1.^a, 2.^a e 3.^a observações

| Categorias | Itens / Scores % | | |
|------------|---|---|--|
| | 1. ^a Obs (N=27) | 2. ^a Obs (N=36) | 3. ^a Obs (N=24) |
| | | Aproximação/Sintonia | |
| | | «16 - Evita o uso ...» 100,00 | |
| | | «21 - Dá atenção ...» 100,00 | |
| | | «20 - Procura aju ...» 100,00 | |
| | | «4 - Chama a pes ...» 100,00 | |
| | | «17 - Retoma co ...» 100,00 | «16 - Evita o uso ...» 100,00 |
| | | «2 - Aproxima-se ...» 100,00 | «21 - Dá atenção ...» 100,00 |
| | | «8 - Espera por u ...» 100,00 | «20 - Procura aju ...» 100,00 |
| 100% - 90% | «16 - Evita o uso ...» 100,00 «21 - Dá atenção ...» 100,00 | «10 - Evita começ ...» 100,00 | «17 - Retoma com ...» 95,83 |
| | | «23 - Está atenten ...» 100,00 | «10 - Evita começa ...» 95,83 |
| | | «11 - Anuncia ca ...» 100,00 | «2 - Aproxima-se e ...» 91,67 |
| | | «15 - Observa sin ...» 100,00 | «3 - Olha de frente ...» 91,67 |
| | | «3 - Olha de frente ...» 97,22 | |
| | | «18 - Olha com fre ...» 97,22 | |
| | | «19 - Responde-se ...» 97,22 | |
| | | «1 - Bate à porta (e ...» 94,44 | |
| 90% - 80% | «20 - Procura ajuda...» 85,19 | «13 - Executa os g ...» 86,11 | «4 - Chama a pess ...» 87,50 «8 - Espera por um ...» 87,50 |
| 80% - 70% | | «9 - Dá continuída ...» 75,00 «6 - Diz à pessoa ...» 75,00 «22 - Utiliza as cap ...» 75,00 «14 - Descreve por ...» 72,22 | «15 - Observa sinai ...» 75,00 |
| 70% - 60% | | «12 - Pede à pesso ...» 66,67 | «9 - Dá continuída ...» 66,67 «23 - Está atento à ...» 62,50 «1 - Bate à porta (e ...» 62,50 |
| 60% - 50% | | «5 - Anuncia-se à ...» 55,56 «7 - Inicia o toque ...» 52,78 | «13 - Executa os g ...» 58,33 «11 - Anuncia cada ...» 54,17 |
| 50% - 40% | «4 - Chama a pesso...» 48,15 «17 - Retoma com ...» 40,74 | | «7 - Inicia o toque ...» 41,67 |
| 40% - 30% | «2 - Aproxima-se e ...» 37,04 | | «5 - Anuncia-se à p ...» 37,50 «18 - Olha com fre ...» 33,33 «19 - Responde-se ...» 33,33 |
| 30% - 20% | «3 - Olha de frente ...» 29,63 | | «6 - Diz à pessoa ...» 29,17 «22 - Utiliza as cap ...» 25,00 «12 - Pede à pesso ...» 20,83 |
| 20% - 10% | | | «14 - Descreve por ...» 12,50 |

