

METODOLOGIA DE CUIDADO HUMANITUDE:

CONTRIBUTO PARA A DIGNIFICAÇÃO DA PESSOA NOS CUIDADOS DE HIGIENE E CONFORTO

METHODOLOGY OF CARE HUMANITUDE

CONTRIBUTION TO THE DIGNITY OF THE PERSON IN HYGIENE AND COMFORT CARE

ENFERMEIRA NA UNIDADE DE CUIDADOS CONTINUADOS
INTEGRADOS DE PEDROGÃO GRANDE; SANTA CASA DA
MISERICÓRDIA DE PEDROGÃO GRANDE, LARGO DA DEVESEA
3270-101 PEDROGÃO GRANDE
E.MAIL: LILIANAHENRIQUES312@GMAIL.COM

Liliana Henriques

PROFESSORA ADJUNTA ESCOLA SUPERIOR DE
ENFERMAGEM DE COIMBRA; AVENIDA BISSAYA BARRETO
(POLO A) APARTADO 7001, 3046-851 COIMBRA

Rosa Melo

FORMADORA HUMANITUDE DA COOPERATIVA VIA HOMINIS,
CRL; RUA S. FRANCISCO, N 7, PÓVOA 2460-411 CÔS

Amélia Martins

RESUMO

Introdução:

Os profissionais de saúde quando cuidam em espaços de intimidade, nomeadamente nos cuidados de higiene, apresentam dificuldades na promoção da dignidade da pessoa cuidada, devem por isso desenvolver competências relacionais, através da apropriação de estratégias inovadoras e adequadas às necessidades das pessoas como a Metodologia de Cuidado Humanitude.

Objetivos:

Identificar o contributo da Metodologia de Cuidado Humanitude na promoção da

INTRODUÇÃO

No ano de 2013, Portugal já apresentava uma das estruturas etárias mais envelhecidas da União Europeia (Instituto Nacional de Estatística, 2015). Associado ao elevado índice de envelhecimento, Portugal apresenta também uma das maiores taxas de dependência da União Europeia. Uma das razões para este acontecimento pode estar relacionado com um aumento do número de casos de demência, sendo que, nos grupos etários acima dos 80 anos encontram-se mais de 64% das pessoas com demência (Preto, Cordeiro, Martins, & Preto, 2017).

Esta realidade acarreta a necessidade de criação de estruturas para prestação de cuidados de saúde que permitam dar resposta aos novos desafios com que os cuidadores se deparam na prestação de cuidados a pessoas em situação de dependência e/ou com processos demenciais. É neste contexto que, em 2006, foi criada a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) em Portugal, destinada a “pessoas que estejam em situação de dependência e necessitem de cuidados continuados de saúde e de apoio social” (Simões et al., 2012). Mas com a diversidade de pessoas que usufruem da RNCCI, os profissionais têm-se deparados com diferentes dificuldades na prestação de cuidados, nomeadamente nos cuidados de higiene e conforto.

Os cuidados de higiene e conforto tem vários objetivos, desde a limpeza e hidratação da pele, proporcionar conforto, bem-estar, relaxamento e repouso, melhorando a autoimagem e promovendo

o autocuidado de higiene pessoal. No entanto os cuidados de higiene, na prática diária, são muitas vezes desvalorizados acabando por ser encarados como secundários, organizados em torno das rotinas e necessidades dos profissionais e das instituições, em vez de atenderem às necessidades e preferências das pessoas cuidadas (Melo et al., 2017b). Inadvertidamente os profissionais substituem a pessoa, realizam abordagens surpresa, iniciando cuidados sem que a pessoa possa dar o seu consentimento relacional, não respeitam o ritmo das pessoas, as suas preferências e necessidades. Esta situação pode provocar-lhes uma sensação e percepção de ameaça, levando a respostas que poderão ser de luta ou fuga, muitas vezes interpretados como agitação, agressividade e recusa dos cuidados (Gineste & Pellissier, 2008).

