

Filipa Alexandra de Sousa Marinho

Humanização de cuidados ao idoso hospitalizado: Percepção dos alunos do 3º ano da Licenciatura em Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa-Porto.

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade Ciências da Saúde

Porto, 2011

Filipa Alexandra de Sousa Marinho

Humanização de cuidados ao idoso hospitalizado: Percepção dos alunos do 3º ano da Licenciatura em Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa-Porto.

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade Ciências da Saúde

Porto, 2011

Filipa Alexandra de Sousa Marinho

Humanização de cuidados ao idoso hospitalizado: Percepção dos alunos do 3º ano da Licenciatura em Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa-Porto.

(Filipa Alexandra de Sousa Marinho)

“Projecto de Graduação apresentado à Universidade Fernando Pessoa como parte dos requisitos para obtenção do grau de Licenciatura em Enfermagem”

Porto, 2011

ABREVIATURAS E SIGLAS

cit in – citado em

CLE – Curso de Licenciatura em Enfermagem

et al – entre outros

p. – Página

pp. – Páginas

UFP – Universidade Fernando Pessoa

Vol. – Volume

% - Por cento

*"Todo o bem que pudermos fazer,
toda a ternura que pudermos dar a um ser humano,
que o façamos agora, neste momento,
porque não passaremos duas vezes pelo mesmo caminho."*

(Luiz Eduardo Boudakian)

SUMÁRIO

O presente Projecto de Graduação insere-se no plano curricular do 4º ano do CLE da Universidade Fernando Pessoa e intitula-se **Humanização de cuidados ao idoso hospitalizado: Percepção dos alunos do 3ºano da Licenciatura em Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa-Porto.**

Para Collière (1999) o cuidar é crucial para manter a continuidade da vida de um ser humano. Assim, a Enfermagem surge como uma profissão fundamental, que cuida a Pessoa doente ou sã independentemente da fase do ciclo vital em que se encontra, atendendo às suas necessidades de forma a conservar ou readquirir a sua saúde com qualidade.

Após realizada a pesquisa bibliográfica foi delineada a fase conceptual. Nesta parte são abordados temas que se consideram importantes ao seguimento do estudo. Desta forma, considerou-se pertinente falar sobre a Humanização, a comunicação, as barreiras existentes à humanização, o idoso hospitalizado e subseqüentemente dos direitos do doente internado e por fim abordou-se a Enfermagem e o cuidar. Preferiu-se o tipo de estudo exploratório-descritivo, baseado numa metodologia maioritariamente quantitativa mas também com análise qualitativa. Optou-se por este tipo de estudo visto ser o que melhor se aplica aos objectivos propostos, sendo eles: saber qual a percepção dos alunos do 3º ano da Licenciatura em Enfermagem da UFP-Porto sobre humanização de cuidados; identificar os factores que levam à não humanização dos cuidados ao idoso hospitalizado, na opinião dos alunos de 3º ano da Licenciatura em Enfermagem da UFP-Porto; identificar as estratégias utilizadas pelos alunos de 3º ano da Licenciatura em Enfermagem da UFP para a prestação de cuidados humanizados.

A amostra é constituída por 29 alunos do 3º ano do CLE da UFP. O instrumento de colheita de dados escolhido foi o questionário e foi aplicado no período de 9 a 20 de Maio de 2011. Os resultados obtidos permitiram concluir que no geral os alunos do 3º ano do CLE (96,55%) assumem a importância da humanização de cuidados ao idoso hospitalizado e adoptam estratégias como o respeito, a empatia e a comunicação para prestar bons cuidados, tendo em conta o que a humanização implica.

ABSTRACT

This graduation project is part of a curriculum plan from the 4th year of Degree in Nursing at Fernando Pessoa University and is entitled Humanization of care for the hospitalized elderly: Perceptions of students in 3rd year of Nursing at the Fernando Pessoa University, Porto.

To Collière (1999) care is important to keep the continuity of the life of a human being. So, nursing career arises as a key, which cares of the sick and healthy people, independently of the life cycle stage, checking your needs in order to retain or regain their health quality.

After performed the literature search was outlined the conceptual phase. In this chapter are discussed subjects that are considered important to follow-up. So, it was considered appropriate to speak about the Humanization / Humane care, communication in the Humane care, the obstacles to humanization, spoke to the elderly in hospital and subsequently hospitalized patient's rights and finally addressed the nursing and caring. Preferred an exploratory descriptive study, based largely on a quantitative methodology but also with qualitative analysis. We chose this type of study since it is the one that best applies to the proposed objectives, namely: Know which is the perception of the 3rd year Degree in Nursing at UFP – Porto about humanization of care; identify the factors that lead to non-humanization of hospital care to the elderly, according to the students of 3rd year Degree in Nursing at UFP - Porto; identify the strategies used by students in 3rd year in Nursing at UFP - Porto to provide humane care.

The sample consists of 29 students of 3rd year Degree in Nursing at the Fernando Pessoa University. Questionnaire was chosen as an instrument of data collection and it was applied in the period from 9 to 20 May 2011.

The results showed that in general (96.55%), students in the 3rd year of CLE assume the importance of humane care to the elderly in hospital and adopt strategies to provide good care, taking into account what the humanization implies.

ÍNDICE

0- INTRODUÇÃO.....	12
1- FASE CONCEPTUAL.....	15
1. Tema.....	15
2. Problema de investigação	15
3. Questão de partida.....	16
4. Questões de investigação.....	16
5. Objectivos da investigação	17
6. Revisão bibliográfica.....	17
6.1. Humanização	18
6.1.2. Barreiras à humanização.....	22
6.2. O idoso hospitalizado e seus direitos	25
6.3. A enfermagem e o cuidar	30
2- FASE METODOLÓGICA.....	32
1. Princípios Éticos da Investigação.....	32
2. Desenho de Investigação	33
2.1 Meio.....	34
2.2 Tipo de estudo	34
2.3 População	35
2.4 Amostra e Processo de Amostragem	35
2.5 Definição de Variáveis.....	36
2.5.1 Variáveis Atributo.....	36
2.5.2 Variáveis em estudo	36
2.6 Instrumento de Colheita de Dados	37
2.6.1 Pré-teste.....	38
2.7 Tratamento e análise de dados.....	39
3- FASE EMPÍRICA.....	40
1. Caracterização da amostra	40
2. Apresentação de resultados.....	42
3. Análise e discussão de resultados.....	52
4- CONCLUSÕES.....	60
5- BIBLIOGRAFIA.....	62
6- ANEXOS.....	65

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Distribuição da amostra de acordo com o género	41
Gráfico 2 – Resultados inerentes às frequências absolutas das idades dos elementos	42
Gráfico 3 – Respostas alusivas à questão 2 da segunda parte do questionário	44
Gráfico 4 - Respostas alusivas à questão 2.1 da segunda parte do questionário	44
Gráfico 5 – Gráfico referente às características associadas aos idosos.....	45
Gráfico 6 - Gráfico referente à questão nº 3 da segunda parte do questionário.	45
Gráfico 7 - Respostas alusivas à questão 4 da segunda parte do questionário	46
Gráfico 8 - Respostas alusivas à questão 5 da segunda parte do questionário	47
Gráfico 9 - Respostas alusivas à questão 6 da segunda parte do questionário	47
Gráfico 10 – Respostas alusivas à questão 7 da segunda parte do questionário	48
Gráfico 11 - Respostas alusivas à questão 8 da segunda parte do questionário	48
Gráfico 12 – Dados relativos à questão número 9 da segunda parte do questionário	49
Gráfico 13 – Dados relativos à questão número 10 da segunda parte do questionário.....	50
Gráfico 14 - Dados relativos à questão número 11 da segunda parte do questionário	51
Gráfico 15 - Respostas alusivas à questão 12 da segunda parte do questionário	51

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Distribuição da amostra de acordo com a idade	41
Quadro 2 - Idade média e Desvio padrão.....	41
Quadro 3 - Humanização de cuidados	43

0- INTRODUÇÃO

O presente Projecto de Investigação foi elaborado no âmbito do plano curricular do 4º ano de Licenciatura em Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa-Porto como parte integrante do instrumento avaliativo.

A problemática deste estudo focaliza-se na **Humanização de cuidados ao idoso hospitalizado** por parte dos alunos do 3º ano da Licenciatura em Enfermagem da Universidade Pessoa-Porto.

O interesse pela temática surgiu no decorrer das experiências vividas durante os Ensinos Clínicos. É frequente assistir-se a uma prestação desumanizada de cuidados sendo por isso fundamental reflectir sobre os motivos que levam a essa prática. Desta forma surgiu o interesse em saber a opinião dos alunos do CLE, tendo em conta que serão futuros profissionais de saúde e que, certamente, irão cuidar deste grupo de doentes.

Quando se fala em cuidados humanizados, pensa-se em dar qualidade à relação enfermeiro - cliente e implica uma capacidade por parte do profissional de saúde em compreender-se a si mesmo e ao outro. Assim, é indispensável que o cuidador se coloque no lugar no cliente e compreenda quais as suas reais necessidades, associando o “saber-fazer” ao “saber-ser”. É neste sentido que a humanização de cuidados se torna uma temática cada vez mais actual e pertinente.

Cada cliente é único e incomparável, daí a necessidade de um atendimento personalizado e adequado à sua situação patológica e emocional que tenha em consideração as suas carências. Assim, é missão da profissão de Enfermagem a prestação de cuidados humanizados.

O enfermeiro deve estar atento a uma série de alterações aquando o atendimento ao idoso, que podem ir desde físicas a psicológicas, passando também pelas sociais, que os deixam mais vulneráveis que qualquer outro grupo etário. A equipa de enfermagem tem um papel de bastante relevância com o idoso, pois acredita-se que através de uma relação empática haja uma assistência humanizada e personalizada que garante o bem-estar físico e emocional.

Para este estudo de investigação foram levantadas as seguintes questões:

- Qual a percepção dos alunos do 3º ano da Licenciatura em Enfermagem da UFP-Porto sobre humanização de cuidados?
- Na opinião dos alunos do 3º ano da Licenciatura em Enfermagem da UFP-Porto, quais os factores que levam à não humanização de cuidados ao idoso hospitalizado?
- Quais as estratégias utilizadas pelos alunos do 3º ano da Licenciatura em Enfermagem da UFP-Porto para a prestação de cuidados humanizados?

Fortin (2003, p. 100) afirma que os objectivos de estudo “indicam o porquê da investigação. É um enunciado declarativo que precisa de orientação de investigação segundo nível de conhecimento estabelecido no domínio da questão”.

Assim, e de acordo com as questões supramencionadas, foram definidos os seguintes objectivos da investigação:

- Saber qual a percepção dos alunos do 3º ano da Licenciatura em Enfermagem da UFP-Porto sobre humanização de cuidados;
- Identificar os factores que levam à não humanização dos cuidados ao idoso hospitalizado, na opinião dos alunos de 3º ano da Licenciatura em Enfermagem da UFP-Porto;
- Identificar as estratégias utilizadas pelos alunos de 3º ano da Licenciatura em Enfermagem da UFP para a prestação de cuidados humanizados;

A elaboração deste estudo tem como principais objectivos académicos:

- Aprofundar conhecimentos sobre o tema em estudo;

- Aplicar conhecimentos leccionados sobre a temática em estudo;
- Aprofundar conhecimentos sobre investigação;
- Aplicar conhecimentos leccionados sobre investigação;
- Servir de instrumento avaliativo.

Perante a temática abordada optou-se por um estudo exploratório-descritivo, de carácter transversal e de abordagem qualitativa e quantitativa. A população desta investigação incide nos alunos do 3º ano da licenciatura em enfermagem da UFP-Porto, sendo a amostra constituída por 29 representantes da população. O instrumento de colheita de dados escolhido para a recolha de informação foi o questionário.

Este estudo de investigação está dividido em 5 capítulos principais: introdução, fase conceptual, fase metodológica, fase empírica e conclusão.

Nesta parte introdutória estão inseridos o tema do projecto bem como a justificação da sua selecção, objectivos académicos e de investigação, questões de investigação e as principais escolhas metodológicas. Na fase conceptual estão novamente descritos os objectivos e questões de investigação e são mencionados e aprofundados os temas em estudo. Seguidamente será apresentada a metodologia utilizada, o tratamento e análise/discussão dos resultados por fim, encontram-se as conclusões.

Com este estudo foi possível verificar que no geral os alunos do 3º ano do CLE assumem a importância da humanização de cuidados ao idoso hospitalizado e adoptam estratégias como o respeito, a empatia e a comunicação para prestar bons cuidados, tendo em conta o que a humanização implica.

1- FASE CONCEPTUAL

Segundo Fortin (2003, p.39) “a fase conceptual começa quando o investigador trabalha uma ideia para orientar a sua investigação”. Esta ideia pode surgir de uma observação, da revisão da literatura ou até de uma irritação pessoal acerca do tema em estudo.