| | | | |
|-----------------------------|--|---|---|
| 10% - 00% | «8 - Espera por um ...» 07,41 «9 - Dá continuidade...» 07,41 «10 - Evita começa ...» 07,41 «23 - Está atento às...» 07,41 «6 - Diz à pessoa d ...» 03,70 «18 - Olha com fre ...» 03,70 «1 - Bate à porta ...» 00,00 «5 - Anuncia-se à ...» 00,00 «7 - Inicia o toque ...» 00,00 «11 - Anuncia cada ...» 00,00 «12 - Pedir à pesso ...» 00,00 «13 - Executa os g ...» 00,00 «14 - Descreve ...») 00,00 «15 - Observa sinai ...» 00,00 «19 - Responde-se ...» 00,00 «22 - Utiliza as cap ...» 00,00 | | |
| Scores totais | 20,77 | 88,89 | 63,59 |
| Consolidação/Proação | | | |
| 90% - 80% | | «27 - Agradece à p ...» 88,89 | |
| 60% - 50% | | «24 - Fala à pessoa ...» 55,56 «26 - Diz à pessoa ...» 52,78 | «24 - Fala à pessoa ...» 58,33 |
| 50% - 40% | | «25 - Reforça posit ...» 41,67 | |
| 40% - 30% | | | «27 - Agradece à p ...» 33,33 |
| 30% - 20% | | | «25 - Reforça posit ...» 20,83 «26 - Diz à pessoa ...» 20,83 |
| 10% - 00% | «25 - Reforça posit ...» 03,70 «24 - Fala à pessoa ...» 00,00 «26 - Diz à pessoa ...» 00,00 «27 - Agradece à p ...» 00,00 | | |
| Scores totais | 00,93 | 59,72 | 33,33 |
| Scores globais | 17,83 | 84,57 | 59,10 |

LISTAS

LISTA DE SIGLAS

- AO - Assistentes Operacionais
- AVC - Acidente Vascular Cerebral
- CAP - Comportamentos de Agitação Patológica
- CID - Cuidados a Idosos Dependentes
- DTA - Demência Tipo Alzheimer
- FA - Formação na Ação
- FCH - Filosofia de Cuidados de Humanidade
- I&D - Investigação e Desenvolvimento
- IA - Investigação Ação
- IAA - Investigação Ação Associada
- ICD - Instrumento de Colheita de dados
- IGM - Instituto Gineste Marescotti
- IPRIM - Institut pour la Recherche et L'information sur la Methodologie Gineste Marescotti
- MGM - Método de Cuidados Humanidade Gineste Marescotti, simplificado MGM
- O - Observação
- PAM - Programas de Atividade Mínima
- R - Relatos dos enfermeiros
- RCP - Região Centro de Portugal
- RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
- SCM - Síndromas Cognitivo-Mnésicos
- SEPCH - Sequência Estruturada de Procedimentos Cuidativos Humanidade
- SRC/OE - Secção Regional Centro da Ordem dos Enfermeiros
- UCCI - Unidade de Cuidados Continuados Integrados

LISTA DE TABELAS

| | | |
|-----------|---|-----|
| Tabela 1 | Scores (%) de aceitação importância e percepção de aplicação da SEPCH, 1.º estudo..... | 124 |
| Tabela 2 | Scores (%) de aceitação importância e percepção de aplicação da SEPCH, 2.º estudo..... | 126 |
| Tabela 3 | Scores (%) de presença da SEPCH, da “aproximação/sintonia” e da “consolidação/proação”, 1.ª observação..... | 127 |
| Tabela 4 | Demora média por tipo de cuidado de toalete, na 1.ª observação..... | 128 |
| Tabela 5 | Scores (%) de presença da SEPCH, da “aproximação/sintonia” e da “consolidação/proação”, 1.ª e 2.ª observação..... | 137 |
| Tabela 6 | Demora média por tipo de cuidado de toalete com comparação entre a 1.ª e a 2.ª Observação..... | 137 |
| Tabela 7 | Demora média por tipo de cuidado de toalete, no 1.º, 2.º e 3.º dia de cuidados da 2.ª observação..... | 138 |
| Tabela 8 | Ganho percentual de agitação no final da formação na ação, da 1.ª para a segunda avaliação, na 2.ª observação, para n= 12..... | 139 |
| Tabela 9 | Scores (%) de presença da SEPCH, da “aproximação/sintonia” e da “consolidação/proação”, 1.ª, 2.ª e 3.ª observação..... | 152 |
| Tabela 10 | Demora média por tipo de cuidado de toalete, na 3.ª observação..... | 153 |

LISTA DE QUADROS

| | | |
|----------|---|-----|
| Quadro 1 | Corpus documental..... | 83 |
| Quadro 2 | Dados relevantes em análise de cada documento..... | 84 |
| Quadro 3 | Opinião global sobre o MGM..... | 141 |
| Quadro 4 | Mudança nas práticas dos cuidadores e seus efeitos..... | 142 |
| Quadro 5 | Efeitos em relação às pessoas doentes..... | 143 |
| Quadro 6 | Satisfação dos cuidadores..... | 144 |

