

RIASE

REVISTA IBERO-AMERICANA DE SAÚDE E ENVELHECIMENTO
REVISTA IBERO-AMERICANA DE SALUD Y ENVEJECIMIENTO

O CUIDAR EM INSTITUIÇÃO:
A ABORDAGEM DA *HUMANITUDE* COMO UM RECURSO RELACIONAL
PARA O BEM-ESTAR NA VELHICE

CARING IN INSTITUTION:
THE APPROACH OF *HUMANITUDE* AS A RELATIONAL RESOURCE
FOR WELL-BEING IN OLD AGE

EL CUIDADO EN LA INSTITUCIÓN:
EL ENFOQUE DE LA *HUMANITUDE* COMO UN RECURSO RELACIONAL
PARA EL BIENESTAR EN LA VEJEZ

Helena Reis Amaro da Luz – Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1592-0953>

Rosa Cândida Carvalho Pereira de Melo – Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra, Portugal.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0941-407X>

Autor Correspondente/Corresponding Author:

Helena Reis Amaro da Luz – Universidade de Coimbra, Portugal. helenareis2008@gmail.com

Recebido/Received: 2020-05-25 Aceite/Accepted: 2020-06-22 Publicado/Published: 2020-12-29

DOI: [http://dx.doi.org/10.24902/r.riase.2020.6\(3\).444.277-291](http://dx.doi.org/10.24902/r.riase.2020.6(3).444.277-291)

© Os autores retêm o copyright sobre seus artigos, concedendo à RIASE 2020 o direito de primeira publicação sob a licença CC BY-NC, e autorizando reuso por terceiros conforme os termos dessa licença.

© Authors retain the copyright of their articles, granting RIASE 2020 the right of first publication under the CC BY-NC license, and authorizing reuse by third parties in accordance with the terms of this license.

RESUMO

Objetivos: Analisar os contornos da velhice diferenciada nas instituições residenciais procedendo à reflexão em torno da articulação entre longevidade, dependência e cuidado; refletir sobre a implementação da metodologia de cuidado *Humanitude* (MCH) na operacionalização da interação cuidador e pessoa cuidada, contribuindo para o bem-estar na velhice e discutir a importância dos recursos organizacionais para o sucesso do cuidar em *Humanitude*.

Método: Trata-se de uma reflexão teórica assente numa revisão da literatura sobre a evidência científica da MCH no cuidado à pessoa idosa institucionalizada.

Resultados: A abordagem da *Humanitude* permite considerar as “diferentes velhices” nas práticas do cuidado, a capacitação dos idosos assentes nos pilares relacionais (olhar, palavra e toque) e a operacionalização da relação por meio da sequência estruturada de procedimentos cuidadosos *Humanitude*, permitindo a efetividade do cuidado.

Conclusão: A longevidade sendo um preditor da dependência coloca tensões aos agentes das políticas de cuidado, designadamente às instituições residenciais. A abordagem *Humanitude* mostra-se oportuna junto de idosos com quadro clínico de dependência e deterioração cognitiva, pois configura intervenções personalizadas e de capacitação da sua autonomia. Comprometidas com a qualidade e qualificação dos profissionais importa às instituições implementarem a MCH para evitar a prática de cuidados despersonalizados e penalizadores do bem-estar na velhice.

Palavras-chave: Bem-estar; Cuidar; *Humanitude*; Interdisciplinaridade; Relação.

ABSTRACT

Objectives: To analyze the contours of differentiated old age in residential institutions focusing on longevity, dependence and care articulation; to reflect on the implementation of the *Humanitude* care methodology (HCM) in the operationalization of the caregiver and cared-for person interaction for achieving well-being in old age and to discuss the importance of organizational resources for the success of caring in *Humanitude*.

Method: This is a theoretical reflection based on a literature review on scientific evidence of the HCM for institutionalized elderly people care.

Results: The *Humanitude* approach allows to consider the “different old ages” in care practices, it improves older adults capacity based on the relational pillars (look, word and touch) and the operationalization of the relationship through the structured sequence of *humanitude* care procedures, allowing the effectiveness of care.

Conclusion: As a predictor of dependency, longevity heightens the tension on care policies agents, namely residential institutions. The *Humanitude* approach shows strong opportunities with elderly people with a clinical picture of dependence and cognitive deterioration since it configures personalized interventions and autonomy capacity. Committed to the quality and qualification of professionals it is important for the institutions to implement the HCM to avoid depersonalized care practices, harming well-being in old age.

Keywords: Caring; *Humanitude*; Interdisciplinarity; Relationship; Well-being.