Esta fase desempenha um papel de extrema importância pois fornece ao investigador as bases necessárias para desenvolver o seu processo de investigação (Fortin, 2003).

1. Tema

O tema é o assunto que se pretende desenvolver na investigação (Lakatos e Marconi, 2007), sendo o deste trabalho **Humanização de cuidados ao idoso hospitalizado: Percepção dos alunos do 3ºano da Licenciatura em Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa-Porto.**

2. Problema de investigação

“A formulação de um problema de investigação constitui uma das etapas chave do processo de investigação e situa-se no centro da fase conceptual” (Fortin, 2003, p.61) porque delimita e orienta o processo de investigação.

Quando se fala em cuidados humanizados, pensa-se em dar qualidade à relação enfermeiro - cliente e implica uma capacidade por parte do cuidador de se compreender a si mesmo e ao outro. No fundo há que haver a capacidade de se colocar no lugar no cliente e compreender quais as suas verdadeiras necessidades, aliando o “saber-fazer” ao “saber-ser”.

A curiosidade despertada bem como as experiências vivenciadas durante os Ensinos Clínicos aumentaram o interesse acerca desta temática. Muitas vezes assiste-se a uma prestação desumanizada de cuidados e é essencial reflectir sobre os motivos que levam a essa prática.

Surgiu então o interesse em saber a opinião dos alunos do CLE, visto serem futuros profissionais de saúde que, certamente, irão cuidar deste grupo de doentes.

3. Questão de partida

Segundo Fortin (2003, p.51) questão de partida é:

“Uma interrogação explícita relativa a um domínio que se deve explorar com vista a obter novas informações. É um enunciado interrogativo claro e não equívoco que precisa os conceitos chave, específica a natureza da população que se quer estudar e sugere uma investigação empírica”

Perante isto, a questão de partida foi: qual a percepção dos alunos do 3º ano da Licenciatura em Enfermagem da UFP-Porto relativamente à humanização dos cuidados ao idoso hospitalizado?

4. Questões de investigação

Para Fortin (2003, p.40) “questões de investigação são enunciados interrogativos precisos, escritos no presente e que incluem as variáveis em estudo”.

Perante isto, as questões de investigação são:

- Qual a percepção dos alunos do 3º ano da Licenciatura em Enfermagem da UFP-Porto sobre humanização de cuidados?
- Na opinião dos alunos do 3º ano da Licenciatura em Enfermagem da UFP-Porto, quais os factores que levam à não humanização de cuidados ao idoso hospitalizado?
- Quais as estratégias utilizadas pelos alunos do 3º ano da Licenciatura em Enfermagem da UFP-Porto para a prestação de cuidados humanizados?

5. Objectivos da investigação

A delineação de objectivos revelou-se de grande importância pois só desta forma conseguimos tirar conclusões acerca deste projecto de graduação.

Fortin (2003, p.40) afirma que o “objectivo é um enunciado que indica claramente o que o investigador tem intenção de fazer no decurso do estudo”.

Assim, os objectivos de investigação estabelecidos para este estudo foram:

- Saber qual a percepção dos alunos do 3º ano da Licenciatura em Enfermagem da UFP-Porto sobre humanização de cuidados;
- Identificar os factores que levam à não humanização dos cuidados ao idoso hospitalizado, na opinião dos alunos de 3º ano da Licenciatura em Enfermagem da UFP-Porto;
- Identificar as estratégias utilizadas pelos alunos de 3º ano da Licenciatura em Enfermagem da UFP para a prestação de cuidados humanizados;

Perante isto, considerou-se relevante saber quais os factores que levam a uma prestação de cuidados não humanizada em enfermagem e estratégias adoptadas pelos alunos para a melhorar a prestação dos seus cuidados.

6. Revisão bibliográfica

A revisão da literatura consiste em fazer um levantamento e análise do que já é conhecido no domínio da investigação em estudo. Para Fortin (2003, p.74):

“A revisão da literatura é um processo que consiste em fazer o inventário e o exame crítico do conjunto de publicações pertinentes sobre um domínio de investigação. No decurso desta revisão, o investigador aprecia, em cada um dos documentos examinados, os conceitos em estudo, as relações teóricas estabelecidas, os métodos

utilizados e os resultados obtidos. A síntese e o resumo destes documentos fornecem ao investigador a matéria essencial à conceptualização da investigação.”

Assim sendo, neste capítulo pretende-se abordar de forma resumida e objectiva a humanização dos cuidados com o objectivo de suportar a investigação e relacionar os seus conceitos com a prática de enfermagem.

6.1. Humanização

Humanizar pode ser entendido como “tornar mais humano”, é “atender com cortesia, acolher com simpatia, compreender e respeitar, promover o estabelecimento de uma relação de ajuda” (Nunes *et al*, 2005, p. 141). Concisamente, humanizar é cuidar a pessoa como pessoa, dar-lhe atenção e responder-lhe de forma positiva às suas necessidades. A humanização conserva o Homem como um valor supremo, com dignidade que deve ser assegurada e protegida.

Para Osswald (*cit in* Jesus, 2000) a humanização na intervenção em saúde é a base da profissão de enfermagem uma vez que é praticada por um ser humano e se dirige a outro com os mesmos direitos e com o mesmo valor e dignidade. Cabral (2001, p.17) assume que “somos pessoas, seres de relação, onde a humanização tem de ser a base da nossa actuação”.

Teixeira (2005, p.56) afirma que:

“A palavra Humanização une o coração de quem sofre ao coração de quem cuida. A cumplicidade gerada pelo desejo recíproco de conservar a vida faz nascer um sorriso que fica gravado no coração como uma impressão digital.”

6.1.1. Humanização de cuidados

Humanização é todo o processo que traduz uma relação humana passiva entre as pessoas, relação que se resume aos actos praticados para com o outro. Outro que é uma pessoa com direitos, autonomia e liberdade. É neste sentido que a humanização de cuidados se torna uma temática cada vez mais actual e relevante.

Abordar a humanização nos cuidados de saúde é valorizar a relação humana, é ter disponibilidade para escutar quem precisa e compartilhar angústias e preocupações, com o intuito de minora-las.

Quando se fala em humanização de cuidados, pensa-se num processo que facilite a pessoa frágil a partilhar as suas preocupações e auxilia-la a ultrapassar as dificuldades positivamente (Carvalho *et al*, 2005).

Coutinho (2005, p.40) afirma que:

“(...) Reconhecemos a actualização e competência técnico-profissional é sem dúvida importante, mas insuficiente. É necessário um verdadeiro ambiente humano e humanizante que passa pela capacidade de estabelecer relações com os colegas, com os profissionais de saúde e com o cliente/família.”

A humanização dos cuidados em saúde prevê contemplar a essência do ser, o respeito à individualidade. O cuidar humanizado implica, por parte do cuidador, um cuidar que se vincula à percepção da pessoa na sua particularidade e na sua originalidade de ser (Carvalho *et al*, 2005).

Pessini e Bertachini (*cit in* Carvalho *et al* , 2005) afirma que:

“Humanizar o cuidar é dar qualidade à relação profissional da saúde-paciente. É acolher as angústias do ser humano diante da fragilidade de corpo, mente e espírito. (...) Ser sensível à situação do outro, criando um vínculo, graças a uma relação dialogal, para perceber o querer ser atendido com respeito, numa relação de diálogo e necessidades compartilhadas.”

Os enfermeiros devem assistir o cliente valorizando a qualidade do cuidado sob o ponto de vista técnico, articulado com o ponto de vista relacional e emocional. Devem ser capazes de aplicar os conhecimentos e técnicas, com base numa relação interactiva com o cliente a quem o profissional presta cuidados, não se baseando unicamente na arte de “saber-fazer”, mas também de “saber-ser”.

O termo “humanização” abrange uma atitude interior que exige ao enfermeiro disponibilidade, sensibilidade, respeito e capacidade de ir ao encontro das experiências

personais do cliente e não exclusivamente exercer as rotinas diárias que satisfaçam as necessidades biológicas, desprezando as outras dimensões do Homem.

Cada cliente é único, portanto, merece um tratamento personalizado e adequado à sua situação patológica e emocional que tenha em consideração as suas carências. É importante que os enfermeiros se tentem colocar na condição do utente para o compreender melhor e, desta forma, responder melhor às suas necessidades. Assim, é missão da profissão de Enfermagem prestar cuidados humanizados.

É indubitável a forte carga emocional que os clientes vivenciam aquando a sua hospitalização reflectindo-se em muitas dúvidas, receios e falta de confiança, naturais de quem entra num local alheio ao seu quotidiano. É nesta altura que o enfermeiro tem um papel fundamental na criação de uma relação empática que facilite o acolhimento e comunicação com o utente, favorecendo a manifestação das suas necessidades.

Humanizar os cuidados, segundo Padinha (2005, p.125):

“Implica gestos de ternura, de intimidade, de solicitude e de amparo. É uma troca, tanto verbal como não verbal que permite criar o clima de que a pessoa tem necessidade para reencontrar a sua coragem, tornar-se autónomo e evoluir para um melhor bem-estar físico e psicológico, ou adaptar-se à sua doença ou morte.”

Ao enfermeiro é solicitado que preste cuidados de enfermagem humanizados que tenham como principal objectivo o bem-estar físico e psicológico. Cabral (2001) afirma que uma das principais regras relacionadas com a humanização é o respeito pelo próximo.

6.1.1.1. A comunicação na humanização de cuidados

De acordo com Freire (*cit in Oriá et al*, 2004, p.294) o vocábulo comunicar deriva do latim *comunicare* que significa “colocar em comum”. A partir da origem da palavra compreendemos que a comunicação é a permuta compreensiva de significação mediada por símbolos, existindo mutualidade na interpretação da mensagem.

A comunicação é um dos aspectos indispensáveis no cuidado de Enfermagem que avista uma melhor assistência ao cliente que vivencia a ansiedade e stress da hospitalização. Assim, a comunicação é imprescindível para estabelecer uma boa relação entre o cuidador e o cuidado.

O processo que engloba a comunicação exige uma grande eficácia para viabilizar uma assistência humanística e individualizada de acordo com as suas carências. Todavia, com as rotinas vividas diariamente e com os procedimentos técnicos realizados, desvalorizam-se as necessidades e a prestação do cuidado mais personalizado que passe pela comunicação com o utente (Oriá *et al*, 2004).

Toda a comunicação tem duas vertentes. A primeira é o conteúdo, a informação que queremos divulgar, a segunda é o que sentimos enquanto comunicamos com a Pessoa. Quanto mais conhecimento tivermos acerca daquela Pessoa e quanto maior for a capacidade de relacionarmos esse conhecimento, melhor será o nosso desempenho no aspecto da informação e do conteúdo (Silva, 2002).

Por vezes o enfermeiro não tem consciência de que para comunicarmos não necessitamos apenas de palavras, toda a comunicação também se faz através da comunicação não-verbal: os silêncios usados, a forma como acentuamos a voz, as posturas corporais e toque são exemplos de relacionamento interpessoal que complementam a comunicação verbal (utilizando palavras).

Para afirmarmos que a comunicação está a ser efectiva temos de ser coerentes e fazer com que a comunicação verbal e não-verbal se associem de forma apropriada e congruente. Assim, deveríamos desejar um “bom dia” com um sorriso no rosto, olhando o cliente e não desejar-lo com um ar de desprezo e quase por imposição. (Silva, 2002)

Para se prestar cuidado humanizado é fundamental que os enfermeiros sejam bons ouvintes e bons comunicantes. É necessário que expressem um olhar atento, tocando e consolando o doente para que este recupere a sua auto-estima, transmitindo segurança e protecção (Oriá *et al*, 2004).

A comunicação, actualmente, é tão importante como as competências técnicas adquiridas. A qualidade da comunicação influencia positivamente a qualidade da assistência terapêutica.

É fundamental que os enfermeiros preservem a relação empática assente na comunicação de forma a realizar um diagnóstico certo que lhes forneça os elementos necessários à elaboração de um plano de cuidados que vá ao encontro das necessidades do cliente (Pinto, 1996).

Quando se aborda a humanização não falamos somente em “resgatar o mais bonito do humano ou o quanto somos ”maravilhosos”, mas resgatar-nos de uma forma mais inteira, mais coerente em todas essas nossas dimensões da comunicação” (Silva, 2002, p.82).

É função dos enfermeiros lembrarem-se que um sorriso, um aceno com a cabeça, um toque no momento certo, o uso adequado do silêncio e da voz que facilitam a comunicação com o cliente e a tornam eficaz, sendo que são estes pequenos gestos que alteram a qualidade das relações.

Como afirma Silva (2002, p.85),

“Quando as pessoas estão doentes, fragilizadas, esperam que as possamos ajudar a novamente se fortalecer. É muito fácil fragilizar quem já se sente frágil; difícil é termos a flexibilidade e a grandeza para fortalecer o frágil, fazendo com que ele sintasse novamente forte”.