LISTA DE FIGURAS

| | | |
|----------|--|-----|
| Figura 1 | Classificação da memória..... | 42 |
| Figura 2 | Operação de pesquisa..... | 81 |
| Figura 3 | Esquema mudanças nas práticas, efeitos nas pessoas cuidadas, satisfação, retroalimentação do sistema..... | 150 |

EPÍLOGO

Manuel Alves Rodrigues

HUMANITUDE

Resgate do humano ou tornar-se pessoa

A caminhada perfectível da humanidade é um desafio permanente à resiliência e à solidariedade entre os homens.

A saúde é uma das maiores riquezas, um bem a que todos têm direito, o que justifica forte investimento em medidas preventivas e protetoras das sociedades e dos cidadãos ao longo do ciclo de vida. Porém, por mais protetoras e preventivas que sejam as medidas, o risco é inevitável e a probabilidade de adoecer é muito elevada. A condição de adoecer associada às dificuldades de ajustamento são maiores em idade avançada, quando por vezes, tudo parece que se aproxima de um fim ou não se vislumbra sentido. Ainda assim, no mais profundo do seu sofrimento, o humano pode sempre superar-se, tornando-se pessoa. Ao refletir sobre a condição humana, Carl Rogers referia que o que a vida tem de melhor é que nada está determinado, tudo flui.

Ajudar os que sofrem profundamente a passar pelo sofrimento com dignidade é o lugar da humanidade e dos seus pilares. Os cuidados de humanidade animam as forças dos homens escondidas por detrás do cerco da doença e da limitação, acreditando que nada está determinado. Na mais limitada das suas circunstâncias ou no cume da sua vulnerabilidade, um homem encontra na generosidade e inteligência de outro, a ponte para sua superação. O cuidador abre as janelas da expressividade, resgata emoções, restaura a condição original do ser em harmonia, “*restitutio ad integrum*”. Esta renovação não precisa de tecnologia complexa; processa-se através de uma sábia sequência de ações (toque ternura, sentido das palavras, sintonia de olhares, movimento de verticalidade, mobilização de forças, acesso a memórias) demonstrando que, por vezes, as grandes realizações resultam de ações aparentemente simples mas que encerram em si um grande poder generativo.

A ciência moderna não explica mais que uma parte da realidade, O cientista aprende a conviver com o inesperado tal como o homem pode aprender a viver com o mistério das forças que encontra dentro de si nos momentos de desespero ou desistência. Nas palavras de Sophia de Mello Breyner Andresen «como o rumor do mar dentro de um búzio, O divino sussurra no universo...». Neste sentido, os cuidados de humanidade implicam ajudar com competência e agir com sabedoria, combinando ciência e bondade; trata-se de humanizar o conhecimento, nas palavras de Augusto Cury.

A obra **Cuidar em Humanidade** tem o mérito de ter dado a justa e oportuna atenção ao trabalho desenvolvido por Gineste e Marescotti, ao resultado efetivo do seu método, o qual tem permitido resgatar a esperança e restaurar a autonomia a muitas pessoas que voltaram a conectar-se com a vida, tornando-se pessoa.

Promover os pilares de humanidade nos cuidados, implica certamente, refletir sobre a condição humana e a natureza dos cuidados de intimidade e abre um enorme campo de possibilidades de formação e investigação.

Nídia Salgueiro

Cuidar Humanidade de Mário Simões não existiria sem a sua tese de doutoramento *Cuidar em Humanidade: Método de Gineste e Marescotti Aplicado a Pessoas Internadas em Cuidados Continuados*. Louvo o esforço de publicar este livro, mesmo a nível económico, sem ainda se ter refeito do desgaste, a vários níveis, do seu doutoramento. É um homem corajoso, não há dúvida!

Em *Cuidar Humanidade*, tendo por base a sua tese, os conteúdos são aqui apresentados numa roupagem que só a formação ético filosófica do autor permitiu confeccionar.