RESUMEN

Objetivos: Analizar los contornos de la vejez diferenciada en instituciones residenciales enfatizando la articulación entre longevidad, dependencia y cuidado; reflexionar sobre la implementación de la metodología del cuidado de la *humanitude* (MCH) en la operacionalización de la interacción cuidador y la persona cuidada, contribuyendo al bienestar en la vejez y discutir la importancia de los recursos de la organización para el éxito del cuidado de la *Humanitude*.

Método: Esta es una reflexión teórica basada en una revisión de la literatura sobre la evidencia científica de la MCH en el cuidado a personas mayores institucionalizadas.

Resultados: El enfoque de la *Humanitude* permite considerar las “diferentes edades” en las prácticas del cuidado, la capacitación de los ancianos en función de los pilares relacionales (mirada, palabra y tacto) y la operacionalización de la relación a través de la secuencia estructurada de los procedimientos del cuidado de la *Humanitude*, permitiendo la efectividad del cuidado.

Conclusion: La longevidad, al ser un predictor de dependencia pone tensión en los agentes de las políticas del cuidado, a saber, a las instituciones residenciales. El enfoque de la *Humanitude* demuestra ser oportuno para las personas mayores con un cuadro clínico de dependencia y deterioro cognitivo, ya que configura intervenciones personalizadas y el entrenamiento de su autonomía. Comprometidos con la calidad y la calificación de los profesionales es importante que las instituciones implementen la MCH para evitar la práctica del cuidado depersonalizado, perjudicando el bienestar en la vejez.

Descriptores: Bienestar; Cuidado; Humanidad; Interdisciplinariedad; Relación.

INTRODUÇÃO

As alterações ocorridas no século XX influentes nas condições de vida das populações, configuraram de forma “silenciosa” a passagem do século do crescimento, para o século do envelhecimento populacional, tornando este um fenómeno que caracteriza na era presente as sociedades e em particular, as desenvolvidas. No contexto europeu grisalho⁽¹⁾, a população idosa representa, um quinto (19,4%) da população dos 28 Estados-Membros (EM)⁽²⁾, sendo que nos países da europa do sul e em concreto no caso português a expressão do envelhecimento oriunda da involução demográfica⁽³⁻⁴⁾ assume contornos tais, cuja grandeza faz já sobressair a sociedade portuguesa como híper envelhecida⁽⁴⁾, ou como realidade que se distingue pelo “envelhecimento do envelhecimento”⁽⁵⁾. Neste quadro, em que a longevidade constitui um atributo societal e para o qual concorrem fatores vários, que no seu todo, acrescem anos, às vidas vividas, também se reconhece, por um lado, que o alongamento da vida é específico e não se revela padronizado face a um coletivo (de idosos) e por outro, que o prolongamento da vida nem sempre é acompanhado de qualidade de vida. Equacionar a dependência como um risco em idade avançada constitui uma preocupação colocada na agenda dos prestadores formais de cuidado, atendendo ao seu compromisso em zelar pelo bem-estar e em promover um cuidado significativo, apresentando-se nestes ambientes a abordagem da *Humanitude* como diferenciadora, porquanto personaliza e focaliza a pessoa idosa a partir de técnicas relacionais, que contribuem para conferir dignidade à condição de vida em idade avançada.

Esta reflexão tem como finalidade discutir a oportunidade da MCH como filosofia e cultura organizacional, particularmente em estruturas residenciais que provisionem serviços relacionais e de saúde, dada a escassez de estudos relacionados com esta temática.

Objetivos

Analisar os contornos da velhice diferenciada nas instituições residenciais, procedendo à reflexão em torno da articulação entre longevidade, dependência e cuidado; refletir sobre a implementação da metodologia de cuidado *Humanitude* na operacionalização da interação cuidador e pessoa cuidada, contribuindo para o bem-estar na velhice e discutir a importância dos recursos organizacionais para o sucesso do cuidar em *Humanitude*.

MÉTODO

Trata-se de uma reflexão teórica assente numa revisão da literatura sobre a evidência científica do cuidado à pessoa idosa institucionalizada, bem como na experiência dos autores. A revisão para a discussão do fenómeno do envelhecimento e das respetivas implicações nas estruturas de provisão do cuidado abrangeu bibliografia especializada, nomeadamente obras e artigos científicos, documentos com informação estatística, relatórios e diplomas legais. A análise da implementação da MCH foi realizada a partir de obras de referência na área da *Humanitude* e de quatro artigos científicos selecionados no motor de busca EBSCOhost, utilizando as bases de dados CINAHL complete e MEDLINE complete, com os descritores *humanitude* e idosos.

A estruturação do texto enquadra as seguintes seções: introdução; objetivos; método; resultados; discussão: longevidade, dependência e cuidado institucional; a *Humanitude* como um recurso para o cuidado diferenciado em instituição; e os recursos humanos e organizacionais como “preditores” do sucesso do cuidado em *Humanitude*, limitações, contribuições para a prática e políticas de saúde; e conclusões.