Assim, a mensagem que o enfermeiro deve passar é a de que, por ser humano, tem competências para estar com o outro e entendê-lo, trocando o melhor de si com o outro para que este possa fortalecer o que tem de melhor. Deve estar preocupado em “colocar em comum”, recuperando o significado da palavra “comunicação”.

6.1.2. Barreiras à humanização

O cuidado humanizado está directamente ligado à qualidade da assistência prestada aos clientes e aos seus familiares.

Como já foi referido neste estudo, entende-se por atendimento humanizado aquele que se molda ao conhecimento empírico e o completa com aspectos sociais e relacionais, tendo em conta uma assistência individualizada, considerando as características físicas, morais e sociais do utente, pretendendo um contacto mais próximo e menos mecanicista com o paciente.

Silva (*et al*, 2006, p.252) afirmam que:

“As pessoas hospitalizadas que antes eram tratadas como pacientes, atualmente, são vistas como clientes, e o tratamento busca aliar os fatores tecnológicos com o relacionamento, além do cuidado personalizado e individualizado (...)”.

Assim, o centro da área de saúde deixa de ser apenas o alívio da sintomatologia, sendo o papel do enfermeiro valorizado. “Além do bom exercício técnico, devem ser introduzidas as práticas de humanização para facilitar a relação humana e, conseqüentemente, auxiliar no tratamento dos clientes” (Silva *et al*, 2006, p. 252).

De acordo com um estudo realizado a 20 enfermeiros de um hospital privado de São Paulo, no Brasil, concluiu-se que grande parte das dificuldades encontradas na humanização dos cuidados estão relacionadas com os recursos humanos e materiais (Silva *et al*, 2006).

Este estudo relata que para uma exacta aplicação dos aspectos referentes à humanização em ambiente hospitalar, há necessidade de substância humana adequada e em número suficiente, porque com enfermeiros sobrelotados ou instituições sem recursos, a propensão natural é mecanizar os procedimentos em enfermagem, o que contraria o modelo de humanização.

Neste estudo também se concluiu que os entraves burocráticos deterioram, de forma significativa, o atendimento humanizado.

Os estabelecimentos de saúde devem interessar-se em colher vantagens por meio da melhoria da qualidade da assistência prestada aos clientes, e não somente pela execução de normas e rotinas predeterminadas.

Os enfermeiros respondentes consideram a educação outro factor de grande interesse para que predomine a boa qualidade na assistência humanizada e que a escassez desse recurso causa declínio da prática de enfermagem (Silva *et al*, 2006).

A motivação é um instrumento que nunca deve falhar no quotidiano de qualquer pessoa. O estudo anteriormente referido indica que “a falta de motivação para o trabalho dificulta a assistência humanizada” (Silva, *et al*, 2006, p.256).

Alguns inquiridos acrescentaram ainda que o *stress* vivido diariamente na profissão e a falta de conhecimentos sobre a patologia complicam a prestação do cuidado humanizado, tão esperado pelo paciente.

Para terminar este subcapítulo, indica-se algumas estratégias para humanizar os cuidados, indicados pelos enfermeiros do estudo abordado. São elas:

- O respeito pelo próximo;
- O conhecimento, por parte do utente, dos seus direitos enquanto consumidor;
- Aumentar a autonomia do enfermeiro
- Distribuir melhor as actividades a realizar;
- Aumentar o ratio enfermeiro/doente;
- Melhorar a qualidade dos recursos materiais.

(Silva *et al*, 2006)

6.2. O idoso hospitalizado

O envelhecimento populacional é um facto de bastante relevância no nosso País. Existe cada vez mais população idosa e isso reflecte-se num aumento de internamentos hospitalares.

Envelhecer faz parte do ciclo vital de qualquer ser humano e deve ser encarado como um processo normal. Os idosos constituem uma faixa etária de grande vulnerabilidade, daí a sua necessidade de cuidados especializados que a enfermagem pode fornecer (Silva, 2006).

Ao atender o idoso, o enfermeiro deve estar atento a uma série de alterações que vão desde físicas a psicológicas passando também pelas sociais que os deixam mais frágeis que qualquer outro grupo etário. A equipa de enfermagem tem um papel de bastante relevância com o idoso, pois acredita-se que através de uma relação empática haja uma assistência humanizada e personalizada que garante o bem-estar físico e emocional.

Quando um idoso recorre ao hospital fá-lo em condições físicas e/ou psicológicas abatidas. Por esse motivo, espera encontrar do outro lado alguém simpático e compreensivo, disponível para o acolher e prestar toda a ajuda que exige.

Cada cliente é diferente de qualquer outro e merece ser acolhido, escutado e tratado de forma diferente, tendo sempre presente que, para além de doente, é uma pessoa, com direitos que devem ser respeitados.

Segundo Hesbeen (2000, p. 34), “quanto mais dependente e indefeso estiver o utente, maior deve ser a nossa atenção no sentido de o respeitar, o respeito e a delicadeza são geradores de proximidade”.

A equipa de saúde não se deve preocupar apenas com o aumento da vida dos idosos mas também na qualidade de vida que se possa fornecer para que eles possam viver com dignidade.

Pacheco (*cit in* Saldanha e Caldas, 2004, p.58) assegura que “no acto de cuidar há coisas permanentes e importantes às quais se deve estar atento. Entre elas, está o respeito ao ser humano, em especial ao idoso dependente.”

6.2.1. Direitos do doente internado

A carta dos direitos do doente internado agrupa os direitos consagrados em variados textos legais, especialmente na Constituição da República Portuguesa.

Como já foi anteriormente referido, os cidadãos internados não devem ser considerados apenas sob o ponto de vista da sua patologia, deficiência ou idade. Existem aspectos, como a dignidade, que devem ser protegidos e defendidos. A humanização dos cuidados de enfermagem nasce também pelo respeito dos direitos dos doentes.

Visto isto, todos os estabelecimentos de saúde devem velar por uma boa aplicação dos direitos descritos no seguimento deste subcapítulo e devem proteger princípios como o respeito pela pessoa e pela sua liberdade individual e autonomia.

Os direitos que descritos de seguida apenas se referem a hospitais e centros de saúde com internamento, não incluindo lares de idosos.

O primeiro direito descrito na carta refere-se ao respeito pela dignidade humana e tem como enunciado: “doente internado tem direito a ser tratado no respeito pela dignidade humana” (Nunes *et al*, 2005, p.391).

Em todo o internamento e em qualquer situação deve ser respeitada e preservada a dignidade do doente, assegurando a sua privacidade, intimidade e tranquilidade. O cliente deve estar esclarecido sobre o nome e profissão de qualquer elemento da instituição, logo, o pessoal deverá estar correctamente identificado. As instalações e equipamentos utilizados pelo doente

devem estar adequados a sua condição clínica e física e de acordo com a sua fragilidade. (Nunes *et al*, 2005)

“O doente internado tem direito a ser tratado com respeito, independentemente das suas convicções culturais, filosóficas e religiosas”, ou seja, devem ser honradas todas as crenças culturais, religiosas, filosóficas e orientação sexual do doente internado por todos os profissionais de saúde pois cada um é único e singular. Todos os utentes têm o direito de receber assistência religiosa sempre pretenderem (Nunes *et al*, 2005, p.392).

Todas estas convicções devem ser igualmente tidas em conta quer nos aspectos terapêuticos (por exemplo, a doação de órgãos que é proibida pelos jeovás assim como transfusões sanguíneas), quer nos aspectos alimentares (no caso do Hinuísmo, religião que proíbe a ingestão de carne) (Philipps *et al*, 2003). Não é permitido em qualquer situação que o profissional de saúde tente convencer o cliente a converter as suas ideias ou crenças. (Nunes *et al*, 2005)

Qualquer doente hospitalizado tem o direito de receber cuidados ajustados ao seu estado de saúde, de forma a responder às suas necessidades próprias, independentemente de quais elas sejam. Deste pressuposto surge o enunciado: “o doente internado tem direito a receber os cuidados apropriados ao seu estado de saúde, no âmbito dos cuidados preventivos, curativos, de reabilitação, terminais e paliativos” (Nunes *et al*, 2005, p.393).

“O doente internado tem direito à continuidade de cuidados”, o que é um aspecto fundamental na área da saúde daí a necessidade de haver uma preparação prévia à alta para assegurar a continuidade de cuidados. Esta preparação deve iniciar-se o mais cedo possível, tendo em conta as condições do utente (socioeconómicas e patológicas) e o encaminhamento para outros serviços saúde, segurança social ou até instituições de solidariedade, de acordo com as carências dos clientes. (Nunes *et al*, 2005, p.394)

Devem ser facultadas ao utente todas as informações referentes ao seu estado de saúde e aos prestadores de cuidados todas as informações e conhecimentos fundamentais para uma boa continuidade de cuidados. (Nunes *et al*, 2005)

O quinto direito existente na carta tem como propósito a informação sobre os serviços de saúde existentes, suas aptidões e níveis de cuidados. Assim, “o doente internado tem direito a ser informado acerca dos serviços de saúde existentes, suas competências e níveis de cuidados” (Nunes *et al*, 2005, p.395).

O cliente tem o direito a ser esclarecido acerca de outros serviços existentes no hospital, mesmo aqueles que não estão directamente ligados à prestação de cuidados, como por exemplo, gabinete do utente, banco, serviços religiosos... (Nunes *et al*, 2005)

No momento da admissão ao utente, deverá ser-lhe facultado um manual com todas as informações relativas ao horário das refeições, das visitas, uso de tabaco, uso de telefone, correios, quiosque/bar, gabinete do utente, serviços religiosos, entre outros. Devem estar afixados no serviço os organogramas referentes à organização do mesmo e dos seus responsáveis para que o cliente tenha acesso e possa consulta-los. (Nunes *et al*, 2005)

“O doente internado tem direito a ser informado sobre a sua situação de saúde”. O doente deverá ser elucidado sobre o seu estado de saúde bem como prognósticos, tratamentos a efectuar e riscos ocasionais desse tratamento. Também tem o direito de não desejar receber essa informação, indicando a pessoa que deverá recebe-la (Nunes *et al*, 2005, p.395).

As informações devem ser fornecidas de um modo esclarecedor e de acordo com as características do doente, não desprezando a empatia, confidencialidade e privacidade.

“O doente internado tem direito a obter uma segunda opinião sobre a sua situação clínica”, ou seja, o utente tem o direito de receber um parecer de outro médico da mesma especialidade que lhe possa fornecer completar a informação sobre o seu estado de saúde ou sobre tratamentos (Nunes *et al*, 2005, p.396).

Para que o consentimento seja realmente livre e esclarecido, a informação deve ser dada ao cliente em ambiente calmo que garanta a sua privacidade, de forma clara e utilizando linguagem acessível, tendo em conta todas as suas condições. Os profissionais de saúde devem garantir-se de que a informação foi recebida e compreendida e devem ter em conta que o cliente pode sempre recusar os cuidados que lhe são destinados. Assim, “o doente internado

tem direito a dar ou recusar o seu consentimento, antes de qualquer acto clínico ou participação em investigação ou ensino” (Nunes *et al*, 2005, p.397).

“O doente internado tem direito à confidencialidade de toda a informação clínica e elementos identificativos que lhe respeitam”. Neste caso, todos os dados relativos ao doente, como a situação clínica, prognósticos, tratamentos e informações pessoais, são confidenciais, o que implica obrigatoriedade do segredo profissional (Nunes *et al*, 2005, p.398).

Os registos hospitalares devem ser retidos em condições que assegurem a sua confidencialidade, respeitando e protegendo o doente.

O décimo direito liga-se com o acesso aos dados registados no processo clínico, por parte do cliente. Por isso, este tem direito a conhecer toda a informação mencionada no seu processo clínico (“O doente internado tem direito de acesso aos dados registados no seu processo clínico”) (Nunes *et al*, 2005, p.399).

“O doente internado tem direito à privacidade na prestação de todo e qualquer acto clínico”, este tem o direito a receber os cuidados apenas na presença dos profissionais indispensáveis à sua execução para a preservação da sua intimidade (Nunes *et al*, 2005, p.399).

“O doente internado tem direito, por si ou por quem o represente, a apresentar sugestões e reclamações”. Assim, o utente ou o seu representante legítimo tem o direito de expor sugestões ou reclamações sobre a qualidade dos cuidados prestados, do atendimento ou das instalações (Nunes *et al*, 2005, p.400).

As respostas às reclamações devem ser dadas em tempo útil comunicando o seguimento dado à situação exposta.

O décimo terceiro direito relaciona-se com as visitas. “O doente internado tem direito à visita dos seus familiares e amigos”, se assim o desejarem e caso os horários o permitam e não exista qualquer contra-indicação. (Nunes *et al*, 2005, p.401)

Os clientes que não têm visitas por qualquer motivo e se sintam isolados devem receber um maior apoio por parte da equipa de saúde.