Os resultados dos estudos empíricos, que apresenta, não são surpreendentes, são, isso sim, coerentes com os obtidos pelos autores antes e após a formação humanidade e com os resultados divulgados pelas instituições onde o método foi implantado, o que lhe dá consistência. Estes resultados confirmam que o Cuidado Humanidade incarna a essência subtil da enfermagem, que os enfermeiros se revêem nos seus procedimentos cuidadosos humanidade, pois que chamados a pronunciarem-se, nenhum deles foi rejeitado, antes lhes foi atribuído valor. Os resultados imediatos após a formação evidenciam adesão ao MGM e põem a nu que os procedimentos cuidadosos humanidade marcam a diferença na qualidade de vida, na vontade de viver, na participação activa no cuidado, no estabelecer duma relação harmoniosa entre cuidador e pessoa cuidada e na satisfação dos cuidadores.

A forma como cuidamos pode activar as forças de vida, de luta contra a doença ou pelo contrário a destruir a humanidade, a própria vida, levando a pessoa a estar morta com o estatuto de viva. O Cuidado Humanidade permite trazê-la de novo à vida, fazê-la renascer, como mostram os resultados apresentados.

Dos seus estudos emerge um conjunto de reflexões que é urgente fazer, a vários níveis, em relação aos cuidados a pessoas em situação de vulnerabilidade, em particular aos cuidados de intimidade, à forma como são delegados alguns cuidados, desperdiçando imensas oportunidades de realizar intervenções benéficas

para a pessoa cuidada e gratificantes para o enfermeiro, bem como oportunidades de trabalhar em proximidade com os colaboradores, de os formar na acção. Emergem imensas oportunidades de investigação em Enfermagem, revelando possíveis linhas de investigação a não perder.

Em conclusão, a sua tese mostrou que é urgente uma mudança de paradigma na formação em enfermagem, nas práticas dos enfermeiros, na cultura institucional.

Bem haja!

Mário M. M. Simões é Enfermeiro, Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Mestre em Filosofia, área Axiologia e Ética, especialidade Bioética pela Faculdade de Filosofia de Braga e Doutor em Enfermagem pelo Instituto de Ciências da Saúde, ambos da Universidade Católica Portuguesa. Atualmente, é Enfermeiro Chefe no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

A par de uma tendência global, o aumento de idosos dementes com quadros de agitação patológica e oposição aos cuidados é uma realidade crescente em Portugal. Contexto onde a enfermagem proporciona cuidados de proximidade relacional em espaços de intimidade e instrumenta os procedimentos numa sintonia emocional comunicativa, fina e subtil, trabalhando com as pessoas dementes a sua autonomia para aderirem aos cuidados e realizarem as atividades por si mesmas participando na sua própria aprendizagem procedimental, maximizando potencialidades restantes, minimizando dependências e prevenindo complicações, isto é, promovendo a relação de cuidados à altura da dignidade humana. No entanto, a ação dos enfermeiros indica, por vezes, uma tendência para o afastamento do essencial relacional, tanto em favor dos princípios da economia e da tecnologia, como pela não utilização de modos de cuidar que o proporcionem.

Em França, a Metodologia de Cuidados Humanidade Gineste Marescotti (MGM) revelou 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. Efeitos que motivaram o primeiro estudo científico sobre o método desenvolvido em Portugal, base da elaboração desta obra que levou Gineste e Marescotti a expressarem:

Notre rencontre avec Mário Simões fût salulaire. Son désir d'apprendre, sa curiosité l'emmène à investiguer davantage et il nous fait l'honneur d'explorer "la philosophie de l'Humanitude" pour développer sa thèse de doctorat. Mais c'est aussi avec d'autres précurseurs Nídia, Rafael, João que le Portugal va s'ouvrir à ce prendre soin qui nous unis dans la tendresse.

Nous vous remercions pour la confiance que vous nous accordez et nous souhaitons à chacun des lecteurs une belle route sur les chemins de l'Humanitude.

Rosette Marescotti et Yves Gineste
Concepteurs Philosophie de l'Humanitude



ISBN 978-989-20-5524-4



9 789892 055244