No contexto atual, em que há falta de pessoal, em que as rotinas e os protocolos se sobrepõem, urge fazer mais e melhor em prol da dignidade da pessoa cuidada, resgatando-a da sua situação de imobilismo e de morte social (Gineste & Pellissier, 2008). O resgate da humanidade envolve a atenção na maneira de olhar, no tocar, no falar, a consciência da importância da verticalidade e o vestuário tem a intenção clara de recordar ao profissional de saúde que, independente do processo de doença de alguém, não devemos aumentar a sua fragilidade, fazendo-o sentir-se ainda mais doente, pelo contrário, é possível tratá-lo com dignidade e respeito (Simões et al., 2012).

O planeamento dos cuidados de higiene deve ser individualizado, permitindo a negociação do cuidado com a pessoa nos diferentes aspetos que o envolvem, nomeadamente tipologia do cuidado, sequência da higiene, momento do dia, vestuário e arranjo pessoal (Melo et al., 2017a). Esta forma de cuidar permite respeitar a autonomia na tomada de decisão e a dignidade da pessoa como qualidade intrínseca ao ser humano, com um conjunto de direitos e deveres fundamentais garantindo as condições existenciais para o bem-estar, além de propiciar e promover a sua participação ativa e co-responsável (Furlan, Espolador, Corrêa, Azzolini, & Bispo, 2007).

Mas muitas vezes executamos as atividades de higiene de forma automática e não percebemos os sentimentos, percepções e pensamentos do outro relacionando com o conforto (Tanaka, 2017). Torna-se por isso fundamental desenvolver intervenções no sentido de facilitar o cuidado e promover a dignidade da pessoa cuidada (Alves, Araújo, & Melo, 2017). É neste contexto que surge a Metodologia de Cuidado Gineste-Marescotti® (MGM®) ou Metodologia de Cuidado Humanitude (MCH),

independência no autocuidado de higiene, na autonomia, verticalidade, na adequação da higiene às preferências da pessoa cuidada e no tempo despendido na prestação do cuidado de higiene.

Método:

Estudo com característica de investigação-ação, com abordagem quantitativa, utilizando um processo de amostragem não probabilística por conveniência, envolvendo 33 idosos com internamento superior a 90 dias e 34 profissionais de saúde de uma unidade de cuidados continuados integrados. A colheita de dados foi realizada através da utilização do índice de Barthel, do questionário de caracterização da amostra e das dificuldades sentidas nos cuidados de higiene e um guião de observação de Sequência Estruturada de Procedimentos Cuidativos Humanitude (Simões, Salgueiro, & Rodrigues, 2012). Para o tratamento de dados foi utilizado o Statistical Package for Social Science, versão 17.0.

Resultados:

Após a implementação da Metodologia de Cuidado Humanitude evidenciou-se redução de 100% para 93,94% de pessoas classificadas como totalmente dependentes nos cuidados de higiene. Verificou-se maior intencionalidade e estímulo à verticalidade, promoção da autonomia, através do envolvimento da pessoa na tomada de decisão, maior adequação do cuidado de higiene às preferências da pessoa, assim como uma maior consciencialização dos momentos em que os profissionais utilizam as luvas. Verificou-se ainda diminuição do tempo médio da prestação de cuidados de higiene e conforto de 25.37 para 17.55 minutos ao longo da implementação da Metodologia de Cuidado Humanitude.

Conclusão:

Através da implementação da Metodologia de Cuidado Humanitude é possível dignificar a pessoa no momento dos cuidados de higiene e conforto, estimulando a independência e envolvimento da pessoa no cuidado e diminuindo o tempo médio de

prestação dos cuidados de higiene por parte dos profissionais de saúde.

PALAVRAS-CHAVE

CUIDADOS DE HIGIENE; CONFORTO;
HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA; QUALIDADE
DOS CUIDADOS DE SAÚDE; DIGNIDADE;
VERTICALIDADE

ABSTRACT

Introduction:

Health professionals when they take care of spaces of intimacy, especially in hygiene care, present difficulties in promoting the dignity of the person cared for, so they must operationalize the relationship by appropriating innovative strategies appropriate to the needs of people such as the Methodology of Care Humanitude.

Objectives:

To identify the contribution of the Methodology of Care Humanitude in the promotion of independence in the self-care of hygiene, in the autonomy, verticality, acceptance of the hygiene care by the person cared for, in the hygiene adequacy to their preferences and in the time spent in the care of hygiene.