Qualquer doente internado tem o direito de abandonar o estabelecimento se assim o desejar, desde que tenha sido informado dos eventuais riscos que corre e assinado o termo de responsabilidade pela sua alta (Nunes *et al*, 2005, p.401). Perante isto, o enunciado deste último direito indica que “o doente internado tem direito à sua liberdade individual.”

Em suma, os direitos devem ser atendidos na sua totalidade e as dimensões humanas respeitadas em qualquer momento do ciclo vital do Homem.

6.3. A enfermagem e o cuidar

Hesbeen (*cit in* Pires, 2007, p.13) define cuidados de enfermagem como:

“A atenção particular prestada por uma enfermeira ou por um enfermeiro a uma pessoa ou aos seus familiares com vista a ajuda-los na sua situação. Englobam tudo o que os profissionais fazem, dentro das suas competências, para prestar cuidados às pessoas. Pela sua natureza, permitem sempre fazer alguma coisa por alguém a fim de contribuir para o seu bemestar, qualquer que seja o seu estado.”

Na perspectiva de Roach (*cit. in* Costa, 1999, p.69) “o cuidar é o fenómeno básico constitutivo da essência humana no qual o homem se constitui homem e a capacidade de cuidar está enraizada na natureza humana”. Oliveira (2000, p.122) acrescenta que “cuidar é permitir o crescimento do outro e a satisfação das suas necessidades, é dar-se”.

O cuidar é uma relação mútua de ajuda, de crescimento e auto-realização, dirigida pelo afecto e respeito ético e moral. O cuidar em enfermagem distingue-se por compreender e atender as necessidades do ser a ser cuidado, em dar-lhe oportunidade a cuidar-se e a desenvolver o seu potencial. O enfermeiro deve saber e admitir que o cliente é o único portador dos recursos para resolver os seus problemas.

Lazure (1994, p.13) afirma que o enfermeiro “assiste o cliente, orienta-o e facultá-lhe cada uma das etapas do processo de resolução do problema. Não toma decisões por ele nem deve substituí-lo em aspectos relativos à sua participação na acção”.

O cuidado não é apenas uma regalia ou particularidade da Enfermagem. Contudo, esta profissão possui vários requisitos e qualidades que a distinguem por ser uma profissão de ajuda na qual o conceito de cuidado é verdadeiro.

O cuidar exige conhecimento, dedicação, solicitude e amor, é a consequência de um trabalho dedicado e humano, que intensifica sentimentos e preserva a relação entre quem cuida e quem é cuidado. Assim, cuidar é manter a vida assegurando a satisfação das necessidades e carências de quem precisa. (Collière, 1999)

Esta atitude é crucial para salvaguardar a continuidade e a qualidade de vida do ser humano e a Enfermagem surge como a profissão que cuida da Pessoa sã ou doente, durante todo o seu ciclo vital. De acordo com (Hennezel 1997, p.173):

“Cuidar é hoje e continuará a ser, o fulcro da prática de Enfermagem, e por mais sofisticado que o desenvolvimento tecnológico venha a ser, a interacção pessoal será sem dúvida fundamental para a recuperação e manutenção da saúde e maximizar o bem-estar dos indivíduos, famílias e comunidades.”

O acto de Cuidar não se deve basear apenas nas técnicas realizadas mas sim abarcar todas as capacidades da vida e todas as atitudes que mantenham a dignidade e individualidade da pessoa cuidada (Festas, 1999). Para cuidar em Enfermagem não bastam normas tecnicamente correctas, são também fundamentais aspectos do sector emocional e relacional.

Acima de tudo, o enfermeiro deve gostar daquilo que faz e é essencial que se estime a si próprio para poder estimar o outro. Cabral (*cit in* Collière, 1999, p.16) cita que “o enfermeiro para poder cuidar da vida tem ele próprio que amar a vida”.

Assim, cuidar é manter a vida de um ser humano preservando e protegendo as suas necessidades fundamentais e a Enfermagem tem neste âmbito um papel fulcral.

2- FASE METODOLÓGICA

Num projecto de investigação, a fase metodológica também assume um papel bastante importante uma vez que a metodologia fornece ao investigador a estratégia que o encaminhará em todo o estudo. De acordo com Fortin (2003, p.17),

“A investigação científica é em primeiro lugar, um processo sistematizado que permite examinar fenómenos com vista a obter respostas para questões precisas que merecem uma investigação. Este processo comporta certas características inegáveis, entre outras: ele é sistemático e rigoroso e leva à aquisição de novos conhecimentos.”

Segundo Quivy (1989, p.74), “cada investigação é uma experiência única, que utiliza caminhos próprios (...).” Deseja-se nesta fase traçar de forma sucinta e ordenada os meios usados e as etapas percorridas neste estudo de investigação.

1. Princípios Éticos da Investigação

Toda a investigação que envolva pessoas origina o aparecimento de questões éticas e morais. Por essa razão é imprescindível a protecção dos direitos e liberdade dos indivíduos participantes no processo de investigação.

Segundo Fortin (2003, p. 116):

“ A investigação aplicada aos seres humanos pode, por vezes, causar danos aos direitos e liberdade da pessoa. Por conseguinte, é importante tomar as disposições necessárias para proteger os direitos e as liberdades das pessoas que participam nas investigações. Cinco princípios ou direitos fundamentais aplicáveis aos seres humanos foram determinados pelos códigos de ética (...).”

Perante o exposto, os cinco princípios ou direitos fundamentais enumerados por Fortin (2003) são:

- Direito à auto-determinação – Este direito sustenta-se no princípio ético de respeito pelas pessoas, segundo o qual qualquer uma é capaz de decidir e tomar conta do seu próprio percurso. Neste estudo, quando se pediu a colaboração dos alunos do 3º ano da licenciatura em Enfermagem da UFP-Porto, certificou-se que o seu direito acerca da participação ou não participação no estudo de investigação foi garantido.

- Direito à intimidade – Este direito pressupõe que o estudo seja o menos invasivo possível. Assim, os alunos participantes nesta investigação tiveram a liberdade de decidir a extensão da informação a dar ao participar no estudo.
- Direito ao anonimato e confidencialidade – O pressuposto só é respeitado se o participante não for reconhecido, em qualquer circunstância. Neste projecto de investigação os dados foram protegidos para que nenhum aluno tivesse a possibilidade de ser identificado.
- Direito à protecção, contra o desconforto e prejuízo – Este direito corresponde às regras de protecção da pessoa contra inconvenientes passíveis de fazerem mal ou prejudicarem. Neste estudo, procurou-se nunca prejudicar o bem-estar dos participantes e não foram previstos quaisquer riscos de ordem física, psicológica, legal ou económica.
- Direito a um tratamento justo e equitativo – Refere-se ao direito que o participante tem em receber um tratamento justo (direito a ser informado sobre a natureza, os objectivos e a duração da investigação) e equitativo (escolha dos sujeitos ligada ao problema de investigação, durante a participação no estudo). Estes parâmetros encontravam-se disponíveis na carta de apresentação do questionário.

2. Desenho de Investigação

Segundo Fortin (2003, p.132),

“O desenho da investigação é o plano lógico criado pelo investigador com vista a obter respostas válidas às questões de investigação colocadas ou às hipóteses formuladas (...) para além de visar responder às questões de investigação, o desenho tem objectivo controlar as potenciais fontes de enviesamento, que podem influenciar os resultados do estudo”.

Os componentes fundamentais do desenho de investigação passam pelo meio onde o estudo é realizado; a selecção dos participantes e tamanho da amostra; a escolha do tipo de estudo; as

estratégias utilizadas para conduzir as variáveis estranhas; os instrumentos de colheita de dados e o tratamento dos mesmos (Fortin, 2003).

2.1 Meio

Para Fortin (2003, p.132),

“Os estudos conduzidos fora dos laboratórios, tornam o nome de estudos em meio natural, o que significa que eles se efectuam em qualquer parte fora de lugares altamente controlados como são os laboratórios”.

Este estudo de investigação decorreu na Universidade Fernando Pessoa-Porto e foi feito aos alunos do 3º ano da Licenciatura em Enfermagem por já terem alguma experiência na prestação de cuidados a idosos hospitalizados, pretendendo-se então explorar os conhecimentos adquiridos.

2.2 Tipo de estudo

Segundo Fortin (2003, p.133)

“O tipo de estudo descreve a estrutura utilizada segundo a questão de investigação e visa descrever variáveis ou grupos de sujeitos, explorar ou examinar relações entre variáveis ou ainda verificar hipóteses de causalidade.”

Perante o problema em estudo: **Humanização de Cuidados ao Idoso Hospitalizado na opinião dos alunos do 3ºano da Licenciatura em Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa**, assumiu-se que este estudo é do tipo exploratório e descritivo pois teve como principal finalidade “documentar e comunicar a experiência, programas, observações” de uma determinada população, neste caso, os alunos do 3º ano da Licenciatura em Enfermagem da UFP-Porto (Fortin, 2003, p.137).

Neste estudo pretendeu-se identificar quais os principais factores que levam os participantes no estudo à não Humanização dos cuidados e quais as estratégias adoptadas pelos mesmos para humaniza-los.

Nesta investigação realizou-se uma abordagem quantitativa e qualitativa com os resultados expressos em gráficos e quadros. Esta abordagem baseia-se na observação de factos e objectivos, de acontecimentos e factos que existem independentemente do investigador (Fortin, 2003).

Por fim, este estudo caracterizou-se também por ser transversal de acordo com a dimensão temporal uma vez que a recolha de dados realizou-se num único momento e não ao longo do tempo.

2.3 População

Fortin (2003, p.202) define população como sendo “uma colecção de elementos ou de sujeitos que partilham características comuns definidas por um conjunto de critérios”.

Em qualquer estudo é necessário ter bem delineado qual a população, sendo a deste projecto de investigação os alunos do 3º ano de Licenciatura em Enfermagem da UFP-Porto do ano lectivo 2010/2011.

2.4 Amostra e Processo de Amostragem

Segundo Fortin (2003, p.363) amostra é um “conjunto de sujeitos retirados de uma população.”

Devido à impossibilidade de encontrar todos os alunos do 3º ano de Enfermagem da UFP-Porto presentes no momento da aplicação do instrumento de colheita de dados, surgiu a necessidade de selecção de um público-alvo que represente a população escolhida.

De acordo com Fortin, o processo de amostragem escolhido foi o não probabilístico que, para o mesmo autor, é “um processo pelo qual todos os elementos da população não têm uma probabilidade igual de serem escolhidos para fazerem parte da amostra” (Fortin, 2003, p.363).

A amostra seleccionada foi do tipo acidental “em que os elementos que compõem um subgrupo são escolhidos em razão da sua presença num local, num dado momento” (Fortin, 2003, p.363).

Perante o exposto, a amostra de alunos escolhida foi 29 alunos do 3º ano da Licenciatura em Enfermagem da UFP-Porto.

2.5 Definição de Variáveis

Fortin (2003, p.36) enuncia variáveis como “qualidades, propriedades ou características de objectos, de pessoas ou situações que são estudadas numa investigação (...)”. O mesmo autor afirma existirem quatro tipos de variáveis: variáveis independentes; variáveis dependentes; variáveis estranhas e atributos. Neste estudo foram determinadas as variáveis atributo e variáveis em estudo.

2.5.1 Variáveis Atributo

As variáveis do tipo atributo correspondem a “características dos sujeitos em estudo” (Fortin, 2003, p.37).

Neste estudo as variáveis atributo são: a idade e o género.

2.5.2 Variáveis em estudo

As variáveis em estudo do estudo são: o contacto prévio com idosos hospitalizados, a existência de dificuldades na humanização de cuidados ao idoso hospitalizado, o tipo de dificuldades sentidas pelos alunos na prestação de cuidados humanizados ao idoso hospitalizado, as estratégias utilizadas pelos alunos humanizar os cuidados prestados, os

factores que levam a uma prestação de cuidados não humanizada e as características que os enfermeiros devem ter para prestar cuidados humanizados.

2.6 Instrumento de Colheita de Dados

A colheita dos dados visa facultar as informações necessárias para a elaboração das respostas às questões de investigações levantadas. Deste modo, Fortin (2003, p.41) assume que:

“A colheita de dados efectua-se segundo um plano pré-estabelecido. É a colheita sistemática de informações junto dos participantes, com a ajuda dos instrumentos de medida escolhidos. Nesta etapa, deve-se precisar a forma como se desenrola a colheita de dados bem como as etapas preliminares que conduziram à obtenção das autorizações requeridas para efectuar o estudo no estabelecimento escolhido, se for caso disso”.

Para o mesmo autor, “a escolha do método de colheita de dados faz-se em função das variáveis e da sua operacionalização e depende igualmente da estratégia de análise estatística considerada” (Fortin, 2003, p.239)

Deste modo, e porque se tem como propósito colher informações quantitativas e qualitativas, seleccionou-se como instrumento de colheita de dados o questionário que consiste “num conjunto de enunciados ou questões que permitem avaliar as atitudes, as opiniões, e o resultado dos sujeitos ou colher qualquer outra informação junto dos sujeitos” (Fortin, 2003, p. 374).