RESULTADOS

Na agenda do cuidado, a abordagem da *Humanitude* vem revelando potencialidades para considerar as “diferentes velhices”, ao fazer prevalecer, nas conceções e práticas do cuidado, atitudes de natureza holística e de capacitação dos idosos assentes nos pilares relacionais (olhar, palavra e toque) e inerente sequência estruturada de procedimentos cuidadosos *Humanitude*. Para a efetividade do cuidado, os profissionais que implementam a MCH constituem elementos centrais em todo o processo.

DISCUSSÃO

Longevidade, dependência e cuidado institucional: articulações

De forma ímpar na história da Humanidade, o século XX ficou caracterizado por profundas transformações na estrutura etária das populações, sobressaindo por entre as mesmas e de forma expressiva, o declínio da fertilidade, da mortalidade e o aumento da esperança média de vida, constituindo estes, marcadores duma acentuada transmutação demográfica, a qual favoreceu o expectável aumento do número de indivíduos idosos com 65 ou mais anos, na Europa, nas primeiras décadas do século XXI.

Com efeito, o envelhecimento populacional é um fenómeno originariamente europeu⁽⁶⁾, sendo a Europa o continente mais envelhecido à escala mundial⁽⁴⁾ possuindo, 19,4% de pessoas com 65 ou mais anos e estimando-se que venha a representar 29,1% da população europeia, até 2080⁽²⁾. Sobressai deste panorama o padrão da longevidade que se vem reforçando com os acréscimos da esperança de vida, visibilizando, quer o segmento dos muito idosos, quer o fenómeno da democratização da velhice. Como informa Légare⁽⁷⁾, nas sociedades desenvolvidas a esperança de vida situa-se próxima dos 80 anos, resultando daqui que a idade avançada se torna crescentemente acessível e que a morte, tende cada vez menos a ocorrer por fatalismo e mais na sequência da velhice.

De salientar, que por entre esta realidade, nos países do sul da Europa e principalmente em Portugal, o ritmo tem vindo a intensificar-se, sendo este considerado o sexto país mais envelhecido do mundo⁽⁵⁾ e o terceiro mais envelhecido da Europa⁽⁸⁾, retratando-o como um país híper envelhecido⁽⁹⁾, já que 21,8% dos residentes possuem 65 ou mais anos⁽¹⁰⁾ e o contingente dos muito idosos (80 e mais anos) representa 26,5% da população com 65 e mais anos e 5,6% da população portuguesa⁽¹¹⁾, traduzindo este o retrato entre nós, do “envelhecimento do envelhecimento”⁽⁵⁾.

Sendo certo que a velhice se prolonga no presente e que os indivíduos podem experienciar a sua maior longevidade em condições mais favoráveis comparativamente a épocas passadas, também se reconhece que o alongamento da vida não é necessariamente acompanhado por vida com qualidade, ou seja, embora persista a probabilidade de se poder viver mais 20,4 anos a partir dos 65 anos, admite-se, a par, que a temporalidade de vida isenta de incapacidade seja consideravelmente mais reduzida, já que se estima em 7,9% e 6,7%, a sobrevivência sem incapacidade, a partir dos 65 anos, para homens e mulheres, respetivamente⁽⁸⁾.

Neste cenário em que o envelhecimento se apresenta como irreversível, pautando-se pela heterogeneidade ou “bricolagem” de processos relacionados com o longe viver e que resultam da interinfluência de múltiplas variáveis⁽¹²⁾, também é verdade, que com a idade avançada acresce o risco de surgimento de doenças crónicas e de dificuldades no campo da funcionalidade e da saúde mental, potenciando-se o surgimento da dependência e o comprometimento da qualidade de vida, particularmente entre os muito idosos. Tal como assinala Nogueira⁽¹³⁾, as questões da autonomia *versus* dependência, são no presente, aspetos prioritários no debate europeu relativos aos fins e meios do apoio social face à velhice e/ou à dependência. Assim, promover a qualidade de vida durante a velhice, e assegurar uma longevidade com condições de dignidade impõem-se como desafios centrais, neste século XXI⁽¹⁴⁾. Tal suscita por parte dos agentes institucionais de cuidado uma maior atenção para as questões relacionadas com os novos contornos da velhice e com a adequabilidade das instituições a nível de modos de funcionamento, por forma a direcionar-se a melhor resposta às expectativas dos idosos e das suas famílias.