Method:

Exploratory-descriptive study, with a quantitative approach, using a non-probabilistic sampling process for convenience, involving 33 elderly individuals who had been hospitalized at this unit for at least 90 days hospitalization and 34 health professionals from a Integrated Long Term Care and Maintenance Units. Data collection was performed using the Barthel index, of the sample characterization questionnaire and the difficulties experienced in the hygiene care and an observation script of Structured Sequence of Humanitude Procedures (Simões, Salgueiro, & Rodrigues, 2012). Quantitative data processing was performed using the Statistical Package for Social Science, version 17.0

desenvolvida por Yves Gineste e Rosette Marescotti, devido às suas inquietações sobre a forma como os cuidados diários às pessoas dependentes e vulneráveis estavam a ser prestados, no que dizia respeito à dignidade, liberdade e autonomia (Gineste & Pellissier, 2007). Esta metodologia de cuidar segue uma sequência estruturada de procedimentos cuidadosos humanidade tendo como base os pilares relacionais: o olhar, a palavra e o toque; e o pilar identitário: a verticalidade. A MCH tem por base uma Sequência Estruturada de Procedimentos Cuidativos Humanitude (SEPCH), constituída por 5 etapas consecutivas e dinâmicas: os pré-preliminares, os preliminares, a rebouclage sensorial, a consolidação emocional e o reencontro.

O presente estudo foi realizado com o objetivo de avaliar o contributo da MCH na promoção da independência no autocuidado de higiene e a autonomia, aumento da verticalidade nos cuidados de higiene, aceitação do cuidado de higiene pela pessoa cuidada e na adequação do momento da higiene de acordo com as preferências. Pretende-se ainda identificar o contributo da MCH na utilização adequada de luvas e na redução do tempo na prestação de cuidados de higiene.

MATERIAL E MÉTODOS

Foi realizado um estudo de investigação-ação, longitudinal, utilizando um processo de amostragem não probabilístico por conveniência, com a participação de 34 profissionais de saúde da Unidade de Cuidados Continuados Integrados (UCCI), dos diferentes grupos profissionais, que prestavam cuidados diretos às pessoas. As 33 pessoas idosas que participaram no estudo tinham como critério de inclusão terem um período de internamento igual ou superior a 90 dias. Foi selecionada esta UCCI por estar no início do processo de implementação da MCH.

Esta UCCI tem como objetivo a prestação de cuidados que previnam ou retardem o agravamento da situação de dependência, otimizando tanto quanto possível o estado de saúde, num período de internamento igual ou superior a 90 dias. A instituição onde foi realizado o estudo tem 30 vagas para internamento, as pessoas cuidadas são maioritariamente dependentes e com alterações cognitivas.

Para a colheita de dados foram utilizados os seguintes instrumentos: questionário com questões fechadas para caracterização sociodemográfica e identificar as dificuldades sentidas pelos profissionais na prestação dos cuidados de higiene e o índice de Barthel. Para as observações dos cuidados foi utilizada a grelha de observação “Sequên-

cia Estruturada de Procedimentos Cuidativos Humanidade” (SEPCH), construída e validada, em Portugal, por Simões et al. (2012). A SEPCH é constituída por 31 itens, em que cada item representa um procedimento cuidativo Humanidade. Foi realizada a observação participante por dois observadores, com conhecimento e experiência na aplicação da grelha de observação, durante a prestação de cuidados de higiene e conforto. As observações tiveram lugar em dois dias consecutivos, a cada quatro semanas, durante o período de quatro meses, de setembro a dezembro de 2016. A análise dos dados quantitativos foi realizada através do software Statistical Package for Social Science versão 17.0. Para analisar a caracterização dos participantes utilizou-se a estatística descritiva.

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, em 14.07.16, com o número de registo 056/2016. Foi obtida a autorização dos órgãos de coordenação da instituição onde os dados foram colhidos. Depois de explicados os objetivos do estudo, de garantida a voluntariedade na participação e de tornado explícito que a aceitação ou recusa não acarretava qualquer tipo de dano para os participantes, o termo de consentimento livre e esclarecido foi devidamente assinado.