O questionário (anexo I) é constituído por 16 perguntas, distribuídas por duas partes. A primeira parte é formada por questões fechadas que consistem em dados gerais que ajudam a caracterizar a população em estudo. A segunda parte consiste em questões, fechadas e abertas, que pretendem abordar os conhecimentos dos alunos acerca da temática em estudo.

Optou-se pelo questionário como método utilizado para a recolha da informação dos participantes por:

- Não necessitar da presença do utilizador;

- Ser menos dispendioso;
- Abranger um grande número de pessoas no mesmo espaço temporal;
- Economizar meios humanos;
- Conseguirmos obter respostas mais rápidas e precisas;
- Ser garantido o anonimato dos participantes, possibilitando uma maior liberdade nas respostas.
- O inquirido não ser manipulado pelo investigador;
- Ser uniformizado.

(Fortin, 2003)

2.6.1 Pré-teste

Para assegurar que o instrumento de colheita de dados fosse aplicável e que correspondesse verdadeiramente às questões colocadas, submeteu-se o questionário a um pré-teste.

Segundo Fortin (2003, p.253),

“o pré-teste consiste no preenchimento do questionário por uma pequena amostra que reflecta a diversidade da população visada (...) a fim de verificar se as questões podem ser bem compreendidas”.

Perante isto, o pré-teste foi feito a 5 alunos do 3º ano de Enfermagem da UFP-Porto (cerca de 10% da população). A sua finalidade foi avaliar a eficácia e pertinência do questionário.

Após a aplicação do pré-teste não houve necessidade de reformulação do instrumento de colheita de dados.

2.7 Tratamento e análise de dados

Após a recolha dos dados foi necessário proceder ao tratamento estatístico dos mesmos. Segundo Fortin (2003, p.135) o tratamento de dados “deve ser congruente em relação aos objectivos e ao desenho do estudo”.

As informações quantitativas recolhidas do instrumento de colheita de dados foram informatizados e analisados estatisticamente através do programa informático Microsoft Office Excel 2007.

Aos dados qualitativos obtidos foi realizada análise de conteúdo, agrupando as respostas em categorias e subcategorias.

A apresentação dos resultados fez-se sob a forma de quadros e gráficos e a sua respectiva descrição e análise e discussão.

3- FASE EMPÍRICA

O projecto de investigação apresentado direcciona-se para a percepção dos alunos de 3º ano da Licenciatura em Enfermagem das UFP acerca da Humanização de cuidados ao idoso hospitalizado e, perante a metodologia usada, analisaram-se e apresentaram-se os dados obtidos a partir dos 29 questionários, de modo a alcançar os objectivos delineados.

Segundo Fortin (2003, p. 42)

“A análise dos dados permite produzir resultados que podem ser interpretados pelo investigador. Os dados são analisados em função do objecto de estudo segundo se trata de explorar ou descrever os fenómenos, ou de verificar relações entre variáveis.”

A análise quantitativa dos dados fez-se recorrendo ao programa informático Microsoft Office Excel 2007 e para a análise qualitativa utilizaram-se categorias e subcategorias de forma a agrupar as respostas obtidas pelo tratamento dos dados do instrumento de colheita de dados.

Os resultados serão apresentados segundo a ordem do questionário pelo que primeiramente estarão divulgados os dados que caracterizam a amostra e seguidamente encontrar-se-ão as respostas dos alunos inerentes à sua percepção sobre Humanização de cuidados ao idoso hospitalizado.

Todo este percurso teve por base a teoria apresentada anteriormente neste projecto.

1. Caracterização da amostra

Neste subcapítulo encontram-se os dados alusivos à caracterização da amostra, constituindo a primeira parte do questionário. Esta foi caracterizada de acordo com a idade e género, visto já se saber primitivamente o ano da Licenciatura em Enfermagem que frequentam.

1.1. Distribuição da amostra segundo o género

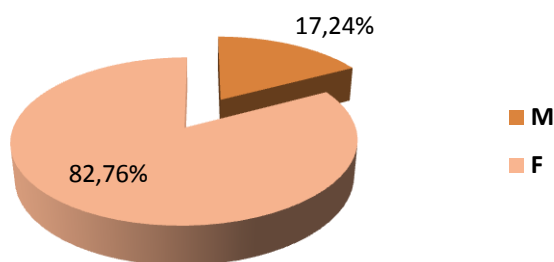


Gráfico 1 - Distribuição da amostra de acordo com o género

De acordo com os dados obtidos pode concluir-se a amostra é constituída maioritariamente por alunas, constituindo 82,76% do total da amostra. Os alunos do sexo masculino formam 17,24 % da mesma.

1.2. Distribuição da amostra segundo a idade

Quadro 1 - Distribuição da amostra de acordo com a idade

Idade	F	fi%
20	4	13,79%
21	8	27,59%
22	3	10,34%
23	7	24,14%
24	2	6,90%
28	1	3,45%
30	2	6,90%
38	2	6,90%
TOTAL	29	100,00%

Quadro 2 – Idade média e Desvio padrão

idade - média	23,69
idade - desvio padrão	4,75

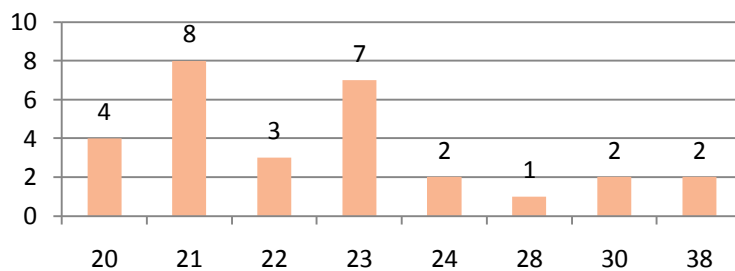


Gráfico 2 – Resultados inerentes às frequências absolutas das idades dos elementos

Nos quadros e gráfico supramencionados podemos observar que a idade dos alunos está compreendida entre os 20 e os 38 anos, sendo a média dos 29 elementos constituintes da amostra aproximadamente nos 24. Podemos reparar também que a idade mais frequente entre estes alunos é 21 anos (observando as percentagens referidas) e o desvio padrão é de 4,75.

2. Apresentação de resultados

Neste subcapítulo iram ser apresentados os dados relativos à segunda parte do questionário, seguindo a ordem do mesmo

2.1. Questão 1: O que entende por Humanização de cuidados?

Quadro 3 - Humanização de cuidados

Categoria	Subcategoria	Unidades de Registo
Humanização de Cuidados	Valorização do <i>Ser</i>	"... Cuidar como gostávamos que cuidassem de nós" Q3 "... termos em atenção a pessoa, cuidando da melhor forma que pudermos" Q4 "Observar o doente como um todo, ouvir e estar presente nos momentos em que precisa" Q5; Q6 "Cuidar de forma humana e respeitosa" Q9; Q13 "... pôr-se no lugar do outro." Q10 "... tendo em conta a globalidade do ser humano" Q22 "Cuidar como um ser único" Q14; Q25; Q26 "... percepção holística do doente, de forma personalizada." Q27
	Respeito pelos valores e sentimentos	"... ter em consideração os sentimentos do doente" Q8 "... respeito pelo próximo." Q11; Q12 "... com base na moral e ética" Q15 "... com atenção e carinho" Q17 "Cuidados prestados com dignidade, humildade" Q20; Q21 "... com respeito" Q12; Q27
	Sob o ponto de vista profissional	"Tratar o utente de forma profissional" Q11 "Cuidados de saúde bem prestados, fazer bem as coisas" Q19

Os elementos constituintes da amostra agrupam a humanização de cuidados em 3 grandes grupos: "valorização o *ser*", o "respeito pelos valores e sentimentos" do utente e, por último, "sob o ponto de vista profissional", sendo os dois primeiros os mais predominantes.

2.2. Questão 2: Durante os ensinamentos clínicos já realizados, alguma vez cuidou de idosos?

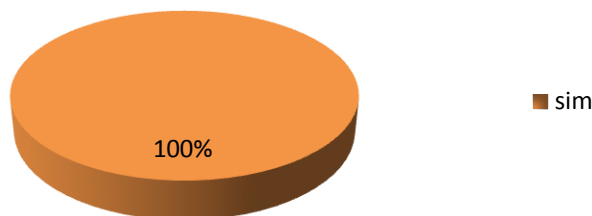


Gráfico 3 – Respostas alusivas à questão 2 da segunda parte do questionário

Em relação à questão número 2 da segunda parte do questionário podemos concluir que todos os alunos já tiveram a experiência de cuidar de idosos em Ensino Clínico pelo que nenhum elemento da amostra teve necessidade de terminar a resolução do questionário nesta pergunta.

2.3. Questão 2.1: Na sua opinião, assiste-se actualmente a uma prestação de cuidados não humanizada ao idoso hospitalizado?

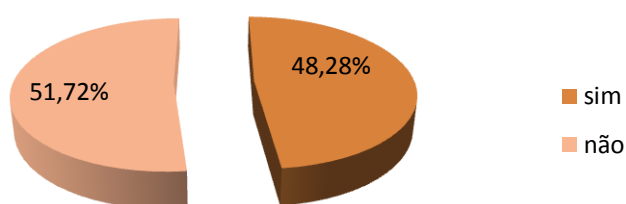


Gráfico 4 - Respostas alusivas à questão 2.1 da segunda parte do questionário

Ao observarmos este gráfico firmamos que 51,72% da amostra considera que não se assiste actualmente a uma prestação desumanizada de cuidados ao contrário de 48,28% que afirma que sim.

2.4. Questão 2.2: Quais as características que associa ao idoso?

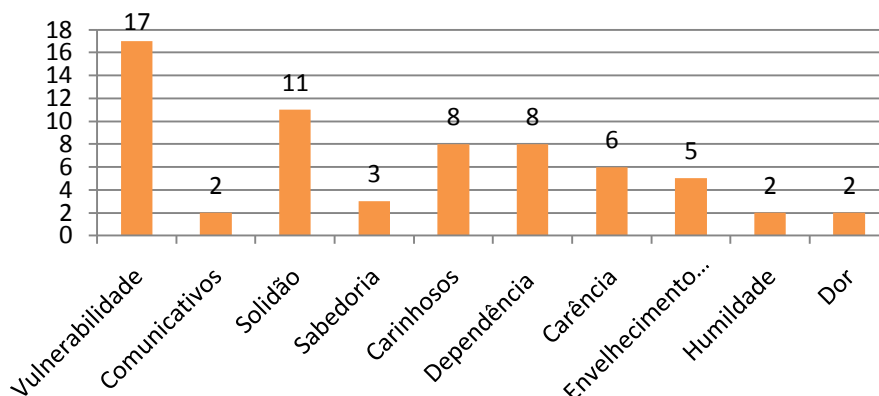


Gráfico 5 – Gráfico referente às características associadas aos idosos

O número de resultados obtidos nesta questão é superior ao número de elementos constituintes da amostra visto ter-lhes sido possibilitada a resposta a mais que uma opção.

Desta forma, 17 alunos associam aos idosos a característica vulnerabilidade, 2 alunos considera-los comunicativos, 11 associam a característica solidão, 3 julgam os idosos seres com sabedoria, 8 consideram os idosos carinhosos, 8 seres dependentes, 6 dos alunos considera-los carentes, 5 associam os idosos a um envelhecimento físico, 2 julga-los humildes e, por fim, 2 alunos associam aos idosos a característica dor.

2.5. Questão 3: Para cuidar o idoso é necessário considera-lo...

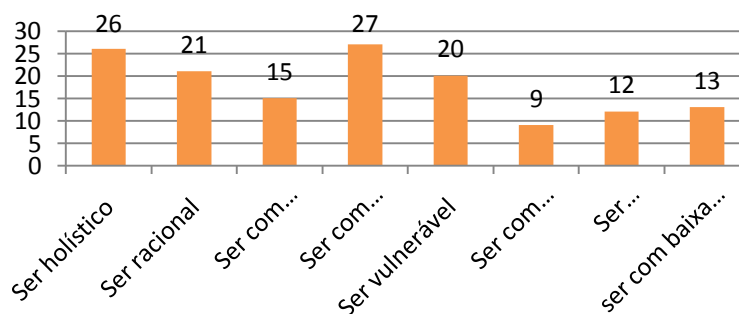


Gráfico 6 - Gráfico referente à questão nº 3 da segunda parte do questionário.

O número de resultados obtidos nesta questão é superior ao número de elementos constituintes da amostra visto ter-lhes sido possibilitada a resposta a mais que uma opção.

Assim, 26 alunos reconheceram que para cuidar do idoso é necessário considera-lo um ser holístico, 21 um ser racional, 15 um ser com capacidades reduzidas, 27 um ser com direito a ser respeitado, 20 um ser vulnerável, 9 um ser com múltiplas patologias, 12 um ser que depende das decisões de enfermagem e 13 um ser com baixa auto-estima.