Relativamente ao cuidado formal, Portugal possui um conjunto de recursos sociais e de saúde oriundos do Estado, mercado e de organizações de ímpeto solidário, sendo que estas últimas abrangem tipologias várias, mas onde predominam as IPSS⁽¹⁵⁾. Estas IPSS possuem uma longa tradição na resposta aos idosos, a necessitar de apoio e/ou em condição de dependência, ocorrendo maioritariamente esta provisão, sob a forma de equipamentos e serviços. De salientar o peso das entidades não lucrativas (71,8%) no computo das entidades da rede de serviços e equipamentos e, das de provisão solidária, designadamente IPSS e equiparadas (59,4%), as quais estiveram na base do surgimento de 72% de respostas sociais, em 2017, sendo que no âmbito das que assumem maior representatividade dirigidas às Pessoas Idosas (i.e., Estrutura Residencial para Pessoas Idosas (ERPI), Centro de Dia e Serviço de Apoio Domiciliário) se observou um crescimento na ordem dos 74%, entre 2000 e 2017, ao nível da sua disponibilização do número de lugares/capacidade, o que perfaz, de acordo com os últimos dados revelados, uma abrangência em termos de oferta, de cerca de 272 000 lugares nessas respostas⁽¹⁰⁾. Principalmente compete a estas entidades atuar no sentido de minimizar a solidão e isolamento social dos idosos, retardar a deterioração do processo de envelhecimento, estimulando a ativação e promoção da autonomia dos idosos, e responder a necessidades básicas e outras, através de serviços múltiplos e da afetação de recursos plurais. Neste contexto, como vários estudos realçam existem diferentes perfis de idosos a necessitar de apoio, os quais se distinguem em grande medida em função da idade e da sua condição face à saúde. Com efeito, o cuidado institucional centraliza grandemente a sua ação para públicos com idade igual ou superior a 80 anos (e.g., ERPI – 72,5%; SAD – 56,6% e CD – 52%)⁽¹⁰⁾, característica esta, que numa perspetiva transversal têm vindo a sugerir novas repartições etárias permeáveis à distinção entre

quinta idade (90 a 99 anos), idade dos centenários (100 a 109 anos) e dos supercentenários (110 anos ou mais)⁽¹⁶⁾. Por seu lado, a dependência frequentemente associada às pessoas idosas (65 ou mais anos) e muito idosas (80 ou mais anos), definida como a situação dos “indivíduos que não possam praticar com autonomia os actos indispensáveis à satisfação das necessidades básicas da vida quotidiana, carecendo da assistência de outrem (onde se enquadram os actos) relativos à realização dos serviços domésticos, à locomoção e cuidados de higiene”⁽¹⁷⁾, está muito presente nas respostas sociais sobretudo nas de tipo residencial com elevados níveis de dependência em todas as atividades básicas de vida diária⁽¹⁰⁾. Fundamentalmente, perante condições de dependência, temporárias ou permanentes, no que diz respeito ao comprometimento do exercício dos direitos de cidadania dos idosos associando-se também à fragilização da sua autodeterminação, participação e capacitação, necessitando do reforço da sua autonomia. Sobretudo advoga-se, que o cuidado institucional deve crescentemente orientar-se, para, a focalização no utente/idoso, a positivação do cuidado, para equacionar a complexidade que atualmente confronta a provisão de cuidados de longa duração⁽¹⁸⁾ e proceder de forma adaptativa face aos novos perfis de idosos que constituem já a nova procura institucional, pelo que enveredar por cuidados diferenciados e integrais traduz o repto que se protagoniza para o conjunto das instituições, posicionando-se neste enquadramento a *Humanitude*, como uma metodologia capaz de contribuir para essa finalidade.

A Humanitude como um recurso para o cuidado diferenciado em instituição: o enfoque relacional

Concebida nos anos 70 do século XX por Yves Gineste e Rosette Marescotti, a metodologia de cuidado *Humanitude* (MCH), também designada como Metodologia de Cuidado Gineste-Marescotti® (MGM®)⁽¹⁹⁾ e que originariamente foi apelidada de Manutenção Relacional⁽²⁰⁾, traduz uma abordagem assente num conceito que remete para uma perspectiva humanista do indivíduo, encarando-o como um “ser autónomo de relação (e que adquire) dignidade experiencial”⁽²⁰⁾. Resulta daqui que na sua essência, a filosofia *Humanitude* mostra-se enraizada na compreensão do ser humano erguendo-se acoplada a uma visão que distingue a humanização como a finalidade subjacente à forma condigna de entender e de estar em relação.