RESULTADOS

A amostra dos 34 participantes era majoritariamente do género feminino, com média de idade de 36 anos, pertenciam a nove áreas profissionais: auxiliares de ação médica (11), enfermeiros (11), assistente social (1), animador sociocultural (1), médico (1), terapeuta da fala (1), psicólogo (1) e um coordenador geral. A média de anos de serviço dos profissionais era de 5 anos e 55.9% trabalhavam na área e funções atuais entre 6 meses e um ano e meio. 11.8% destes profissionais identificaram ter dificuldade a prestar os cuidados de higiene.

A amostra das pessoas cuidadas foi constituída por 33 participantes, 25 (75.76%) do género feminino e 8 (24.24%) do género masculino, com uma média de idades de 78.42 anos. Todos os participantes estiveram internados por um período igual ou superior a 90 dias, com uma média de 290.21 dias de internamento. O motivo de internamento foi a dependência nas Atividades de Vida Diárias (AVD's) (84.85%) e a deterioração cognitiva (15.15%) dos participantes.

Através da aplicação do índice de Barthel às pessoas cuidadas, no que respeita aos cuidados de higiene, na primeira avaliação 100% das pessoas eram dependentes, na quarta avaliação registámos uma diminuição para 93.94% pessoas dependen-

Results:

After the implementation of the Methodology of Care Humanidade, there was a reduction of people classified as totally dependent on hygiene care from 100% to 93.94%. There was greater intentionality and stimulation of verticality, promotion of autonomy, through the involvement of the person in decision making, greater adequacy of hygiene care to the preferences of the person, as well as greater awareness of the moments in which the professionals use the gloves. There was also a decrease in the average time of providing hygiene and comfort care from 25.37 to 17.55 minutes throughout the implementation of the Methodology of Care Humanidade.

Conclusion:

Through the implementation of the Methodology of Care Humanidade it is possible to dignify the person at the moment of the hygiene and comfort care, stimulating the independence and involvement of the person in the care and reducing the average time of provision of hygiene care by the health professionals.

KEYWORDS

HYGIENE CARE; COMFORT; HUMANIZATION OF CARE; QUALITY OF HEALTH CARE; DIGNITY; VERTICALITY

tes. Em relação à atividade de vestir verificamos uma diminuição de pessoas dependentes passando de 84.85% na primeira avaliação para 75.76% na quarta avaliação. No primeiro momento de avaliação não se verificaram pessoas independentes no vestir, na quarta avaliação já se registou um aumento das pessoas independentes (12.12%). Ao longo das quatro avaliações verificou-se ainda um aumento das pessoas independentes no arranjo pessoal passando de 3.03% para 24.24%.

Antes da implementação da MCH os cuidados de higiene eram prestados na totalidade no período da manhã. Durante a implementação da MCH, nas observações realizadas, verificamos intencionalidade por parte dos profissionais em negociar o momento dos cuidados com a pessoa, passando 6.06% pessoas a realizarem os cuidados de higiene à noite antes de dormir.

Quanto aos cuidados de higiene e conforto totais e/ou higiene parcial passaram também a ser negociados os dias da semana preferidos com a pessoa. Os cuidados de higiene totais eram prestados na casa de banho. Destes 36.36% eram prestados de pé, 63.64% em cadeira de banho e 3.03% em maca banheira. No final da implementação da MCH verificou-se um aumento dos cuidados que eram prestados com a pessoa de pé (48,48%) na casa de banho.

Nas primeiras observações verificou-se que os cuidados de higiene parcial eram prestados na totalidade (100%) no leito e o primeiro procedimento realizado pelo cuidador, quando iniciava o cuidado, era baixar a cabeceira da cama, retirar a almofada e colocar a pessoa na posição horizontal. A sequência da higiene era predominantemente cefalocaudal, começando em 90% das vezes pela face seguindo-se a higiene oral e depois as restantes partes do corpo. Ao longo das observações verificou-se intencionalidade dos profissionais em incentivar a pessoa para que os cuidados de higiene parciais passassem a ser realizados na casa de banho. Na quarta observação verificou-se que a higiene parcial de 66.67% das pessoas já era realizada na casa de banho. Deixou de se verificar uma sequência de higiene pré determinada e rotinizada, para ser dada oportunidade e incentivada a pessoa a decidir iniciar o cuidado pelo local e sequência mais favorável, de acordo com as suas preferências e hábitos. Também a higiene oral passou a ser realizada pela pessoa cuidada e de acordo com as suas preferências e sempre que possível no lavatório do wc.