2.6. Questão 4: Considera que a formação durante a licenciatura de Enfermagem sobre a humanização foi:

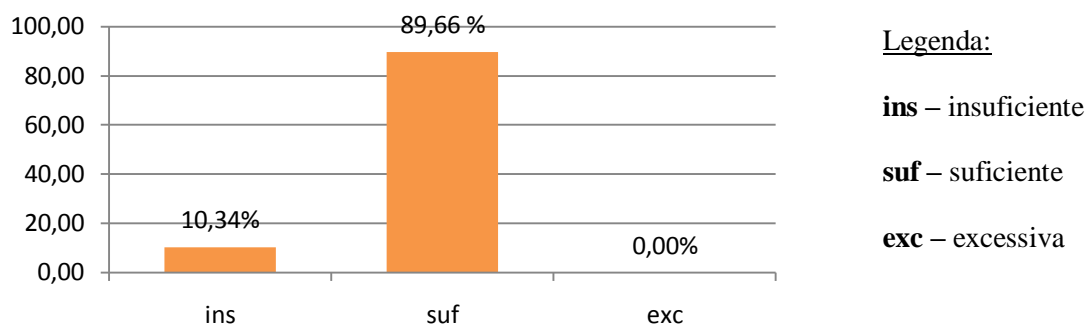


Gráfico 7 - Respostas alusivas à questão 4 da segunda parte do questionário

Ao observarmos este gráfico concluímos que 10,34% dos alunos consideram que a formação durante a Licenciatura em Enfermagem sobre humanização foi insuficiente. Já 89,66% reconhecem que foi suficiente. Nenhum elemento constituinte da amostra considerou que essa mesma formação foi excessiva.

2.7. Questão 5: Considera que a formação durante a licenciatura de Enfermagem sobre os idosos foi:

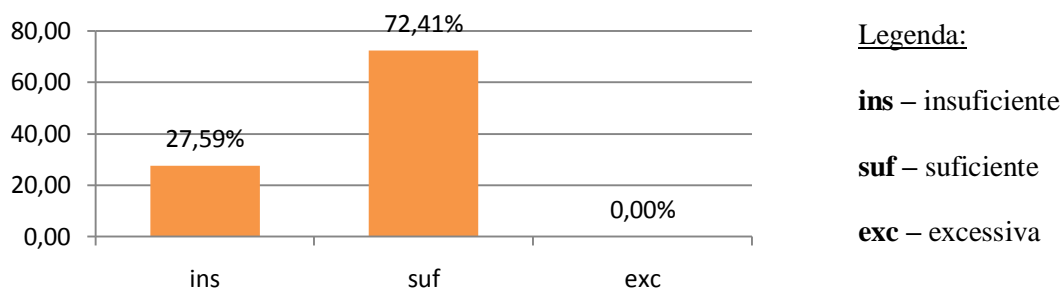


Gráfico 8 - Respostas alusivas à questão 5 da segunda parte do questionário

Ao estudarmos esta questão podemos concluir que 72,41% da amostra considerada é da opinião que a formação sobre o idoso durante a licenciatura em Enfermagem foi suficiente. 27,59% considera que a mesma foi insuficiente. Pela observação do gráfico 7 podemos igualmente concluir que nenhum aluno respondeu a opção “excessiva”.

2.8. Questão 6: Sendo a pessoa o centro da acção em enfermagem e o diálogo um meio para a confiança, considera a relação um instrumento principal para a humanização de cuidados ao idoso hospitalizado?

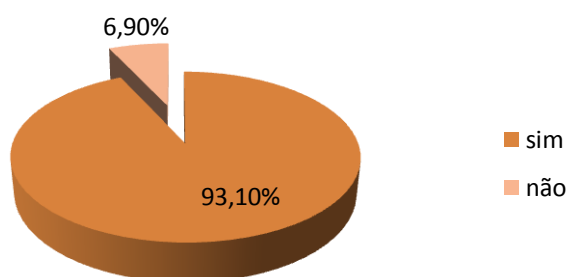


Gráfico 9 - Respostas alusivas à questão 6 da segunda parte do questionário

De acordo com os resultados obtidos nesta questão, 93,10% dos alunos acham que a relação é o instrumento principal para a humanização de cuidados ao idoso hospitalizado, ao contrário de 6,90 % que consideram não o ser.

2.9. Questão 7: Considera que os cuidados humanizados devem ser fundamentados em...

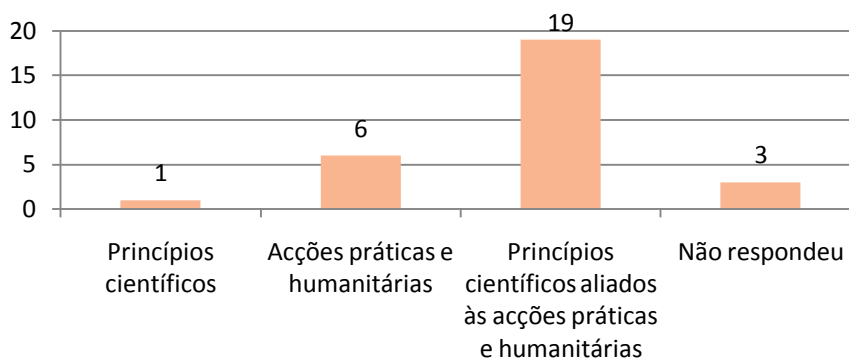


Gráfico 10 – Respostas alusivas à questão 7 da segunda parte do questionário

Quanto a esta questão, 1 aluno é da opinião que os cuidados humanizados devem ser fundamentados em princípios científicos, 6 consideram que os mesmos devem ser fundamentados em acções práticas humanitárias e 19 consideram a opção “Princípios científicos aliados às acções práticas e humanitárias” a mais correcta. Não deram resposta a esta pergunta 3 alunos.

2.10. Questão 8: Considera que a humanização de cuidados ao idoso hospitalizado contribui para o aumento da qualidade de vida dos mesmos?

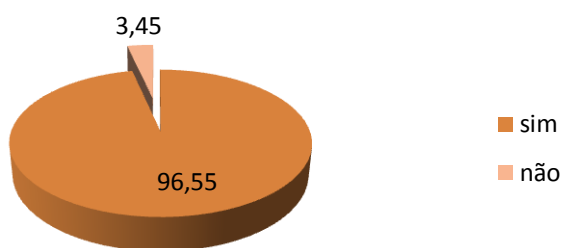


Gráfico 11 - Respostas alusivas à questão 8 da segunda parte do questionário

Tendo em conta esta questão, 96,55% dos alunos constituintes da amostra consideram que a humanização de cuidados ao idoso hospitalizado contribui para o aumento da qualidade de vida dos mesmos. 3,45% afirma que não.

2.11. Questão 9: Quais as características do enfermeiro que considera fundamentais para a prestação de cuidados humanizados?

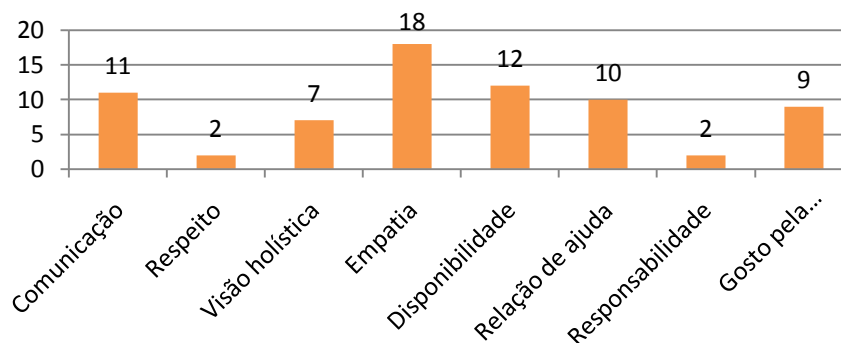


Gráfico 12 – Dados relativos à questão número 9 da segunda parte do questionário

Como aconteceu anteriormente em outras questões, o número de resultados obtidos nesta questão é superior ao número de elementos constituintes da amostra visto ter-lhes sido possibilitada a resposta a mais que uma opção.

Visto isto, 11 alunos consideram a comunicação uma característica fundamental do enfermeiro para a prestação de cuidados humanizada, 2 refere o respeito, 7 acha necessário ter uma visão holística sobre o doente, 18 considera necessário estabelecer uma relação empática, 12 refere que é essencial haver disponibilidade, 10 relação de ajuda, 2 acha fundamental ser responsável e 9 considera importante haver gosto pela profissão.

2.12. Questão 10: Quais os factores, na sua opinião, que levam a uma prestação de cuidados não humanizada?

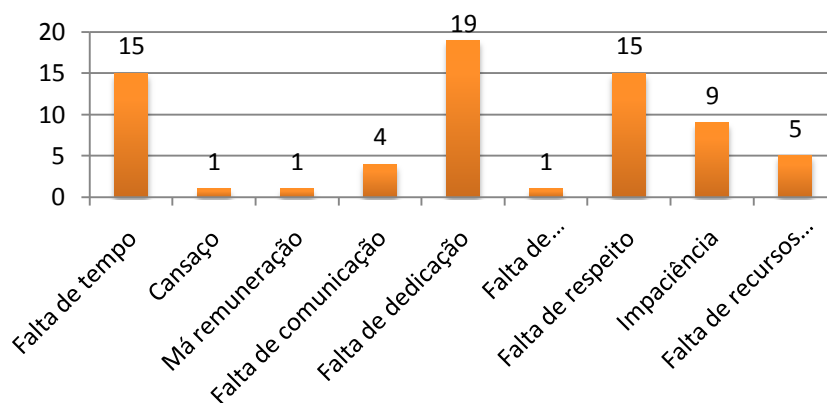


Gráfico 13 – Dados relativos à questão número 10 da segunda parte do questionário

Mais uma vez nesta questão, o número de resultados obtidos é superior ao número de elementos constituintes da amostra pois foi-lhes possibilitada a resposta a mais que uma opção.

Assim, 15 elementos da amostra pensa que a falta de tempo é um factor que leva a uma prestação de cuidados não humanizada, 1 considera o cansaço, 1 entende que a prestação desumanizada de cuidados relaciona-se com a má remuneração, 4 com a falta de comunicação, 19 com a falta de dedicação, 1 aluno pensa que a falta de conhecimentos também leva a uma prestação de cuidados não humanizada, 15 referem a falta de respeito, 9 a impaciência e 5 consideram a falta de recursos humanos.

2.13. Questão 11: Durante os ensinamentos clínicos que já realizou, que estratégias adoptou para a prestação de cuidados humanizada ao idoso?

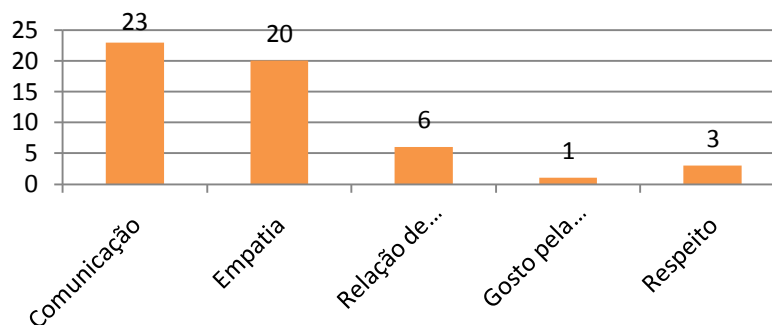


Gráfico 14 - Dados relativos à questão número 11 da segunda parte do questionário

Nesta questão acontece o mesmo das anteriores sendo o número de resultados obtidos superior ao da amostra.

Durante os ensinamentos clínicos já realizados, 23 alunos utilizou a comunicação como estratégia para humanizar os cuidados, 20 serviu-se da empatia, 6 usou a relação de ajuda, 1 refere o gosto pela enfermagem uma estratégia utilizada e, por fim, 3 alunos referiram o respeito.

2.14. Questão 12: Considera-se preparado para exercer a sua actividade profissional de uma forma humanizada, tendo em conta o que a humanização engloba?

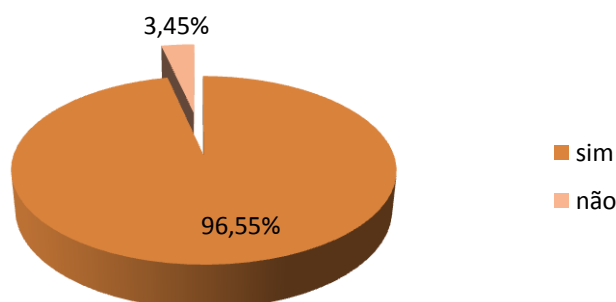


Gráfico 15 - Respostas alusivas à questão 12 da segunda parte do questionário

Ao observarmos este gráfico concluímos que 96,55% dos alunos constituintes da amostra considera que se sente preparado para exercer a sua actividade de forma humanizada, tendo em conta o que a humanização engloba. 3,45% afirma o contrário.

3. Análise e discussão de resultados

Após a apresentação dos dados obtidos através dos questionários realizados, é necessária uma análise e discussão dos mesmos. Para Fortin (3003, p. 329) esta “é uma etapa difícil que exige um pensamento crítico por parte do investigador”.

Nesta análise e discussão dos resultados abordar-se-á primeiramente a caracterização da amostra e, de seguida, tentar-se-á com os dados obtidos dar resposta às questões de investigação e ajustar estratégias que de alguma forma possam melhorar a humanização na prestação de cuidados.

O objectivo desta fase é obter conclusões acerca dos resultados colhidos, com base na teoria referida no enquadramento teórico.

O presente projecto de investigação teve como população os alunos do 3º ano da licenciatura em Enfermagem da UFP-Porto, sendo a amostra constituída por 21 elementos da população.

Quanto ao género averigua-se que a amostra é constituída maioritariamente por alunas, constituindo 82,76% do total da amostra. Este dado poderá reflectir a tendência histórica da profissão de Enfermagem que sempre teve como profissionais mais mulheres que homens, estando o papel de cuidar associado à imagem feminina. Os alunos do sexo masculino formam apenas 17,24 % da mesma.

Relativamente à distribuição da amostra segundo a idade constatou-se que varia entre os 20 e os 38 anos, sendo a idade mais frequente entre os alunos 21 anos. Pode concluir-se que a amostra é constituída maioritariamente por jovens.

Analisados e discutidos os dados relativos à distribuição da amostra, abordar-se á de seguida os aspectos com a segunda parte do relatório.

Relativamente à questão nº 1, cujo enunciado é “*O que entende por humanização de cuidados?*” e através da análise de conteúdo efectuada surgiram respostas de dimensões variadas quanto à percepção dos alunos sobre o que é humanização de cuidados.

Constatou-se que, pela análise dos dados obtidos, os elementos constituintes da amostra agrupam a humanização de cuidados em 3 grandes grupos: a qualidade do cuidado valorizando o *ser*, a qualidade do cuidado respeitando os valores e sentimentos do utente e, por último, a qualidade do cuidado sob o ponto de vista profissional.

Verifica-se que os alunos inquiridos dão grande importância às relações estabelecidas durante a prestação de cuidados, atendendo o ser humano com respeito e dignidade e tendo em conta a sua privacidade. Assim, conclui-se que as dimensões mais referidas foram a qualidade do cuidado valorizando o *ser* e a qualidade do cuidado respeitando os seus valores e sentimentos. Os alunos referem que humanizar os cuidados é “cuidar de alguém como gostávamos que cuidassem de nós” (Q3), observando o “doente como um todo, ouvindo-o e estando presente nos momentos que ele mais precisa”(Q4). “Na prestação de cuidados é necessário ter em consideração os sentimentos do doente”(Q8), “com respeito, atenção e carinho” (Q17)

O grupo menos abordado foi o cuidado sob o ponto de vista profissional, contudo temos consciência que as 3 dimensões se complementam e que a humanização de cuidados implica toda a valorização do ser com respeito pela sua individualidade e dignidade aliados a uma boa execução de técnicas, sendo um bom profissional.

É de salientar que nenhum dos elementos constituintes da amostra abordou as 3 dimensões como sendo indispensáveis a uma prestação humanizada de cuidados.

Relativamente à opinião dos alunos sobre se a prestação de cuidados é humanizada ou não (questão 2.1 da segunda parte do questionário), esta encontra-se muito debatida e as opiniões bastante divididas. É de salientar que 51, 72% tem boas referências dos locais onde realizaram os seus ensinos clínicos, considerando que actualmente não se assiste a uma prestação

desumanizada. Estes alunos referem também que cada vez mais o enfermeiro está “atento às necessidades do utente” (Q18), olhando-o de uma forma global e não como “instrumento de trabalho” (Q22).

Contudo, 48,28% dos alunos consideram que falta humanização na prestação de cuidados referindo que se “trata a pessoa como um objecto”(Q8) e “os idosos como bonecos” (Q28). É importante referir que existem alunos que julgam haver um “total desinteresse pelo idoso e um tratamento pouco correcto”(Q2), assistindo-se a “tratamentos e atitudes que não são aceitáveis”(Q1).

De acordo com a questão 2.2 que se relacionava com as características que os elementos constituintes da amostra associavam aos idosos tivemos um variado leque de respostas, desde a uma abordagem psicológica/relacional do idoso a uma abordagem mais física do mesmo.

Grande parte dos alunos constituintes da amostra associa ao idoso as características “vulnerabilidade”, “solidão” e “dependência. Características predominantemente negativas e efectivamente observadas nos idosos hospitalizados. Visto isto, existe uma grande necessidade em humanizar os cuidados prestados pela equipa de saúde que poderão reduzir o grau de vulnerabilidade e dependência e que, certamente, diminuem o seu estado solidão pela atenção que lhes é proporcionada.

Alguns elementos da amostra consideram os idosos comunicativos e humildes. Também lhes são associadas as características “dor” e “carência”, tendo mais uma vez o enfermeiro um papel fulcral nesta área. Se houver humanização nos cuidados prestados estes dois problemas serão combatidos.

Outros alunos consideram os idosos sabedores, carinhosos e ainda é abordado o envelhecimento físico, sendo as “rugas” a característica comentada.

Na questão nº 3 os alunos assinalaram as respostas que consideraram ser correctas, sendo que o enunciado da pergunta era “*Para cuidar do idoso hospitalizado é necessário considera-lo...*”. Como puderam observar na fase de tratamento de dados, seguidamente a este enunciado tinha um conjunto de respostas que os alunos podiam designar como correctas.

A análise desta questão torna-se curiosa porque nem todos os alunos assinalaram opções que seriam de esperar ser assinaladas. Exemplificando o exposto, nem todos os elementos da amostra assinalam que para cuidar do idoso hospitalizado é necessário considera-lo um ser holístico, um ser racional e um ser com direito a ser respeitado.

Segundo Nunes (*et al*, 2005, p.391), todo o doente internado, incluindo naturalmente o idoso, “tem direito a ser tratado no respeito pela dignidade humana”.

Qualquer pessoa hospitalizada tem de ser considerada um ser holístico e racional e com toda a certeza tem o direito pelo seu respeito, sejam quais forem as circunstâncias.

Do mesmo modo, também foram assinaladas opções que talvez não merecessem tanta importância. Doze alunos referiram que para cuidar do idoso hospitalizado é necessário considera-lo um ser que depende das decisões de enfermagem. Sendo o cuidar a base da profissão de enfermagem e a *máxima* da humanização de cuidados o cuidar da pessoa como se ela fosse única, atendendo as suas necessidades, não serão as decisões de enfermagem que dependem do idoso hospitalizado que temos perante nós?

Para Hesbeen (2001, p.21) a enfermagem é a arte de cuidar que, “numa perspectiva de saúde, é ir ao encontro de outra pessoa para a acompanhar na sua promoção de saúde”.

Passando às questões nº 4 e 5, grande percentagem da amostra encara a formação sobre idosos e sobre humanização de cuidados durante a Licenciatura em Enfermagem suficiente. Contudo, uma pequena parte da amostra considera que foi insuficiente. Assim, apesar da maior parte dos alunos considerarem que a formação nestas duas áreas foi suficiente, podemos concluir que se calhar seriam temas a investir uma vez que sem humanização nos cuidados, estes não serão de qualidade e sem conhecermos realmente quais as dimensões do idoso podemos não actuar da forma mais correcta perante eles.

Analisando os dados da questão nº6, a maioria dos alunos (93,10%) acha a relação um instrumento principal para a humanização de cuidados ao idoso hospitalizado considerando que “é através dela que comunicamos e ouvimos as preocupações dos utentes”(Q27). Para além disso, “a relação terapêutica é indispensável para chegar a um bom cuidado”(Q9, Q10)

pois a pessoa sente-se apoiada e estabelece-se uma relação empática e de confiança com o doente que é de extrema importância para o utente.

Contudo, ao analisarmos o gráfico descrito na fase de tratamento de dados reparamos que existe uma pequena fatia do mesmo que não acha a relação um instrumento principal para a humanização de cuidados ao idoso hospitalizado. Como em outras questões, nesta também foi dada a opção de justificação sendo que os elementos que responderam “não”, não fundamentaram a sua resposta.

Quanto à análise da questão nº7 da segunda parte do questionário podemos concluir que 19 alunos são da opinião de que a prestação de cuidados deve aliar os princípios científicos às acções práticas e humanitárias, resposta que seria de esperar que mais elementos da amostra dessem. Apenas 1 aluno é da opinião que apenas nos devemos basear em princípios científicos para a prestação de cuidados e seis consideram que os mesmos devem ser fundamentados em acções práticas e humanitárias.

O que é certo é que não há humanização de cuidados se as 3 componentes (científica, prática e humanitária/relacional) não caminharem em conjuntas, nenhuma substitui nenhuma, são todas indispensáveis a uma correcta e boa prestação de cuidados.

Relativamente à questão nº 8 interrogava se a humanização de cuidados ao idoso hospitalizado aumentava a sua qualidade de vida, a maior parte dos alunos respondeu que sim, pois “recupera mais facilmente e a sua estadia no hospital será mais agradável” (Q2) e “se sentirem que são bem tratados e queridos a sua maneira de ver a vida melhora”(Q4). Alguns elementos constituintes da amostra referem mesmo que a humanização de cuidados “permite diminuir vários problemas” (Q20) e “diminuir o medo e a angústia (Q15, Q17). Deste modo, o idoso sente-se confortável, apoiado e respeitado.

Segundo Hesbeen (2000) o conceito de prestar cuidados denota a atenção particular que se dá a uma pessoa que vivencia uma situação específica com o objectivo de auxilia-la e contribuir para o seu bem-estar e promover a sua saúde.

Mais uma vez, quem respondeu “não” a esta questão, não legitimou a sua opção.

Com a análise do gráfico correspondente à questão nº 9 verifica-se que quanto às características do enfermeiro que consideram fundamentais para uma prestação de cuidados humanizada, houve alguma proximidade nas escolhas apontadas, sendo a empatia a opção mais frequente. Como refere Pinto (1996) é necessário que os profissionais estabeleçam uma relação empática para com o utente de forma a realizar diagnósticos correctos e planos de cuidados adequados às suas necessidades.

Das características também mais abordadas vêm a disponibilidade. Ter disponibilidade para ouvir as preocupações dos outros, procurando atenuá-las são atitudes que pertencem ao conceito de humanização, como refere Rafael (1994)

A comunicação foi também uma característica muito abordada, indo ao encontro ao que Coelho (2000, p.49) refere:

“O enfermeiro pode realizar a sua actividade de maneira efectiva e satisfatória, compreendendo todo o processo comunicativo e os diferentes componentes que encerra, visto a comunicação ser um ponto crucial na prática de Enfermagem.”

Assim, para que os cuidados prestados pela equipa de enfermagem evoluam para uma maior humanização, é extremamente necessário que o enfermeiro tenha a capacidade de estabelecer uma relação harmonizada com o doente, tendo como base a comunicação.

A relação de ajuda, o gosto pela profissão e a visão holística, foram características também indicadas pelos alunos e estão aqui enunciadas por ordem decrescente. Para Lazure (1994, p.3) “a relação de ajuda é o eixo no qual gravita o conjunto dos Cuidados de Enfermagem”.

Surgiu grande curiosidade ao deparar-me com as características menos referenciadas, sendo elas a responsabilidade e o respeito. Para Lazure (1994, p.51):

“Respeitar um ser humano é acreditar profundamente que ele é único, e que devido a essa unicidade só ele possui todo o potencial específico para aprender a viver de forma que lhe é mais satisfatória.”

Em suma, o respeito pelo utente e pela sua dignidade assume um papel fundamental na relação com o doente e na prestação de cuidados, sendo que é vital para a Humanização dos mesmos.

Relativamente à questão nº10, onde se perguntava quais os factores que na opinião dos alunos de 3º ano da Licenciatura em Enfermagem levavam a uma prestação de cuidados não humanizada, pudemos observar que tivemos 9 respostas distintas.

Os factores mais referenciados foram a falta de dedicação, falta de respeito e falta de tempo, o que vai de encontro ao estudo referido no enquadramento teórico, realizado a 20 enfermeiros de um hospital privado de São Paulo, no Brasil (Silva *et al*, 2006).

Factores não tão referidos mas também de extrema importância são a impaciência para com o utente, a falta de recursos humanos necessários a uma boa prestação de cuidados e a falta de comunicação (Silva *et al*, 2006).

Actualmente, assiste-se a uma sobrelotação de trabalho dos enfermeiros causando uma certa falta de paciência e diminuindo o tempo necessário à comunicação (Silva *et al*, 2006).

As estratégias adoptadas pelos elementos da amostra para uma prestação de cuidados humanizada, indicadas no gráfico nº 13, dividem-se em 3 grandes grupos.

Os alunos consideram a comunicação um aspecto essencial para uma boa prestação de cuidados humanizada. Como refere Silva (2002, p.76), a comunicação “permite que o relacionamento com as pessoas se torne em algo positivo, algo efectivo, algo harmonioso”.

A empatia para com o utente também é considerada pelos alunos constituintes da amostra um elemento importante na humanização de cuidados.

A relação de ajuda, o respeito e o gosto pela profissão também foram estratégias apontadas pelos alunos como adoptadas nos cuidados por eles prestados.

Rafael (1994) afirma que a empatia, o respeito e a capacidade de comunicação são factores de estabilidade nas relações utente/equipa de saúde.

Por fim, analisando e discutindo os dados referentes à questão nº 12, concluímos que a maior parte dos alunos considera-se preparado para exercer a sua profissão de forma humanizada excepto um aluno que assinalou a opção “não”, justificando-se que não se sentia apto por ter realizado apenas 1 estágio.

Os alunos que optaram pela resposta “sim” registam que a “humanização deve estar sempre presente”(Q23) e que durante os ensinamentos clínicos sempre tiveram em especial cuidado serem humanos para com o utente porque gostariam que fizessem o mesmo por eles. Abordam a importância dos ensinamentos clínicos em torno desta temática porque consideram que durante os mesmos foram instruídos para uma correcta prestação de cuidados, não descurando nunca a humanização, “foram uma ótima escola de vida” (Q12). Muitos são os alunos que referem que sabem colocar-se no lugar do outro e por isso sentem-se aptos para uma prestação humanizada dos seus cuidados.

4- CONCLUSÕES

Chegado o final deste estudo, torna-se importante reflectir sobre algumas questões relacionadas com a investigação decorrida.

Tendo em conta os objectivos em estudo, delineados no início do mesmo, podemos afirmar que estes foram alcançados.

Relativamente à percepção que os alunos do 3º ano da Licenciatura em Enfermagem têm acerca da humanização de cuidados verificamos que estes a associam mais à valorização do ser e ao respeito pelos valores e sentimentos, contudo, uma pequena parte refere também a humanização de cuidados sob o ponto de vista profissional e técnico.

De acordo com os elementos constituintes da amostra, são principais factores de desumanização a falta de tempo por parte do enfermeiro para o utente, o cansaço dos profissionais de saúde, a má remuneração, a falta de comunicação com o doente, a falta de dedicação e conhecimentos por parte do enfermeiro, a falta de respeito, a impaciência e a falta de recursos humanos.

Para combater a desumanização dos cuidados prestados, os alunos do 3º ano de Enfermagem utilizam estratégias como a empatia, a comunicação com o doente, a relação de ajuda e o respeito. O gosto pela profissão também é um ponto indicado por um aluno como elemento importante para a humanização de cuidados.

A elaboração deste trabalho mostrou-se morosa visto haver pouca experiência e disponibilidade para a sua realização, contudo, foi bastante enriquecedora em termos académicos, profissionais e pessoais. Pensa-se ter-se atingido os objectivos propostos no início do estudo tanto académicos como os de investigação.

O tema abordado é actual e de relevada importância na medida em que é a base da profissão de enfermagem. Sem humanização não há qualidade no cuidado.

Abordar a humanização de cuidados traduziu-se num desafio complicado mas bastante gratificante e motivador na medida em que por muita revisão teórica que se faça e por muita informação que se divulgue, a humanização de cuidados não é algo fácil inato ao Homem, é algo que se vai cultivando ao longo da vida e das experiências vivenciadas. É importante insistir no destaque que deve ser dado a esta área.

Por vezes torna-se mais fácil ignorar as necessidades do próximo que está fragilizado. O difícil, mas o que deveria ser feito, é perceber o motivo da sua situação e conseguir junto com o doente arranjar estratégias para ultrapassar esse momento menos bom.

Assim, o ideal é que nós, futuros enfermeiros, não nos limitemos a prestar cuidados de saúde baseados na técnica. Aprendamos a observar, ouvir e dialogar com o doente de uma forma eficaz tendo sempre em conta as carências do mesmo e os seus direitos. Independentemente dos avanços tecnológicos existentes, nunca devemos banalizar a dimensão humana, tão importante na nossa profissão. Ser um bom enfermeiro passa pelo respeito por todos os valores humanos, morais e éticos, é muito mais do que ser tecnicamente correcto, é ser holisticamente correcto.

5- BIBLIOGRAFIA

Cabral, D. (2001) Humanizar: entre o projecto de vida e o dever profissional, uma reflexão. *Revista Informar*. Janeiro/Abril.

Carvalho, A., Pinho, M., Matsuda, L., Scochi, M. (2005). Cuidado e humanização na enfermagem: reflexão necessária. 2º seminário nacional estado e políticas sociais do Brasil. Unioeste-Campus de Cascavel.

Coelho, M. T.V. (2000) Humanização de cuidados ao doente hospitalizado. *Revista Servir*. 48(4). Lisboa: Julho/Agosto. Pp 172-177

Collière, M. (1999) *Promover a vida*. LIDEL.

Costa, J. (1999). *Método e percepção de cuidar em Enfermagem*. Porto: Dissertação de Mestrado apresentada ao ICBAS.

Coutinho, C. (2005). Humanizar é sempre possível. *Informar, revista de formação contínua em enfermagem*. Ano XI (nº35), pp 39-42.

Festas, C. (1999). Cuidar no 3º milénio. *Revista servir*. 47(2), pp 60-66.

Fortin, M. F. (1999). *O processo de investigação: da concepção à realização*. Lusociência, 1ª edição.

Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar*. Lusociência, 1ª edição.

Hesbeen, W. (2001). *Qualidade em Enfermagem – Pensamento e acção na perspectiva do cuidar*. Lisboa, Lusociência.

Jesus, E. (2000). Evolução tecnológica e humanização de cuidados. *Revista servir*. 48(5), pp 221-226.

Lakatos, E., Marconi, M. (2007). *Técnicas de pesquisa*. São Paulo, Editora Atlas S.A.

Lazure, H. (1994). *A relação de ajuda, abordagem teórica e prática de um critério de competência do enfermeiro*. Lusodidacta, 1ª edição.

Nunes, L., Amaral, M., Gonçalves, R. (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro: dos comentários à análise de casos*. Lisboa, Ordem dos Enfermeiros.

Oliveira, Mª. (2000). Aprender a olhar quem cuida de nós se aproxima. *Revista servir*. 48(3), pp. 119-122.

Oriá, M., Moraes, L., Victor, J. (2004). A comunicação como instrumento do enfermeiro para o cuidado emocional do cliente hospitalizado. *Revista electrónica de enfermagem*. 6(2). [em linha]. Disponível em http://www.fen.ufg.br/revista/revista6_2/pdf/R4_comunica.pdf. Trimestral. [consultado em 22/02/2011].

Padinha, T. (2005). *Perspectivas do outro na relação terapêutica*. Faculdade de Filosofia de Braga.

Phipps, W., Sands, J., Marek, J. (2003). *Enfermagem Médico-Cirúrgica: Conceitos e Prática Clínica (vol.I)*. 6ª Edição. Lusociência.

Pinto, F. (1996). Humanização e qualidade de vida. *Revista servir*. 44(1), pp. 12-20.

Pires, A. (2007). Ética e cuidar em enfermagem. *Revista sinais vitais*. Nº 72, p.13.

Quivy, R., Campenhoudt, L. (1998). *Manual de Investigação em ciências sociais*. 3ª Edição. Lisboa, Grádiva.

Rafael, P. A., M. (1994). Divulgação. *A humanização nos serviços de saúde*. (nº30, Abril), pp.26-33

Saldanha, A., Caldas, C. (2004). *A Saúde do idoso: a arte de cuidar*. Editora Interciência, 2ª edição.

Silva, A., Souza, T., Marcelino, K. (2006). Assistência de enfermagem humanizada: dificuldades encontradas por enfermeiros em hospital privado de São Paulo. *Revista Conscientiae Saúde*. 7(2), pp. 251-259.

Silva, J. (2006). *Quando a vida chegar ao fim: Expectativas do idoso hospitalizado e família*. Lisboa, Lusociência.

Silva, M. (2002). O papel da comunicação na humanização da atenção à saúde. *Revista Bioética*. 10(2), pp. 73-88.

Teixeira, M. (2005). Os enfermeiros e humanização – que conceito?. *Revista Sinais Vitais*. Nº59, pp. 55-57.

Anexos

Anexo A - Questionário

Filipa Alexandra Sousa Marinho, aluna do 4º ano da Licenciatura em Enfermagem na Faculdade Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa, encontra-se a realizar o Projecto de Graduação cujo tema é “**Humanização de cuidados ao idoso hospitalizado: Percepção dos alunos do 3ºano da Licenciatura em Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa-Porto.**”, que tem como objectivos:

- Saber qual a percepção dos alunos do 3º ano da Licenciatura em Enfermagem da UFP-Porto sobre humanização de cuidados.
- Identificar os factores que levam à não humanização dos cuidados ao idoso hospitalizado, na opinião dos alunos de 3º ano da Licenciatura em Enfermagem da UFP-Porto.
- Identificar as estratégias utilizadas pelos alunos de 3º ano da Licenciatura em Enfermagem da UFP para a prestação de cuidados humanizados.

Neste sentido, venho solicitar a sua colaboração no preenchimento do questionário que se segue. Os dados recolhidos serão anónimos e confidenciais, pelo que não se deverá identificar em qualquer parte do questionário.

Em média, o tempo de preenchimento é de 15 minutos.

Antecipadamente, agradece a sua colaboração

A aluna _____

(Filipa Alexandra de Sousa Marinho)

I Parte

1. Idade: ____
2. Género: ____M ____F

II Parte

1. O que entende por humanização de cuidados?

2. Durante os ensinamentos clínicos já realizados, alguma vez cuidou de idosos?

____ Sim ____ Não

- 2.1. Na sua opinião, assiste-se actualmente a uma prestação de cuidados não humanizada ao idoso hospitalizado?

____ Sim ____ Não

Justifique:

- 2.2. Quais as características que associa ao idoso?

- a) _____
- b) _____
- c) _____

3. Para cuidar o idoso hospitalizado é necessário considera-lo... (coloque um X na(s) afirmação (ões) que considera correcta(s))

- Um ser holístico
- Um ser racional
- Um ser com capacidades reduzidas
- Um ser com direito a ser respeitado
- Um ser vulnerável
- Um ser com múltiplas patologias
- Um ser que depende das decisões de enfermagem
- Um ser com baixa auto-estima

4. Considera que a formação durante a Licenciatura de Enfermagem sobre a humanização foi:

- Insuficiente
- Suficiente
- Excessiva

5. Considera que a formação durante a Licenciatura de Enfermagem sobre os idosos foi:

- Insuficiente
- Suficiente
- Excessiva

6. Sendo a pessoa o centro da acção de enfermagem e o diálogo um meio para a confiança, considera a relação um instrumento principal para a humanização de cuidados ao idoso hospitalizado?

Sim Não

Justifique:

7. Considera que os cuidados humanizados devem ser fundamentados em... (coloque um X na opção que considera mais correcta)

Princípios científicos

Acções práticas e humanitárias

Princípios científicos aliados às acções práticas e humanitárias

Outros

8. Considera que a humanização do cuidado ao idoso hospitalizado contribui para o aumento da qualidade de vida dos mesmos?

Sim Não

Justifique:

9. Quais as características do enfermeiro que considera fundamentais para a prestação de cuidados humanizados?

a) _____

b) _____

c) _____

10. Quais os factores, na sua opinião, que levam a uma prestação de cuidados não humanizada?

a) _____

b) _____

c) _____

11. Durante os ensinamentos clínicos que já realizou, que estratégias adoptou para a prestação de cuidados humanizados ao idoso?

a) _____

b) _____

c) _____

12. Considera-se preparado para exercer a sua actividade profissional de uma forma humanizada, tendo em conta o que a humanização engloba?

Sim Não

Justifique:

Anexo B - Cronograma de Investigação de Marinho, F.S. (2010/2011) Factores que levam os alunos do 3ºano da Licenciatura em Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa-Porto à não humanização dos cuidados ao idoso hospitalizado – UFP-FCS Porto

Cronograma											
Meses	Ano 2010			Ano 2011							
	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maiο	Junho	Julho
Actividades											
Definição do Problema de Investigação	■										
Definir questões e objectivos de Investigação						■					
Revisão Bibliográfica	■	■	■	■	■	■	■				
Decisões Metodológicas						■	■				
Aplicação do Pré-teste								■			
Aplicação do questionário; tratamento e análise de dados									■		
Discussão dos Resultados e Conclusão										■	
Entrega do Projecto de Graduação e Defesa											■

Legenda:



Actividade Planeada



Actividade Realizada