A este respeito realça-se⁽²¹⁾ que a noção de humano remete para a natureza humana, assumida como humanitária e assente na bondade ou motivada para fazer o bem, encerrando a mesma sentido idêntico à de humanidade, conotada com benevolência e sentido de compaixão para com o outro, mas também valorizadora da pessoa em si mesma. Neste seguimento, humanizar significa praticar a humanidade, traduz algo próprio ao ser humano, uma intencionalidade prática que intenta alcançar o bem-estar, quer numa perspectiva in-

dividual ou mais abrangente, i.e., coletiva e contextualmente específica. Humanizar significa também apreender o ser humano na sua individualidade, bem como reconhecer a sua natureza social e sociável, assim como os seus valores e crenças, a par da garantia de exercer o direito à autodeterminação e a fazer escolhas em liberdade, em vários domínios, carecendo de se entender que estas premissas são extensíveis a todos os seres humanos. Sob este desígnio, o conceito de *Humanitude* incorporando uma perspetiva evolucionista do desenvolvimento humano assume a sua complexidade e canaliza a sua atenção para os atos que cada ser humano manifesta em relação a si próprio e ao outro⁽²⁰⁾. Tal significa que falar de *Humanitude* pressupõe compreender e interagir com o outro através de comportamentos e ações que vão ao encontro do ser e da essencialidade humana (e.g., individualidade, autodeterminação, respeito pela vida), abordagem esta que se mostra indissociável do cuidado e da intencionalidade do cuidar.

Tendo subjacente um paradigma relacional assente na personalização, humanização e orientado para promover a realização e capacitação das pessoas fomentando a sua autonomia e exercício da cidadania, a *Humanitude* revela ser uma metodologia de cuidado diferenciado, que canaliza para a prática sentimentos como atenção, preocupação e responsabilidade para satisfazer as necessidades de outro(s), envolvendo elevada implicação pessoal. Ainda que seja uma metodologia transversal a qualquer cuidado, independentemente da idade da pessoa cuidada e da problemática de saúde evidenciada, mostra-se particularmente oportuna para ser aplicada junto de idosos em situação de vulnerabilidade e de fragilização provocada por doença, bem como em quadros clínicos reveladores de alterações cognitivas⁽²²⁾.

A este respeito é sabido que as situações de dependência limitam as capacidades individuais e condicionam as possibilidades de efetuar uma escolha informada, realidade esta que se torna sobretudo visível quando a dependência emerge associada a comprometimento mental e cognitivo, competindo às instituições desencadear a ativação de metodologias capazes de estimular a autonomia e a capacitação dos indivíduos que se encontram em situação de dependência. Em boa verdade e como se reconhece⁽¹⁶⁾, importa perante quaisquer condições de dependência considerar o idoso na sua integridade, procurando assegurar-lhe uma vida digna preservando a sua qualidade de vida. Aliás, em matéria de dignidade e respeito pelos direitos das pessoas idosas, as atuais diretrizes que regulam o cuidado residencial estipulam que importa nas ERPI “reconhecer o valor incomensurável da dignidade da pessoa humana”⁽²³⁾, sendo igualmente imperativo orientar as mesmas com base na interdisciplinaridade, para uma atuação humanizada, personalizada e que considere as necessidades reais e específicas de cada situação, tendo os residentes como o cerne de toda a atuação. Assente nestes pressupostos e assumindo-se que, mesmo em situações

de grande vulnerabilidade os idosos possuem ainda que de forma restringida, capacidade de se manifestarem sentimentos e vontades que não podem ser descurados, a bem da sua qualidade de vida, a MCH pautando-se por uma visão integral do ser humano equacionada na relação permanente com o outro, distingue-se em termos operativos, quer pela prestação de cuidados assente nos pilares relacionais (olhar, palavra e toque), quer pela utilização de uma sequência estruturada de procedimentos cuidadosos *Humanitude*.

Quanto aos primeiros, o olhar (que canaliza o primeiro contacto, a atenção e a mantém), a palavra (comunicada de forma suave e com ternura, mesmo perante pessoas que não comunicam verbalmente) o toque (profissionalizado, com suavidade afastando-se do toque de mãos em garra e dedos em pinça) assim como a verticalidade, pilar identitário (que contraria a imobilidade, a postura de decadência e o sentimento de inutilidade e derrota), consubstanciam as práticas de profissionalização e de apropriação dos procedimentos técnico-relacionais ou seja a operacionalização da humanização dos cuidados^(20,24). Em relação à estruturação dos procedimentos cuidadosos, a sua sequência obedece à prossecução de cinco etapas que se revelam dinâmicas e subsequentes, abrangendo: os pré-preliminares – etapa que facilita a aproximação entre as pessoas na relação de cuidado, e que visa preparar a pessoa para o encontro com o cuidador; os preliminares – etapa que pressupõe o estabelecimento de uma relação positiva para promover a aceitação do cuidado a desenvolver; a *rebouclage* sensorial – etapa que contempla a integração dos pilares relacionais e que culmina em bem-estar; a consolidação emocional – etapa que valoriza os esforços e os progressos alcançados, agradecendo à pessoa cuidada o momento de relação; o reencontro – etapa que remete para a programação do encontro seguinte e que se destina a evitar o sentimento de abandono e desprezo^(20,22,24). Por esta via, a abordagem *Humanitude* potencia intervenções personalizadas e de capacitação da autonomia, suplantando um cuidado despersonalizado que se revela sempre penalizador da dignidade e da qualidade de vida dos sujeitos por si abrangidos. Para que possa ocorrer esta efetividade do cuidado, os profissionais associados à implementação da MCH constituem elementos centrais em todo o processo e nos quais as instituições carecem de se focalizar.