Nas primeiras observações, quando os profissionais planeavam o cuidado de higiene, não era dada intencionalidade e importância à preparação de

todo o material, verificando-se interrupções do cuidado, observando-se em algumas situações a pessoa ficar desnudada, a aguardar que o profissional fosse buscar o material que estava a faltar, referindo que tinha frio, demonstrando que estava desconfortável. Durante a implementação da MCH, verificou-se uma maior preocupação com a preparação de todo o material, evitando assim menores interrupções nos cuidados e na relação estabelecida com a pessoa, naquele momento de intimidade.

Antes da implementação da MCH, todos os profissionais calçavam luvas assim que começavam a preparar o material para os cuidados, prestando a totalidade do cuidado com luvas, inclusivamente durante a aplicação do creme e no vestir. No final da implementação da MCH verificou-se nas observações que as luvas eram colocadas junto do doente depois de obtido o consentimento relacional e retiradas para auxiliar no vestir e para a massagem de conforto. Na quarta série de observações a massagem de conforto foi sempre realizada sem luvas.

Nas primeiras observações quando os cuidados parciais eram prestados no leito verificamos que em 75% dos cuidados os profissionais baixavam a cabeceira da cama no início do cuidado, colocando a pessoa na posição horizontal, passando o olhar do profissional a ser vertical e centrado na tarefa a executar. Nas quartas observações constatamos que nos cuidados prestados no leito, 90% dos profissionais tinham intencionalidade em manter a pessoa sentada na cama, incentivando a sua participação mais ativa no autocuidado de higiene e o olhar era mais centrado na pessoa.

Verificamos que houve um aumento do número de vezes que os profissionais esperaram pelo consentimento relacional, para iniciar o cuidado de higiene e conforto, passando de 72.73% para 84.09% entre a primeira e a quarta observação. Verificou-se um aumento por parte dos profissionais no estímulo para a pessoa iniciar os gestos cuidadosos passando de 59.09% para 84.09% entre a primeira e quarta observação. Os profissionais passaram a ter maior intencionalidade na estimulação de sensações positivas (ex: cheiro agradável do creme, pele macia, cor da camisa,...) durante a higiene, evoluindo esta prática de 27.27% na primeira observação, para 75% dos cuidados, na quarta observação.

Verificamos ao longo das observações maior intencionalidade na abordagem à pessoa cuidada, com a aproximação à pessoa ser realizada de frente pelo lado para onde estava deitada e ao nível dos olhos, reduzindo as aproximações surpresa e aumentando a aceitação do cuidado. Também se verificou

um aumento gradual, ao longo das observações, na intencionalidade no estímulo à verticalidade, ou seja manter a pessoa de pé, de 52.27% passando a 79.55% na quarta observação.

O tempo médio na prestação do cuidado de higiene e conforto foi gradualmente diminuindo ao longo das observações, passando de 25.37 minutos na primeira observação para 17,55 minutos na quarta observação.

No início do estudo não havia prescrição de cuidados de higiene individualizada, passando a verificar-se a existência de prescrição de cuidados de higiene e conforto pelos enfermeiros, nomeadamente, momento dos cuidados, sequência e tipologia dos cuidados, assim como palavras positivas a utilizar, hábitos de higiene da pessoa antes do internamento.

DISCUSSÃO

Os profissionais participantes no estudo tinham diferentes formações profissionais relacionadas com a prestação direta de cuidados de saúde. Tratava-se de uma equipa jovem com pouco tempo de experiência na área e funções atuais, pelo que necessitava de treino e reflexão sobre as práticas (Lopes, Azeredo, & Rodrigues, 2012). A prestação de cuidados de higiene foi identificada pelos profissionais como uma dificuldade na prestação de cuidados. Esta dificuldade poderá estar relacionada com a utilização de técnicas não adaptadas às necessidades das pessoas cuidadas nem à realidade dos cuidados, criando nas pessoas desconforto físico e emocional, como evidenciado em alguns estudos (Simões et al., 2012; Honda, Ito, Ishikawa, Takebayashi, & Tierney, 2016).