Os recursos humanos e organizacionais como “preditores” do sucesso do cuidado em Humanitude

Como vários estudos têm vindo a discutir, a MCH tem evidenciado benefícios no campo da qualidade do cuidado provisionado, com repercussão direta sobre os beneficiários de que são um exemplo os idosos. A este nível, sublinham-se, ganhos junto de pessoas com condição de dependência ou com demência, como a diminuição de comportamentos de agitação e recusa aos cuidados, assim como a diminuição do consumo de psicotrópicos, maior predisposição para o autocuidado e para a verticalidade⁽²⁴⁻²⁵⁾.

Assim, decorrente da utilização de técnicas relacionais assentes na suavidade, obtêm-se ganhos em bem-estar, acalmia e satisfação, bem como estimulação sensorial positiva e incentivo à atividade⁽²⁰⁾.

Numa investigação recente canalizada para a perceção das dificuldades e benefícios da implementação da *Humanitude*⁽²²⁾ realça-se a sistematização do cuidar, por via dos procedimentos cuidadosos, o respeito pela autonomia das pessoas, obtido pela relação de proximidade que se estabelece e que centraliza a atenção na qualidade.

Tal como se informa no Estudo Relativo aos Desafios nos Cuidados de Longa Duração na Europa, promovido pela comissão europeia⁽¹⁸⁾, ao equacionar o desafio da qualidade é importante considerar não apenas a qualidade para os beneficiários, mas também para as pessoas que trabalham e prestam serviços. Neste sentido, a qualidade carece de estar intrinsecamente ligada à qualificação dos profissionais e à consciencialização da importância que reverte esta metodologia para a organização, no que respeita à prossecução da sua missão.

Considera-se, pois, que importa ao sistema-institucional, considerar várias orientações com o objetivo de promover uma intervenção bem-sucedida com base na *Humanitude*, designadamente:

Interiorizar a cultura do cuidado integral e interdisciplinar. Tal significa adotar uma visão global do idoso compreendendo-se que o envelhecimento incorpora diferentes dimensões, sendo que as de cariz físico, psicológico e social são a este respeito determinantes para a valorização do cuidado, não podendo contudo subvalorizar-se a dimensão pessoal assente na individualidade, no conhecimento do idoso a partir da sua trajetória de vida, a qual atribui sentido à sua condição humana, mesmo quando esta se mostra configurada pela dependência. Face a este entendimento importa pois fomentar um cuidado centrado na interdisciplinaridade, convocando a integração e o trabalho conjunto dos diferentes profissionais associados ao cuidado (enfermeiros, profissionais de ação direta, direção técnica, responsáveis organizacionais, entre outros), os quais a partir das suas competências de cariz científico, técnico e relacional, melhor conseguem alcançar o objetivo comum e que passa, quer por realizar a avaliação diagnóstica, quer por dar seguimento a um plano de cuidados ancorado na especificidade dos casos em presença^(20,22,24).

Conciliar a qualidade de vida e qualidade dos serviços. Sob a égide da *Humanitude*, cada serviço, cada profissional, cada ação está ao serviço de uma mesma missão a qual assenta no apoio e/ou cuidar de pessoas em situação de vulnerabilidade, assumindo esta uma grande variabilidade pessoal no que concerne à sua intensidade e tipologia. De igual modo e ainda que a qualidade de vida (do idoso) seja o foco prioritário da intervenção *Humanitude*

por forma a melhorar a sua situação existencial e o seu bem-estar (e.g., indo ao encontro das suas particularidades, preferências e expectativas) importa adicionalmente considerar os fatores contextuais ou o ambiente mais amplo do cuidado, onde se enquadram preocupações a nível de recursos vários e de afetação de competências profissionais à esfera do cuidado. Deste modo a qualidade dos serviços é condição indispensável para a eficácia da provisão ministrada.

Assumir a *Humanitude* como filosofia e cultura organizacional. A este respeito mostra-se fulcral o envolvimento do domínio da gestão e o apoio institucional para que esta seja uma abordagem passível de se concretizar. Concretamente, a implicação da liderança, a abertura e receptividade à prática em *Humanitude* constituem requisitos a nível organizacional capazes de provocar a necessária mudança propiciadora de ambientes influentes no cuidar. Tal remete, não apenas para a assunção de uma atitude predisposta a canalizar valor social para a organização, refletida em ganhos em saúde para os utentes e profissionais (e.g., minimização de *burnout*, absentismo, insatisfação no trabalho), mas também a disponibilidade para criar toda uma envolvente (e.g., ambiente calmo, menos pressionante, minimização do conflito) convergente com os princípios da *Humanitude*. Com este desiderato, estimular a aprendizagem e a capacitação em *Humanitude* constituem parâmetros de elevada necessidade, sobretudo para auxiliar na consciencialização e incorporação nas práticas, as técnicas relacionais, focalizando a ação na interação com a pessoa e não nas tarefas^(21,24) a realizar.

Limitações

A limitação do estudo decorre da incipiência da investigação relativa à implementação da metodologia de cuidado *Humanitude* no contexto dos cuidados residenciais a idosos e sobretudo vocacionada para focalizar as inter-relações sistema institucional – sistema cliente. Salienta-se a necessidade de incrementar os estudos adotando uma perspetiva de análise holística e de integralidade, para dar a conhecer transversalmente, as repercussões da MCH em termos de efetividade para o cuidado organizacional, no seu todo.

Contribuições para a prática e políticas de saúde

Este artigo de reflexão sinaliza uma metodologia para o cuidado a idosos que se considera adquirir grande oportunidade em contexto de estruturas residenciais para idosos, pelo que se procede não apenas a uma incursão nos processos que edificam esta abordagem – pilares relacionais, filosofia *Humanitude* e sequência estruturada de procedimentos cuidados *Humanitude* – mas também se fornece todo um conjunto de orientações que importa considerar para uma implementação bem-sucedida da *Humanitude* no quadro organizacional. Para o domínio da política pública de saúde emergem fundamentalmente con-

tributos para equacionar a MCH como estratégia capaz de melhor facilitar o alcance dos objetivos que presidem às políticas relativas à qualidade dos cuidados e de promoção do envelhecimento ativo.

CONCLUSÃO

A longevidade traduz um desafio irreversível para as sociedades contemporâneas, simbolizando desenvolvimento e conquistas importantes da humanidade, mas que não pode ser encarada de forma passiva e desintegrada, por parte dos agentes que possuem responsabilidade no campo da concepção e/ou operacionalização das políticas de cuidado. Fundamentalmente, porque contribui para que a fase da velhice seja um fenómeno cada vez mais heterogêneo, influenciando a maior probabilidade de ocorrência de situações de dependência. Deste modo, encarar a velhice no presente implica compreender a transmutação subjacente aos seus contornos e dinamizar uma cultura organizacional que incorpore uma visão integral dos mais velhos e das suas necessidades ao nível dos cuidados. Tal mostra-se sobretudo pertinente em contextos formais de cuidado a idosos, atendendo à procura que vêm registando as respostas da rede de serviços e equipamentos e à indispensabilidade das mesmas proporcionarem um cuidado, que, assente na inter-relação (cuidadores e pessoas cuidadas), concilie apoio face às limitações, mas que não descure as potencialidades e capacidades que os indivíduos possuem, mesmo tendo idade avançada e uma situação de comprometimento clínico constatada.

Constitui, pois, este o principal argumento que valoriza a implementação da *Humanitude*, entendendo-o como uma metodologia que sistematiza e operacionaliza a interação cuidador e pessoa cuidada, dando intencionalidade à forma como se faz a abordagem à pessoa cuidada através dos pilares relacionais, cumprindo uma sequência estruturada de procedimentos *Humanitude*, contribuindo para o bem-estar na velhice e para um envelhecimento ativo e de compromisso com a vida. No entanto, para o sucesso do cuidar em *Humanitude* é fundamental a interiorização da cultura do cuidado integral e interdisciplinar, a capacitação de todos os profissionais e o envolvimento dos líderes em todo o processo de mudança das práticas dos cuidados.

Responsabilidades Éticas

Conflitos de Interesse: Os autores declaram não possuir conflitos de interesse.

Suporte Financeiro: O presente trabalho não foi suportado por nenhum subsídio ou bolsa.

Proveniência e Revisão por Pares: Não comissionado; revisão externa por pares.

Ethical Disclosures

Conflicts of interest: The authors have no conflicts of interest to declare.

Financing Support: This work has not received any contribution, grant or scholarship.

Provenance and Peer Review: Not commissioned; externally peer reviewed.