Ao longo do estudo foi evidenciado aumento da independência da pessoa nos cuidados de higiene, no vestir e no arranjo pessoal. Esta situação poderá estar relacionada com a maior intencionalidade no envolvimento da pessoa nos cuidados, na verticalização e estimulação sensorial, mas também pela consciencialização dos profissionais para a importância da não substituição da pessoa nas atividades que é capaz de realizar criando um ambiente propício ao desenvolvimento das suas potencialidades (Ordem dos Enfermeiros, 2005).

Ao longo do estudo aumentou a preocupação dos profissionais em esperarem pelo consentimento relacional para iniciar o cuidado de higiene. Aumentou o estímulo para que fosse a pessoa a iniciar os gestos cuidativos, assim como aumentou a atenção ao estímulo de sensações positivas durante a higiene.

Ao longo do estudo verificámos que os cuidados de higiene eram negociados entre cuidador e pes-

soa cuidada, adequando o horário, frequência do cuidado de higiene, a sequência e tipologia do cuidado, assim como a realização da higiene oral. A sequência de higiene deve ser a que melhor se adequa à pessoa e à situação. Deve-se respeitar o bem-estar da pessoa, modificando a ordem por onde se iniciam os cuidados consoante a sua sensibilidade, vontade, condição e hábitos anteriores (Gineste & Pellissier, 2008). A sequência dos cuidados de higiene deve ser a que melhor se adapte às necessidades da pessoa, seja uma sequência de higiene, sequência púdica, sequência sensitiva ou sequência álgica (Gineste & Pellissier, 2008). O melhor tipo de higiene, salvo contraindicações, é aquele que a pessoa prefere (Melo et al., 2017a).

Verificámos também um aumento dos cuidados de higiene totais prestados com a pessoa de pé. Para os autores da MCH a higiene realizada em pé, sempre que possível no chuveiro, permite à maioria dos idosos manter ou melhorar as suas capacidades e a saúde (Gineste & Pellissier, 2008).

A abordagem à pessoa durante os cuidados de higiene também foi profissionalizada com a implementação da MCH, passando os profissionais a estarem mais atentos à aproximação à pessoa evitando abordagens surpresa.

A utilização de luvas também foi sendo adaptada ao longo do estudo, deixando de ser utilizadas para o vestir e para a massagem de conforto. Estes dados são coincidentes com as indicações da Direção-Geral da Saúde (2015) que estabelece que, para os cuidados de higiene, as luvas apenas são necessárias para alguns cuidados específicos, nomeadamente quando há contacto com sangue e fluidos.

Com a introdução da prescrição do cuidado, a equipa interdisciplinar demonstrou estar alinhada para atingir os objetivos definidos e as capacidades a estimular em cada pessoa, assim como tinham conhecimento de pormenores para a personalização do cuidado. A colheita de dados, no momento de acolhimento e do cuidado de higiene, torna-se um momento crucial para o planeamento de um cuidado individualizado (Phaneuf, 2007), sendo considerado uma das ferramentas fundamentais para facilitar a adequação do cuidado à situação da pessoa, dado permitir avaliar as capacidades da pessoa durante o cuidado, definir objetivos realizáveis, prescrever o tipo de higiene mais ajustado e propor uma sequência de higiene adequada à pessoa, bem como as condições de realização que são necessárias para se alcançar os objetivos (Melo et al., 2017a)

Também no estudo de Batista e Martins (2016) as pessoas cuidadas referem a importância de serem

cuidadas por um profissional que demonstra conhecimento, disponibilidade, capacidade de ouvir e conversar com um discurso positivo e de esperança.

A promoção da verticalidade foi sendo melhorada ao longo da implementação da MCH. Esta situação pode estar relacionada com o incentivo à deambulação, reduzindo o número de pessoas cuidadas que utilizavam cadeira de banho, assim como o incentivo à realização de cuidados de higiene na casa de banho, sempre que possível de pé. Os cuidadores demonstraram preocupação em desenvolver os procedimentos cuidadosos que promoviam a verticalidade, adequando estratégias para colocar a pessoa em pé, em carga nos membros inferiores, mesmo que apenas por alguns segundos diariamente.