REFERÊNCIAS

1. Rosa MJ. O Envelhecimento da Sociedade Portuguesa. Lisboa: FFMS; 2012.
2. Eurostat. Estrutura populacional e envelhecimento. Luxemburgo: Comissão Europeia; 2018. [acedida jun 2019]. Disponível em: <https://ec.europa.eu/eurostat/statisticsexplained/>
3. Fernandes AA. Velhice, Solidariedades Familiares e Política Social: Itinerário de pesquisa em torno do aumento da esperança de vida. Sociol Probl Prát. 2001;36:39-52.
4. Luz MH. Problemas sociais complexos – wicked problems – e intermediação das organizações de economia social: Estratégias adaptativas no campo do envelhecimento ativo (EA). Comunicação apresentada no XVIII Congresso AHILA; September 7, 2017; Valência, Espanha.
5. Rodrigues T. Envelhecimento e políticas de saúde. Lisboa: FFMS; 2018.
6. Fernandes AA. Questões Demográficas: Demografia e Sociologia da População. Lisboa: Edições Colibri; 2008.
7. Légaré J. Le vieillissement des populations : incontournable certes... mais un plus, s'il est géré dans un esprit d'éthique intergénérationnelle. Lien Social Politiques. 2009;62:15-28.
8. Pordata. Base de dados de Portugal Contemporâneo. Lisboa: Pordata; 2019. [acedida jun 2019]. Disponível em: <http://www.pordata.pt>
9. Coulmas F. Population Decline and Ageing in Japan: The Social Consequences. Chicago: Routledge; 2007.
10. GEP Carta social – Rede de Serviços e Equipamentos. Relatório 2017. Lisboa: GEP/MSSS; 2017.

11. Brandão D, Ribeiro O, Paúl C. Functional, sensorial, mobility and communication difficulties in the portuguese oldest old (80+). *Acta Med Port.* 2017;30:463-71. doi: 10.20344/amp.8060.
12. Calha A. A condição sénior no Sul da Europa e na Escandinávia. *Saúde Soc.* 2015;24:527-42. doi: 10.1590/S0104-12902015000200011.
13. Nogueira JM. A dependência: o apoio informal, a rede de serviços e equipamentos e os cuidados continuados integrados. Lisboa: GEP-CID; 2009.
14. Albuquerque CP. Um novo contrato de solidariedade intergeracional. Debates e questões críticas. In: Luz MH, Miguel I (Orgs). *Gerontologia social perspectivas de análise e intervenção.* Coimbra: ISBB; 2014.
15. Decreto-Lei n.º 172-A/2014, de 14 de novembro – Quinta alteração ao Decreto-Lei n.º 119/83, de 25 de fevereiro, que aprova o Estatuto das Instituições Particulares de Solidariedade Social.
16. Côrte B, Brandão V. Longevidade Avançada - A reinvenção do tempo. *Rev Kairós.* 2018; 21:213-41. doi: 10.23925/2176-901X.2018v21i1p213-241
17. Decreto-Lei n.º 265/99 de 14 de Julho – Definição e regulação da protecção social a conceder a pensionistas em situação de dependência.
18. Spasova S, Baeten R, Coster S, Ghailani, D, Peña-Casas R, Vanhercke, B. Challenges in long-term care in Europe: A study of national policies. Bruxelles: EC; 2018. [acedida jun 2019]. Disponível em: <https://ec.europa.eu/social/main.jsp?langId=pt&catId=89&newsId=9185>
19. Gineste Y, Pellissier J. Humanidade: Cuidar e compreender a velhice. Lisboa: Instituto Piaget; 2008.
20. Simões MM. Cuidar Humanidade-Enfermagem neurorelacional. Coimbra. [acedida jun 2019]. Disponível em: <http://rihuc.huc.min-saude.pt/bitstream/10400.4/1793/1/Livro%20M%C3%A1rio%20Sim%C3%B5es%20VD.pdf>
21. Melo RC, Costa PJ, Henriques LV, Queirós PJ, Araújo JP. Humanidade na humanização da assistência a idosos: relato de experiência em um serviço de saúde. *Rev Bras Enferm.* 2019;72:865-9.
22. Figueiredo AM, Melo RC, Ribeiro OP. Metodologia do cuidado humanidade: dificuldades e benefícios da sua implementação na prática. *Rev Enf Ref.* 2018;4:53-62.

23. Portaria n.º 67/2012 de 21 de março – Define as condições de organização, funcionamento e instalação das estruturas residenciais para pessoas idosas.

24. Melo RC, Queirós PJ, Tanaka LH, Salgueiro NR, Alves, RE, Araújo JP, et al. Estado da arte da implementação da metodologia de cuidado humanidade em Portugal. Rev Enf Ref. 2017;4:53-62.

25. Henriques L, Dourado M, Melo RC, Tanaka LH. Implementation of the Humanitude Care Methodology: contribution to the quality of health care. Rev. Latino-Am. Enferm. 2019;27:e3123.