A antecipação de preparação de todo o material necessário ao cuidado de higiene foi importante para evitar interromper o cuidado, cumprindo assim com o princípio de não abandono dos cuidados, defendido pelos autores da MCH (Gineste & Pellissier, 2008), evitando o sentimento de desprezo.

Ao longo do estudo o tempo médio da prestação de cuidados de higiene foi diminuindo gradualmente, o que demonstra que para se prestar um cuidado de qualidade não significa despende de mais tempo, fator muitas vezes utilizado pelos enfermeiros como dificultador da prestação de cuidados de qualidade, conforme estudo desenvolvido por Takahashi, Barros, Michel e Souza (2008). Segundo Melo, et al (2017a) o tempo destinado aos cuidados de higiene e conforto é fulcral para a pessoa que se encontra vulnerável e fragilizada, bem como para o enfermeiro, pela importância da relação que se poderá estabelecer, por isso o tempo deve ser potenciado.

Foi evidenciado que os profissionais demonstraram uma maior consciência da forma como prestam os cuidados, como fazem a abordagem inicial, como olham, falam e tocam. Esta consciencialização das práticas, das limitações e dificuldades,

segundo Silva (2017) permite a coragem para reconhecer os seus próprios enganos, aceitar novos desafios para continuar a melhorar o seu desempenho, preservando a dignidade da pessoa neste cuidado de grande intimidade.

O tamanho da amostra foi a principal limitação do estudo que, por ser reduzida, torna impossível generalizar os dados obtidos. Em investigações futuras seria importante continuar o estudo da efetividade da MCH nos cuidados de higiene e conforto mas também em outras áreas do cuidar, numa busca constante pela dignificação da pessoa cuidada transformando os cuidados rotinizados em cuidados de excelência.

CONCLUSÃO

Com a implementação da MCH na UCCI foi possível dignificar o momento dos cuidados de higiene e conforto através do aumento da autonomia, da co responsabilização e participação ativa da pessoa cuidada nos cuidados de higiene. Foi possível promover a verticalidade durante os cuidados de higiene, estimulando a independência e propiciando um maior envolvimento da pessoa no cuidado, adequando também o momento da higiene de acordo com as suas preferências.

A utilização de luvas para os cuidados também sofreu alterações, deixando de ser usadas indiscriminadamente durante todo o cuidado.

A prescrição de cuidados contribuiu para a uniformização e personalização dos cuidados de higiene, melhorando a aceitação do cuidado de higiene pela pessoa.

Todos estes fatores constituíram fator determinante para a eficiência do tempo utilizado na prestação de cuidados de higiene e conforto e para a dignificação da pessoa cuidada.

Foi evidenciado que no cuidado de higiene, momento de grande intimidade, é fundamental dar intencionalidade à forma de olhar, falar, tocar e promover a verticalidade, autonomia e independência, cuidando com dignidade e respeito.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alves, R., Araújo, J., & Melo, R. (2017). Gestão dos sintomas comportamentais e psicológicos da demência nos cuidados de higiene e conforto: guia compreensivo e de intervenção. In R. C. Melo (Coord.), *Higiene e Conforto: Da tarefa ao cuidar com Humanidade. Série Monográfica Educação e Investigação em Saúde* (pp. 125-144). Coimbra, Portugal: Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E) / Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESENfC).
- Batista, S., & Martins, R. (2016). O alívio do sofrimento do doente crónico como foco do cuidar da enfermagem. *Rev. Servir* 59(2), 57–62. Consultado em <http://www.aceps.pt/revista-servir/revista-online?id=93>
- Direção geral da saúde (DGS) (2015). Uso e Gestão de Luvas nas Unidades de Saúde. Consultado em 10 maio 2018, em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0132014-de-25082014.aspx>
- Furlan, A., Espolador, R., Corrêa, A., Azzolini, L., & Bispo, M. (2007). Dignidade da pessoa humana. *Cient., Ciênc. Juríd. Empres., Londrina*, 8, 73-80. Consultado em 14 maio 2018. Disponível em <http://www.pgskroton.com.br/seer/index.php/juridicas/article/viewFile/1051/1008>
- Gineste, Y., & Pellissier, J. (2008). *Humanidade Cuidar e Compreender a Velhice*. Lisboa: Instituto Piaget
- Honda, M., Ito, M., Ishikawa, S., Takebayashi, Y., & Tierney, L. (2016). Reduction of behavioral psychological symptoms of dementia by multimodal comprehensive care for vulnerable geriatric patients in an acute care hospital: A case series. *Hindawi Publishing Corporation*, 1-4. Consultado em 1 maio 2018. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1155/2016/4813196>
- Instituto Nacional de Estatística (2015) – Destaque, Informação à Comunicação Social, Dia Mundial da População. Consultado em 13 maio 2018 em https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaquas&DESTAQUES-dest_boui=224679354&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt
- Lopes R., Azeredo Z., & Rodrigues, R. (2012). Relational skills: needs experienced by nursing students. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 20(6), 1081–90. Consultado em <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692012000600010>
- Melo, R., Araújo, J., Abreu, C., Oliveira, A., Fernandes, A., Sá, M. (2017a). Cuidados de higiene e conforto: contributo da metodologia de cuidado Humanidade para a dignificação da pessoa cuidada. In R. C. Melo (Coord.), *Higiene e Conforto: Da tarefa ao cuidar com Humanidade. Série Monográfica Educação e Investigação em Saúde* (pp. 107-124). Coimbra, Portugal: Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E) / Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESENfC).
- Melo, R., Queirós, P., Tanaka, L., Salgueiro, N., Alves, R., Araújo, J., & Rodrigues, M. (2017b). State-of-the-art in the implementation of the Humanidade care methodology in Portugal. *Rev. Enf. Ref.* 4(13), 53–62. Consultado em 8 maio 2018. Disponível em <https://doi.org/10.12707/RIV17019>
- ORDEM DOS ENFERMEIROS. (2005). Código Deontológico do Enfermeiro: dos Comentários à Análise de Casos. Consultado 10 maio 2018, em https://www.academia.edu/3443453/C%C3%B3digo_deontol%C3%B3gico_do_enfermeiro_dos_coment%C3%A1rios_%C3%AO_an%C3%AAlise_de_casos
- Phaneuf, M. (2007). O conceito de Humanidade: Uma aplicação aos cuidados de enfermagem gerais (Tradução N. Salgueiro). Consultado em 15 maio 2018. Disponível em http://www.infressources.ca/fer/depotdocuments/O_conceito_de_humanidade_-_uma_aplicacao_aos_cuidados_de_enfermagem_gerais.pdf
- Preto, L., Cordeiro, L., Martins, P., & Preto (2017). Continuidade de cuidados e estado de saúde após a alta de unidades de longa duração. *Revista Iberoamericana de Educación e Investigación en Enfermería*, 7(2), 45-53. Consultado em 5 maio 2018. Disponível em https://www.researchgate.net/publication/315792205_Continuidade_de_cuidados_e_estado_de_saude_apos_a_alta_de_unidades_de_longa_duracao
- Silva, M. (2017). Como cuidar o corpo preservando a dignidade da pessoa. In R. C. Melo (Coord.), *Higiene e Conforto: Da tarefa ao cuidar com Humanidade. Série Monográfica Educação e Investigação em Saúde* (pp. 51-62). Coimbra, Portugal: Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E) / Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESENfC).
- Simões, M., Salgueiro, N., & Rodrigues, M. (2012). Cuidar em Humanidade: estudo aplicado em cuidados continuados. *Revista de Enfermagem Referência*, 6, 81-93. Consultado em 8 maio 2018. Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIIIIn6/serIIIIn6a08.pdf>
- Takahashi, A., Barros, A., Michel, J., & Souza, M. (2008). Difficulties and facilities pointed out by nurses of a university hospital when applying the nursing process. *Acta paul. enferm.* 21(1), 32-38. ISSN 0103-2100. Consultado em 11 maio 2018. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002008000100005>.
- Tanaka, L. (2017). Conhecer-me para conhecer o outro com atenção. In R. C. Melo (Coord.), *Higiene e Conforto: Da tarefa ao cuidar com Humanidade. Série Monográfica Educação e Investigação em Saúde* (pp. 63-71). Coimbra, Portugal: Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E) / Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESENfC).