



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO

A Humanização numa Unidade de Cuidados Paliativos: Intervenção de Enfermagem Especializada

Relatório de Estágio de Natureza Profissional

Rita Julieta Alves Peixoto



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO

Rita Julieta Alves Peixoto

Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final

**A Humanização numa Unidade de Cuidados Paliativos:
Intervenção de Enfermagem Especializada
Relatório de Estágio de Natureza Profissional**

II Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa

Trabalho efetuado sob a orientação de:
Professora Doutora Maria Albertina Marques

Julho, 2025

AGRADECIMENTOS

A elaboração e desenvolvimento deste trabalho só se tornou possível com o apoio de um conjunto de pessoas a quem quero dedicar algumas palavras de gratidão:

À Professora Doutora Albertina Marques, pela orientação relativa ao Estágio de Natureza Profissional, ao relatório de estágio e à realização do estudo e por todos os momentos de reflexão potenciadores de evolução ao longo do estágio.

O meu muito obrigada!

A todos os profissionais que cruzaram no meu caminho formativo e profissional, de uma maneira ou de outra.

O meu muito obrigada!

À minha família, pelo apoio e coragem transmitida, assim como a compreensão da minha dedicação a este trabalho.

O meu muito obrigada!

Ao Pedro, meu companheiro, pelo encorajamento e palavras de incentivo.

O meu muito obrigada!

Às minhas amigas Patrícia, Sandra e Daniela pela força constante.

O meu muito obrigada!

Ao meu colega João Sousa, pelos seus conhecimentos e disponibilidade.

O meu muito obrigada!

Aos meus colegas de curso, pelas partilhas de conhecimento e vivências tão positivas neste contexto de aprendizagem.

O meu muito obrigada!

A todos aqueles que não fiz referência, mas que são igualmente fundamentais na minha vida.

O meu muito obrigada!

PENSAMENTO

“Cuidar é dar lugar dentro de mim ao sofrimento do outro.”
(Donald Woods Winnicott)

RESUMO

O aumento da esperança média de vida leva a um aumento de doenças crónicas e/ou incuráveis e/ou graves, pelo que o seu desenvolvimento pode ser fatal. Neste sentido, as pessoas que sofrem deste tipo de patologia encontram-se em situação de vulnerabilidade, sofrimento e a ameaça de morte é uma constante. Nestas circunstâncias, é importante olhar para pessoa doente e a sua família nas suas multidimensionalidades de forma a promover o conforto, o bem-estar e a qualidade de vida. É neste contexto que emergem os Cuidados Paliativos (CP), cujo objetivo é melhorar a qualidade de vida das pessoas em situação paliativa e suas famílias, considerando-a como um ser biopsicossocial e espiritual.

Os CP assentam na valorização integral da pessoa, no respeito pela individualidade e dignidade humana. Trata-se de uma intervenção humanizada em que o cuidar vai para além de intervenções técnicas e científicas. Humanizar é reconhecer os direitos da pessoa, respeitar a sua individualidade, a sua dignidade, a sua autonomia e a sua subjetividade, sem esquecer de reconhecer o profissional enquanto ser humano, sendo a humanização de cuidados é uma componente fundamental dos CP.

Neste sentido, realizou-se o Estágio de Natureza Profissional (ENP) numa Unidade de Cuidados Paliativos (UCP) com o objetivo de desenvolver competências especializadas a nível técnico-científico, ético, humano e de investigação em enfermagem à pessoa em situação paliativa e família. O presente relatório contempla a descrição e análise crítico-reflexiva das atividades realizadas e as competências adquiridas ao longo do estágio

Das atividades desenvolvidas salienta-se a realização do estudo designado – “A Humanização De Cuidados De Enfermagem Numa Unidade De Cuidados Paliativos: Perspetiva Dos Enfermeiros” – cujos resultados principais, indicam que a humanização dos cuidados assenta na individualidade, singularidade e dignidade da pessoa, cuidados à família e na postura profissional do saber ser; ser disponível, é uma das práticas promotoras de humanização; as dificuldades e necessidades na implementação da humanização de cuidados estão essencialmente relacionadas com a formação específica.

Desenvolveram-se competências no domínio da gestão de cuidados e de formação, onde se salienta realização de formação em contexto de trabalho, denominada de “II Curso Básico de Cuidados Paliativos”; No domínio do cuidar da pessoa em situação paliativa e família, baseadas nas múltiplas atividades realizadas e experiências vividas, desenvolveram-se competências especializadas técnico-científicas, éticas e humanas atendendo às dimensões: gestão de sintomas, apoio à família, comunicação e o trabalho em equipa.

Em conclusão percebe-se a necessidade premente de se investir na formação base dos enfermeiros nas várias áreas inerentes aos CP, incluindo a humanização de cuidados.

Palavras-chave: Humanização de Cuidados; Cuidados Paliativos; Enfermagem.

ABSTRACT

The increase in average life expectancy leads to an increase of chronic and/or incurable and/or serious diseases, so development can be fatal. In this sense, people who suffer from this type of pathology are in a situation of vulnerability, suffering and, threat of death is a constant. In these circumstances, it is important to look at the ill person and their family in their multidimensionalities in order to promote comfort, well-being and quality of life. It is in this context that Palliative Care emerges, whose objective is to improve the quality of life of people in palliative situations and their families, considering them as biopsychosocial and spiritual beings.

Palliative Care is based on the integral appreciation of the person, respect for individuality and human dignity. It is a humanized intervention in which care goes beyond technical and scientific interventions. Humanizing is recognizing the the person's rights, respecting their individuality, dignity, autonomy and subjectivity, without forgetting to recognize the professional as a human being, and the humanization of care as a fundamental component of Palliative Care.

In this sense, a Professional Internship was carried out in a Palliative Care Unit, with the aim of developing specialized skills at a technical-scientific, ethical, human and research level in nursing for the person in palliative situation and family. This report includes the description and critical-reflective analysis of the activities carried out and the skills acquired throughout the internship of the activities developed, the study designated – “The Humanization of Nursing Care in a Palliative Care Unit: Nurses' Perspective” – whose main results indicate that the humanization of care is based on the individuality, uniqueness and dignity of the person, care for the family and the professional posture of knowing how to be; availability, are one of the practices that promote humanization; The difficulties and needs in the implementation of the humanization of care are essentially related to specific training undertaken.

Skills were developed in the field of care management and coaching, where training in a work context, called "II Basic Course of Palliative Care", stands out; In the field of caring for the person in palliative situation and family. Based on the multiple activities carried out and experiences lived, specialized technical-scientific, ethical and human skills were developed taking into account the dimensions: symptom management, family support, communication and teamwork.

In conclusion, there is an urgent need to invest in the basic training of nurses in the various areas inherent to Palliative Care, including the humanization of care.

Keywords: Humanization of Care; Palliative care; Nursing.

SIGLAS

CP – Cuidados Paliativos

EIHSCP – Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos

ENP – Estágio de Natureza Profissional

IPVC – Instituto Politécnico de Viana do Castelo

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SNS – Serviço Nacional de Saúde

UCP – Unidade de Cuidados Paliativos

SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS	II
PENSAMENTO	III
RESUMO	IV
ABSTRACT	VI
SIGLAS	VII
ÍNDICE DE FIGURAS.....	XI
ÍNDICE DE TABELAS.....	XI
INTRODUÇÃO	1
1. O PERCURSO ATÉ AO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS	5
2. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL E CONTEXTUAL DE CUIDADOS.....	8
2.1. A HUMANIZAÇÃO E A ENFERMAGEM ESPECIALIZADA EM CUIDADOS PALIATIVOS.....	8
2.2. ENFERMEIRO ESPECIALISTA E A HUMANIZAÇÃO DE CUIDADOS.....	12
2.3. CARACTERIZAÇÃO DO SERVIÇO – UNIDADE DE CUIDADOS PALIATIVOS	14
3. COMPETÊNCIAS EM INVESTIGAÇÃO EM SAÚDE– “A HUMANIZAÇÃO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM NUMA UNIDADE DE CUIDADOS PALIATIVOS: PERSPETIVA DOS ENFERMEIROS”	17
3.1. DA PROBLEMÁTICA AOS OBJETIVOS	17
3.2. TIPO DE ESTUDO.....	20
3.3. POPULAÇÃO E TERRENO DE PESQUISA	21
3.4. RECOLHA DE DADOS	23
3.5. TRATAMENTO DADOS.....	24
3.6. QUESTÃO ÉTICAS EM INVESTIGAÇÃO	25
3.7. APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS.....	26
3.8. DISCUSSÃO DE RESULTADOS	52
3.9. CONCLUSÃO DO ESTUDO	63
4. COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS DE ENFERMAGEM EM CUIDADOS PALIATIVOS	67

4.1 CUIDADOS DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADOS À PESSOA EM SITUAÇÃO PALIATIVA E FAMÍLIA.....	67
4.1.1. O Controlo de Sintomas da Pessoa em Situação Paliativa	68
4.1.2. Apoio à Família da Pessoa em Situação Paliativa.....	75
4.1.3. Comunicação em Cuidados Paliativos	77
4.1.4. Trabalho em Equipa em Cuidados Paliativos	79
4.2. ATIVIDADES E COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS NO DOMÍNIO DA FORMAÇÃO EM CONTEXTO DE TRABALHO	80
4.3. ATIVIDADES E COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS NO DOMÍNIO DA GESTÃO	83
CONCLUSÕES	85
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	88
ANEXOS	95
ANEXO I – ESCALA DE AVALIAÇÃO DE SINTOMAS DE EDMONTON (ESAS-R) .	95
ANEXO II – PALLIATIVE PERFORMANCE SCALE (PPSV2) PPS PT-VERSÃO PORTUGUESA/PORTUGAL: ESCALA DE AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO DO DOENTE EM CUIDADOS PALIATIVOS	96
ANEXO III – ESCALA DE ABBEY PARA AVALIAÇÃO DA DOR	97
APÊNDICES.....	98
APÊNDICE I – GUIÃO DA ENTREVISTA.....	98
APÊNDICE II – QUESTIONÁRIO SOCIOPROFISSIONAL	99
APÊNDICE III – CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO	100
APÊNDICE IV – AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO PARA A REALIZAÇÃO DO ESTUDO.....	103
APÊNDICE V – AUTORIZAÇÃO DA COMISSÃO DE ÉTICA PARA AS CIÊNCIAS SOCIAIS, DA VIDA E DA SAÚDE DO INSTITUTO POLITÉCNICO DE VIANA DO CASTELO	105
APÊNDICE VI – PARECER POSITIVO DA AUTORIZAÇÃO DA COMISSÃO DE ÉTICA PARA AS CIÊNCIAS SOCIAIS, DA VIDA E DA SAÚDE DO INSTITUTO POLITÉCNICO DE VIANA DO CASTELO PARA A REALIZAÇÃO DO ESTUDO ...	109

APÊNDICE VII – PLANO DE SESSÃO DA FORMAÇÃO: II CURSO BÁSICO DE CUIDADOS PALIATIVOS	111
APÊNDICE VIII – EXEMPLO DE CONVITE PARA OS FORMANDOS	126
APÊNDICE IX – CARTAZ DE DIVULGAÇÃO DA FORMAÇÃO: II CURSO BÁSICO DE CUIDADOS PALIATIVOS	127
APÊNDICE X – QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO GLOBAL DA FORMAÇÃO: II CURSO BÁSICO DE CUIDADOS PALIATIVOS	128

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Conceito de Humanização de Cuidados na Percepção dos Enfermeiros de uma UCP: Categorias e Subcategorias	52
Figura 2 – Conceito de Humanização de Cuidados na Percepção dos Enfermeiros de uma UCP: Categorias e Subcategorias	52
Figura 3 – Práticas Promotoras de Humanização de Cuidados de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa: Categorias e Subcategorias	55
Figura 4 – Dificuldades dos Enfermeiros na Execução de Práticas Promotoras de Humanização de Cuidados de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa: Categorias	58
Figura 5 – Necessidades dos Enfermeiros nas Práticas Promotoras de Humanização de Cuidados de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa, na Percepção de Enfermeiros de uma UCP: Categorias	60
Figura 6 – Sugestões dos Enfermeiros para a Melhoria da Humanização de Cuidados numa UCP: Categorias	62

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Caracterização Sociodemográfica da População	22
Tabela 2 – A percepção dos enfermeiros sobre a humanização de cuidados de enfermagem à pessoa em situação paliativa	27
Tabela 3 – Área Temática: Conceito de Humanização de Cuidados na Percepção dos Enfermeiros de uma UCP	29
Tabela 4 – Área Temática: Práticas Promotoras de Humanização de Cuidados de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa	33
Tabela 5 – Área Temática: Dificuldades dos Enfermeiros na Execução de Práticas Promotoras de Humanização de Cuidados de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa	41
Tabela 6 - Área Temática: Necessidades dos Enfermeiros nas Práticas Promotoras de Humanização de Cuidados de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa, na Percepção de Enfermeiros de uma UCP	46
Tabela 7 – Área Temática: Sugestões dos Enfermeiros para a Melhoria da Humanização de Cuidados numa UCP	49

INTRODUÇÃO

Em Portugal, o envelhecimento da população é uma realidade, sendo que a esperança de vida à nascença é de 81,17 anos, sendo 78,37 anos para os homens e 83,67 anos para as mulheres (Instituto Nacional de Estatística, 2024). Consequentemente a este aumento da esperança média de vida, há um aumento de doenças crónicas e/ou incuráveis e/ou graves, pelo que o seu desenvolvimento pode ser fatal. Segundo o Instituto Nacional de Estatística (2023), as primeiras sete causas de morte em Portugal: Doenças do Aparelho Circulatório (28,0%); Tumores Malignos (22,9%); Doenças Cerebrovasculares (9,2%); Doenças do Aparelho Respiratório (9,1%); Outras Doenças Cardíacas (7,1%); Doença Isquémica do Coração (5,5%); Perturbações Mentais e do Comportamento (5,2%).

As pessoas que sofrem deste tipo de patologia grave e incurável encontram-se em situação de vulnerabilidade, sofrimento e ameaça de morte é uma constante. Nestas circunstâncias a pessoa e a sua família têm necessidades específicas a nível físico, emocional, espiritual, social, as quais podem ser acauteladas pelos Cuidados Paliativos.

Segundo a Organização Mundial de Saúde,

“os cuidados paliativos são uma abordagem que melhora a qualidade de vida dos doentes (adultos e crianças) e das suas famílias que enfrentam problemas associados a doenças potencialmente fatais. Previne e alivia o sofrimento através da identificação precoce, correta avaliação e tratamento da dor e de outros problemas, sejam eles físicos, psicossociais ou espirituais.” (World Health Organization, 2023).

A Lei de Bases dos Cuidados Paliativos apresentada no Diário da República (2012, p. 5119) acrescenta que são “cuidados ativos, coordenados e globais (...) a doentes em situação em sofrimento decorrente de doença incurável ou grave, em fase avançada e progressiva, assim como às suas famílias (...)” pelo que estes cuidados são assegurados e: “(...) realizados por uma equipa multidisciplinar (...)” (Twycross, 2003, p. 16).

Em CP, a prática clínica não se restringe a tratar a doença, assenta na valorização integral da pessoa, no respeito pela individualidade e pela dignidade humana. Trata-se de uma intervenção humanizada em que o cuidar vai para além de intervenções técnicas e científicas. Tal como refere (Almeida et al., 2009), o termo humanizar é reconhecer os direitos da pessoa doente, respeitar a sua individualidade, a sua dignidade, a sua autonomia e a sua subjetividade, sem esquecer de reconhecer o profissional também enquanto ser humano, ou seja, pressupõe-se uma relação

sujeito/sujeito. Sendo que a humanização de cuidados é uma componente fundamental dos cuidados paliativos.

Os Cuidados Paliativos são explicitamente reconhecidos no direito humano à saúde. Devem ser fornecidos por meio de serviços de saúde centrados na pessoa e integrados, prestando uma atenção especial às necessidades e preferências específicas da pessoa doente e sua família/cuidador. Em Portugal, segundo o Relatório de Implementação do Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos Biénio 2021-2022, conseguimos aferir que a necessidade de recurso humanos das equipas locais de adultos, nomeadamente enfermeiros, é bastante considerável sendo necessário cerca de 355 enfermeiros para colmatar as necessidades nas diferentes tipologias (Equipas Intra-Hospitalares de Suporte de Cuidados Paliativos, Consulta Externa, Hospitalização Domiciliária, Unidade de Cuidados Paliativos e Equipa Comunitário de Suporte em Cuidados Paliativos) (R. Silva et al., 2023).

No sentido de melhorar e colmatar estas necessidades, é exigido aos profissionais de saúde para integrarem nas equipas especializadas em CP a formação pós-graduada mínima. No mínimo, o enfermeiro responsável pela equipa tem que apresentar o título profissional de Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área da Pessoa em Situação Paliativa, os restantes enfermeiros devem ter idealmente a avançada ou a pós-graduação. É importante salientar que a formação básica é essencial para que todos os profissionais de saúde possam identificar pessoas com necessidades paliativas, prestar-lhes cuidados básicos e referenciar atempadamente a equipas especializadas, sempre que necessário (R. Silva et al., 2024).

Os cuidados de enfermagem, assumem hoje uma maior relevância e exigência técnica e científica, sendo a diferenciação e a especialização, cada vez mais, uma realidade que abrange a generalidade dos profissionais de saúde, incluindo os enfermeiros. O Enfermeiro Especialista é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem, incluído a Médico-Cirúrgica (Diário da República, 2019).

O seu trabalho deve-se diferenciar pela aquisição de competências que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas. A Responsabilidade profissional, ética e legal; a Melhoria contínua da qualidade; a Gestão dos Cuidados e o Desenvolvimento das aprendizagens profissionais, são as competências que permitem dar resposta às dimensões da educação da pessoa doente e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança,

incluindo a responsabilidade de decodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante e pertinente, que permita avançar e melhorar de forma contínua a prática da enfermagem (Diário da República, 2019).

Face à da necessidade de enfermeiros especialistas na área dos CP e sendo enfermeira há 7 anos, a prática de cuidados e a minha realidade profissional despertaram em mim interesse em promover uma prática profissional mais competente e com a máxima excelência dos cuidados de enfermagem prestados à pessoa em situação paliativa, família e comunidade. A opção de frequentar no Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa foi essencial para dar resposta à necessidade de enriquecer o conhecimento e obter competências nos vários domínios, nomeadamente no científico, técnico e humano.

O mestrado mencionado integra diversas unidades curriculares e estágios, um dos quais o Estágio de Natureza Profissional. Este realizou-se numa Unidade de Cuidados Paliativos de uma instituição do Norte do país, que contemplou um total de 390h presenciais e 200h não presenciais para a elaboração do relatório. Com base nos objetivos de ensino de aprendizagem preconizados no ENP, pessoalmente foi definido como objetivo geral:

- Desenvolver competências especializadas a nível técnico-científico, ético, humano e de investigação em enfermagem à pessoa em situação paliativa e família.

Foram ainda definidos os seguintes objetivos específicos:

- Desenvolver competências em investigação na área de enfermagem em cuidados paliativos;
- Desenvolver competências na conceção, organização, planeamento, execução e avaliação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação paliativa e família, maximizando a qualidade de vida e diminuindo o sofrimento e sintomatologia inerente à situação de doença;
- Desenvolver competências em cuidados de enfermagem dirigidos à família;
- Desenvolver competências comunicacionais e relacionais na prestação de cuidados à família da pessoa em situação paliativa, apoiando no processo de luto;
- Desenvolver competências de trabalho em equipa, colaborando com outros membros da equipa de saúde e/ou serviços de apoio;
- Desenvolver competências na formação em contexto de trabalho;

- Desenvolver competências na gestão de cuidados.

Para a elaboração deste relatório, recorremos a uma metodologia de análise e reflexão sobre as práticas de cuidados e respetivo desenvolvimento de competências, pelo que se encontra organizado pela seguinte forma: O primeiro ponto refere-se ao meu percurso até ao desenvolvimento de competências especializadas. O segundo ponto diz respeito ao enquadramento conceptual e contextual, onde abordo o conceito de humanização de cuidados de enfermagem, a humanização de cuidados em Portugal, desenvolvo o papel do enfermeiro especialista na humanização de cuidados, evidencio a importância da humanização dos cuidados na área dos cuidados paliativos, exploro as dificuldades e carências na implementação destes cuidados e por fim, produzo a caracterização do contexto do presente estágio. O terceiro ponto refere-se ao desenvolvimento do estudo de investigação, concretizado através da realização de um estudo Qualitativo do Tipo Exploratório e Descritivo que versa a perceção dos enfermeiros sobre a humanização dos cuidados de enfermagem em cuidados paliativos. No quarto ponto apresenta-se as atividades realizadas e a reflexão acerca das competências desenvolvidas no domínio dos cuidados de enfermagem especializados, segundo os quatro pilares dos CP: controlo sintomático, apoio à família, comunicação e trabalho em equipa. É abordado, também, no domínio da formação e da gestão. Para finalizar apresenta-se a conclusão e em apêndice e anexo os documentos considerados relevantes nas diferentes atividades realizadas.

Para a construção do relatório foram utilizadas a norma proposta pela Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, no documento: “Normas para a Elaboração e Apresentação de Trabalhos Científicos”, realizado em 2021 (Graça et al., 2021) e a norma APA 7ª edição (Instituto Politécnico de Viana do Castelo, 2021).

1. O PERCURSO ATÉ AO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS

A reflexão sobre o nosso percurso desenvolvido desde o primeiro dia que somos enfermeiros até aos dias de hoje é essencial para a nossa evolução, seja pessoal ou profissional. O meu percurso como enfermeira desenvolveu-se maioritariamente na área da medicina interna, em que nos dias de hoje a prevalência de pessoas doentes com doenças crónicas e/ou incuráveis e/ou graves tem vindo a crescer. Neste sentido, vivenciámos por diversas vezes a aplicação do modelo biomédico de forma obstinada por médicos e enfermeiros, em que o olhar é focado na doença e descentralizado da pessoa e família descorando necessidades psicossociais e espirituais, as quais consideramos fundamentais para a compreensão integral das queixas e definição um plano de cuidados personalizado.

O enfermeiro é o profissional de saúde que está as 24 horas do dia na prestação direta de cuidados, o que nos permite conhecer melhor as condições da pessoa doente e sua família, no entanto, no momento da tomada de decisão sobre o plano de cuidados mais adequado às necessidades desta díade é a voz menos escutada. A opinião do enfermeiro raramente é tida em conta prevalecendo a decisão médica, deixando a nós, enfermeiros, um sentimento de exclusão/desvalorização.

Em Portugal os CP são conotados, por muitos, como cuidados em fim de vida, destinados apenas para pessoas que estejam a morrer, pois a morte ainda é um mistério, um tabu, e não vista como um processo natural, onde nascemos e também morremos. Esta visão tem uma forte influência da sociedade, da cultura e até dos próprios profissionais de saúde, que só referenciam as pessoas doentes para esta tipologia de cuidados quando já se encontram numa fase terminal/agónica da doença, onde já não há cura para a doença, onde “não há mais nada a fazer”.

Experienciar esta realidade, fez-me pensar que teria de mudar a minha intervenção, adotando uma postura mais proativa e em prol dos interesses da pessoa doente/família. É fundamental que os profissionais que trabalham na área, independentemente do papel desempenhado, tenham conhecimento dos princípios que devem orientar o seu desenvolvimento para todos contribuirmos para este longo caminho que ainda temos a percorrer com o intuito de atingir o ideal de acesso aos mesmos.

É igualmente essencial a formação especializada nas diferentes áreas, em que os CP não são exceção, para que possa haver a sensibilização destes cuidados especializados em diversos contextos clínicos.

Segundo o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, nas suas várias vertentes, mas focando-me apenas na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa, tem como competências:

“Cuidar da pessoa com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal dos seus cuidadores e familiares, em todos os contextos de prática clínica, aliviando o seu sofrimento, maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida;” e “Estabelece relação terapêutica com a pessoa com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal, e seus cuidadores/ familiares, proporcionando suporte no processo de adaptação às perdas sucessivas, à morte e no acompanhamento no luto” (Diário da República, 2018, p. 19360).

Neste contexto, e sabendo que o conhecimento é a base e a força das nossas ações e decisões, senti a necessidade de aprofundar e melhorar a minha atuação junto das pessoas doentes/família, elevando as minhas competências assim escolhi ingressar no Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa.

No decurso do mestrado, os estágios foram primordiais para o desenvolvimento de competências. No primeiro ano iniciei o desenvolvimento das competências dos cuidados especializados à pessoa em situação paliativa, no segundo ano o estágio permitiu consolidar essas mesmas competências, por vezes até de abordagens diferentes, mas não menos corretas. E permitiu também o desenvolvimento e consolidação de novas competências, como a formação, a gestão e a investigação.

O primeiro estágio: “Enfermagem em Cuidados Paliativos”, desenrolou-se numa Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP) e o segundo estágio: “Estágio de Natureza Profissional”, numa Unidade de Cuidados Paliativos, diria que as abordagens e a aplicação dos cuidados por si já diferem.

O facto de serem tipologias diferentes, possibilitou desenvolver competências e cuidados mais diretos e diferenciados em ambos os sítios, por um lado na EIHSCP temos um internamento mais curto e numa fase agudizada da sua doença/sintomatologia, o que me permitiu desenvolver e aperfeiçoar capacidades como rapidez de raciocínio, tomada de decisão e definição de prioridades, permitindo o desenvolvimento de competências a nível do controle de sintomas e depois sim, abordar de uma forma holística, integrando os cuidadores/família para os cuidados e para preparação e resolução dos problemas que se avizinham, permitindo desenvolvimento de competências como a comunicação e a escuta ativa, quer da pessoa doente e quer da própria família. Por outro lado, a UCP sendo um internamento de um mês, com possibilidade de extensão caso não se encontre estabilizados/resolvidas a situação pela qual foi integrado na unidade, permite uma abordagem mais holística e um

acompanhamento e relação mais próxima com a pessoa doente/família. Aqui, e tendo em conta ao tema do meu estudo, a humanização de cuidados, pode ser mais notória e até mais significativa para a experiência/vivência da pessoa doente/família naquele momento.

Como em tudo, e porque a procura pela melhoria/aperfeiçoamento das nossas capacidades/competências faz parte do nosso processo de crescimento pessoal e profissional, após refletir, sinto que no último estágio poderia ter desenvolvido mais competências na gestão de cuidados se tivesse mais contacto com o enfermeiro coordenador da instituição. O volume de trabalho que o enfermeiro coordenador da instituição apresentava, embora se demonstrasse sempre disponível a participar e a esclarecer dúvidas, foi uma condicionante ao desenvolvimento desta área. Assumo a minha timidez e o pouco à vontade para abordar mais vezes o enfermeiro coordenador, que acabou por atrapalhar o processo, assim aponto esta minha característica como um ponto a melhorar a nível individual.

2. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL E CONTEXTUAL DE CUIDADOS

Atualmente, a complexidade das necessidades em saúde, exige uma abordagem multidisciplinar da conceção de cuidados e alargada organização dos serviços de saúde. Em CP, particularmente há todo um enquadramento teórico-conceptual e contextual próprio que sustentam as práticas do cuidar. Neste sentido, de seguida apresentamos os principais conceitos inerentes ao desenvolvimento de competências que nos propusemos, bem como a caracterização do local onde realizámos estágio.

2.1. A HUMANIZAÇÃO E A ENFERMAGEM ESPECIALIZADA EM CUIDADOS PALIATIVOS

Os cuidados paliativos têm por base a premissa da humanização de cuidados. Trata-se de uma abordagem que considera, não apenas os aspetos físicos, mas também os emocionais, sociais e espirituais da pessoa doente e família. Neste sentido, ao longo do percurso de aquisição de competências em enfermagem à pessoa em situação paliativa, foi para nós fundamental aprofundar o conceito para assim nos apropriarmos dele.

Numa abordagem linguística, humanização vem do verbo humanizar, segundo o Dicionário Infopédia da Língua Portuguesa (n.d.), “é tornar humano, dar condição ou forma humana; é tornar mais adaptado aos seres humanos; tornar compreensivo, bondoso, sociável”. Para (Oliveira et al., 2006, p. 280),

“humanizar, significa distribuir de uma forma global e igualitariamente benefícios e resultados considerados propriedades sine qua non da condição humana tais como, dar atenção às necessidades básicas de subsistência, educação, segurança, justiça, trabalho, acesso à liberdade de associação, de pensamento e expressão, de ideologia política, de prática científica, arte, desporto, culto religioso e particularmente: o cuidado à saúde”.

Neste sentido, podemos falar que a humanização na enfermagem é o seu instrumento de trabalho: o cuidado, que “se caracteriza como uma relação de ajuda, cuja essência constitui-se em uma atitude humanizada” (Rizzotto, 2002, p. 197), apoiando o cuidado numa relação inter-humana (Corbani et al., 2009). O cuidar é usar a própria humanidade para assistir a do outro – considerando-o como um ser único, composto de um corpo, de mente vontade e emoção, com um coração consciente e um espírito presente – é uma atividade muito humana que visa promover o bem-estar do ser fragilizado, é parte integrante da vida, sem este cuidado o ser humano não conseguiria sobreviver. É uma relação de afetividade que se configura numa atitude de

responsabilidade, atenção, preocupação e envolvimento com o cuidador e o ser cuidado (Corbani et al., 2009; M. A. Fernandes et al., 2013).

Humanizar é, ainda, garantir à palavra a sua dignidade ética, ou seja, quer o sofrimento humano, as percepções de dor ou de prazer para serem humanizadas precisam que as palavras proferidas pelo ser cuidado sejam reconhecidas pelo cuidador, assim como vice-versa. Isto é, sem comunicação não há humanização. A humanização depende da capacidade de falar e de ouvir – o diálogo permite que as coisas se tornem humanas – pois viabiliza as relações e interações humanas, permitindo conhecer o outro, compreendê-lo e atingir o estabelecimento de metas conjuntas que possam proporcionar o bem-estar recíproco (Oliveira et al., 2006).

Apesar dos diferentes conceitos de humanização, todos eles assentam no respeito pelo princípio da dignidade da pessoa humana. Deste modo, humanizar “poderá ser, então, respeitar a pessoa doente como ser humano, independente da sua idade, “privatizar” o seu espaço e os cuidados a ela prestados, desde a sua admissão no hospital até a sua alta” (Tiny, 2010, p. 16).

Assim sendo, a humanização, requer um processo reflexivo acerca dos valores e princípios que orientam a prática profissional, pressupondo, além de um tratamento e cuidado digno, solidário e acolhedor por parte dos profissionais da saúde ao seu principal objeto de trabalho – a pessoa doente/ser fragilizado – uma nova postura ética que permeie todas as atividades profissionais e processos de trabalho institucionais (Backes et al., 2006).

Em Portugal, a organização e o funcionamento dos cuidados de saúde prestados pelo Serviço Nacional de Saúde (SNS) têm vindo a acrescentar à melhoria cumulativa da qualidade técnica e científica, a preocupação com a centralidade da pessoa, sejam pessoas doentes do SNS ou os seus profissionais, assim como a sua preocupação também se estende aos espaços destinados à prestação de cuidados de saúde. Esta permite a imposição e a capacitação para o exercício de práticas éticas, deontológicas, técnicas e científicas, para uma consequente melhoria da qualidade, eficácia e eficiência do SNS. Pelo que requer o desenvolvimento e aprofundamento da humanização dos cuidados de saúde no SNS. A preocupação com o reforço da humanização dos cuidados de saúde é o resultado de uma exigência maior por parte dos cidadãos em geral e das pessoas doentes, como também dos profissionais de saúde quando valorizam a dimensão humana presente na prestação de cuidados de saúde e o valor desta dimensão para o bem-estar das pessoas (Serviço Nacional de Saúde, 2024).

Neste sentido, nasce a Comissão Nacional para a Humanização dos Cuidados de Saúde no SNS (2024, p. 1), onde defende que

“uma humanização efetiva tem de permear todos os processos de prestação de cuidados nos seus diversos níveis, nos atos de acolher, cuidar, diagnosticar, comunicar e tratar. Valoriza o ser humano e respeita a dignidade intrínseca da pessoa humana. Expressa-se como atitude que valoriza a individualidade e personalidade do utente ou doente, a sua diferença e o seu momento, para além do cuidar e do tratar, ainda que estes sigam o melhor da técnica, da ciência e da “arte médica”. O tratar e o cuidar humanizados contrapõem-se ao reducionismo que pode exorbitar no cuidado com a doença e passar ao lado da pessoa doente”.

A sua missão primordial consiste na promoção e valorização da humanização nos cuidados de saúde prestados, no relacionamento das instituições de saúde com as pessoas doentes e profissionais e no relacionamento destes nos níveis interpessoal e interprofissional. Tem como pilares de ação:

- “o respeito pela dignidade da pessoa;
- o reconhecimento da individualidade, humanidade e singularidade de cada utente e de cada profissional, com correlativo respeito pela autonomia, intimidade, crenças, valores, sentimentos, estados emocionais e circunstâncias pessoais;
- o reconhecimento da centralidade da pessoa e da pessoa doente em todas as ações do âmbito da saúde;
- a vulnerabilidade da pessoa doente, em termos de equilíbrio emocional e/ou físico;
- a relevância da empatia, escuta ativa e compaixão no relacionamento dos profissionais de saúde com os utentes e entre si;
- a relevância da adequação e das condições dos espaços físicos à tipologia dos cuidados de saúde prestados;
- a relevância da disponibilidade de recursos humanos e materiais em número e qualidade ajustados às necessidades” (Serviço Nacional de Saúde, 2024, p. 3)

A Humanização dos Cuidados é essencial em todas as áreas de saúde, no entanto há uma área que pelas suas especificidades e em forma de dar resposta a uma necessidade tem outro ónus – os Cuidados Paliativos – são um exemplo de humanização de cuidados. Trabalhar em CP requer uma perspetiva que valorize totalmente a pessoa, e que considere a morte como um processo biológico, ao mesmo tempo biográfico. Não considerar a morte como um fracasso, mas como um processo natural que faz parte da vida. Só a partir deste princípio, podemos compreender e

responder à complexidade do caminho que percorrem os doentes terminais. Neste sentido, podemos considerar que os CP são a melhor forma de otimizar a qualidade de vida da pessoa doente e dos seus familiares face aos problemas inerentes à doença, sendo que estes cuidados são essenciais para a melhoria da qualidade de vida e de bem-estar. Ser doente é ser pessoa, pelo que estes cuidados reforçam a sua dignidade, pois são centrados na pessoa (Vargas, 2021).

A intervenção dos CP pretende dar resposta a um conjunto de necessidades determinadas pelo sofrimento na doença avançada e pelas múltiplas perdas que essa determina, e não com base num qualquer prognóstico ou diagnóstico. A pessoa em sofrimento, considerando-o em todas as suas dimensões, é o centro que mobiliza as ações e que deve orientar os planos de cuidados individualizados a cada pessoa doente. Refletindo entre a perspetiva de interação da humanização e os cuidados paliativos conclui-se que humanizar é responder às necessidades das pessoas. Os cuidados paliativos (na sua plenitude) serão humanizados e de excelência, dando assim resposta às diversas necessidades das pessoas com doença grave, avançada e irreversível (Neto, 2021).

Desenvolver cuidados de enfermagem assentes na filosofia da humanização, nem sempre se verifica nas práticas em saúde. Nas práticas clínicas assentes num cuidar tradicionalmente biomédico, identificar, adotar e mudar para um cuidar humanizado nem sempre é fácil.

Algumas das barreiras que comprometem a aplicação de cuidados humanizados descritas por Filha et al. (2025), é a sobrecarga das equipas de saúde e a falta de recursos materiais. Uma vez que há uma preocupação com as condições de higiene, segurança e privacidade durante a humanização, torna-se importante que os profissionais da área da saúde exigem essas mesmas condições para a sua prática (Tiny, 2010).

Oliveira (2006), refere que aceita e reconhece que na área da saúde e nas suas práticas, subsistem sérios problemas e carências de muitas condições exigidas pela definição da conceção, organização e implementação do cuidado da saúde da humanidade. Existe em muitos locais o problema de falta de condições técnicas, seja de capacitação, seja de materiais, e torna-se desumanizado pela má qualidade, resultante no atendimento e na sua baixa resolubilidade. Isto leva também, à desumanização na medida em que os profissionais e os usuários se relacionem de forma desrespeitosa, impessoal e agressiva, piorando a situação já precária. Neste sentido, e de modo a humanizar os cuidados, é igualmente importante dar lugar à palavra do usuário como dos profissionais de saúde, de forma que através do diálogo se pense e promova ações, campanhas, programas e políticas assistenciais a partir da

dignidade ética da palavra, do respeito, do reconhecimento mútuo e da solidariedade (Oliveira et al., 2006). Segundo, Vaz et al. (2024), referem que existem estudos que demonstram que a adoção de práticas humanizadas, como comunicação empática, respeito à autonomia da pessoa doente e o envolvimento ativo na tomada de decisões relacionadas ao tratamento, resulta numa série de melhorias na saúde da pessoa doente.

Outra situação que dificulta a implementação da humanização de cuidados é que o próprio contato direto com o ser humano coloca o profissional de saúde diante de sua própria vida, saúde ou doença, dos próprios conflitos e frustrações. Se ele não tiver contacto com esses fenómenos correrá o risco de desenvolver mecanismos rígidos de defesa, que podem prejudicá-lo tanto na área profissional como pessoal. Os profissionais de saúde estão sujeitos, na sua prática, a tensões proveniente de várias fontes como: contato frequente com a dor e o sofrimento, com doentes terminais, receio de cometer erros, contato com pessoas doentes difíceis. Portanto, cuidar de quem cuida é condição *sine qua non* para o desenvolvimento de projetos e ações em prol da humanização de cuidados (Oliveira et al., 2006).

Para a melhoria da humanização dos cuidados, deve ter como objetivos: a contratação de profissionais em número suficiente para atender à demanda da população, aquisição de novos equipamentos médico-hospitalares, abertura de novos serviços, melhoria dos salários, das condições de trabalho e da imagem do serviço público de saúde junto à população (Oliveira et al., 2006).

Em suma, parte dos problemas para a não humanização dos cuidados são conhecidos. Acreditamos que o enfermeiro especialista em enfermagem à pessoa em situação paliativa enquanto parte integrante da equipa multidisciplinar da saúde terá sempre um papel preponderante na transição para um cuidar cada vez mais humanizado na saúde em geral e nos cuidados paliativos em particular.

2.2. ENFERMEIRO ESPECIALISTA E A HUMANIZAÇÃO DE CUIDADOS

Os enfermeiros e todos os outros profissionais de saúde devem ter uma sensibilidade para cuidar a pessoa com solidariedade e ética. Para tal, é imprescindível que o enfermeiro desenvolva aspetos essenciais para a sua conduta de atuação (A. R. S. e Silva, 2012). No parecer de Domingues (1996, p. 7), o enfermeiro

“deve tentar estabelecer uma relação empática, serena e comunicativa (...); além da competência científica, técnica e ética deve ter uma autoestima serena, confiante e harmoniosa (...); deve cultivar o equilíbrio emocional e desenvolver motivações positivas, (...) o espírito de disponibilidade e de atitudes positivas e

realistas; (...) é essencial a autorrealização, atualizando capacidades, (...) afinar a própria filosofia de vida (...) e aprender a racionalizar e otimizar os métodos de trabalho (...).”.

Reforçando esta ideia, é importante que o papel do enfermeiro passe por ajudar a enfrentar a doença, no entanto, deve manter e promover a independência, autonomia, liberdade de escolha e decisão da pessoa doente. Similarmente a Ordem dos Enfermeiros, no artigo 89º do seu Código Deontológico, faz referência à humanização dos cuidados como:

“o enfermeiro, sendo responsável pela humanização dos cuidados de enfermagem, assume o dever de: dar, quando presta cuidados, atenção à pessoa como uma totalidade única, inserida numa família e numa comunidade; Contribuir para criar o ambiente propício ao desenvolvimento das potencialidades da pessoa” (Ordem dos Enfermeiros, 2015, p. 78).

A pessoa humana é sujeita de direitos e deveres, pelo que ao passar por um processo de doença, estes não devem ser perdidos nem diminuídos, pois a pessoa doente é uma pessoa e, como tal, deve ser tratada de forma humanizada. Neste sentido, podemos verificar a obrigatoriedade desta conduta nos princípios gerais de atuação do Código Deontológico do Enfermeiro, que refere no seu artigo 90º que “as intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro” (Ordem dos Enfermeiros, 2013, p. 148). O artigo 81º, relativo aos valores humanos, diz-nos que

“o enfermeiro, no seu exercício, observa os valores humanos pelos quais se regem o indivíduo e os grupos em que este se integra e assume o valor de: Cuidar da pessoa sem qualquer discriminação (...); salvaguardar os direitos das crianças (...); respeitar e fazer respeitar as opções políticas, culturais, morais e religiosas da pessoa e criar condições para que ela possa exercer, nestas áreas, os seus direitos” (Ordem dos Enfermeiros, 2013, p. 91).

Como futura enfermeira especialista, no Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista não lhe é reconhecido apenas competências científica e técnicas, mas também humanas na prestação de cuidados de enfermagem especializados. Baseando-se numa prática ciente no respeito dos direitos humanos, fomentando o respeito pelo direito da pessoa doente à privacidade, assegurando o respeito à escolha e à autodeterminação. Assegura também, o respeito pelos valores, costumes, as crenças espirituais e as práticas específicas dos indivíduos e grupos. Tem um papel importante ao gerar na equipa práticas de cuidados promovendo a segurança, a privacidade e a dignidade da pessoa doente (Diário da República, 2018).

2.3. CARACTERIZAÇÃO DO SERVIÇO – UNIDADE DE CUIDADOS PALIATIVOS

Na percepção das dinâmicas estruturais e organizacionais dos serviços, a sua caracterização é essencial de modo a perceber as metodologias de trabalho. Neste sentido, este capítulo remete aos conceitos da estrutura organizacional e física do local de estágio.

O presente estágio, intitulado de Estágio de Natureza Profissional, realizou-se na Unidade de Cuidados Paliativos, situada na região Norte do país. A instituição referida encontra-se inserida na Rede Nacional de Cuidados Continuados e Integrados, em que a sua prestação de cuidados de saúde e apoio social estende-se a três tipologias de internamento: a Unidade de Longa Duração e Manutenção, com 28 camas de internamento, em quartos duplos; Unidade de Convalescença, com 14 camas de internamento em quartos duplos; Unidade de Cuidados Paliativos, com 15 camas de internamento, sendo que 14 camas são de internamento em quartos duplos e uma cama em internamento de quarto individual) (Castro, 2017).

A instituição apresenta como missão a prestação de cuidados de saúde e apoio social humanizados, a pessoas que, independentemente da idade se encontrem em situação de dependência temporária ou permanente, com excelência técnica e rigor científico. Quanto aos princípios pelos quais rege a instituição, são os seguintes:

“afirmação da vida e do valor intrínseco de cada pessoa; considerando a morte como processo natural que não deve ser prolongado através da obstinação terapêutica; aumento da qualidade de vida do utente e sua família; prestação individualizada, humanizada, tecnicamente rigorosa, de cuidados paliativos aos utentes que necessitem deste tipo de cuidados; multidisciplinariedade e interdisciplinaridade na prestação de cuidados paliativos; conhecimento diferenciado da dor e dos demais sintomas; consideração pelas necessidades individuais dos utentes; respeito pelos valores, crenças e práticas pessoais, culturais e religiosas; continuidade dos cuidados ao longo da doença” (Castro, 2017, p. 7).

No que diz respeito aos valores da instituição são: a humanização dos cuidados; a ética assistencial; o envolvimento da família; o rigor e transparência; a continuidade e proximidade de cuidados; a qualidade e eficiência; a multidisciplinaridade e interdisciplinaridade (Castro, 2017).

A UCP constitui-se, segundo o artigo nº 19 do Decreto-Lei nº 101/2006, como uma unidade de internamento para acompanhamento, tratamento e supervisão clínica a doentes em situação clínica complexa e de sofrimento, decorrentes de doença severa e ou avançada, incurável e progressiva, com a finalidade de prestar cuidados médicos

diários e de enfermagem permanentes (incluindo a prescrição e administração de fármacos), deve disponibilizar a possibilidade de realizar exames complementares de diagnóstico laboratoriais e radiológicos, deve assegurar cuidados de fisioterapia e de consulta e acompanhamento e avaliação de pessoas doentes internados em outros serviços ou unidades, como também realizar o acompanhamento e apoio psicossocial e espiritual, realizar atividade de manutenção, permitir o convívio e o lazer e realizar a manutenção da higiene, conforto e alimentação das pessoas doentes, conforme se encontra descrito no artigo nº 20 do Decreto-Lei nº 101/2006 (Diário da República, 2006).

A equipa da UCP é composta por uma equipa multidisciplinar: 5 médicos (em que apenas 1 tem a especialidade em CP); 28 enfermeiros (sendo que apenas 1 tem a especialidade em CP e outra enfermeira a frequentar o Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa); 1 assistente social; 1 psicóloga; 1 terapeuta da fala; 1 terapeuta ocupacional, 1 nutricionista, 1 assistente espiritual e 1 animadora.

Sendo uma unidade de internamento, parte das rotinas passam primeiramente pela passagem de turno da equipa de enfermagem. Este momento é de extrema importância, pois permite assegurar a continuidade de cuidados, através da transmissão verbal de informação, no sentido de promover a melhoria contínua da qualidade de cuidados, como também permite haver um momento de análise e reflexão das práticas e simultaneamente de formação em serviço/em situação (Ordem dos Enfermeiros, 2017). É um momento de partilha de informação clínica da pessoa doente, da sua evolução, definição das suas necessidades de modo a priorizar os cuidados. Permite, também, a partilha de gostos e peculiaridades daquela pessoa doente/família, de modo a que os cuidados fossem de encontro dos gostos dos mesmos, humanizando assim os cuidados.

Para além da passagem de turno entre os enfermeiros, uma das enfermeiras (normalmente a que se encontrava mais tempo pelos paliativos) ficava responsável por anotar todas as condições clínicas das pessoas doentes para posteriormente transmitir essa informação ao médico, de forma que fossem realizadas as observações médicas necessárias e posteriormente efetuadas as alterações terapêuticas necessárias. Neste momento também se definia a necessidade de realizar conferências familiares, onde se realizava o levantamento dos assuntos necessários a abordar, assim como estabelecer possíveis novas metas e ajustar o plano de cuidados da pessoa doente para serem discutidos na conferência familiar.

Pelo que pude observar ao longo deste estágio, são notórias as vantagens da existência de uma UCP pois permite um melhor controlo sintomático e fornecer o apoio devido à pessoa doente/cuidador/família, possibilitando muitas das vezes que os

próprios cuidadores/familiares não entrem em exaustão pelos cuidados, assim como se sentem depois mais preparados e capazes de cuidar daqueles que precisam deles.

Ainda, foi possível perceber que, através da existência desta unidade, garante-se satisfazer com facilidade os desejos da pessoa em situação paliativa.

Para iniciar o presente estágio, de modo a desenvolver as competências necessárias e ao mesmo tempo ir de encontro aos objetivos da Unidade de Cuidados Paliativos realizámos um diagnóstico de necessidades. Uma das estratégias utilizadas foi reunir com o Enfermeiro Coordenador da instituição, no início do estágio para perceber quais as necessidades da unidade. As áreas por ele identificadas, foram: a espiritualidade, os sistemas de informação/registos e a humanização de cuidados. Após análise dessas necessidades conjugadas com as nossas necessidades e interesse de aprendizagem decidimos desenvolver a área da humanização de cuidados. Neste sentido, decidimos realizar um estudo de investigação sobre percepção dos enfermeiros sobre humanização em cuidados paliativos, convictos que trará contributos de boas práticas e de ferramentas necessárias a serem aplicadas para desenvolver a humanização dos cuidados na Unidade de Cuidados Paliativos em causa.

3. COMPETÊNCIAS EM INVESTIGAÇÃO EM SAÚDE– “A HUMANIZAÇÃO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM NUMA UNIDADE DE CUIDADOS PALIATIVOS: PERSPETIVA DOS ENFERMEIROS”

A investigação em Enfermagem é uma ferramenta cada vez mais fundamental para o desenvolvimento, a avaliação e a expansão do conhecimento científico em Enfermagem.

Visa o progresso da enfermagem em particular e da saúde em geral, pois contribui para a melhoria e evolução da prestação dos cuidados de enfermagem, desde a promoção de saúde, a prevenção da doença, o cuidado à pessoa durante o seu ciclo vital, seja nos problemas de saúde sejam nos processos de vida, ou até mesmo visar uma morte digna e serena (Ordem dos Enfermeiros, 2006).

No Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (2019), o enfermeiro especialista tem o papel de consolidar os processos de tomada de decisão e as intervenções em conhecimento válido, atual e pertinente, assumindo-se como facilitador nos processos de aprendizagem e agente ativo no campo da investigação. Neste sentido, deve investigar e colaborar em estudos de investigação de forma a contribuir para o conhecimento novo e para o desenvolvimento da prática clínica especializada.

Deste modo, enquanto futura enfermeira mestre e especialista definimos como objetivo para este estágio: Desenvolver competências em investigação na área de enfermagem em cuidados paliativos.

O presente capítulo encontra-se estruturado em nove subcapítulos: Da Problemática aos Objetivos, onde para além da justificação da problemática e dos objetivos, também será abordada a questão de investigação e a finalidade do estudo; Tipo de Estudo; População e Terreno de Pesquisa; Recolha de Dados; Tratamento de Dados; Questões Éticas em Investigação; Apresentação de Resultados; Discussão de Resultados e Conclusão do Estudo.

3.1. DA PROBLEMÁTICA AOS OBJETIVOS

A Humanização dos Cuidados de Enfermagem, torna-se especialmente importante na áreas dos CP pois, normalmente as pessoas referenciadas para estes cuidados encontram-se numa situação de maior fragilidade e vulnerabilidade da sua saúde/doença, sendo que a personalização dos cuidados devem carecer da nossa parte uma maior atenção, pois existem muitas vezes, temas a abordar com a pessoa doente/família bastante sensíveis, como a perda de autonomia, a perda de capacidades como comer, falar, fazer os seus hobbies, assim como abordar a morte e o luto de quem fica.

Apesar da humanização dos cuidados de enfermagem serem um direito da pessoa doente, onde estes cuidados deveriam estar intrínsecos aos nossos cuidados, mas na realidade e com as realidades das diversas instituições de saúde e serviços, nem sempre o nosso desejo, a nossa vontade de desenvolver cuidados humanizados é possível.

No meu caso, como tenho experiência quer em trabalhar na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), quer em hospitais particulares, quer em hospitais públicos, consigo identificar bastantes diferenças no que diz respeito à aplicação da humanização de cuidados. Embora os hospitais particulares tenham melhores condições estruturais, permitindo às pessoas doentes terem um quarto individual, escolher a ementa, por exemplo, quem gere/lidera estes hospitais a sua visão incide muito na poupança de recursos humanos e materiais, o que provoca um esforço e ginástica maior por parte do profissional para conseguir dar resposta aos cuidados de excelência e necessidades das pessoas doentes/família, que os próprios gestores/líderes exigem neste tipo de hospitais. Quanto à RNCCI, muitas vezes podemos verificar que o mais notório é realmente o rácio de enfermeiros por pessoas doentes, pois as verbas que o estado disponibiliza para a gestão destas unidades é realmente escasso para suprir todas as necessidades apresentadas. Nos hospitais públicos, é um misto de sentimentos, por vezes não há a estrutura, ou recursos materiais, outras vezes não há realmente tempo pelos rácios praticados, que mesmo sendo serviços da mesma tipologia, este pode diferenciar de hospital para hospital, de enfermeiro gestor de serviço, para enfermeiros gestor.

O papel dos enfermeiros que se encontram na prestação direta dos cuidados, tem o dever de demonstrar a pertinência da humanização dos cuidados de enfermagem, e demonstrar os ganhos que podem surgir, principalmente no bem-estar da pessoa doente/família, assim como na melhor adesão aos cuidados quer por parte da pessoa doente, quer por parte da família – evitando assim, muitas vezes, descompensações por falta de adesão terapêutica.

Como para todas as áreas da saúde existentes, assim como para todos os profissionais de saúde, incluindo os enfermeiros, as práticas de cuidados prestados centrados na pessoa doente/família tornam-se mais sensíveis às suas necessidades físicas, emocionais e sociais, o que contribui para uma humanização do cuidado mais completa e eficaz (Santos, 2021). Essa prática permite que o cuidado seja holístico, levando em consideração a pessoa doente como um ser integral e único, o que tem demonstrado um impacto positivo na recuperação das pessoas doentes (Vaz et al., 2024).

O interesse pela humanização dos cuidados de enfermagem surge a partir da observação de que muitos processos de cuidados ainda seguem o modelo biomédico

tradicional, centrado no tratamento, sem a participação ativa da pessoa doente como parte integrante do processo (Espinosa, 2022).

Conforme o supramencionado consideramos bastante pertinente investigar sobre o assunto que permita obter a reflexão sobre as intervenções/cuidados dos enfermeiros à pessoa em situação paliativa e família, possibilitando aos coordenadores/gestores/líderes desta tipologia de serviço/unidade avaliar as necessidades de recursos (sejam humanos, materiais e estruturais) de modo a promover e melhorar a excelência dos cuidados realizados – nascendo, assim, a necessidade de desenvolver o tema da humanização dos cuidados de enfermagem numa UCP.

A elaboração de um estudo de investigação exige que o investigador escolha um tema preciso e claro a investigar. De forma a ajudar o investigador a expressar claramente o que procura entender, existem as perguntas de partidas e orientadoras que são inerentes ao processo de investigação. Fortin (2003, p. 48), diz-nos que “qualquer investigação tem por ponto de partida uma situação considerada como problemática, isto é, que causa mal-estar, uma irritação, uma inquietação, e que, por consequência, exige uma explicação ou pelo menos uma melhor compreensão do fenómeno observado”.

Neste sentido, e de forma a dar resposta a uma preocupação pessoal e profissional, surge a problemática da humanização dos cuidados de enfermagem, pois tendo em conta a minha experiência profissional ainda estamos muito voltados para a execução de tarefas, dando ênfase à parte técnica, sendo que a parte da relação com a pessoa doente/família acaba por ser descuidada o que leva à prestação de cuidados parciais e despersonalizados.

Neste contexto, emerge a seguinte questão de investigação: “Como percecionam a humanização de cuidados os enfermeiros de uma unidade de cuidados paliativos?”. Por forma orientar o estudo, partindo da questão de investigação é necessário definir os objetivos pois, segundo Fortin (2003), o objetivo de um estudo permite orientar a investigação, indicando o seu porquê. O objetivo é “... um enunciado que indica claramente o que o investigador tem intenção de fazer no decurso do estudo” (Fortin, 2003, p. 40). Assim, para esta investigação definimos como objetivo geral: Analisar a perceção dos enfermeiros sobre a humanização de cuidados de enfermagem à pessoa em situação paliativa.

E definidos os seguintes objetivos específicos:

- Conhecer a perceção dos enfermeiros sobre o conceito de humanização de cuidados de enfermagem;

- Conhecer a percepção dos enfermeiros sobre práticas promotoras de humanização de cuidados de enfermagem à pessoa em situação paliativa;
- Conhecer a percepção dos enfermeiros sobre dificuldades sentidas na implementação de práticas promotoras de humanização de cuidados de enfermagem à pessoa em situação paliativa;
- Conhecer a percepção dos enfermeiros sobre necessidades sentidas na implementação de práticas promotoras de humanização de cuidados de enfermagem à pessoa em situação paliativa;
- Identificar sugestões dos enfermeiros para a melhoria de práticas promotoras de humanização de cuidados de enfermagem à pessoa em situação paliativa.

3.2. TIPO DE ESTUDO

Uma vez que o presente estudo pretende conhecer a percepção dos enfermeiros sobre a humanização de cuidados, num contexto particular como os cuidados paliativos, optou-se pelo estudo qualitativo do tipo exploratório e descritivo.

As investigações qualitativas fazem parte do paradigma naturalista (ou interpretativo). Este está associado a uma

“concepção holística do estudo dos seres humanos, concepção saída de um certo número de crenças que orientam todo o processo. Este paradigma encerra a crença de que existem várias realidades. Cada realidade é baseada nas percepções dos indivíduos e muda com o tempo... numa determinada situação ou para um contexto particular” (Fortin et al., 2009, p. 31).

Nas investigações qualitativas tendem a salientar o sentido ou a significação que o fenómeno estudado tem para os indivíduos. Estes fenómenos são únicos e não previsíveis e o foco é a compreensão total deste mesmo fenómeno estudado. Assim, o investigador escolhe o fenómeno, no sentido de estudar em profundidade, no seu conjunto, criando ligações entre as várias ideias de modo a contruir uma nova realidade que faça sentido para os indivíduos que vivem o fenómeno estudado (Fortin et al., 2009). O objetivo das investigações qualitativas é “descobrir, explorar, descrever fenómenos e compreender a sua essência. Mais precisamente, o objectivo é considerar os diferentes aspectos do fenómeno do ponto de vista dos participantes, de maneira a poder, de seguida, interpretar este mesmo fenómeno no seu meio” (Fortin et al., 2009, p. 32).

De modo a perceber a complexidade das percepções dos enfermeiros desvendadas pela investigação desta problemática, e quais os fatores que implicam esta complexidade,

optou-se por ser um estudo exploratório. Segundo Polit et al. (2004, p. 34) “a pesquisa exploratória investiga a sua natureza complexa e os outros fatores com os quais ele está relacionado”.

O estudo é ainda descritivo tendo em conta que o estudo pretende conhecer o conceito de humanização de cuidados, as intervenções, necessidades e dificuldades sentidas pelos enfermeiros na implementação da humanização de cuidados. Os desenhos descritivos permitem identificar as características de um fenómeno de forma a obter uma visão geral de uma situação ou de uma população, consiste em querer descrever um conceito relativo a uma população, seja em estudar um caso ou identificar as características de uma população no seu conjunto. Ou seja, fornece informação sobre as características de pessoas, de situações, de grupos ou de acontecimentos. Este tipo de estudo é baseado em questões de investigação ou objetivos (Fortin et al., 2009).

3.3. POPULAÇÃO E TERRENO DE PESQUISA

Para a realização de uma investigação é indispensável seleccionar a população alvo, esta é “um grupo de pessoas ou de elementos que têm características comuns” (Fortin et al., 2009, p. 69). Sendo que a população alvo definida para o presente estudo são Enfermeiros numa Unidade de Cuidados Paliativos.

A equipa de enfermagem da unidade onde se desenvolveu o ENP é constituída por 28 elementos. Em que o regime de trabalho varia entre contrato individual de trabalho e prestação de serviços, sendo que o número de enfermeiros nesta circunstância é de 12 e 16, respetivamente.

Para obter o grupo de participantes, foram determinados critérios e características que se pretende encontrar nos elementos da amostra (Fortin et al., 2009). Para o estudo definimos os seguintes critérios de inclusão: Experiência em Cuidados Paliativos superior a 1 anos; Carga horária na Unidade de Cuidados Paliativos seja superior e/ou igual a 20 horas semanais.

Os participantes do estudo foram obtidos por amostragem não probabilística accidental ou de conveniência, a qual se define como sendo constituída “por indivíduos facilmente acessíveis e que respondem a critérios de inclusão precisos...permite escolher indivíduos que estão no local certo e no momento certo.” (Fortin et al., 2009, p. 321).

Para o recrutamento dos participantes realizou-se um pedido da listagem dos enfermeiros da Unidade de Cuidados Paliativos ao Enfermeiro Coordenador. Após análise da listagem, e aplicados os critérios de inclusão, os enfermeiros seleccionados foram contactados, apresentado o estudo pedindo-lhes a sua participação. De todos os

contactados todos aceitaram, aos quais solicitamos o respetivo consentimento formal, marcando a data e hora da entrevista.

No estudo participaram 10 enfermeiros, sendo a sua maioria do género feminino (n=9), sendo apenas um participante do género masculino. A média de idades dos participantes é de aproximadamente 32 anos, sendo que o mais novo tinha 26 anos e o mais velho 49 anos. Quanto ao estado civil, a maioria dos participantes é solteiro (n=5), havendo três casados e apenas um em união de facto e divorciado. Todos apresentavam apenas a Licenciatura de Enfermagem, assim como todos apresentavam como formação específica em CP o Curso Básico de Cuidados Paliativos, no entanto, uma das participantes encontrava-se a frequentar o Mestrado de CP. A experiência profissional vai desde os 3 aos 27 anos, sendo a média cerca de 9 anos. Relativamente ao tempo de exercício profissional na área dos CP a média é de 3,25 anos e varia entre 1 e 6 anos (Tabela 1).

Tabela 1 – Caracterização Sociodemográfica da População

Entrevistado	Idade	Género	Estado Civil	Habilitações Académicas	Formação Específica em CP	Tempo de Exercício Profissional (anos)	Tempo de Exercício Profissional na área de CP (anos)
E1	30	Fem.	Divorc.	Licenciatura	CBCP	3	2
E2	37	Fem.	União Facto	Licenciatura	CBCP	13	6
E3	49	Fem.	Casada	Licenciatura	CBCP	27	2
E4	26	Fem.	Solteira	Licenciatura	CBCP (a frequentar mestrado de CP)	4	4
E5	28	Fem.	Solteira	Licenciatura	CBCP	7	5
E6	37	Fem.	Casada	Licenciatura	CBCP	6	4
E7	27	Masc.	Solteiro	Licenciatura	CBCP	3	2,5
E8	34	Fem.	Casada	Licenciatura	CBCP	9	3
E9	36	Fem.	Solteira	Licenciatura	CBCP	12	1
E10	28	Fem.	Solteira	Licenciatura	CBCP	7	3

Legenda: Fem. – Feminino; Masc. – Masculino; Divorc. – Divorciado/a; CBCP – Curso Básico de Cuidados Paliativos.

O estudo foi realizado numa Unidade de Cuidados Paliativos da região Norte de Portugal, cuja caracterização detalhada se apresenta no ponto 2.3. do presente relatório.

3.4. RECOLHA DE DADOS

Os fenómenos em estudo devem ser traduzidos em conceitos que possam ser mensurados, registados. A escolha ou elaboração de um método de colheita de dados é mais um desafio que se coloca durante o processo de investigação (Polit et al., 2004).

Dado o tipo de estudo, da questão de investigação e objetivos, selecionamos a entrevista semiestruturada. Esta permite compreender o significado dado a um acontecimento ou fenómeno na perspetiva dos participantes (Fortin, 2003).

A entrevista pode ter vários tipos de estruturação, pelo que optei pela entrevista semiestruturada. Segundo Polit et al. (2004) na entrevista semiestruturada o investigador recorre a um guião pré elaborado onde estão os tópicos que este pretende desenvolver e encoraja o participante a falar livremente.

O guião, construído pelos investigadores, é constituído por cinco questões abertas, pois tal como referem Fortin et al. (2009), favorece a livre expressão do pensamento e permite uma análise aprofundada da resposta do participante. Para validar o guião da entrevista foram realizados dois pré-teste, entrevistando duas enfermeiras que não faziam parte da amostra, de modo a determinar a imparcialidade e clareza, e se as questões eram adaptadas à colheita de informação que se pretendida. Uma vez que não ocorreram dúvidas na aplicação do guião da entrevista, este foi o aplicado (Apêndice I).

Para a realização da entrevista com os participantes deve-se realizar um contacto, seja pessoalmente ou pelo telefone (Fortin et al., 2009). Assim, segundo Norwood (2000) citado por Fortin et al. (2009), permite ao entrevistador explicar a finalidade do estudo, indicar como foi realizada a seleção dos participantes, atestar a confidencialidade das informações e obter o consentimento da pessoa a entrevistar. No presente estudo, os enfermeiros foram contactados e tomadas todas as diligências, nomeadamente: a garantir a voluntariedade e autonomia dos participantes, tendo sido explicada que a sua participação é de carácter livre e voluntário e o seu consentimento pode ser retirado a qualquer momento, ou pode recusar participar, sem que tal facto tenha consequências para o próprio; foi também explicado que os dados fornecidos serão eliminados do equipamento que se encontra protegido por palavra-passe, cujo acesso é permitido apenas aos investigadores.

As entrevistas realizadas, desenvolveram-se na sala designada às reuniões de serviço da instituição onde se realizou o estágio, pois permitia cumprir com as condições

de privacidade e desenvolvimento da mesma. Tal como refere Fortin et al. (2009), o entrevistador deve organizar o encontro e escolher um local calmo, discreto e agradável.

Todas as entrevistas foram gravadas em áudio e decorreram conforme o previsto não tendo nenhuma desistência, em média tiveram uma duração de 7 minutos.

Para além da entrevista foi realizado questionário socioprofissional para obtenção da caracterização do grupo de participantes (Apêndice II).

3.5. TRATAMENTO DADOS

A escolha da técnica de tratamento de dados, depende do tipo de dados, e do tipo de estudo que nos encontramos a desenvolver. Como se trata de uma investigação qualitativa, a análise dos dados corresponde a uma fase do processo indutivo de investigação que está intimamente ligada ao processo de escolha dos participantes e aos cuidados inerentes à recolha de dados (Fortin et al., 2009).

Assim a técnica selecionada foi a técnica de análise de conteúdo, segundo o referencial teórico de Bardin. Esta técnica é entendida como um conjunto de técnicas de “análise das comunicações, que visa obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitem as inferências de conhecimentos relativos de condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens” (Bardin, 2004, p. 41).

Inicialmente procedemos à transcrição integral das entrevistas, onde se preservou na íntegra o discurso dos entrevistados, mantendo-se as frases sem seguimento, as repetições, erros gramaticais, assim como notas acerca de toda a comunicação não-verbal (como expressões faciais, entoação, entre outras). O conteúdo das entrevistas foi sujeito aos procedimentos de análise de conteúdo indicados pelos pressupostos de Bardin (2009), que a define enquanto método, um conjunto de técnicas das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens.

Segundo Bardin (2009), a técnica de análise de conteúdo organiza-se em três fases: 1) pré-análise, 2) exploração do material e 3) tratamento dos resultados, inferência e interpretação. Após a transcrição de cada entrevista, foi realizada uma pré-análise das entrevistas, onde se procurou analisar o conteúdo de modo a sistematizar ideias. Neste sentido, todas as entrevistas foram lidas integralmente, depois foram escolhidos os elementos a serem analisados de forma a dar resposta aos objetivos definidos na investigação do presente estudo – áreas temáticas. Numa segunda fase, procedemos à análise do material com a definição de categorias (sistemas de codificação) e à identificação de unidades de registo (segmento de conteúdo a considerar como unidade

base). Deste modo, estes dados foram agrupados por categorias e subcategorias referentes às áreas temáticas que serviram de apoio na análise dos dados. Esta tarefa consistiu em identificar e agrupar ideias e aspetos significativos daquilo que deve ser apreendido.

Por último, numa terceira fase realizámos o tratamento dos resultados, onde ocorreu a condensação e o destaque das informações para a análise, culminando nas interpretações inferenciais, sendo o momento da intuição, onde é realizada uma análise reflexiva e crítica (Bardin, 2009). Desta análise resultou a matriz de redução de dados que consta as áreas temáticas com as respetivas categorias, subcategorias e as unidades de registo.

3.6. QUESTÃO ÉTICAS EM INVESTIGAÇÃO

Todas as investigações aplicadas aos seres humanos podem ter implicações quanto aos direitos e liberdades individuais de quem participa no estudo. Assim, a presente investigação respeitou cinco princípios fundamentais determinados pelos códigos de ética, como: o direito à autodeterminação, o direito ao anonimato e à confidencialidade, o direito à intimidade, o direito à proteção contra o desconforto e o prejuízo e ao direito de um tratamento justo e leal (Fortin et al., 2009). A investigação qualitativa traz consigo um novo conjunto de considerações éticas (Streubert & Carpenter, 2002). Sendo estas relacionadas com o consentimento informado, anonimato e confidencialidade, obtenção de dados, tratamento e relação participante-investigador na investigação qualitativa.

Posto isto, os dados recolhidos são exclusivamente para fins de investigação científica no âmbito deste trabalho de investigação. A confidencialidade e a privacidade dos dados são garantidas pelo anonimato na transcrição das respostas, assegurando-se que a identificação dos participantes é irreversível. Os registos dos dados serão destruídos após a transcrição, num período máximo de seis meses após a mesma.

O consentimento informado, segundo Polit e Hungler citado por Streubert e Carpenter (2002), significa que os participantes detêm de toda a informação que se refere à investigação e que são capazes de compreendê-la para escolherem livremente, capacitando-os para consentir ou declinar voluntariamente a participação na investigação. Neste sentido, todos os participantes do estudo receberam as informações por escrito relativamente ao estudo, sendo que posteriormente foi-lhes solicitado que assinassem o consentimento por escrito e foi explicado que poderiam e tinham o direito de desistir a qualquer momento da investigação. O consentimento informado continha o âmbito, os objetivos e a finalidade do estudo, as condições de recolha dos dados e a forma de

tratamento dos dados recolhidos, garantindo a sua confidencialidade (Apêndice III). Os consentimentos assinados foram arquivados, ficando acessíveis apenas às investigadoras.

A segurança e a garantia de sigilo e confidencialidade das informações, as entrevistas registadas em formato áudio, foram asseguradas através do armazenamento dos mesmos num equipamento protegido por palavra-passe com características específicas (contendo letras maiúsculas, minúsculas, números e caracteres), acedido apenas pelos investigadores – Rita Julieta Alves Peixoto e pela Prof. Dra. Maria Albertina Marques. Salienta-se, ainda, que os nomes não foram registados nas entrevistas, tendo sido utilizados códigos, dos quais unicamente as investigadoras têm acesso. Ao longo do documento os entrevistados serão denominados de acordo com a ordem numérica de realização das entrevistas: E1 – sigla atribuída ao 1º entrevistado, E2 – sigla atribuída ao 2º entrevistado, e assim sucessivamente.

Por fim, para a realização do estudo foi solicitada inicialmente uma autorização à instituição onde decorrerá o ENP (Apêndice IV). Após esta autorização, o estudo foi submetido e aprovado pela Comissão de Ética para as Ciências Sociais, da Vida e da Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, conforme demonstrado no Apêndice V e Apêndice VI, respetivamente.

3.7. APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS

Após a apresentação da problemática, dos objetivos de estudo e descritas as etapas metodológicas do estudo, neste ponto pretendo apresentar os dados obtidos através dos discursos produzidos pelos participantes do estudo das entrevistas. Assim sendo, desta análise resulta um conjunto de áreas temáticas, categorias e subcategorias que nos permitem conhecer e compreender a perspetiva dos enfermeiros de uma Unidade de Cuidados Paliativos quanto à Humanização de Cuidados, conforme se pode verificar na tabela 2.

As cinco áreas temáticas são: o Conceito de Humanização de Cuidados na Perceção dos Enfermeiros de uma UPC; as Práticas Promotoras de Humanização de Cuidados de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa; as Dificuldade dos Enfermeiros na Execução de Práticas Promotoras de Humanização de Cuidados de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa; as Necessidades dos Enfermeiros nas Práticas Promotoras de Humanização de Cuidados de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa, na Perceção de Enfermeiros de uma UCP e as Sugestões dos Enfermeiros para a Melhoria da Humanização de Cuidados numa UCP.

Tabela 2 – A percepção dos enfermeiros sobre a humanização de cuidados de enfermagem à pessoa em situação paliativa

Área Temática	Categoria	Subcategoria
Conceito de Humanização de Cuidados na Percepção dos Enfermeiros de uma UPC	Reconhecer a multidimensionalidade da pessoa	
	Reconhecer a singularidade da pessoa	
	Respeitar a dignidade da pessoa	
	Reconhecer a família como sujeito de cuidados	
	Saber ser	Ser empático
		Ser sensível
Práticas Promotoras de Humanização de Cuidados de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa	Individualização de cuidados	Realização de cuidados ajustados à pessoa
		Valorização da individualidade da pessoa
	Respeito pelas preferências da pessoa	
	Promoção do conforto	Enfoque na multidimensionalidade
		Alívio da dor
		Respeito pela intimidade
		Respeito pela Privacidade
		Respeito pelas vontades
	Suporte à família	
	Ser disponível	

Dificuldade dos Enfermeiros na Execução de Práticas Promotoras de Humanização de Cuidados de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa	Défice de recursos humanos	
	Pessoa em situação clínica avançada	
	Infraestruturas inadequada	
	Rotinização de cuidados	
	Défice de trabalho em Equipa	
	Cuidados centrados no modelo biomédico	
Necessidades dos Enfermeiros nas Práticas Promotoras de Humanização de Cuidados de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa, na Perceção de Enfermeiros de uma UCP	Aumentar o número de elementos da equipa	
	Consciencialização para a humanização de cuidados	
	Incremento de Recursos Materiais	
	Formação específica na área da humanização de cuidados	
Sugestões dos Enfermeiros para a melhoria da Humanização de Cuidados numa UCP	Constituir Equipas dotadas de competências na área dos cuidados paliativos	
	Sensibilização para a humanização de cuidados	
	Adequar o rácio enfermeiro/pessoa doente às necessidades dos CP	

De seguida vamos apresentar e analisar cada uma das áreas temáticas explorando as respetivas categorias e subcategorias.

Conceito de Humanização de Cuidados na Percepção dos Enfermeiros de uma UPC

Da análise dos discursos produzidos pelos enfermeiros, emergiram várias percepções sobre o conceito de humanização de cuidados que foram agrupados em 5 categorias: reconhecer a multidimensionalidade da pessoa; reconhecer a singularidade da pessoa; respeitar a dignidade da pessoa; reconhecer a família como sujeito de cuidados e saber ser, como demonstrado na figura abaixo (Tabela 3).

Tabela 3 – Área Temática: Conceito de Humanização de Cuidados na Percepção dos Enfermeiros de uma UPC

Área Temática: Conceito de Humanização de Cuidados na Percepção dos Enfermeiros de uma UPC			
Categoria	Subcategoria	Unidades de Registo	Nº Part.
Reconhecer a multidimensionalidade da pessoa		<i>“É ter em conta todas as dimensões da pessoa doente” (E2)</i> <i>“A humanização de cuidados é a adaptação dos nossos cuidados [de enfermagem], é o conseguirmo-nos adaptar os nossos cuidados a cada pessoa, não só a cada doença, a cada sintoma, à pessoa na sua totalidade, na sua integridade, em todos os sentidos.” (E4)</i> <i>“A humanização de cuidados para mim é muito abrangente, eu acho que deve abranger a pessoa como um todo, a pessoa, a família. Vai muito para além de só administrar medicação, só controlar a dor, tem haver também com a parte psicológica, o bem-estar espiritual, há todo um campo que pode ser trabalhado.” (E6)</i> <i>“É olhar para o utente no seu todo, perceber também um bocado das rotinas do utente, porque um ambiente hospitalar vai alterar as rotinas e faz parte da humanização termos alguma atenção.” (E8)</i> <i>“Para mim a humanização de cuidados é, prestar cuidados de forma individualiza, ver a pessoa que tenho à minha frente, o que é aquela pessoa, (...), ajudar naquilo que ela não consegue fazer, mas olhar sempre a pessoa como um todo.” (E9)</i> <i>“Do meu ponto de vista é ver o utente numa forma holística, como um todo e não apenas como uma pessoa que precisa de ser tratada e cuidada. Ou seja, temos várias vertentes, a espiritual, é olhar como um todo e perceber quem é aquela pessoa para além da patologia dela.” (E10)</i>	6
Reconhecer a singularidade da pessoa		<i>“E um [doente] se calhar precisa de uma coisa e outro precisa de uma outra completamente diferente. Lá está, eu acho que é apoiar isso.” (E1)</i> <i>“(…) [a humanização de cuidados] seria algo mais individual e específico para cada utente. Temos em conta as suas necessidades e o que estão a precisar naquele momento.” (E5)</i>	5

		<i>"(...) deve ser individualizada a cada pessoa, nem todas as pessoas têm a mesma necessidade de humanização. O que para mim pode ser conforto e pode ser importante, por exemplo o bem-estar espiritual, para a outra pessoa pode não fazer sentido naquele momento. Pode não ser algo que a pessoa queira, por isso acho que deve ser individualizado e adaptado a cada utente, com quem estamos a lidar e cada família, porque não somos todos iguais, não temos todos a mesma forma de estar perante a doença ou perante a fase terminal da doença. Portanto eu acho que é muito abrangente e acho que deve haver sensibilidade da forma como olhamos." (E6)</i> <i>"Eu vou fazer um cuidado de higiene, por exemplo, a uma pessoa...eu sei fazer cuidados de higiene, mas não vou fazê-lo de igual forma a todas as pessoas, isso para mim não é humanizar os cuidados." (E9)</i> <i>"É adequar os meus cuidados à pessoa que eu tenho à minha frente, ou seja, prestar cuidados individualizados, olhar a pessoa como um todo e perceber o que eu posso fazer de diferente para aquela pessoa se sentir bem, com a minha atuação." (E9)</i> <i>"[perceber o contexto] da família, os grupos em que está inserido, as suas crenças, os valores... é cuidar de forma personalizada, adequada àquela pessoa e não fazer a todos de igual forma, porque foi assim que aprendemos, isto é humanizar, do meu ponto de vista." (E10)</i>	
Respeitar a dignidade da pessoa		<i>"(...) é cuidar da pessoa, é ser humana para com a pessoa, e também respeitar a pessoa que temos à frente." (E1)</i> <i>"Mas da nossa parte, enquanto profissionais, também temos que olhar para o doente como um todo, com o devido respeito e dignificando a pessoa que temos à nossa frente." (E2)</i> <i>"(...) a humanização de cuidados é (...) respeitar a privacidade daquela pessoa." (E9)</i>	3
Reconhecer a família como sujeito de cuidados		<i>"(...) apoiar também as famílias. Mesmo para que estas famílias estejam tranquilas, enquanto estão em casa e sabem que os seus familiares estão bem cuidados, bem tratados, e que fazem atividades com eles, e que falam com eles e que lhes dão aquilo que eles gostam e que cuidam bem deles, nos cuidados de higiene nessas coisas todas." (E1)</i> <i>"(...) é não esquecer de envolver também a família (...) de acordo com as vontades e às dimensões da pessoa." (E2)</i>	2
Saber ser	Ser empático	<i>"a humanização dos cuidados para mim, é a forma, a maneira, como tu [enfermeiro] cuidas da pessoa, como tu tens aquele à vontade." (E1)</i> <i>"É a entrega total. A Humanização, é eu me dar para o outro, ser mais humana, mais dada, me colocar no lugar que ele está, tanto do utente como da família. Não ser uma coisa mecânica." (E3)</i> <i>"(...) pode-se tentar gerir [as rotinas] da melhor forma e ter a empatia com o utente, olhar ao pormenor. Há coisas básicas que para nós pode não fazer sentido, mas para o utente fazer sentido...como, ir ao espelho, lavar a cara na casa de</i>	3

		<i>banho...há coisas simples que fazem parte da humanização dos cuidados.” (E8)</i>	
	Ser sensível	<i>“Há utentes que gostam de coisinhas fresquinhas, gostam de gelados, (...) [os familiares] trazem às vezes esses miminhos. Isto é uma parte da humanização, e nós permitirmos isso, e nós temos-los aqui, pode pôr no frio, pode pôr no congelador.” (E1)</i> <i>“Tenho que ser muito humana, muito mesmo. Isto é muito difícil, mas é preciso. É preciso ter muito amor...amor, esperança, não a tiramos a ninguém, mas o amor e dedicação, eu tenho que sentir, eu tenho de desfrutar o que venho fazer, mesmo cansada, não é? Porque não tem culpa.” (E3)</i> <i>“Para mim a humanização é ter a sensibilidade, esse olhar clínico e abrangente e conseguir perceber o que realmente importante para aquela pessoa e para aquela família.” (E6)</i>	3

Nos discursos de alguns entrevistados constatou-se que acreditam que o conceito da humanização de cuidados é **reconhecer a multidimensionalidade da pessoa**, entendida por nós, neste estudo, como compreender que a pessoa é mais complexa do que a dimensão física integrando as dimensões emocional, social e espiritual. Para a maior parte dos entrevistados a humanização de cuidados é *“ter em conta todas as dimensões da pessoa doente”* (E2), defendem também que é *“ver o utente numa forma holística, como um todo e não apenas como uma pessoa que precisa de ser tratada e cuidada. Ou seja, temos várias vertentes, a espiritual, é olhar como um todo e perceber quem é aquela pessoa para além da patologia dela.”* (E10), acham também, portanto, que a humanização de cuidados é: *“(...) muito abrangente, eu acho que deve abranger a pessoa como um todo, a pessoa, a família. Vai muito para além de só administrar medicação, só controlar a dor, tem haver também com a parte psicológica, o bem-estar espiritual, há todo um campo que pode ser trabalhado.”* (E6).

Na opinião de cinco dos entrevistados a humanização de cuidados é entendida como o **reconhecer a singularidade da pessoa**, tal como mostram os seus discursos: *“(...) deve ser individualizada a cada pessoa, nem todas as pessoas têm a mesma necessidade de humanização. (E6); “É adequar os meus cuidados à pessoa que eu tenho à minha frente, ou seja, prestar cuidados individualizados, olhar a pessoa como um todo e perceber o que eu posso fazer de diferente para aquela pessoa se sentir bem, com a minha atuação.”* (E9). Ainda um dos entrevistados considera que a humanização de cuidados é: *“[perceber o contexto] da família, os grupos em que está inserido, as suas crenças, os valores... é cuidar de forma personalizada, adequada àquela pessoa e não fazer a todos*

de igual forma, porque foi assim que aprendemos, isto é humanizar, do meu ponto de vista.” (E10).

Para além disto, alguns dos entrevistados consideram que a humanização de cuidados é **respeitar a dignidade da pessoa**, como se percebe nos seguintes discursos: *“(...) é cuidar da pessoa, é ser humana para com a pessoa, e também respeitar a pessoa que temos à frente.”* (E1); *“Mas da nossa parte, enquanto profissionais, também temos que olhar para o doente como um todo, com o devido respeito e dignificando a pessoa que temos à nossa frente.”* (E2).

Constatamos que dois entrevistados assumem que a humanização de cuidados está em **reconhecer a família como sujeito de cuidados**, como podemos verificar nas seguintes expressões descritas: *“(...) é não esquecer de envolver também a família (...) de acordo com as vontades e às dimensões da pessoa.”* (E2); *“(...) apoiar também as famílias. Mesmo para que estas famílias estejam tranquilas, enquanto estão em casa e sabem que os seus familiares estão bem cuidados, bem tratados, e que fazem atividades com eles, e que falam com eles e que lhes dão aquilo que eles gostam e que cuidam bem deles, nos cuidados de higiene nessas coisas todas.”* (E1).

Nos discursos de alguns entrevistados constatou-se que acreditam que a humanização de cuidados é inerente ao **saber ser**, sendo que: ser empático e ser sensível são as subcategorias. Para este estudo definimos saber ser como ter a capacidade de agir e interagir de forma adequada a cada situação, sustentada em aptidões e comportamentos desejáveis. neste sentido, três dos entrevistados referem que é intrínseco ser empático quando se trata de humanização de cuidados, como se constata nos seus discursos: *“É a entrega total. A Humanização, é eu me dar para o outro, ser mais humana, mais dada, me colocar no lugar que ele está, tanto do utente como da família. Não ser uma coisa mecânica.”* (E3); *“(...) pode-se tentar gerir [as rotinas] da melhor forma e ter a empatia com o utente, olhar ao pormenor.”* (E8). Outros três entrevistados referem que ser sensível é inerente à humanização de cuidados: *“Para mim a humanização é ter a sensibilidade, esse olhar clínico e abrangente e conseguir perceber o que realmente importante para aquela pessoa e para aquela família.”* (E6); *“Tenho que ser muito humana, muito mesmo. Isto é muito difícil, mas é preciso. É preciso ter muito amor...amor, esperança, não a tiramos a ninguém, mas o amor e dedicação, eu tenho que sentir, eu tenho de desfrutar o que venho fazer, mesmo cansada, não é? Porque não tem culpa.”* (E3).

Práticas Promotoras de Humanização de Cuidados de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa

Relativamente às práticas promotoras de humanização de cuidados que os enfermeiros poderão desenvolver junto da pessoa em situação paliativa e família, as narrativas evidenciam que estas podem ser diversas e assumir focos de intervenção diferenciados, dando origem a cinco categorias: a individualização de cuidados; o respeito pelas preferências da pessoa; a promoção do conforto; o suporte à família e o ser disponível (Tabela 4).

Tabela 4 – Área Temática: Práticas Promotoras de Humanização de Cuidados de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa

Área Temática: Práticas Promotoras de Humanização de Cuidados de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa			
Categoria	Subcategoria	Unidades de Registo	Nº Part.
Individualização de cuidados	Realização de cuidados ajustados à pessoa	<i>“Trabalhamos em equipa, nas passagens de turno [partilhamos] o que aquele utente que gosta disto ou não gosta daquilo, gosta que lhe retirem, por exemplo, a prótese, gostam de ver televisão até mais tarde. Acho que essas coisinhas são pequeninas, mas faz tudo parte da humanização, fazem parte dos cuidados que temos para com as pessoas. Eu acho que é muito importante. Também gostava que me dessem atenção.” (E1)</i> <i>“É muito de acordo com o ser da própria pessoa, com a vida passada que essa pessoa teve, de forma a ter uma qualidade de vida na fase terminal, que é maioritariamente a fase que apanhamos aqui.” (E2)</i> <i>“Questionar o que é que a pessoa quer, o que é que a pessoa queria, o que é que a pessoa confia. E com base nisso, tentar com as minhas experiências, dar aquilo que a pessoa eventualmente quer a nível humano, quer também a nível ético, se consigo dar alguma coisa que a pessoa precisa. (...) tentar perceber se o que estou a fazer é o correto para aquela pessoa, se ela acha que estou a ser benéfico. Tenho que adaptar os meus cuidados a isso.” (E7)</i> <i>“Começa logo na avaliação de enfermagem quando recebemos o doente, tentar perceber e conhecê-lo de forma a definir logo um plano de cuidados para aquele doente em específico e ao longo do tempo ir adequando, porque o que foi no início pode não fazer sentido daqui a uma ou duas semanas. Tentarmos que os nossos cuidados estejam ajustados às pessoas e às necessidades dela naquele momento e naquela fase da doença e do processo.” (E10)</i>	4
	Valorização da individualidade da pessoa	<i>“é num todo [como pessoa] e não só numa parte, eu acho que é num todo. Aquelas intervenções que a gente</i>	4

		<i>faz nos cuidados ao doente. Ter sempre ali aquelas atenções todas que o doente faria se estivesse autónomo. (...) Uma pessoa que até andava em casa, por exemplo, pegar nela e andar um bocadinho, se a pessoa estiver disposta, incentivar (...).” (E1)</i> <i>“No fundo, é dar atenção a cada doente, porque cada doente é diferente dos outros. Até podem ter o mesmo diagnóstico, pode ter a mesma doença, mas eles vão ser diferentes em tudo. E um se calhar precisa de uma coisa e outro precisa de uma outra completamente diferente. Lá está, eu acho que é apoiar isso, apoiar também as famílias. Mesmo para que estas famílias estejam tranquilas, enquanto estão em casa e sabem que os seus familiares estão bem cuidados, bem tratados, e que fazem atividades com eles, e que falam com eles e que lhes dão aquilo que eles gostam e que cuidam bem deles, nos cuidados de higiene nessas coisas todas.” (E1)</i> <i>“Coisas simples, banais do dia a dia, até as próprias atividades de vida diária podem [contribuir]. A forma como lava os dentes em casa ser da mesma forma como lava cá caso tenha capacidade, se não terá de ser uma terceira pessoa a fazê-lo. Mas tentar perceber o que a pessoa gostava que fizessem por ela, tentar perceber isso, o que ela gosta, de verdade.” (E8)</i> <i>“Tratar a pessoa pelo nome, não é só mais uma pessoa, é aquela pessoa, tem nome, tem uma identidade.” (E9)</i> <i>“(…) não fazer o que eu tenho que fazer só porque tenho que fazer, mas respeitar a vontade da pessoa. Se ela quer fazer aquilo naquele tempo, se ela não quer fazer, tentar perceber junto da pessoa o porquê que não quer fazer e explicar-lhe os benefícios da minha ação e respeitar, sempre, a pessoa.” (E9)</i> <i>“Estamos a humanizar porque estamos a agir só para aquele doente, daquela forma e não para todos, as intervenções não são iguais para os doentes todos. Portanto estamos a individualiza-lo e trata-lo de forma única.” (E10)</i>	
Respeito pelas preferências da pessoa		<i>“Tratar a pessoa pelo nome, questionar de que forma como quer ser tratada, questionar em termos de rotinas o que é que está habituado, o que gostava ou não de ser feito. Perceber as expectativas e as vontades do doente em fim de vida.” (E2)</i> <i>“Adaptação, por exemplo, da saudação, na adaptação dos cuidados, há medida que vamos conhecendo os doentes, saber o que gostam, como é que eles gostam que sejam prestados os cuidados. (...) vai muita pela personalização dos cuidados à pessoa que temos à nossa frente.” (E4)</i> <i>“Ter em atenção a pequenas coisas que os utentes gostam ou que desejam, nós termos a iniciativa e até a vontade de realizar esses pequenos desejos. Ter em atenção, às vezes numa pequena coisa, como por exemplo a alimentação, a alimentação de conforto. Acho</i>	4

		que se tivermos um bocadinho enquadrados ao contexto em que eles estão, ou que eles têm na altura, conseguimos assim melhorar o facto de estarem hospitalizados e estarem longe da família.” (E5) “Ter em atenção até aos canais que gostam que ver na televisão, se preferem ouvirem música, se não querem...bebidas está na parte da alimentação...até às vezes os posicionamentos, eu acho que conseguimos por aí...há vários aspetos.” (E5) “(...) não fazer o que eu tenho que fazer só porque tenho que fazer, mas respeitar a vontade da pessoa. Se ela não quiser fazer aquilo naquele tempo, se ela não quer fazer, tentar perceber junto da pessoa o porquê que não quer fazer e explicar-lhe os benefícios da minha ação e respeitar, sempre, a pessoa.” (E9)	
Promoção do conforto	Enfoque na multidimensionalidade	“(...) depois ver a nível de cuidados orais, muito coisa a nível das bocas, quando eles estão com mais halitose mais marcada e essas coisas todas. Eu acho que é tudo um bocado por aí (...)” (E1) “(...) atenção por exemplo ao que o utente goste, (...) estou-me a lembrar, por exemplo de gelados. Há utentes que gostam de coisinhas fresquinhas, gostam de gelados, que, eu vejo por exemplo [uma utente] que temos aí, ela adora chocolates, adora gelados, e eles trazem às vezes esses miminhos.” (E1) “Quando eu vou falar, quando eu vou tocar, quando vou trocar a fralda, quando vou dar o banho, tenho que deixar [o utente] confortável. Eu gosto de olhar e dizer: está do jeito que gostava que me deixassem, confortável, está bonito.” (E3) “Ter em atenção, às vezes numa pequena coisa, como por exemplo a alimentação, a alimentação de conforto.” (E5) “Nós enquanto enfermeiras temos que ter essa sensibilidade e essa responsabilidade de atuar junto daquilo que traz conforto à pessoa, que vai muito além da pessoa, de só olharmos para parte clínica ou para a parte da medicação, administrar medicação, por isso é que os Cuidados Paliativos sejam tão exigentes.” (E6) “(...) há coisas básicas que para nós pode não fazer sentido, mas para o utente fazer sentido...ir ao espelho, lavar a cara na casa de banho (...)” (E8)	5
	Alívio da dor	“Primeiro tentar perceber junto da pessoa aquilo que lhe faz mais sentido, e depois trabalhar essas questões, o que vai ser muito abrangente. Para muitas pessoas, o primordial é o controlo da dor, por exemplo, se não tiver com a dor controlada, esta depois também afeta muito as outras questões. Quando a pessoa está em condições de poder expressar aquilo que a tranquiliza, acho que podemos trabalhar isso. Quando a pessoa não é capaz aí se calhar focarmo-nos mais na família, para expressar o que traz conforto e o que é importante para os seus familiares.” (E6)	1

	Respeito pela intimidade	<i>“Pode se dizer, que por exemplo, começa logo nos cuidados de higiene, promover a privacidade do doente.” (E1)</i> <i>“Por exemplo, nas utentes mais velhas do sexo feminino, os próprios cuidados de higiene, às vezes as pessoas são mais púdicas, mais sensíveis, o facto de ser um homem a prestar os cuidados, nem sempre é confortável para elas, estarem despidas naquele momento privado também não é fácil para elas. Termos atitudes de ir fazendo os cuidados higiene de forma prestacionada, só destapando a parte do corpo que está a ser lavada, às vezes é o suficiente para esses doentes se sentirem mais há vontade, mais confiança em nós, mais abertura.” (E4)</i>	2
	Respeito pela privacidade	<i>“Eu vou olhar para a pessoa, vou que pessoa eu tenho à minha frente, a idade, é muito importante na minha forma de ver, porque eu até posso ter uma pessoa idosa que não se sente tão constrangida enquanto eu estou a prestar os cuidados de higiene, não é...mas se calhar posso ter uma pessoa de meia idade em que se sente constrangida. E então é adequar os meus cuidados à pessoa que eu tenho à minha frente (...)” (E9)</i> <i>“Tentar ao máximo proteger a privacidade daquela pessoa e ir de encontro às suas necessidades.” (E9)</i>	1
	Respeito pelas vontades	<i>“Ter em atenção até aos canais que gostam que ver na televisão, se preferem ouvirem música, se não querem...bebidas está na parte da alimentação...mas até, às vezes, os posicionamentos, eu acho que conseguimos por aí...há vários aspetos.” (E5)</i>	1
Suporte à família		<i>“Lá está, eu acho que é apoiar isso, apoiar também as famílias. Mesmo para que estas famílias estejam tranquilas, enquanto estão em casa e sabem que os seus familiares estão bem cuidados, bem tratados, e que fazem atividades com eles, e que falam com eles e que lhes dão aquilo que eles gostam e que cuidam bem deles, nos cuidados de higiene nessas coisas todas.” (E1)</i> <i>“(...) não esquecer também de envolver também a família de forma a conseguir atingir os objetivos da equipa e de acordo com as vontades e às dimensões da pessoa.” (E2)</i> <i>“Eu estou a tratar de um ser humano, então eu tenho que ser muito humana tanto com o familiar, seja ele menos comportado, que tem menos entendimento, que está mais em negação, que reclamam um bocadinho mais, o que pretende assinalar uma coisinha (...) Seja lá na área que for, nós precisamos de ser muito humanos, muito mesmo.” (E3)</i> <i>“Quando a pessoa não é capaz aí se calhar focarmo-nos mais na família, porque se a pessoa já não está [capaz], muitas vezes recebemos pessoas que estão numa fase</i>	5

		que não conseguem expressar o que lhes traz conforto e o que lhe é importante para elas.” (E6)	
		“(…) eles [familiares] têm que fazer parte, têm que estar dentro do processo, porque o doente não é só o doente, mas também é a família, e a família também faz parte.” (E10)	
Ser disponível		“(…) acho que ter tempo necessário às vezes para ouvir, temos utentes que às vezes só queriam que estivéssemos ali sentados 5 minutos de mãozinha dada a falar para nós (...)” (E5)	2
		“(…) tem que se ter tempo e disponibilidade para estar ali, escutar a pessoa.” (E6)	

No que concerne nas práticas promotoras de humanização de cuidados, os entrevistados consideram que estas devem ter em conta a **individualização de cuidados**, definida para este estudo como a personalização dos cuidados de saúde a cada pessoa, de acordo com as suas características e necessidades, sendo que esta categoria se subdivide em duas subcategorias: a realização de cuidados ajustados à pessoa e a valorização da individualidade da pessoa. No que diz respeito à primeira subcategoria descrita, os entrevistados referem que: *“Trabalhamos em equipa, nas passagens de turno [partilhamos] o que aquele utente que gosta disto ou não gosta daquilo, gosta que lhe retirem, por exemplo, a prótese, gostam de ver televisão até mais tarde. Acho que essas coisinhas são pequeninas, mas faz tudo parte da humanização, fazem parte dos cuidados que temos para com as pessoas.”* (E1), acrescentando que o momento da avaliação de enfermagem é importante para ajustar os cuidados àquela pessoa: *“Começa logo na avaliação de enfermagem quando recebemos o doente, tentar perceber e conhecê-lo de forma a definir logo um plano de cuidados para aquele doente em específico e ao longo do tempo ir adequando, porque o que foi no início pode não fazer sentido daqui a uma ou duas semanas. Tentarmos que os nossos cuidados estejam ajustados às pessoas e às necessidades dela naquele momento e naquela fase da doença e do processo.”* (E10).

Quanto à segunda subcategoria definida, os entrevistados valorizam a individualização da pessoa ao: *“Tratar a pessoa pelo nome, não é só mais uma pessoa, é aquela pessoa, tem nome, tem uma identidade.”* (E9), privilegiando as suas individualidades, como: *“é num todo [como pessoa] e não só numa parte, eu acho que é num todo. Aquelas intervenções que a gente faz nos cuidados ao doente. Ter sempre ali aquelas atenções todas que o doente faria se estivesse autónomo. (...) Uma pessoa que até andava em casa, por exemplo, pegar nela e andar um bocadinho, se a pessoa estiver disposta, incentivar (...)”* (E1); *“Coisas simples, banais do dia a dia, até as próprias*

atividades de vida diária podem [contribuir]. A forma como lava os dentes em casa ser da mesma forma como lava cá caso tenha capacidade, se não terá de ser uma terceira pessoa a fazê-lo. Mas tentar perceber o que a pessoa gostava que fizessem por ela, tentar perceber isso, o que ela gosta, de verdade.” (E8). Um dos entrevistados distingue a importância da individualização da pessoa, pelo que refere: *“Estamos a humanizar porque estamos a agir só para aquele doente, daquela forma e não para todos, as intervenções não são iguais para os doentes todos. Portanto estamos a individualiza-lo e trata-lo de forma única.”* (E10).

Outra categoria que pertence às práticas promotoras de humanização de cuidados é o **respeito pelas preferências da pessoa**. Maior parte dos entrevistados referem o respeito pelos gostos de como as pessoas doentes gostam de ser tratadas quanto ao nome, e quanto às suas rotinas e gostos pessoais, como verificado nas seguintes citações: *Tratar a pessoa pelo nome, questionar de que forma como quer ser tratada, questionar em termos de rotinas o que é que está habituado, o que gostava ou não de ser feito. Perceber as expectativas e as vontades do doente em fim de vida.”* (E2); *“Adaptação, por exemplo, da saudação, na adaptação dos cuidados, há medida que vamos conhecendo os doentes, saber o que gostam, como é que eles gostam que sejam prestados os cuidados. (...) vai muita pela personalização dos cuidados à pessoa que temos à nossa frente.”* (E4); *“Ter em atenção até aos canais que gostam que ver na televisão, se preferem ouvirem música, se não querem...bebidas está na parte da alimentação...até às vezes os posicionamentos, eu acho que conseguimos por aí...há vários aspetos.”* (E5). Um dos entrevistados dá ênfase a que os profissionais de saúde devem ter a iniciativa em promover este tipo de práticas: *“Ter em atenção a pequenas coisas que os utentes gostam ou que desejam, nós termos a iniciativa e até a vontade de realizar esses pequenos desejos. Ter em atenção, às vezes numa pequena coisa, como por exemplo a alimentação, a alimentação de conforto. Acho que se tivermos um bocadinho enquadrados ao contexto em que eles estão, ou que eles têm na altura, conseguimos assim melhorar o facto de estarem hospitalizados e estarem longe da família.”* (E5).

O cerne das práticas promotoras de humanização de cuidados é a **promoção de conforto**, sendo que focaram-se essencialmente em duas áreas: enfoque na multidimensionalidade e no respeito pela intimidade. Paralelamente, foram também evidenciadas outras áreas como: o alívio da dor; o respeito pela privacidade e o respeito pelas vontades.

O enfoque na multidimensionalidade, ao nível do suprimento das necessidades básicas, como a alimentação e os cuidados de higiene, foi apontada como uma das

práticas mais comuns, tendo sido manifestado por quatro dos entrevistados: *“Ter em atenção, às vezes numa pequena coisa, como por exemplo a alimentação, a alimentação de conforto.”* (E5); *“(…) há coisas básicas que para nós pode não fazer sentido, mas para o utente fazer sentido...ir ao espelho, lavar a cara na casa de banho (…)”* (E8); *“(…) depois ver a nível de cuidados orais, muito coisa a nível das bocas, quando eles estão com mais halitose mais marcada e essas coisas todas. Eu acho que é tudo um bocado por aí (…)”* (E1); *“Quando eu vou falar, quando eu vou tocar, quando vou trocar a fralda, quando vou dar o banho, tenho que deixar [o utente] confortável. Eu gosto de olhar e dizer: está do jeito que gostava que me deixassem, confortável, está bonito.”* (E3).

Um dos entrevistados, não refere em concreto a prática promotora de humanização de cuidados, no entanto, valoriza a sensibilidade e responsabilidade dos enfermeiros em atuar na promoção de conforto à pessoa doente: *“Nós enquanto enfermeiras temos que ter essa sensibilidade e essa responsabilidade de atuar junto daquilo que traz conforto à pessoa, que vai muito além da pessoa, de só olharmos para parte clínica ou para a parte da medicação, administrar medicação, por isso é que os Cuidados Paliativos sejam tão exigentes.”* (E6).

Para além do enfoque da multidimensionalidade, dois dos participantes referem práticas que enaltecem o respeito pela intimidade: *“Pode se dizer, que por exemplo, começa logo nos cuidados de higiene, promover a privacidade do doente.”* (E1); *“Por exemplo, nas utentes mais velhas do sexo feminino, os próprios cuidados de higiene, às vezes as pessoas são mais púdicas, mais sensíveis, o facto de ser um homem a prestar os cuidados, nem sempre é confortável para elas, estarem despidas naquele momento privado também não é fácil para elas. Temos atitudes de ir fazendo os cuidados higiene de forma prestacionada, só destapando a parte do corpo que está a ser lavada, às vezes é o suficiente para esses doentes se sentirem mais há vontade, mais confiança em nós, mais abertura.”* (E4).

Apenas um participante faz referência a práticas que privilegiam o alívio da dor, o respeito pela privacidade e o respeito pelas vontades, como demonstrado respetivamente: *“Para muitas pessoas, o primordial é o controlo da dor, por exemplo, se não tiver com a dor controlada, esta depois também afeta muito as outras questões.”* (E6); *“Tentar ao máximo proteger a privacidade daquela pessoa e ir de encontro às suas necessidades.”* (E9); *“Ter em atenção até aos canais que gostam que ver na televisão, se preferem ouvirem música, se não querem...bebidas está na parte da alimentação...mas até, às vezes, os posicionamentos, eu acho que conseguimos por aí...há vários aspetos.”* (E5).

Outra prática promotora de humanização de cuidados é o **suporte à família**, esta categoria é por nós entendida, no estudo, como a presença do envolvimento e do suporte da família nos cuidados da pessoa em situação paliativa. Sendo que três entrevistados referem a importância do envolvimento da família na participação do processo de cuidar, fazendo-os sentir úteis e participativos no cuidar do seu ente querido: *“Quando a pessoa não é capaz aí se calhar focarmo-nos mais na família, porque se a pessoa já não está [capaz], muitas vezes recebemos pessoas que estão numa fase que não conseguem expressar o que lhes traz conforto e o que lhe é importante para elas.”* (E6); *“(...) não esquecer também de envolver também a família de forma a conseguir atingir os objetivos da equipa e de acordo com as vontades e às dimensões da pessoa.”* (E2); *“(...) eles [familiares] têm que fazer parte, têm que estar dentro do processo, porque o doente não é só o doente, mas também é a família, e a família também faz parte.”* (E10).

Um dos entrevistados refere a importância do envolvimento e suporte dos familiares pois permite tranquilizá-los: *“Lá está, eu acho que é apoiar isso, apoiar também as famílias. Mesmo para que estas famílias estejam tranquilas, enquanto estão em casa e sabem que os seus familiares estão bem cuidados, bem tratados, e que fazem atividades com eles, e que falam com eles e que lhes dão aquilo que eles gostam e que cuidam bem deles, nos cuidados de higiene nessas coisas todas.”* (E1), mesmo que os familiares por vezes num momento de negação do estado clínico do seu familiar achem que não estão a ser compreendidos, como refere um dos entrevistados: *“Eu estou a tratar de um ser humano, então eu tenho que ser muito humana tanto com o familiar, seja ele menos comportado, que tem menos entendimento, que está mais em negação, que reclamam um bocadinho mais, o que pretende assinalar uma coisinha (...) Seja lá na área que for, nós precisamos de ser muito humanos, muito mesmo.”* (E3).

Por fim, nas práticas promotoras de humanização de cuidados, está inerente o **ser disponível**, como refere estes dois entrevistados: *“(...) acho que ter tempo necessário às vezes para ouvir, temos utentes que às vezes só queriam que estivéssemos ali sentados 5 minutos de mãozinha dada a falar para nós (...)”* (E5); *“(...) tem que se ter tempo e disponibilidade para estar ali, escutar a pessoa.”* (E6).

Dificuldades dos Enfermeiros na Execução de Práticas Promotoras de Humanização de Cuidados de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa

A terceira área temática prende-se com as dificuldades dos enfermeiros na execução de práticas promotoras de humanização de cuidados de enfermagem à pessoa em situação paliativa. Da análise dos discursos dos participantes ficou evidente as

seguintes dificuldades sentidas: o défice de recursos humanos, a pessoa em situação clínica avançada, as infraestruturas inadequadas, a rotinização de cuidados, o défice de trabalho em equipa e os cuidados centrados no modelo biomédico (Tabela 5).

Tabela 5 – Área Temática: Dificuldades dos Enfermeiros na Execução de Práticas Promotoras de Humanização de Cuidados de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa

Área Temática: Dificuldades dos Enfermeiros na Execução de Práticas Promotoras de Humanização de Cuidados de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa			
Categoria	Subcategoria	Unidades de Registo	Nº Part.
Défice de recursos humanos		<i>“Falhas de recursos de humanos, falhas do pessoal. Tudo isso pode também pode contribuir para que às vezes falhe alguma coisa na humanização desses cuidados.” (E1)</i> <i>“Falta de recursos humanos, por exemplo...nem sempre é possível, por exemplo, ter uma pessoa ao meu lado do sexo feminino, ter de trabalhar com homens e as senhoras não se sentirem bem.” (E4)</i> <i>“O facto dos nossos rácios serem reduzidos, nem sempre nos permitem que tenhamos tempo para ter estas precauções e peculiaridades de cada pessoa, nem sempre é possível.” (E4)</i> <i>“Falta de tempo. É a principal sem dúvida alguma. Porque eu acho que, como temos muitos utentes e muitas vezes, ficamos sozinhos com 15, acho que acabados por nos focar nas rotinas e o que tem que ser feito, no teórico...e passamos essa parte da Humanização dos Cuidados.” (E5)</i> <i>“Acho que ter tempo necessário às vezes para ouvi, por exemplo. Temos utentes que às vezes só queriam que estivéssemos ali sentados 5 minutos de mãozinha dada a falar para nós, e sinto muitas vezes que não tenho essa capacidade. É uma luta, tanto com os utentes como com os familiares, conseguirmos gerir essa parte.” (E5)</i> <i>“Os recursos humanos, principalmente, podemos ter um bocadinho mais.” (E6)</i> <i>“Tens que ter tempo e recursos para poder trabalhar estas questões [holísticas] e muitas vezes acho que saímos daqui com a sensação de que poderíamos ter feito algo mais, mas às vezes também estamos limitados (...) Temos que ser objetivos e perceber o que realmente importa que é para pelo menos aquilo que realmente é importante nós conseguimos suprir essas necessidades.” (E6)</i> <i>“(…) os Cuidados Paliativos como outras áreas, se calhar, tem-se que perceber que as necessidades são diferentes...trabalhasse outras questões, tem que ser tempo e disponibilidade para estar ali, escutar a pessoa.” (E6)</i> <i>“(…) eu sei que que várias vezes nos é dito que estamos dentro dos rácios, que os rácios são cumpridos, e que aquilo é de lei,</i>	6

		<i>mas se calhar o problema está na lei. Acho que as leis têm que ser alteradas e não se está a olhar para os Cuidados Paliativos como para outras áreas e se calhar tem-se que perceber que as necessidades são diferentes (...)" (E6)</i> <i>"(...) se eu chego ao pé de uma pessoa e tenho que lhe fazer um determinado cuidado, se a pessoa não quer, e se eu não fizer naquele momento, eu se calhar não vou voltar a ter tempo, dado ao número de utentes que tenho a meu cargo. Eu acho [importante] tentar perceber se a pessoa não quer, o que é que nós podemos fazer, onde é que nós podemos melhorar e eu acho que para melhorar é preciso tempo e calma. (...) se calhar depois tudo flui de forma mais natural, acho que é muito por aí, a reorganização dos cuidados." (E9)</i> <i>"Rácios que não permitem prestar cuidados de qualidade, muitas vezes. Tenho que ser muito rápida para tentar chegar a todos." (E9)</i>	
Pessoa em situação clínica avançada		<i>"Neste momento, maioritariamente, a fase que apanhamos aqui é a fase terminal, muitas vezes é já a falta de tempo [da vida da pessoa] e de tempo em dias de atuação para podermos implementar tudo isso. Mas da nossa parte, enquanto profissionais, também temos que olhar para o tempo como um todo, com o devido respeito e dignificando a pessoa que temos à nossa frente." (E2)</i> <i>"Se [nós enfermeiros desta unidade] estivéssemos nos cuidados paliativos hospitalares, [os utentes] não chegavam muitas vezes como chegam aqui. Coisas simples, que podiam ter sido feitas mudava o quadro e não foram, ou não foram informados, ou não explicaram direito, ou mandaram assinar e não deixaram ler e só quando chegaram aqui é que explicam o que é, [o que são cuidados paliativos]." (E3)</i> <i>"Outra dificuldade que eu sinto também, é o estado em que recebemos os utentes, que às vezes eles vêm num estado em que se vai para trabalhar as várias questões, o teu tempo já é escasso." (E6)</i> <i>"Aquilo já devia de ter sido trabalhado antes e não foi, e tens que ir fazer aquilo que consegues, no pouco espaço que te resta e muitas vezes acabas por te focar, na medicação, no controlo da dor. Porque já é o que consegues fazer...o conforto, a medicação, hidratação... Por exemplo, acaba por estar o bem-estar espiritual esquecido, ou porque a pessoa já não está em condições para expressar ou já não tens tempo para atuar nessas questões, porque já recebes a pessoa num estado que pensas: isto são horas de vida, dias no máximo, não tens tempo para trabalhar essas questões." (E6)</i> <i>"Primeiro é a comunicação, por vezes, devido ao diagnóstico da pessoa ela não consegue comunicar a sua vontade ou mesmo criticar o que não quer que seja feito a ela." (E7)</i> <i>"Acho que é mais difícil em utentes afásicos, porque não conseguem se comunicar. Aqui não conseguimos perceber, (...) aí torna-se mais difícil perceber o que é que as pessoas gostariam que fizéssemos por elas. Mais nesse sentido, no entanto podemos continuar a fazer aquilo que nós achamos melhor, que é mais benéfico para a pessoa." (E8)</i>	5

Infraestruturas inadequadas		<i>“Melhores condições no sentido de privacidade, os nossos quartos são duplos, se fossem quartos individuais seria bastante melhor.” (E4)</i> <i>“Infraestruturas físicas, que muitas não nos permite ter a privacidade que nós tanto queremos.” (E9)</i>	2
Rotinização de cuidados		<i>“(…) acho que hoje em dia nós trabalhamos de maneira a servir as rotinas dos serviços. As rotinas têm que ser cumpridas e as rotinas muitas vezes vão contra a vontade da pessoa, mas se nós não cumprirmos aquela rotina é como se no fim do dia não tivéssemos feito aquilo que nos compete para aquele turno.” (E9)</i> <i>“A dificuldades é que no decorrer do dia a dia é normal que nós a fazermos as coisas [as rotinas habituais do turno], às vezes esquecemo-nos de alguns pormenores.” (E10)</i> <i>“Difícil é mesmo isso, é lembrarmos que a pessoa é um todo e precisamos de adequar o plano de cuidados e não o fazer porque é assim que se faz, ou porque sempre fizemos assim, ou porque com os outros também eram assim...” (E10)</i>	2
Défi ce de trabalho em equipa		<i>“Se a pessoa que está a trabalhar ao nosso lado não tem a mesma preocupação que nós, não nos vão acompanhar no que estamos a fazer, e não vamos conseguir fazer o cuidado de forma humanizada como queríamos, de forma contínua. Não só quando estou presente.” (E4)</i>	1
Cuidados centrados no modelo biomédico		<i>“É um bocado difícil porque o ser humano dá trabalho, é difícil...personalidade, cultura diferentes, países diferentes, forma de criação de casa diferente que influencia o nosso posto de trabalho, a forma de ver a vida.” (E3)</i> <i>“A mudança do ser humano hoje, acho que estamos muito egoístas. Muito eu. E o stress que vivemos. Se não somos capazes, trazemos isso connosco para o nosso trabalho e não lidamos com o paciente como deveríamos. Todos os dias mudamos, os relacionamentos mudam e eu acho que a falta de empatia do ser humano pode influenciar um bocado. Penso eu. Falta de amor pelo próximo.” (E3)</i> <i>“O facto de, ainda ser muito notório o desinteresse pela humanização de cuidados, ainda é muito visível. Isso para mim faz-me um bocado de confusão e noto que isso vai dificultando quem se preocupa e consiga humanizar os cuidados.” (E4)</i> <i>“A abertura da pessoa, se uma pessoa for um bocado mais fechada por vezes é mais complicado perceber o que é que ela quer, o que é que ela deseja ou o que ela acha o que não é correto para ela. Tentamos quebrar essa barreira, mas muitas vezes não é possível, muitas pessoas não estão dispostas a mostrar esse tipo de abertura.” (E7)</i>	3

As dificuldades mais mencionadas foram o **défi ce de recurso humanos** e a **pessoa em situação clínica avançada**, sendo que cinco dos entrevistados referiram estas mesmas dificuldades. Quanto à segunda categoria, é entendida por nós, aquelas pessoas

doentes que se encontrem afásicas, ou o estado de consciência esteja comprometido, como também, o pouco tempo de atuação (muitos falecem pouco depois da admissão na unidade).

Quanto à primeira dificuldade descrita, quatro dos cinco que mencionam esta dificuldade referem a falta de recursos humanos e cumprimento de rácios para suprimir as necessidades de pessoas em situação paliativa, como podemos verificar: *“Falhas de recursos de humanos, falhas do pessoal. Tudo isso pode também pode contribuir para que às vezes falhe alguma coisa na humanização desses cuidados.”* (E1); *“Falta de recursos humanos, por exemplo...”* (E4); *“Os recursos humanos, principalmente, podemos ter um bocadinho mais.”* (E6); *“Rácios que não permitem prestar cuidados de qualidade, muitas vezes. Tenho que ser muito rápida para tentar chegar a todos.”* (E9). Esta dificuldade sentida depois reflete-se no tempo disponibilizado para os cuidados, como referem: *“O facto dos nossos rácios serem reduzidos, nem sempre nos permitem que tenhamos tempo para ter estas precauções e peculiaridades de cada pessoa, nem sempre é possível.”* (E4); *“Acho que ter tempo necessário às vezes para ouvi, por exemplo. Temos utentes que às vezes só queriam que estivéssemos ali sentados 5 minutos de mãozinha dada a falar para nós, e sinto muitas vezes que não tenho essa capacidade. É uma luta, tanto com os utentes como com os familiares, conseguirmos gerir essa parte.”* (E5); *“Tens que ter tempo e recursos para poder trabalhar estas questões [holísticas] e muitas vezes acho que saímos daqui com a sensação de que poderíamos ter feito algo mais, mas às vezes também estamos limitamos.”* (E6).

No que diz respeito à outra dificuldade mais sentida, relacionada com a situação clínica avançada da pessoa doente, os enfermeiros entrevistados focam-se muito na dificuldade da comunicação e de expressão de sentimentos/emoções das pessoas em situação paliativa, como referem dois dos entrevistados: *“Primeiro é a comunicação, por vezes, devido ao diagnóstico da pessoa ela não consegue comunicar a sua vontade ou mesmo criticar o que não quer que seja feito a ela.”* (E7); *“Acho que é mais difícil em utentes afásicos, porque não conseguem se comunicar. Aqui não conseguimos perceber, (...) aí torna-se mais difícil perceber o que é que as pessoas gostariam que fizéssemos por elas. Mais nesse sentido, no entanto podemos continuar a fazer aquilo que nós achamos melhor, que é mais benéfico para a pessoa.”* (E8). Os restantes entrevistados focam-se na falta de tempo de atuação e implementação de práticas promotoras de humanização de cuidados. Esta opinião está expressa nas seguintes afirmações, como podemos conferir nas seguintes expressões: *“Neste momento, maioritariamente, a fase que apanhamos aqui é a fase terminal, muitas vezes é já a falta de tempo [da vida da pessoa] e de tempo em dias*

de atuação para podermos implementar tudo isso. Mas da nossa parte, enquanto profissionais, também temos que olhar para o tempo como um todo, com o devido respeito e dignificando a pessoa que temos à nossa frente.” (E2); “Outra dificuldade que eu sinto também, é o estado em que recebemos os utentes, que às vezes eles vêm num estado em que se vai para trabalhar as várias questões, o teu tempo já é escasso.” (E6).

Um dos entrevistados refere ainda a importância de explicar o que são os cuidados paliativos, de forma a não dificultar a intervenção dos enfermeiros, pois as expectativas da pessoa doente ou família podem estar enviesadas: *“Se [nós enfermeiros desta unidade] estivéssemos nos cuidados paliativos hospitalares, [os utentes] não chegavam muitas vezes como chegam aqui. Coisas simples, que podiam ter sido feitas mudava o quadro e não foram, ou não foram informados, ou não explicaram direito, ou mandaram assinar e não deixaram ler e só quando chegaram aqui é que explicam o que é, [o que são cuidados paliativos].” (E3).*

As **infraestruturas inadequadas** foram mencionadas por dois dos participantes como uma dificuldade nas práticas promotoras de humanização de cuidados como se pode verificar nos seguintes exemplos: *“Melhores condições no sentido de privacidade, os nossos quartos são duplos, se fossem quartos individuais seria bastante melhor.” (E4); “Infraestruturas físicas, que muitas não nos permite ter a privacidade que nós tanto queremos.” (E9).*

Na voz dos participantes no estudo, outra dificuldade sentida nas práticas promotoras de humanização de cuidados é o facto da **rotinização de cuidados**, como podemos observar nas seguintes expressões: *“(...) acho que hoje em dia nós trabalhamos de maneira a servir as rotinas dos serviços. As rotinas têm que ser cumpridas e as rotinas muitas vezes vão contra a vontade da pessoa, mas se nós não cumprirmos aquela rotina é como se no fim do dia não tivéssemos feito aquilo que nos compete para aquele turno.” (E9); “A dificuldades é que no decorrer do dia a dia é normal que nós a fazemos as coisas [as rotinas habituais do turno], às vezes esquecemo-nos de alguns pormenores.” (E10).*

Apenas um entrevistado referiu que outra dificuldade sentida seria o **défi ce de trabalho em equipa**, com podemos observar na seguinte expressão: *“Se a pessoa que está a trabalhar ao nosso lado não tem a mesma preocupação que nós, não nos vão acompanhar no que estamos a fazer, e não vamos conseguir fazer o cuidado de forma humanizada como queríamos, de forma contínua. Não só quando estou presente.” (E4).*

Por fim, outra dificuldade sentida nas práticas promotoras de humanização de cuidados são os **cuidados centrados no modelo biomédico**, conforme se pode verificar nas seguintes afirmações: *“É um bocado difícil porque o ser humano dá trabalho, é*

difícil...personalidade, cultura diferentes, países diferentes, forma de criação de casa diferente que influencia o nosso posto de trabalho, a forma de ver a vida.” (E3); “O facto de, ainda ser muito notório o desinteresse pela humanização de cuidados, ainda é muito visível. Isso para mim faz-me um bocado de confusão e noto que isso vai dificultando quem se preocupa e consiga humanizar os cuidados.” (E4); “A abertura da pessoa, se uma pessoa for um bocado mais fechada por vezes é mais complicado perceber o que é que ela quer, o que é que ela deseja ou o que ela acha o que não é correto para ela. Tentamos quebrar essa barreira, mas muitas vezes não é possível, muitas pessoas não estão dispostas a mostrar esse tipo de abertura.” (E7).

Necessidades dos Enfermeiros nas Práticas Promotoras de Humanização de Cuidados de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa, na Perceção de Enfermeiros de uma UCP

Relativamente às necessidades dos enfermeiros nas práticas promotoras de humanização de cuidados de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na perceção de enfermeiros de uma UCP, as narrativas evidenciam que estas podem ser diversas e assumir focos de necessidades diferenciados, dando origem a quatro categorias: aumentar o número de profissionais, consciencialização para a humanização de cuidados, incremento de recursos materiais e formação específica na área da humanização de cuidados (Tabela 6).

Tabela 6 - Área Temática: Necessidades dos Enfermeiros nas Práticas Promotoras de Humanização de Cuidados de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa, na Perceção de Enfermeiros de uma UCP

Área Temática: Necessidades dos Enfermeiros nas Práticas Promotoras de Humanização de Cuidados de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa, na Perceção de Enfermeiros de uma UCP			
Categoria	Subcategoria	Unidade de Registo	Nº Part.
Aumentar o número de elementos da equipa		<i>“Mais recursos humanos, para começar.” (E4)</i> <i>“O facto de sermos poucos principalmente, já nem falo do turno da manhã, mas da tarde, é muito difícil de gerir a situação só com uma pessoa.” (E4)</i> <i>“Aumentar os rácios.” (E5)</i> <i>“(…) passa sempre pelo aumento de pessoas (…)” (E9)</i> <i>(…) também é importante que os elementos sejam mais ou menos constantes para conhecermo-nos enquanto equipa por causa da comunicação entre os elementos (...) acho que isso ajuda a todos os elementos que trabalham nos cuidados</i>	4

		<i>paliativos conhecerem bem os doentes e a equipa conhecer-se.” (E10)</i>	
Consciencialização para a humanização de cuidados		<i>“Influenciar um bocadinho a mentalidade dos nossos colegas ou dos nossos pares, para que de facto os cuidados sejam humanizados e não tanto como estar aqui numa rotina e não pensar de facto nas coisas.” (E2)</i> <i>“Temos que estar disponíveis, tem que nascer de nós. Eu não consigo te obrigar a ser mais humano. Não consigo. (...) Tem que nascer da pessoa. A Humanização tu não colocas nem ensinas a ninguém, isso nasce connosco. (...) mas tu tens que ter esse desejo de ser diferente. Ser o contrário daquele enfermeiro.” (E3)</i> <i>“Eu acho que isso tem que ser no pessoal. Dependendo do colega, mas vai-se passando aquela sementinha [da humanização] ...vais deixando uma semente aqui, uma semente ali. Passar o testemunho vale mais que palavras.” (E3)</i> <i>“Os recursos humanos estarem motivados a fazer mais e melhor, porque apesar de nos sentirmos que queremos ser melhor com o que fomos ontem, a equipa tem que estar a trabalhar para o mesmo e não um fazer isto, outro fazer aquilo, outro não quer saber...é nesse sentido, funciona muito melhor se tivermos todos no mesmo barco e isso é o que é mais complicado.” (E10)</i>	3
Incremento de Recursos Materiais		<i>“Há sempre mais que fazer, há sempre mais materiais que se pode pôr ao dispor do utente, atividades, promover atividades.” (E1)</i> <i>“(...) temos muita escassez de recursos, de material, dinheiros. Fazemos o máximo que conseguimos com o pouco que temos.” (E6)</i> <i>“Não ter tudo o que preciso [materiais] se calhar para prestar os cuidados de forma com qualidade e com tempo, porque o dia a dia não nos permite.” (E9)</i>	3
Formação específica na área da humanização de cuidados		<i>“(...) se calhar também termos mais formação. A Humanização de Cuidados é um conceito que se começa a ouvir muito mais, mas também acho que ainda há muitas dúvidas no que de baseia e o que podemos fazer.” (E5)</i> <i>“A nível da formação, acho que há pouco formação relacionada com este tipo de temática, muitas vezes há mais formação a nível de técnicas, conhecimentos...claro que também é importante, mas é igualmente importante na parte da humanização e na parte da espiritualidade...que muitas vezes estão interligadas entre uma e outra.” (E7)</i>	2

O cerne das necessidades dos enfermeiros nas práticas promotoras de humanização de cuidados é **aumentar o número de elementos da equipa**, conforme demonstrado por quatro dos entrevistados como se pode verificar nas seguintes afirmações: *“Mais recursos humanos, para começar.” (E4); “Aumentar os rácios.” (E5); “(...*

passa sempre pelo aumento de pessoas (...) (E9); *“(...) também é importante que os elementos sejam mais ou menos constantes para conhecermo-nos enquanto equipa por causa da comunicação entre os elementos (...) acho que isso ajuda a todos os elementos que trabalham nos cuidados paliativos conhecerem bem os doentes e a equipa conhecer-se.”* (E10).

Outras duas necessidades dos enfermeiros nas práticas promotoras de humanização de cuidados identificadas, presam-se pela **consciencialização para a humanização de cuidados** e pelo **incremento de recursos materiais**, sendo que três entrevistados referiam estas necessidades, respetivamente.

Quanto à primeira categoria podemos constatar os seguintes exemplos: *“Influenciar um bocadinho a mentalidade dos nossos colegas ou dos nossos pares, para que de facto os cuidados sejam humanizados e não tanto como estar aqui numa rotina e não pensar de facto nas coisas.”* (E2); *“Temos que estar disponíveis, tem que nascer de nós. Eu não consigo te obrigar a ser mais humano. Não consigo. (...) Tem que nascer da pessoa. A Humanização tu não colocas nem ensinas a ninguém, isso nasce connosco. (...) mas tu tens que ter esse desejo de ser diferente. Ser o contrário daquele enfermeiro.”* (E3), a mesma entrevistada acrescenta ainda que: *“Dependendo do colega, mas vai-se passando aquela sementinha [da humanização] ...vais deixando uma semente aqui, uma semente ali. Passar o testemunho vale mais que palavras.”* (E3). Quanto ao outro entrevistado refere que: *“Os recursos humanos estarem motivados a fazer mais e melhor, porque apesar de nos sentirmos que queremos ser melhor com o que fomos ontem, a equipa tem que estar a trabalhar para o mesmo e não um fazer isto, outro fazer aquilo, outro não quer saber...é nesse sentido, funciona muito melhor se tivermos todos no mesmo barco e isso é o que é mais complicado.”* (E10).

No que diz respeito à segunda categoria, o incremento de recursos materiais, os entrevistados não enumeram em concreto quais os materiais, mas afirmam que: *“Há sempre mais que fazer, há sempre mais materiais que se pode pôr ao dispor do utente, atividades, promover atividades.”* (E1); *“(...) temos muita escassez de recursos, de material, dinheiros. Fazemos o máximo que conseguimos com o pouco que temos.”* (E6); *“Não ter tudo o que preciso [materiais] se calhar para prestar os cuidados de forma com qualidade e com tempo, porque o dia a dia não nos permite.”* (E9).

Por fim, outra necessidade dos enfermeiros nas práticas promotoras de humanização de cuidados identificadas relatada é a **formação específica na área de humanização de cuidados**, sendo apenas dois entrevistados referiam esta necessidade como podemos observar nas seguintes expressões: *“(...) se calhar também termos mais*

formação. A Humanização de Cuidados é um conceito que se começa a ouvir muito mais, mas também acho que ainda há muitas dúvidas no que de baseia e o que podemos fazer.” (E5); “A nível da formação, acho que há pouco formação relacionada com este tipo de temática, muitas vezes há mais formação a nível de técnicas, conhecimentos...claro que também é importante, mas é igualmente importante na parte da humanização e na parte da espiritualidade...que muitas vezes estão interligadas entre uma e outra.” (E7).

Sugestões dos Enfermeiros para a Melhoria da Humanização de Cuidados numa UCP

Das entrevistas aos participantes do estudo surgiram um conjunto de sugestões dos enfermeiros para a melhoria da humanização de cuidados numa UCP e estas podem ser diversas e assumir focos de intervenção diferenciados, dando origem a três categorias: constituir equipas dotadas de competências na área dos cuidados paliativos, sensibilização para a humanização de cuidados e adequar o rácio enfermeiro/pessoa doente às necessidades dos CP (Tabela 7).

Tabela 7 – Área Temática: Sugestões dos Enfermeiros para a Melhoria da Humanização de Cuidados numa UCP

Área Temática: Sugestões dos Enfermeiros para a Melhoria da Humanização de Cuidados numa UCP			
Categoria	Subcategoria	Unidades de Registo	Nº Part.
Constituir equipas dotadas de competências na área dos cuidados paliativos		“Pode sempre haver, ações de formação, para as pessoas ficarem mais sensibilizadas [quer aos cuidados paliativos, quer à humanização de cuidados]. Por exemplo, a nível das auxiliares, porque elas às vezes caem ali um bocado de paraquedas e não têm noção dos [cuidados] paliativos, é um bocado diferente da longa e às vezes nota-se uma dificuldade...mesmo até a nível dos colegas também. (...) ou então trabalhar com colegas que já são mais velhos na área, [mais experientes].” (E1) “Partindo pela formação de todos os elementos, em cuidados paliativos. De forma a também poderem implementar estes cuidados a qualquer tipo de doentes.” (E2) “Formação (...) se o resto dos colegas tivessem mais interesse e mais formação já seria suficiente.” (E4) “Dar formação, acho que é o principal. (...) Se calhar ter em atenção às pessoas que se coloca mais na área dos cuidados paliativos, que acho que nem toda a gente, mesmo com a formação, tem a capacidade de humanizar e de estar numa unidade de cuidados paliativos.” (E5)	8

		<i>“Investir em formações. E também a nível pessoal tentar aumentar a nossa experiência, a nossa formação enquanto humanização, podemos crescer enquanto isso.” (E7)</i> <i>“Acho que é importante termos formação. Pode ser o Curso Básico de Cuidados Paliativos, mas acho que é importante para termos essas formações para nós tentarmos fazer o nosso melhor papel junto do utente.” (E8)</i> <i>“A formação das pessoas, não só da técnica, mas a formação ao nível de como abordar uma pessoa nesta fase da vida, como saber falar (...) passa muito pela formação continua, não é só fazer um curso, é ir fazendo uma formação continua, é vendo a exposição com os colegas, falar com os colegas...partilhar: aconteceu-me isto, eu não consegui muito bem gerir a situação, eu não me senti à vontade para responder, eu não me senti à vontade para falar com a família, o que é podemos fazer nesse sentido.” (E9)</i> <i>“Às vezes as pessoas que ficam nos paliativos rodam muito, podia ser uma equipa mais fixa se isso funcionasse melhor (...) isso poderia ajudar, também para que os doentes se sentissem mais confortáveis com as mesmas caras, acho que é muito importante para eles confiarem em nós, se a equipa for coesa e for sempre os mesmos elementos.” (E10)</i>	
Sensibilização para a humanização de cuidados		<i>“É criar um bocadinho esse espírito na equipa em si, de forma a que toda a gente pense em agir da mesma forma.” (E2)</i> <i>“Eu acho que isso tem que ser no pessoal. Dependendo do colega, mas vai-se passando aquela sementinha [da humanização] ...vais deixando uma semente aqui, uma semente ali. Passar o testemunho vale mais que palavras.” (E3)</i>	2
Adequar o rácio enfermeiro/pessoa doente às necessidades dos CP		<i>“(...) aumento dos rácios.” (E4)</i> <i>“Depois aumentar [os rácios], se possível já sabemos que o dinheiro conta muito, mas se calhar aumentar um bocadinho.” (E5)</i> <i>“[Aumentar os] rácios.” (E6)</i> <i>“Cumprir sempre os rácios, muito importante.” (E9)</i>	4

O foco das sugestões dos enfermeiros para a melhoria da humanização dos cuidados numa UCP, com oito dos entrevistados a fazer referência, é **construir equipas dotadas de competências na área dos cuidados paliativos**, como é visível nos seguintes excertos: *“Partindo pela formação de todos os elementos, em cuidados paliativos. De forma a também poderem implementar estes cuidados a qualquer tipo de doentes.” (E2)*; *“Formação (...) se o resto dos colegas tivessem mais interesse e mais formação já seria suficiente.” (E4)*; *“Dar formação, acho que é o principal. (...) Se calhar ter em atenção às pessoas que se coloca mais na área dos cuidados paliativos, que acho que*

nem toda a gente, mesmo com a formação, tem a capacidade de humanizar e de estar numa unidade de cuidados paliativos.” (E5); “Investir em formações. E também a nível pessoal tentar aumentar a nossa experiência, a nossa formação enquanto humanização, podemos crescer enquanto isso.” (E7); “Acho que é importante termos formação. Pode ser o Curso Básico de Cuidados Paliativos, mas acho que é importante para termos essas formações para nós tentarmos fazer o nosso melhor papel junto do utente.” (E8).

Um dos entrevistados para além de enaltecer as necessidades formativas, também refere a importância da partilha e exposição de conhecimentos e sentimentos/emoções: *“A formação das pessoas, não só da técnica, mas a formação ao nível de como abordar uma pessoa nesta fase da vida, como saber falar (...) passa muito pela formação continua, não é só fazer um curso, é ir fazendo uma formação continua, é vendo a exposição com os colegas, falar com os colegas...partilhar: aconteceu-me isto, eu não consegui muito bem gerir a situação, eu não me senti à vontade para responder, eu não me senti à vontade para falar com a família, o que é podemos fazer nesse sentido.” (E9).*

Outro entrevistado acrescenta ainda a importância de manter as equipas fixas, como apresentado na seguinte afirmação: *“Às vezes as pessoas que ficam nos paliativos rodam muito, podia ser uma equipa mais fixa se isso funcionasse melhor (...) isso poderia ajudar, também para que os doentes se sentissem mais confortáveis com as mesmas caras, acho que é muito importante para eles confiarem em nós, se a equipa for coesa e for sempre os mesmos elementos.” (E10).*

A **sensibilização para a humanização de cuidados** é outra categoria das sugestões dos enfermeiros para a melhoria da humanização dos cuidados numa UCP, sustentada por dois entrevistados conforme se pode aferir nas seguintes citações: *“É criar um bocadinho esse espírito na equipa em si, de forma a que toda a gente pense em agir da mesma forma.” (E2); “Eu acho que isso tem que ser no pessoal. Dependendo do colega, mas vai-se passando aquela sementinha [da humanização] ...vais deixando uma semente aqui, uma semente ali. Passar o testemunho vale mais que palavras.” (E3).*

Por fim, outra sugestão dos enfermeiros para a melhoria da humanização dos cuidados numa UCP é **adequar o rácio enfermeiro/pessoa doente às necessidades dos CP**, sendo que quatro dos entrevistados referiam esta sugestão como podemos observar nas seguintes expressões: *(...) aumento dos rácios.” (E4); “Depois aumentar [os rácios], se possível já sabemos que o dinheiro conta muito, mas se calhar aumentar um bocadinho.” (E5); “[Aumentar os] rácios.” (E6); “Cumprir sempre os rácios, muito importante.” (E9).*

3.8. DISCUSSÃO DE RESULTADOS

No presente capítulo, procede à descrição dos resultados obtidos relativamente: ao conceito de humanização de cuidados na percepção dos enfermeiros de uma UCP; às práticas promotoras de humanização de cuidados de enfermagem à pessoa em situação paliativa; às dificuldades dos enfermeiros na execução de práticas promotoras de humanização de cuidados de enfermagem à pessoa em situação paliativa; às necessidades dos enfermeiros nas práticas promotoras de humanização de cuidados de enfermagem e às sugestões dos enfermeiros para a melhoria da humanização de cuidados numa UCP, comparando com os estudos e opiniões de autores que se debruçam sobre a temática e realizando as nossas próprias reflexões.

Utilizaremos a mesma sequência de apresentação do capítulo anterior, ou seja, será realizada a discussão de cada área temática sequencialmente, de forma a permitir uma melhor visão da globalidade dos resultados obtidos e uma análise refletida e articulada dos mesmos.

Conceito de Humanização de Cuidados na percepção dos Enfermeiros de UPC

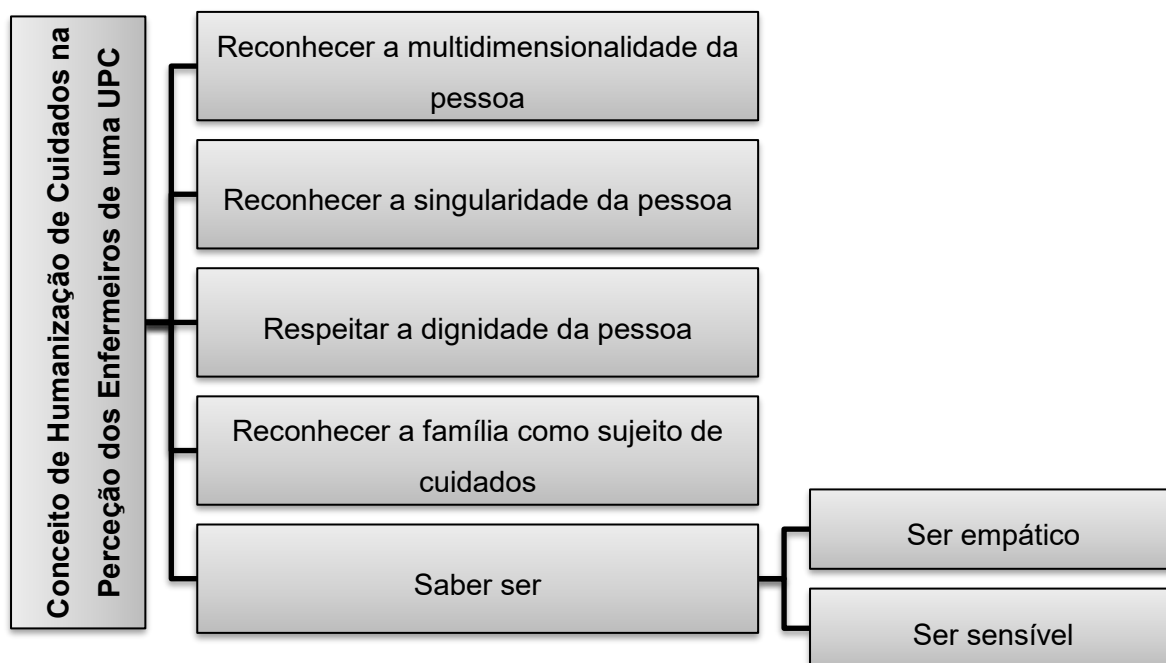


Figura 1 – Conceito de Humanização de Cuidados na Percepção dos Enfermeiros de uma UCP: Categorias e Subcategorias

Revisitando o significado de humanizar descrito por Oliveira et al. (Oliveira et al., 2006, p. 280), verificamos que se deve “dar atenção às necessidades básicas de subsistência, educação, segurança, justiça, trabalho, acesso à liberdade de associação, de pensamento e expressão, de ideologia política, de prática científica, arte, desporto, culto religioso e particularmente: o cuidado à saúde.”. Fica implícito que a pessoa doente deve ser observada de forma holística significando, assim, muito mais do que a soma de cada uma das partes ou, se quisermos, de cada uma das suas dimensões. Estas premissas remetem-nos para a observação da pessoa doente como um “(...) ser único, composto de um corpo, de mente vontade e emoção, com um coração consciente e um espírito intuitivo e comunga” (Corbani et al., 2009, p. 350). O presente estudo corrobora esta concepção de cuidados quando atribui ao conceito de humanização de cuidados o significado de reconhecer a multidimensionalidade da pessoa.

Ficam claras algumas ideias e premissas chave no âmbito da humanização dos cuidados. Observar a pessoa doente de forma holística, com a sua individualidade e como ser único, sendo por isso necessária a adequação dos cuidados a cada um deles, não bastando o tratamento ou o cuidado à doença (Busch et al., 2019; Lafci et al., 2020).

A Comissão Nacional para a Humanização dos Cuidados de Saúde no SNS refere que a Humanização dos Cuidados: “Expressa-se como atitude que valoriza a individualidade e personalidade do utente ou doente, a sua diferença e o seu momento, para além do cuidar e do tratar (...)”, acrescentando que “O tratar e o cuidar humanizados contrapõem-se ao reducionismo que pode exorbitar no cuidado com a doença e passar ao lado da pessoa doente” (Serviço Nacional de Saúde, 2024, p. 1). Similarmente a Ordem dos Enfermeiros, no artigo 89º do seu Código Deontológico, faz referência à humanização dos cuidados como: “o enfermeiro, sendo responsável pela humanização dos cuidados de enfermagem, assume o dever de: dar, quando presta cuidados, atenção à pessoa como uma totalidade única” (Ordem dos Enfermeiros, 2013, p. 78). Os resultados obtidos no presente estudo, dão força a esta premissa, dado que, para os enfermeiros, reconhecer a singularidade da pessoa é em si mesmo o conceito de humanização de cuidados.

Estas opiniões vão de encontro ao artigo 81º do Código Deontológico da ordem dos enfermeiros, relativo aos valores humanos, que nos diz que

“o enfermeiro, no seu exercício, observa os valores humanos pelos quais se regem o indivíduo e os grupos em que este se integra e assume o valor de: Cuidar da pessoa sem qualquer discriminação (...); salvaguardar os direitos das crianças (...); respeitar e fazer respeitar as opções políticas, culturais, morais e religiosas da

pessoa e criar condições para que ela possa exercer, nestas áreas, os seus direitos” (Ordem dos Enfermeiros, 2013, p. 78).

Não obstante o consenso verificado quanto às dimensões da multidimensionalidade, singularidade e dignidade da pessoa, a alusão à família como sujeito de cuidados foi menos referido. Observar a pessoa doente de forma holística, remete-nos para a envolvimento da família em todo o processo, não só porque é uma das dimensões da pessoa doente, mas, porque são, também, alvo dos cuidados de enfermagem, tal como refere a Ordem dos Enfermeiros no seu Código Deontológico em que o enfermeiro tem o “dever de dar, quando presta cuidados, atenção à pessoa como uma totalidade única, inserida numa família e numa comunidade” (Ordem dos Enfermeiros, 2013, p. 78). No nosso estudo, os enfermeiros referem-se à família do ponto de vista da complementaridade de cuidados à pessoa doente sob o prisma da satisfação das necessidades desta, e também, no sentido de as tranquilizar, utilizando a qualidade dos cuidados prestados para esse efeito.

Efetivamente a dimensão familiar é importante, mas não se esgota em si mesma. Observar a família como sujeito de cuidados é também perceber que a dinâmica familiar está alterada e que também a família se encontra doente, sendo esta necessidade de cuidados variável de família para família, mas tendencialmente maior se a pessoa doente residir no mesmo agregado familiar (Grøthe et al., 2015).

Relativamente ao conceito de humanização de cuidados, o estudo mostra, também, que os enfermeiros lhe associam a dimensão saber ser nas suas vertentes de empatia e ser sensível, indo ao encontro de Domingues (1996, p. 7) o qual refere que o enfermeiro “deve tentar estabelecer uma relação empática, serena e comunicativa (...)”, contribuindo para este facto uma atitude positiva e disponibilidade demonstrada pelos enfermeiros. Segundo Backes et al (2006), o enfermeiro deve proporcionar um cuidado solidário e acolhedor. Segundo as opiniões dos entrevistados, a empatia está mais direccionada para a relação que se estabelece com a pessoa doente e a sensibilidade relacionada com a disponibilidade, especialmente quando se trata de aceder a pequenos desejos.

Práticas Promotoras de Humanização de Cuidados de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa

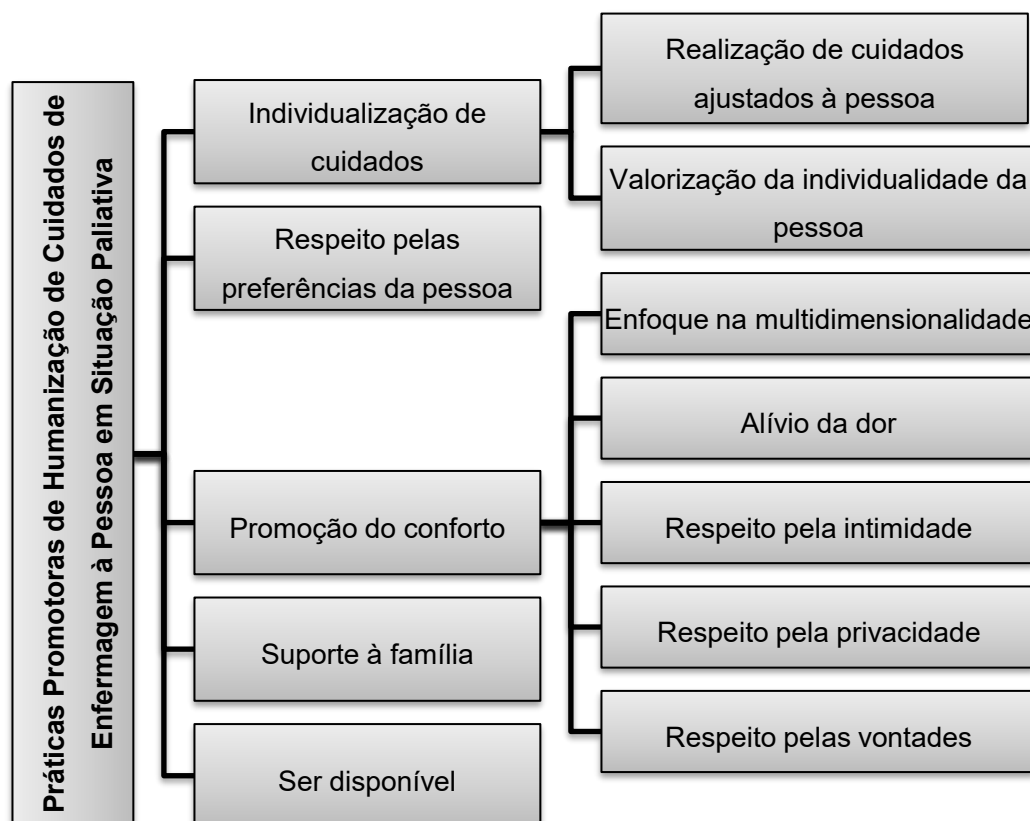


Figura 3 – Práticas Promotoras de Humanização de Cuidados de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa: Categorias e Subcategorias

Existem intervenções e procedimentos de enfermagem que são de extrema importância e que estão diretamente relacionados com a humanização de cuidados. Na fase inicial de cada internamento é realizado o acolhimento à pessoa doente que pressupõe, entre outras tarefas, a colheita de dados, e é com base nela e na inerente identificação de diagnósticos de enfermagem que se constrói o processo e o plano de cuidados de enfermagem, criando condições para a individualização dos cuidados à pessoa e para a continuidade de cuidados. Apenas um dos entrevistados referiu este aspeto explicitamente. No entanto, estamos convictas de que, este procedimento permite a individualização de cuidados efetivando a humanização de cuidados, e que vai ao encontro do que refere a Comissão Nacional para a Humanização dos Cuidados de Saúde no SNS, constatando que o acolhimento é um procedimento fundamental para o efeito, “(...) uma humanização efetiva tem de permear todos os processos de prestação de cuidados nos seus diversos níveis, nos atos de acolher, cuidar, diagnosticar, comunicar e tratar” (Serviço Nacional de Saúde, 2024, p. 1).

O ajustar de cuidados à pessoa doente não se quer estanque ao longo do tempo. O processo de enfermagem está em constante avaliação e por isso pretende-se que seja evolutivo e ajustado em função da alteração das necessidades ou preferências das pessoas doentes. Para este aspeto contribuem de forma decisiva o trabalho em equipa e particularmente uma das suas dimensões, as passagens de turno de enfermagem. É, também, através das passagens de turno que é possível efetivar a continuidade de cuidados e um ajuste individualizado dos mesmos.

Neste em particular, apenas um dos entrevistados fez referência ao trabalho em equipa e, em exclusivo, às passagens de turno de enfermagem. As passagens de turno são, tal como o processo de enfermagem e o plano de cuidados, uma forma de comunicação em saúde permitindo a continuidade de cuidados, valorizada quer pelas pessoas doentes, quer pelos cuidadores/familiares (Grøthe et al., 2015).

Nesta subcategoria, e focado por alguns entrevistados, a valorização da individualidade da pessoa como prática promotora está subjacente à perceção da autonomia das pessoas doentes, especialmente quanto às atividades de vida diárias, ou, na sua impossibilidade, na satisfação das atividades de vida diárias o mais aproximado da autonomia que se verificava antes do processo de doença. A questão da autonomia é das mais relevantes sob o ponto de vista da pessoa doente. A capacidade de ser olhado como uma “pessoa completa” ou de conseguir manter a sua autonomia é um fator bastante valorizado e reportado por alguns estudos acerca da satisfação das pessoas doentes quanto à prestação de cuidados paliativos (Grøthe et al., 2015; Lormans et al., 2021).

Quanto ao respeito pelas preferências da pessoa é relevado por alguns dos entrevistados sob o ponto de vista das formas de tratamento, da personalização dos cuidados e da capacidade para promover atividades lúdicas ou gostos alimentares das pessoas doentes. Um dos entrevistados dá ênfase a que os profissionais de saúde devem ter a iniciativa em promover este tipo de práticas.

O cerne das práticas promotoras de humanização de cuidados é a promoção de conforto, sendo que se focaram essencialmente em duas áreas: enfoque na multidimensionalidade e no respeito pela intimidade. Paralelamente, foram também evidenciadas outras áreas como: o alívio da dor; o respeito pela privacidade e o respeito pelas vontades.

O enfoque na multidimensionalidade, ao nível do suprimento das necessidades básicas, como a alimentação e os cuidados de higiene, foi apontada como uma das práticas mais comuns, tendo sido manifestado por quatro dos entrevistados.

Um dos entrevistados, não refere em concreto a prática promotora, no entanto valoriza a sensibilidade e responsabilidade dos enfermeiros em atuar na promoção de conforto à pessoa doente.

Para além do enfoque da multidimensionalidade, dois dos participantes referem práticas que enaltecem o respeito pela intimidade. Deste modo, humanizar “poderá ser, então, respeitar a pessoa doente como ser humano, independente da sua idade, “privatizar” o seu espaço e os cuidados a ela prestados, desde a sua admissão no hospital até a sua alta.” (Tiny, 2010, p. 16). A Comissão Nacional para a Humanização dos Cuidados de Saúde no SNS tem como dois dos seus pilares: “respeito pela dignidade da pessoa; o reconhecimento da individualidade, humanidade e singularidade de cada utente e de cada profissional, com correlativo respeito pela autonomia, intimidade, crenças, valores, sentimentos, estados emocionais e circunstâncias pessoais;” (Serviço Nacional de Saúde, 2024, p. 3).

Apenas um entrevistado refere que para muitas das pessoas o controlo da dor é primordial. O facto de apenas um dos entrevistados ter referido tal facto pode levantar as seguintes questões: Está a dor, considerada como quinto sinal vital, a ser desvalorizada ao ponto de apenas um entrevistado a referir? Ou, pelo contrário, não é levada em conta pelos entrevistados pois está efetivamente a ser controlada e possibilita o foco noutras áreas de atuação? Efetivamente a dor é um ponto chave na área dos cuidados paliativos, pela dificuldade que oferece o seu controlo e pela subjetividade, mas, é de tal importância ao ponto de ser o único sintoma explícito na definição dos problemas primordiais a serem resolvidos em cuidados paliativos, segundo a Associação Europeia de Cuidados Paliativos, citada por Grothe et al. (2015).

Tal como referido anteriormente, a família deve ser envolvida em todo o processo não só porque ajuda a satisfazer as necessidades da pessoa doente em várias dimensões e porque pode ser um parceiro importante quando estes perdem a capacidade de se expressar, mas também por serem, também as famílias, sujeito de prestação de cuidados.

O enfermeiro, enquanto prestador de cuidados humanizados deve ter o “espírito de disponibilidade e de atitudes positivas e realistas” (Domingues, 1996, p. 7). Esta disponibilidade é assumida por alguns dos entrevistados como tendo tempo para ouvir a pessoa doente.

A disponibilidade é demonstrada por várias formas onde se enquadra a capacidade de escuta, mas também através de outros aspetos como a forma de comunicar ou a postura corporal. Importa salientar, também, para além dos aspetos que contribuem para a falta de disponibilidade que se discute mais adiante, a capacidade que o enfermeiro tem para lidar

com situações de saúde desfavoráveis e em fim de vida pode desencadear estratégias que evitem o sofrimento. Possivelmente umas dessas estratégias mais nefastas para as pessoas doentes incide na rapidez com que os cuidados são prestados quando o “o espaço entre o doente e o enfermeiro se encontra cheio de sentimentos negativos”, sendo que o objetivo desta ação é o afastamento, o mais rápido possível, para que o enfermeiro não tenha que lidar com a situação (Kaiser et al., 2019).

Dificuldades dos Enfermeiros na Execução de Práticas Promotoras de Humanização de Cuidados de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa

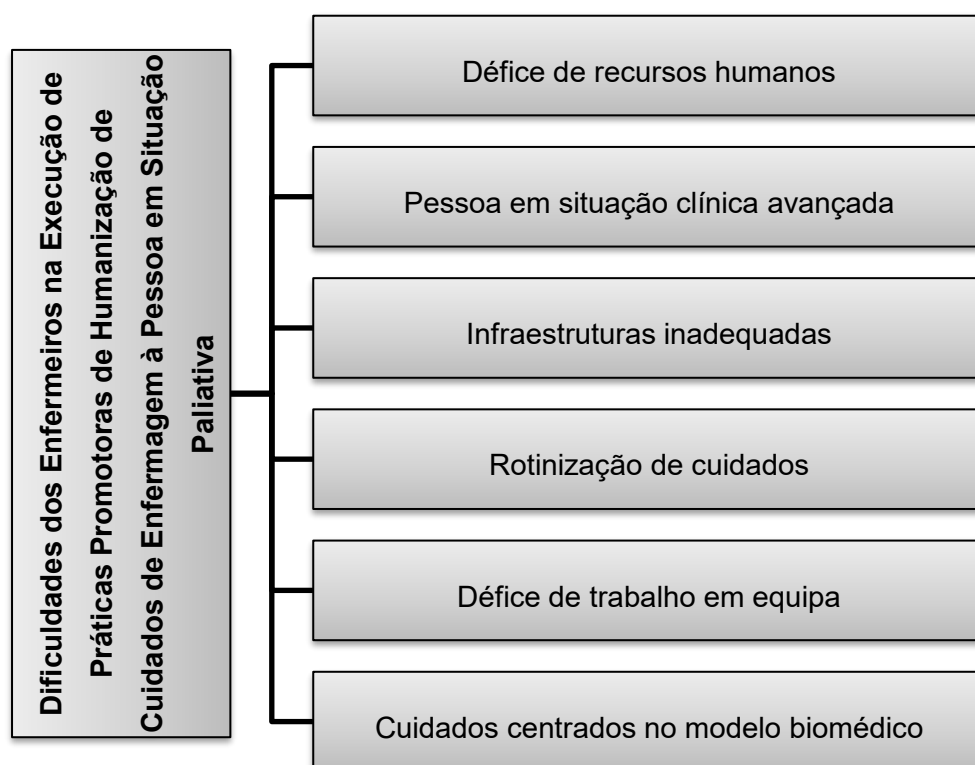


Figura 4 – Dificuldades dos Enfermeiros na Execução de Práticas Promotoras de Humanização de Cuidados de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa: Categorias

O tema dos recursos humanos, assim com as deficiências de recursos materiais são, possivelmente os temas mais focados por diversos estudos e também no presente estudo foi o que criou mais unidades de análise por parte dos entrevistados.

A falta de recursos humanos e materiais é um aspeto transversal à área da saúde e que se verifica também nos cuidados paliativos e que contribui decisivamente para a humanização de cuidados (Sousa et al., 2019). Segundo Oliveira (2006), a contratação de profissionais em número suficiente para atender à procura e a aquisição de novos equipamentos são fundamentais para a melhoria da humanização dos cuidados . A sua

falta pode originar situações de stress nos enfermeiros ou retirar parte da disponibilidade do mesmo para a prestação de cuidados humanizados (Busch et al., 2019; Sousa et al., 2019). Segundo os entrevistados que focaram estes aspetos, a consequência centra-se na falta de disponibilidade para cada pessoa doente e na dificuldade em manter a privacidade das pessoas doentes devido a infraestruturas inadequadas. A conclusão é clara e focada por um dos entrevistados e que reside no facto de não se conseguirem prestar cuidados de qualidade (E9). Também segundo Oliveira et al. (2006), estes aspetos concorrem diretamente para a desumanização dos cuidados pela possível e consequente relação “desrespeitosa, impessoal e agressiva” entre profissionais e doentes.

A situação clínica avançada da pessoa doente é também apontada como uma dificuldade na humanização de cuidados. Em sentido diferente ao que refere Oliveira et al. (2006), que relaciona a exposição a condições de saúde terminais ou situações de sofrimento à criação de estratégias de defesa por parte do profissional dificultando a humanização de cuidados, os entrevistados relacionaram a situação clínica avançada da pessoa doente como entrave à comunicação e consequente capacidade em perceber as necessidades daquela pessoa doente e à dificuldade em implementar medidas de humanização de cuidados pelo escasso tempo de vida que resta a estas. Podemos admitir aqui, em particular nas situações onde se torna difícil de comunicar que a formação nesta área específica é um dos aspetos a rever até porque, como pudemos observar anteriormente, sem comunicação não existe humanização (Oliveira et al., 2006).

A falta de estruturas adequadas está intimamente relacionada com a capacidade manter a privacidade da pessoa doente e é uma das principais barreiras à prestação de cuidados humanizados (Sousa et al., 2019).

A rotinização ou automatização dos cuidados foi também apontada pelos entrevistados como dificuldade sentida na implementação de práticas promotoras de humanização de cuidados e elencada também por Busch et al. (2019). Este aspeto concorre diretamente com a escassez de recursos humanos. Chamamos rotinas a todas as tarefas que se realizam diariamente e sensivelmente à mesma hora, como por exemplo os cuidados de higiene. A realização destas tarefas deixa, muitas vezes, o profissional sem capacidade temporal para realizar tarefas direcionadas à humanização de cuidados como ter disponibilidade para ouvir ou estar presente, podendo originar esquecimentos como refere E10 ou até mesmo à realização de tarefas que são contrárias à vontade das pessoas em situação paliativa como refere E9.

Os enfermeiros relatam ainda a existência de uma visão de cuidados centrados no modelo biomédico, com uma perspetiva fragmentada da pessoa, centrado na gestão de

sinais e sintomas, como também, a existência de uma atividade por parte dos enfermeiros baseada na proximidade e colaboração com a medicina, continua a ser dominante, pelo que se torna difícil introduzir aspetos característicos dos modelos de enfermagem (Ribeiro et al., 2019). O enfoque pelo cumprimento apenas dos cuidados básicos às pessoas doentes e do cumprimento das rotinas preconizadas no serviço, juntamente com a não abertura do próprio profissional para a implementação de cuidados humanizados, leva os enfermeiros a implementar uma prática de enfermagem baseada no modelo biomédico, onde descoram o que é a essência da profissão que é o cuidar, com uma visão holística e abrangente que possibilita ser uma mais valia nos processo de transição vividos ao longo da vida (Pedro Miguel das Neves Lounet Costa, 2021).

Necessidades dos enfermeiros nas práticas promotoras de humanização de cuidados de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na perceção de enfermeiros de uma UCP

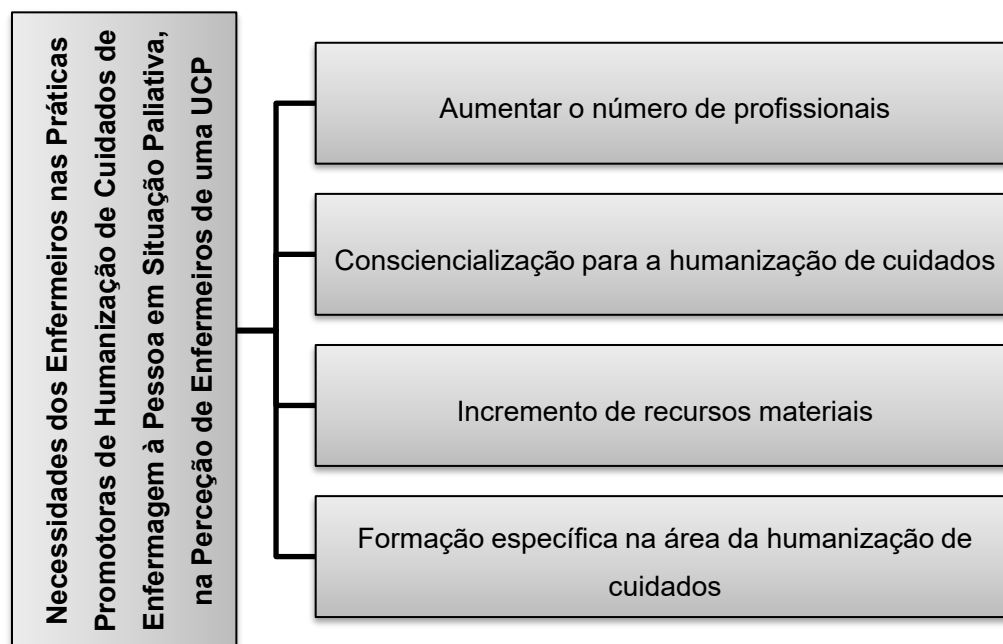


Figura 5 – Necessidades dos Enfermeiros nas Práticas Promotoras de Humanização de Cuidados de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa, na Perceção de Enfermeiros de uma UCP: Categorias

Outros aspetos identificados pelos entrevistados estão relacionados com o aumento da sensibilização do enfermeiro para a humanização de cuidados e com a necessidade de se obter um rácio enfermeiro/pessoa doente capaz de proporcionar maior disponibilidade, essencialmente de tempo, para cuidar de forma humanizada as pessoas doentes internadas nas UCP. Neste sentido, o cumprimento do rácio enfermeiro/pessoa

doente é um fator crucial na prestação de cuidados de saúde de qualidade. Quando este fator é cumprido a capacidade de atenção individualizada e humanizada aumenta. Quando os enfermeiros se sentem sobrecarregados pode levar a uma redução na qualidade do atendimento, na comunicação e na empatia, essenciais para uma abordagem humanizada.

Além disso, a falta de recursos materiais agrava ainda mais a situação. A ausência de recursos pode limitar a capacidade dos profissionais de saúde de fornecer cuidados eficazes e seguros, levando à frustração tanto dos enfermeiros quanto das pessoas doentes.

Estas barreiras à implementação de cuidados humanizados são observadas nos seguintes estudos, em que Filha et al. (2025) e Vaz et al. (2024), defendem que a sobrecarga das equipas de saúde, a escassez de recurso humanos e materiais comprometem a implementação de um cuidado verdadeiramente humanizado.

Relativamente à consciencialização sobre a importância da humanização nos cuidados de saúde é um passo fundamental para transformar a nossa prática de cuidados. Os entrevistados referem a necessidade de influenciar a mentalidade e na postura dos nossos colegas na sua prática de cuidados, demonstrando a importância do cuidado humanizado. Vaz et al. (2024), destaca no seu estudo a importância das relações interpessoais e do ambiente de trabalho para a promoção da humanização. A necessidade de uma boa relação entre os profissionais e as pessoas doentes influenciam no sucesso da implementação do cuidado humanizado, como espelhado pelo estudo realizado.

Essa consciencialização deve ser acompanhada de formação específica, que capacite os profissionais de saúde a adotar abordagens mais empáticas e centradas na pessoa doente. Investir em formação específica não só melhora a qualidade do atendimento prestado, mas também contribui para a satisfação dos profissionais de saúde, criando um ambiente de trabalho mais positivo e motivador.

A necessidade de formação adequada é referida pelos profissionais noutros estudos como defende Grøthe et al. (2015), Autelitano et al. (2021), Anderson et al. (2016), Van Klinken (2023) e Busch et al. (2019), mas também pelas pessoas doentes e suas famílias (Busch et al., 2019). Busch et al. (2019), referem ainda, e à semelhança do que foi dito pelo E9, que a formação deve incidir sobre competências técnicas e não técnicas até porque, no essencial, são as competências não técnicas que estão mais relacionadas com a humanização de cuidados.

Sugestões dos Enfermeiros para a melhoria da Humanização de Cuidados numa UCP

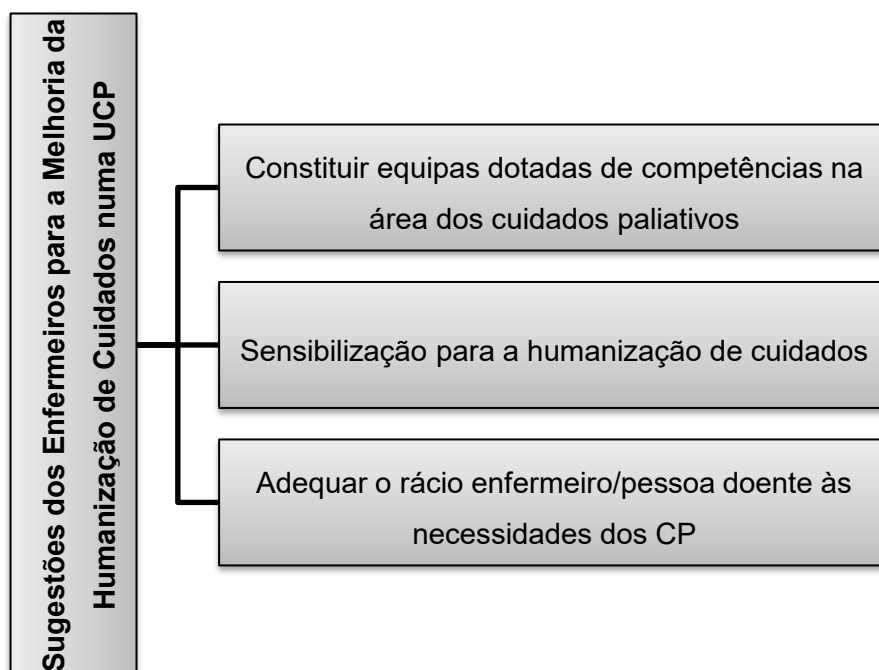


Figura 6 – Sugestões dos Enfermeiros para a Melhoria da Humanização de Cuidados numa UCP: Categorias

As sugestões dos enfermeiros para a melhoria da humanização de cuidados numa UCP vão muito de encontro às respostas das necessidades que identificaram, pelo que prezam pela construção de equipas dotadas de competências na área dos cuidados paliativos, pela sensibilização para a humanização de cuidados e pela adequação do rácio enfermeiro/pessoa doente às necessidades dos CP.

Constituir equipas dotadas de competências na área dos cuidados paliativos, juntamente com uma formação adequada e uma sensibilização para a humanização dos cuidados, é fundamental para melhorar a qualidade dos cuidados prestados a pessoas em situação paliativa. Costa et al. (2025), defende que a capacitação profissional, a sensibilização da sociedade e a formulação de políticas públicas são aspetos fundamentais para avançar neste campo. O fortalecimento das redes de apoio e ampliação do acesso a serviços especializados são medidas que devem ser priorizadas para garantir um atendimento mais eficaz e humanizado. O mesmo autor, no seu estudo, refere que a formação contínua em cuidados paliativos possibilita que médicos, enfermeiros e demais integrantes da equipa multidisciplinar desenvolvam habilidades para lidar as pessoas doentes em sofrimentos, proporcionando cuidados mais qualificado. No campo da melhoria

da humanização de cuidados, os enfermeiros inquiridos são consensuais, no sentido que a necessidade de formação é o principal fator de melhoria.

Quanto à adequação do rácio enfermeiro/pessoas doentes, como já referido anteriormente, é um fator crucial na prestação de cuidados de saúde de qualidade. Garantindo que as pessoas doentes recebam a qualidade e a atenção adequadas durante a fase final da vida, respeitando suas necessidades físicas, emocionais, sociais e espirituais. Os entrevistados defendem a necessidade de adequar os rácios à real complexidade dos cuidados, tendo em conta as necessidades emocionais e espirituais, e o apoio à família, sendo que estes fatores devem ser considerados na definição do número de enfermeiros necessários e não só cumprir com o que é preconizado a nível nacional. Isto é, se realmente as instituições que prestam este tipo de cuidados pretendem que sejam prestados cuidados humanizados na sua integralidade. Vaz et al. (2024), no seu estudo cita Santos (2024), que a liderança deve fomentar uma cultura organizacional que valorize e reconheça o trabalho humanizado, oferecendo suporte emocional e recursos adequados para a equipa de enfermagem.

3.9. CONCLUSÃO DO ESTUDO

A elaboração deste estudo assumiu-se como um desafio para que os profissionais de saúde possam desenvolver mais competências de forma a implementarem cuidados humanizados, através da perceção e reflexão dos profissionais entrevistados sobre o tema. A perspetiva dos enfermeiros sobre a humanização é crucial, pois reflete tanto as práticas adotadas como os desafios enfrentados para garantir que os cuidados sejam prestados à pessoa em situação paliativa com o conforto, dignidade, respeito e compaixão, sem nunca descurar a família.

Neste sentido, torna-se importante refletir sobre os resultados principais a que chegamos, fruto do trabalho teórico e empírico desenvolvido. Começámos o nosso caminho tendo por base conhecer através da perspetiva dos enfermeiros, o que era para eles a humanização de cuidados. Sendo que foi explícito que a pessoa doente deve ser observada de forma holística significando, assim, muito mais do que a soma de cada uma das partes ou, se quisermos, de cada uma das suas dimensões. Houve também consenso que a humanização dos cuidados quanto à individualidade, singularidade e dignidade da pessoa, não obstante à inclusão deste tipo de cuidados também à família, olhando para ela como sujeita de cuidados. Os enfermeiros referiram também que a humanização de cuidados está inerente à dimensão saber ser nas suas vertentes de empatia e ser sensível

contribuindo para este facto uma atitude positiva e disponibilidade demonstrada pelos enfermeiros.

Relativamente às práticas promotoras de humanização de cuidados os enfermeiros salientam o acolhimento da pessoa doente como sendo importante para identificação de diagnósticos de enfermagem que se constrói o processo e o plano de cuidados de enfermagem, criando condições para a individualização dos cuidados à pessoa e para a continuidade de cuidados. O ajustar dos cuidados à pessoa não se quer estanque ao longo do tempo, pretende-se que seja evolutivo e ajustado em função da alteração das necessidades ou preferências das pessoas doentes. Para este aspeto contribuem de forma decisiva o trabalho em equipa e particularmente uma das suas dimensões, as passagens de turno de enfermagem. É, também, através das passagens de turno que é possível efetivar a continuidade de cuidados e um ajuste individualizado dos mesmos. A questão da autonomia é das mais relevantes sob o ponto de vista da pessoa doente. O respeito pelas preferências da pessoa, a personalização dos cuidados e da capacidade para promover atividades lúdicas ou gostos alimentares das pessoas doentes. são intervenções que promovem de facto a humanização de cuidados.

O cerne das práticas promotoras de humanização de cuidados é a promoção de conforto, sendo que se focaram essencialmente em duas áreas: enfoque na multidimensionalidade e no respeito pela intimidade. Paralelamente, foram também evidenciadas outras áreas como: o alívio da dor; o respeito pela privacidade e o respeito pelas vontades. O enfermeiro, enquanto prestador de cuidados humanizados deve ter disponibilidade, sendo que este é assumida como ter tempo para ouvir a pessoa doente.

Relativamente às dificuldades dos enfermeiros na execução de práticas promotoras de humanização de cuidados, percebemos que tema questão da limitação dos recursos humanos, assim com as deficiências de recursos materiais são, possivelmente os mais focados por diversos estudos assim como no presente estudo. Outra situação referida pelos enfermeiros é a situação clínica avançada da pessoa doente é também apontada como uma dificuldade na humanização de cuidados considerando-a um entrave à comunicação e conseqüente capacidade em perceber as necessidades daquela pessoa doente e à dificuldade em implementar medidas de humanização de cuidados pelo escasso tempo de vida que resta a estas. Quanto à rotinização ou automatização dos cuidados foi também apontada pelos entrevistados como dificuldade sentida na implementação de práticas promotoras de humanização de cuidados que juntamente com a não abertura do próprio profissional para esta tipologia de cuidado leva os enfermeiros desenvolver uma prática de enfermagem baseada no modelo biomédico.

As necessidades dos enfermeiros nas práticas promotoras de humanização de cuidados, sendo que uma delas está relacionada com o aumento da sensibilização do enfermeiro para a humanização de cuidados e com a necessidade de se obter um rácio enfermeiro/pessoa doente capaz de proporcionar maior disponibilidade, essencialmente de tempo, para cuidar de forma humanizada as pessoas doentes internadas nas UCP. Além disso, a falta de recursos materiais agrava ainda mais a situação. A ausência de recursos pode limitar a capacidade dos profissionais de saúde de fornecer cuidados eficazes e seguros, levando à frustração tanto dos enfermeiros. Relativamente à consciencialização sobre a importância da humanização nos cuidados de saúde é um passo fundamental para transformar a nossa prática de cuidados. Os entrevistados referem a necessidade de influenciar a mentalidade e a postura dos nossos colegas na sua prática de cuidados, demonstrando a importância do cuidado humanizado. Por fim, ainda dentro das necessidades identificadas pelos enfermeiros, é a formação específica, que capacite os profissionais de saúde a adotar abordagens mais empáticas e centradas na pessoa doente.

Como sugestão de melhoria da humanização de cuidados os enfermeiros relevaram uma forte consonância com as necessidades identificadas na prática, centrando-se essencialmente em três eixos: a constituição de equipas dotadas de competências na área dos cuidados paliativos, a sensibilização para a humanização e a adequação do rácio enfermeiro/pessoa doente. Estas vão de encontro às respostas das necessidades identificadas, pelo que destacam a construção de equipas dotadas de competências na área dos cuidados paliativos, a sensibilização para a humanização de cuidados e pela adequação do rácio enfermeiro/pessoa doente às necessidades dos CP. No campo da melhoria da humanização de cuidados, os enfermeiros inquiridos são consensuais, no sentido que a necessidade de formação é o principal fator de melhoria. Quanto à adequação do rácio enfermeiro/pessoas doentes, os entrevistados defendem a necessidade de adequar os rácios à real complexidade dos cuidados, tendo em conta as necessidades emocionais e espirituais, e o apoio à família, sendo que estes fatores devem ser considerados na definição do número de enfermeiros necessários e não só cumprir com o que é preconizado a nível nacional.

Os resultados permitem perceber que ainda muito há a fazer a nível da humanização de cuidados. Assim, a realização deste estudo pretende contribuir como uma mais valia para a instituição onde foi realizado, no sentido de servir como diagnóstico para o desenvolvimento de programas de formação e protocolos de atuação baseados na humanização de cuidados.

Como em qualquer investigação científica, também o presente estudo apresenta limitações inerentes ao seu desenho e contexto, que importa reconhecer para uma interpretação mais rigorosa dos resultados obtidos. A principal limitação prende-se com a dimensão reduzida da amostra, uma vez que o estudo foi realizado apenas com 10 enfermeiros, não sendo por isso possível generalizar os resultados para toda a população de enfermeiros de Unidades de Cuidados Paliativos. Acresce o facto de a amostra ter sido seleccionada por conveniência, o que pode introduzir viés de seleção. Outra limitação decorre do próprio desenho metodológico qualitativo, que embora permita compreender em profundidade as perceções dos participantes, não possibilita estabelecer relações de causa-efeito ou produzir dados generalizáveis. Importa ainda referir o contexto específico em que o estudo decorreu — uma única Unidade de Cuidados Paliativos localizada na região Norte de Portugal — o que condiciona a aplicabilidade dos resultados para outras realidades. Por fim, o recurso a informação fornecida diretamente pelos participantes, obtida por entrevista, pode ter sido influenciado por viés de desejabilidade social ou por lapsos de memória, afetando a precisão das respostas.

4. COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS DE ENFERMAGEM EM CUIDADOS PALIATIVOS

O Enfermeiro Especialista é, segundo o Regulamento nº140/2019, o enfermeiro habilitado com um curso de especialização em enfermagem ou com um curso de estudos superiores especializados em enfermagem, com o título profissional que lhe confere competência científica, técnica e humana para prestar também cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade, para além dos cuidados gerais (Diário da República, 2019). Das diversas áreas existentes de especialidade em enfermagem existentes, irei focar-me na área dos CP.

As competências de enfermagem, subdividem-se em competências comuns e as específicas à pessoa em situação paliativa. Quanto às competências comuns os enfermeiros especialistas, estas são: a Responsabilidade profissional, ética e legal, a Melhoria contínua da qualidade, a Gestão de cuidados e o Desenvolvimento das aprendizagens profissionais, sendo que estas são as competências comuns (Diário da República, 2019).

No que diz respeito às competências específicas de enfermagem à pessoa em situação paliativa são: cuidar da pessoa com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal dos seus cuidadores e familiares, em todos os contextos de prática clínica, aliviando o seu sofrimento, maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida e estabelecer uma relação terapêutica com a pessoa com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal, e seus cuidadores/familiares, proporcionando suporte no processo de adaptação às perdas sucessivas, à morte e no acompanhamento no luto (Diário da República, 2018).

Com base nas competências definidas pela Ordem dos Enfermeiros, apresento abaixo, o desenvolvimento de competências expondo as atividades realizadas relativamente aos domínios de cuidados, formação, gestão e investigação desenvolvidas durante o estágio, refletindo-se sobre o seu contributo na aquisição de competências especializadas no percurso do Estágio de Natureza Profissional.

4.1 CUIDADOS DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADOS À PESSOA EM SITUAÇÃO PALIATIVA E FAMÍLIA

A evolução do enfermeiro, no que diz respeito ao desenvolvimento e aquisição de competências, tem como pressuposto a formação. Gottlieb (2016), refere que a prestação de cuidados deve ter por base uma perspetiva teórica subjacente, servindo como uma

bússola interna para o enfermeiro conduzir a sua prática. Contudo, é fundamental que, juntamente à aquisição de conhecimentos teóricos, se associe uma componente prática que permita a mobilização e consolidação de conhecimentos e possibilite o desenvolvimento de competências técnico-científicas, humanas e éticas.

Os CP centram-se em quatro áreas fundamentais: o Controlo de Sintomas da Pessoa em Situação Paliativa, o Apoio à Família da Pessoa em Situação Paliativa, a Comunicação em Cuidados Paliativos e o Trabalho em Equipa em Cuidados Paliativos, em que nenhuma delas deve ser subestimada, exigindo dos profissionais de saúde que obtenham um treino adequado e rigoroso que permite o desenvolvimento das competências avançadas.

Posto isto, irei abordar as quatro áreas fundamentais em CP, referindo as competências adquiridas e desenvolvidas em cada uma das áreas.

4.1.1. O Controlo de Sintomas da Pessoa em Situação Paliativa

Um dos grandes problemas apresentados pela pessoa em situação paliativa é a presença de sintomas que causam grande desconforto e sofrimento sempre que não são adequadamente controlados. A maioria das pessoas admitidas nos cuidados paliativos temo como motivo o descontrolo sintomático. Podem apresentar diversos sintomas em simultâneo, destacando-se como os mais prevalentes a dor, astenia, caquexia, dispneia, *delirium* e agitação psicomotora (Abejas & Duarte, 2021).

O controlo de sintomas em Cuidados Paliativos é, de facto, um dos objetivos mais importantes para o bem-estar destas pessoas e uma das maiores preocupações dos profissionais de saúde de cuidados paliativos, nomeadamente dos enfermeiros. Considerando que uma das competências específicas do enfermeiro especialista na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa garantir que “Cuida da pessoa com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal dos seus cuidadores/familiares, em todos os contextos de prática clínica, aliviando o seu sofrimento, maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida” (Diário da República, 2018, p. 19360). Com base no Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro em Médico-Cirúrgica (2018), definimos para este estágio o seguinte objetivo:

- Desenvolver competências na conceção, organização, planeamento, execução e avaliação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação paliativa e família, maximizando a qualidade de vida e diminuindo o sofrimento e sintomatologia inerente à situação de doença;

Durante o estágio, foram inúmeras as atividades que realizámos neste contexto. Realizar a identificação e implementação de intervenções desde a avaliação, identificação dos prolemas, planeamento das intervenções, implementação das medidas de alívio, reavaliação dos resultados e registo em processo clínico.

O correto alívio de qualquer sintoma, pressupõe a sua correta identificação. Além da observação clínica perspicaz e treinada é fundamental o recurso a instrumentos de avaliação tais como escalas. Para alcançarmos o controlo sintomático devem ser implementados os princípios gerais de controlo de sintomas: Avaliar antes de tratar (avaliar a causa do sintoma e o impacto físico e emocional que tem na pessoa doente); Não esperar que a pessoa doente se queixe; Monitorizar os sintomas: físicos ou psicológicos e respetiva avaliação, através da utilização de escalas como a Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton, ou outras (escalas de avaliação da dor, depressão, ansiedade, entre outros). O uso destes instrumentos permite a correta monitorização dos sintomas, promovendo a avaliação/reavaliação contínua das intervenções delineadas (Neto, 2016).

Enquanto estagiária, foi nosso interesse aprofundar o estudo sobre várias escalas assim como a sua utilização, nomeadamente: Escala de *Edmonton Symptom Assessment Scale*; Escala de Avaliação do Desempenho do Doente em Cuidados Paliativos – Versão Portuguesa/Portugal (PPS PT); Escala Abbey Pain Scale. A utilização destas escalas permitia identificar os principais sintomas de forma a delinear as intervenções adequadas e posteriormente monitorizar e avaliar os resultados das intervenções implementadas.

De forma a avaliar os sintomas, era protocolo da unidade a aplicação da escala de *Edmonton Symptom Assessment Scale* (Anexo I) no momento da sua admissão. Esta foi elaborada por Hui e Bruera (2017) para avaliar os sintomas de cancro em pessoas doentes com doença avançada em cuidados paliativos. É um instrumento de autoavaliação, multissintomático que permite avaliar nove sintomas: dor, astenia, náuseas, depressão, ansiedade, sonolência, apetite, bem-estar e dispneia, classificados de 0 a 10, sendo 0 intensidade nenhuma e 10 a maior intensidade do sintoma. Pode ser utilizada em pessoas doentes internadas em cuidados paliativos, em ambulatório ou em cuidados domiciliários (Hui & Bruera, 2017). A aplicação desta escala permitia identificar vários fatores que seriam preocupantes para a pessoa doente, uma vez que é preenchida pelo próprio, segundo a sua perceção, abordando também a questão psicoemocional. Apesar de ser uma escala frequentemente utilizada, tem como limitação só avaliar a intensidade dos sintomas. No entanto, uma vez que o enfermeiro se encontra presente durante o preenchimento da escala, facilita o esclarecimento de eventuais dúvidas. Assim, ao longo do estágio após a implementação desta escala era discutida com a pessoa doente/família sobre os vários

sintomas de forma a permitir a expressão do que o mais preocupa, de como gostaria que fosse resolvido esse sintoma e assim ajustar e elaborar um plano de cuidados personalizado e individualizado.

Para além desta escala, aplicava outra escala no momento da admissão da pessoa doente – Escala de Avaliação do Desempenho do Doente em Cuidados Paliativos – Versão Portuguesa/Portugal (PPS PT) (Anexo II) – esta foi criada para avaliar o prognóstico das pessoas doentes com cancro, pois fornece informação que permite medir o declínio progressivo das pessoas em situação paliativa. Verificou-se ser útil na medida em que identifica e acompanha as eventuais necessidades da pessoa em situação paliativa, e particularmente quando as necessidades mudam com a progressão da doença (Serenó S et al., 2022).

A escala atribui um *score* à pessoa doente, apresentado valores entre os 0% a 100%. Quanto mais baixo é o *score* menor será a capacidade funcional da pessoa doente e maior a proximidade da sua morte. O *score* 0% significa a morte da pessoa doente, enquanto que o *score* 100% é atribuído à pessoa doente que não tem alteração da sua *performance status*. Este *score* é calculado de acordo com cinco critérios: deambulação, atividade e evidência de doença, autocuidado, ingestão e nível de consciência. O *score* da escala é obtido pela leitura horizontal de cada nível de forma a encontrar aquele que melhor se adequa à pessoa doente, resultando numa percentagem. Deve começar-se pela coluna da esquerda e ler na vertical até encontrar o nível do critério adequado à pessoa doente. Posteriormente, deve ler-se a coluna seguinte e de cima para baixo, seguindo todas as colunas deste modo, até atribuir o *score* final da pessoa doente. As colunas da esquerda são determinantes, portanto assumem maior importância em relação às outras. Esta ferramenta torna-se útil pois permite comunicar e descrever o atual estado funcional da pessoa doente, avaliar a capacidade de trabalho ou outros parâmetros e comparar, posteriormente, podendo ter um valor prognóstico (Serenó S et al., 2022). A aplicação desta escala permitiu ter uma noção geral do estado clínico e funcional da pessoa doente, de modo a que no momento da admissão, na negociação das intervenções a serem aplicadas e na elaboração do plano de cuidados personalizado, seja realista, permitindo a gestão de expectativa e definir um prognóstico da pessoa doente.

O momento da admissão da pessoa doente é muito importante para obter a máxima informação sobre a sua doença e tudo o que envolve, assim como conhecer a própria pessoa doente/família, desde como este gosta de ser tratada, o que sente, quais as expectativas, as suas preferências (desde os cuidados até à alimentação, musicais, e atividades de lazer, entre outros). Assim, permite elaborar um plano de cuidados

personalizado e individualizado de modo a abordar as várias necessidades de cuidados, inclusive a psicoemocional, espiritual e sociofamiliar, não focando apenas a nível físico e patológico, respeitando as preferências da própria pessoa doente, assim como dos seus cuidadores/famíliares maximizando a autonomia e a qualidade de vida, preservando a dignidade e diminuindo o sofrimento.

Durante o decorrer do estágio tive oportunidade de realizar a admissão de algumas pessoas doente na UCP. Esta admissão é realizada por diversos profissionais de saúde, desde o enfermeiro, o médico e a assistente social, embora eventualmente poderia não ser coincidente a participação de todos no momento da admissão, no entanto, a elaboração da mesma era realizada por estes profissionais. Este momento permite à equipa conhecer a pessoa doente/família promovendo um momento de partilha e iniciar assim uma relação de confiança e empática. Quanto à colaboração de enfermagem neste momento, após a nossa apresentação, permitíamos à pessoa doente/família realizar a sua apresentação – desde o nome pelo qual gostaria de ser tratado, quem era, se saberia a razão pela qual estaria internado nesta unidade, quais as expectativas, o que a preocuparia e o que mais gostaria de realizar como atividades de lazer.

A dor é o sintoma mais prevalente em pessoas doentes do foro paliativo. Cerca de 70-90% apresentam dor em algum momento da evolução da sua doença. É o sintoma mais complexo, subjetivo, variável de pessoa para pessoa e que está sujeito a vários fatores, como físicos, psicológicos, sociais e espirituais, que irão condicionar a sua perceção e o seu controlo. Este contribui para o mal-estar físico, psicológico e emocional da pessoa doente, o que leva por vezes, a alterações do padrão de sono, perda de apetite, baixa tolerância ao stress e até depressão (Abejas & Duarte, 2021).

A prevalência da dor crónica na população portuguesa adulta é de 36,7% e quando considerada apenas a dor de intensidade moderada a forte é de 14,3% (Azevedo et al., 2012). A dor crónica tem um impacto na pessoa muito para além do sofrimento que lhe causa, tais como sequelas psicológicas, isolamento, incapacidade e perda de qualidade de vida, podendo estas ultrapassar a própria pessoa e envolver a família, cuidadores e amigos (Direção Geral da Saúde, 2017).

Fatores como o estado de consciência e/ou capacidade cognitiva, incapacidade de comunicar impossibilitam a aplicação de escalas de avaliação da dor (como a escala de avaliação numérica), assim para ultrapassar esta dificuldade e não deixar de avaliar este importante sintoma que tanto impacto tem na qualidade de vida do da pessoa doente (não menosprezando os outros sintomas), ao longo do estágio, fui aplicando a Escala Abbey Pain Scale (Anexo III). Esta escala é indicada para avaliar a dor em pessoas doentes com

alterações cognitivas e com incapacidade para comunicar, permite avaliar quer a dor aguda ou crónica (Rodrigues, 2013).

Em 2013, Rodrigues desenvolveu na sua dissertação de mestrado, a validação para a população portuguesa da Abbey Pain Scale. Esta é constituída por 6 itens de avaliação, que correspondem aos indicadores não-verbais de presença de dor, como: vocalização, expressão facial, alteração da linguagem corporal, alteração comportamental, alteração fisiológica e alterações físicas, a cada item é atribuída uma pontuação de acordo com as opções: “ausente = 0”, “ligeira = 1”, “moderada = 2” e “severa = 3”. O somatório dos 6 itens corresponde a uma pontuação final entre 0 e 18, sendo que a sua correspondência em termos de dor é a seguinte: de 0 a 2 pontos – sem dor; de 3 a 7 pontos – dor ligeira; de 8 a 13 pontos – dor moderada e de 14 a 18 pontos – dor severa. Esta escala também aprecia no fim a classificação do tipo de dor na pessoa doente: aguda, crónica ou simultaneamente aguda e crónica. Uma das limitações da aplicação desta escala, é a impossibilidade de utilização em pessoas doentes que se encontram sedadas e sem resposta a estímulos dolorosos (em coma) uma vez que esta é uma escala de avaliação comportamental da dor (Rodrigues, 2013). Como já referido previamente, muitas das pessoas em situação paliativa admitidas nestas unidades, são referenciadas já numa fase avançada da sua patologia, onde a capacidade de expressar os seus sintomas, emoções e preocupações está comprometida, pelo que se torna importante a aplicação deste tipo de escalas de forma a não negligenciar o plano de cuidados desenvolvido.

Após a avaliação da pessoa em situação paliativa e estabelecidos os diagnósticos de enfermagem, é fundamental planear os cuidados. Neste momento o conhecimento sobre as diversas medidas existentes para o alívio de sintomas, farmacológicas ou não farmacológicas, é fundamental para a nossa tomada de decisão de modo a permitir definir quais as intervenções mais adequadas para cada pessoa.

Os principais sintomas que surgiram durante o ENP foram: a dor, o cansaço, a falta de apetite e a depressão (o sentir-se triste). Para além do tratamento farmacológico que seria definido pela equipa médica da instituição, sendo que posteriormente haveria uma avaliação pela equipa de enfermagem sobre a eficácia e adaptação da terapêutica instituída, também conseguimos colocar em práticas algumas medidas não farmacológicas para os diversos sintomas apresentados. Relembro que estas medidas seriam um complemento às medidas farmacológicas já previamente instituídas.

No que diz respeito às medidas não farmacológicas da dor, estas têm ganho cada vez mais espaço no atendimento à pessoa em situação paliativa. Assim, durante o ENP, pudemos implementar: a massagem terapêutica, sendo que esta demonstra eficácia na

gestão da dor como se pode verificar na revisão sistemática de Lopes-Júnio et al. (2020), em que apontou que metade dos estudos usam esta terapia complementar na gestão da dor oncológica em cuidados paliativos; outras medidas não farmacológicas adotadas era aromaterapia e musicoterapia. Estas últimas medidas não seriam aplicadas só em contexto de alívio da dor, mas também no cansaço e na depressão, proporcionando-lhes uma sensação de bem-estar. Segundo Freitas e Albuquerque (2021), citado por Souza et al. (2024), referem que a aromaterapia consiste na utilização de óleos essenciais como lavanda e menta que contribui para a redução da ansiedade e melhorar o bem-estar, potenciando, assim, o efeito dos tratamentos principais e promovendo uma abordagem holística do cuidado. A musicoterapia tem o intuito de restaurar, manter e promover a saúde, esta tem a capacidade de gerar relaxamento emocional e físico. O seu propósito, de forma global, é melhorar a qualidade de vida e assim melhorar a regulação das emoções, aprimorar a comunicação e promover o suporte ao controle dos sintomas (Anjos et al., 2017; Deng, 2019).

Por fim, as medidas não farmacológicas quanto à falta de apetite, consistiam na adaptação das preferências e gostos da pessoa doente, como gelados, atender a algumas vontades de comer o seu prato favorito (adaptando claro à sua situação clínica) – sendo que neste contexto o papel da família seria importante na medida que juntamente com eles conseguíamos proporcionar estes desejos. Camargo et al. (2023), defendem que a oferta de uma dieta de conforto, ajustando a textura, temperatura, volume e densidade dos alimentos, além de considerar as preferências alimentares são cruciais para as pessoas doentes tenham sintomas como falta de apetite, dificuldade para engolir e a necessidade de auxílio para se alimentar.

O tratamento dos sintomas deve ser rigoroso e célere, uma vez que o seu atraso não só implica mais sofrimento para o doente como compromete a confiança na relação profissional de saúde e a pessoa doente. Assim, na prática profissional, o controlo de sintomas deve ser a nossa prioridade máxima, uma vez que interfere diretamente com o bem-estar da pessoa em situação paliativa e sem ele não se pode prestar cuidados humanizados. Assim, para além da resposta ao controlo de sintomas é importante assistir a pessoa em situação paliativa em todas as suas dimensões de modo a prestar cuidados de enfermagem humanizados (Abejas & Duarte, 2021).

Os CP não dispensam um rigoroso controlo sintomático, não nos podemos focar apenas nos sintomas físicos, temos de atender a todas as suas necessidades e dimensões, tratar a pessoa doente/família como um todo. No entanto, se negligenciarmos o controlo

sintomático também não permitimos que a pessoa doente encontre qualidade de vida desejada no tempo que ainda tem para viver, causando-lhe sofrimento.

Segundo Neto (2016), explicar as causas dos sintomas e as medidas terapêuticas adotadas à pessoa doente e família; Adotar uma estratégia terapêutica mista (recurso a atitudes terapêuticas farmacológicas e não farmacológicas), são boas formas de obtermos colaboração por parte pessoa doente e/ou família, fazendo-os assim, sentir-se parte integrante do seu plano de cuidados, assim como elementos ativos no ajuste das necessidades, com vista a um cuidar humanizado.

Por fim, e de uma forma geral, uma dificuldade sentida durante o meu estágio de natura profissional foi que nem sempre tinha facilidade em dar continuidade aos cuidados àquela pessoa doente/família, pois: por um lado, como já referido, como a referência destas pessoas em situação paliativa era tardia, dificultava a recolha de informação, ou devido à alteração do estado de consciência, ou o facto de muitas vezes as pessoas em situação paliativa não vinham acompanhadas pelos seus cuidadores/familiares; por outro lado, o período de internamento era curto (um mês com possibilidade de prolongar caso os sintomas ainda se mantivessem instáveis), ou então o seu estado clínico já se encontrava tão fragilizado que acabavam por falecer pouco tempo depois da admissão na unidade.

Existiam as conferências familiares que permitiam a recolha desta informação mais pormenorizada, quando não eram acompanhados pelo cuidador/família, caso fosse em tempo útil. A admissão da pessoa doente é realmente um momento importante, pois permite estabelecer uma relação terapêutica, ajustar expectativas e estabelecer cuidados mais personalizados e holísticos envolvendo todos os seus intervenientes, seja à pessoa doente, aos cuidadores e aos familiares.

Assim, no decorrer do ENP, consegui desenvolver as seguintes competências: elaboração do diagnóstico das necessidades de cuidados paliativos da pessoa doente, ao nível físico, psicoemocional, espiritual e sociofamiliar; avaliação dos sintomas da pessoa doente segundo as suas características, priorizando o impacto no próprio; utilização de ferramentas padronizadas, como as escalas acima abordadas; avaliação do grau de dependência e as necessidades de cuidados da pessoa com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal, promovendo a sua máxima satisfação, o bem-estar e o conforto; elaboração de um plano individualizado para a pessoa doente e seus cuidadores/familiares, preservando a dignidade, diminuindo o sofrimento, maximizando a autonomia e qualidade de vida e respeitando as perspetivas dos próprios, atualizando e reformulando-o sempre que necessário e baseado na eficácia das intervenções

desenvolvidas e em parceria com a pessoa doente, cuidadores/familiares; desenvolvimento de competências no alívio de sintomas através conhecimento e implementação de medidas farmacológicas e não farmacológicas (Diário da República, 2018).

4.1.2. Apoio à Família da Pessoa em Situação Paliativa

A família da pessoa em situação paliativa, é alguém que também está doente e que por essa razão é alvo de cuidados do enfermeiro. Segundo Gomes (2013), citado por Fernandes (2016), nos CP é fundamental o envolvimento de vários familiares no ato de cuidar de modo a proporcionar a partilha, desencadeando assim afetos aumentando a autoestima da pessoa doente e dos cuidadores. Fernandes (2016), cita que SECPAL (2003), refere que a pessoa doente é o centro de atenção dos cuidadores, e estes por sua vez, sentem-se mais satisfeitos por terem a capacidade de prestar os cuidados aos seus familiares (Barbosa et al., 2016). Neste sentido definimos o seguinte objetivo:

- Desenvolver competências em cuidados de enfermagem dirigidos à família.

O papel da equipa não se foca apenas na avaliação das necessidades da pessoa doente, como também deve fazer uma avaliação da família e valorizar uma série de fatores para que possa cuidar, como a capacidade física, psíquica, emocional, económica e condições habitacionais, em caso de optar por permanecer no domicílio (Barbosa et al., 2016). A inclusão da família no plano terapêutico é de extrema importância uma vez que esta assume um papel de recetora e prestadora de cuidados, pelo que deve compreender, cooperar e aceitar o ato de cuidar.

Neste sentido, e tendo em conta o estágio natureza profissional, como já referido anteriormente, o plano de cuidados à pessoa doente seria personalizado e individualizado e a voz dos cuidadores/familiares seria ouvida, uma vez que, muitas vezes, pela incapacidade de expressão da pessoa doente, seriam estes que o conheceriam melhor e desta forma poderiam cooperar também nos cuidados prestados, mesmo estes estando numa instituição, era sempre sugerido que trouxessem roupa, as coisas que ele gostava (desde produtos de higiene, a passatempos, a rádios, entre outros) e até comprar ou fazer comida que o próprio gostasse (adequando à situação clínica da pessoa doente).

Quando a pessoa doente já se encontrava com os sintomas estabilizados e com indicação de alta clínica, a necessidade de preparar o cuidador/família para esta nova transição é de extrema importância. Perceber o potencial destes para cuidar, assim como capacitar para o cuidar é igualmente importante, pelo que devem compreender, cooperar e aceitar o ato de cuidar de forma a favorecer a adesão e confiança. Um aspeto que a

equipa profissional tem que ter, segundo Novellas e Valsera (2002), citado por Fernandes (2016), é a necessidade de verificar se o cuidador tem o sentimento de impotência/incapacidade de cuidar, muitas vezes relacionados com sentimentos como: causar dano físico por inexperiência; não valorização pela equipa; não saber responder a questões colocadas pelos profissionais/familiares (Barbosa et al., 2016). Eram nas conferências familiares que os diversos profissionais (médicos, enfermeiros e assistente sociais) juntamente com o cuidador/família se verificava a capacitação destes para atender às necessidades das pessoas em situação paliativa. Não obstante, da necessidade de verificar se este teria a capacidade para tal, eram realizados ensinamentos para o controlo sintomático, qual a medicação a realizar, explicando quais seriam os sinais de alarme, como poderia evoluir a doença, expressando sempre o apoio da equipa para eventuais dúvidas. Durante os cuidados de enfermagem, os cuidadores/familiares também eram convidados a participar nos mesmos, capacitando-os e encorajando-os a realizá-los.

Na prática de cuidados paliativos estão inerentes algumas situações em que a comunicação é mais complexa e que suscita maior dificuldade nos profissionais de saúde inserindo-se aqui a comunicação de más notícias. Segundo Buckman (1992) e Sancho (2000) citado por Pereira (2008), podemos definir má notícia como: "toda a informação que envolva uma mudança drástica e negativa na vida da pessoa e na perspetiva do futuro". E, portanto, ninguém deseja ser o portador de tal notícia gerando não só stress em quem as recebe, mas também stress e sofrimento nos profissionais de saúde que a vão transmitir, culminando por vezes em mecanismos de fuga e a utilização de eufemismos (Pereira, 2008).

No meu percurso no ENP, a comunicação de más notícias decorreu essencialmente nos momentos de visitas em que os cuidadores/familiares visitavam a pessoa doente, onde muitas vezes se deparavam com o declínio da saúde da pessoa doente. Houve muitas vezes a necessidade de apoiar, explicar o possível significado das perdas e do declínio apresentado pela pessoa doente de forma a realizar um ajuste de expectativas, promovendo conversas de paz e permitindo, muitas vezes, momentos de despedida.

Por fim, as competências desenvolvidas foram: reunir periodicamente com cuidadores/familiares, reavaliando as suas necessidades, utilizando sempre que necessário a conferência familiar; apoiar a pessoa, seus cuidadores/familiares, de modo continuado, nas perdas sucessivas e nas tarefas de resolução do luto (incluindo o antecipatório e complicado); encaminhar, quando necessário, os cuidadores/familiares para outros recursos de apoio. Incentivar ativamente a pessoa, seus cuidadores/familiares como parceiros na avaliação, planeamento, execução e avaliação de cuidados holísticos,

em consonância com os seus desejos e preferências; desenvolver estratégias de apoio aos restantes intervenientes no processo de cuidar (Diário da República, 2018).

4.1.3. Comunicação em Cuidados Paliativos

A comunicação é a base da interação do ser humano e neste sentido esta foi aplicada de diversas formas ao longo das diversas áreas dos CP já abordadas acima. A comunicação é “um processo social básico fundamental em todos os sectores da vida, do mais simples ao mais complexo, constituindo a base da nossa vivência e existência em relação com o outro” (Lourenço, 2012, p. 22). Permite às pessoas a troca de informação sobre si e sobre o que os rodeia. Esta interação é dinâmica e multidirecional, através de vários meios sensório-percetuais como acústicos, visuais, olfativos, tácteis e térmicos, que permitem decifrar a comunicação verbal (Lourenço, 2012).

Neste sentido definimos o seguinte objetivo:

- Desenvolver competências comunicacionais e relacionais na prestação de cuidados à família da pessoa em situação paliativa, apoiando no processo de luto.

A comunicação empática acerca da situação clínica da pessoa doente é uma obrigação ética e moral da equipa. Adequar a comunicação é uma estratégia terapêutica na intervenção no sofrimento numa fase de doença avançada e terminal. A comunicação deve ser adequada a cada pessoa doente, familiar ou outro membro dos CP, pois estes são únicos e diferentes, e refletem o seu contexto cultural, social, espiritual e vivências pessoais (Barbosa et al., 2016).

A comunicação é muito importante para que a mensagem transmitida seja entendida por todos os intervenientes, desde a pessoa doente, aos cuidadores/familiares, até aos profissionais de saúde (que devem previamente reunir-se entre eles para definir um plano de cuidados adequado à pessoa doente para que posteriormente possa ser apresentado a este, juntamente com os seus cuidadores/familiares, para validar este mesmo plano de cuidados). Neste sentido, é importante que a comunicação seja adequada e moldada à pessoa a quem temos de transmitir a mensagem. Devemos utilizar as ferramentas de comunicação adequadas que permitem que a mensagem seja honesta e a esperança realista, ajustando assim as expectativas. Neste contexto, a comunicação deve centrar-se na pessoa doente, baseando-se nas suas necessidades de informação, nas suas preocupações e expectativas. A pessoa doente tem o direito à verdade, sendo que em CP não devemos de negá-la, uma vez que podemos impedir a pessoa doente de viver como protagonista na última fase da sua vida. Existe a esperança realista que deve ser

incentivada e proporcionada pela equipa de CP tendo por base metas realistas e viáveis, de modo a incluir no plano de cuidados. No entanto, a verdade deve-se adequar à pessoa e à forma de como esta tem a capacidade de interiorizar e incorporar na sua experiência de vida (Barbosa et al., 2016).

As experiências no decorrer do ENP nesta área já foram desenvolvidas ao longo das outras áreas acima abordadas, pelo que, sem me alongar e de modo a não ser repetitiva, realço que é realmente uma área bastante complexa e que exige dos profissionais de saúde uma ginástica de pensamento/emocional e adaptação às pessoas com quem comunicamos, pois nem todas gostam de comunicar, nem todos reagem de forma igual às notícias e informações transmitidas.

No decorrer do estágio, tive a oportunidade de participar em reuniões de equipa multidisciplinar, em que o objetivo seria realizar uma avaliação do estado clínico da pessoa doente assim como avaliar a situação emocional, familiar de forma a identificar e planear soluções pra eventuais problemas que surgissem, avaliando assim a necessidade de realizar eventualmente uma conferência familiar. Estas reuniões também seriam importantes para definir os temas a abordar na conferência familiar de modo a que todos os profissionais estivessem a par dos pontos da pessoa doente, estando assim em sintonia do que se iria falar. De forma a dar continuidade, consegui também participar em conferências familiares e aplicar os objetivos da mesma. Segundo Neto (2003) a conferência familiar em cuidados paliativos, para além da partilha de informação e sentimentos, pode ajudar igualmente na mudança de padrões de interação na família que não estejam tão ajustados.

Segundo Fernandes (2016) a equipa deve estar disponível para ouvir a pessoa doente e família e responder às suas questões de forma adequada sendo, portanto, imprescindível que a equipa prepare a conferência familiar e obedeça a alguns princípios tais como: preparar os conteúdos a abordar; decidir quem vai estar presente e nomear o moderador da equipa; criar ambiente de confiança e adaptação em local apropriado; informar a pessoa doente e os restantes intervenientes. Para que esta intervenção seja bem-sucedida tem que existir um clima de comunicação respeitoso entre todos e o profissional de saúde oferecer segurança, confiança e ser capaz de ajudar a família a expressar os seus medos e emoções (Neto, 2003).

Por fim, as competências desenvolvidas neste contexto foram: reuni periodicamente com cuidadores/familiares, reavaliando as suas necessidades, utilizando sempre que necessário a conferência familiar; adequar estratégias de comunicação na relação com todos os intervenientes no processo de cuidar; dinamizei o trabalho em

equipa, fomentando a partilha e potenciando os contributos individuais no processo de tomada de decisão; demonstrei resultados qualificados de comunicação entre os vários intervenientes no processo de cuidar, salvaguardando preferências e vontades da pessoa; utilizei as ferramentas de comunicação adequadas, com todos os intervenientes, de forma a permitir a comunicação honesta, a esperança realista, assim como o ajuste de expectativas (Diário da República, 2018).

4.1.4. Trabalho em Equipa em Cuidados Paliativos

O trabalho em equipa como em qualquer organização ou equipa profissional é fundamental para o alcance do sucesso e objetivos comuns, em CP esta dimensão é fundamental.

Ana Bernardo, Joaquina Rosado e Helena Salazar, referem que:

“Os cuidados Paliativos requerem uma abordagem transdisciplinar, isto é, os elementos da equipa usam uma conceção comum, desenham juntos a teoria e abordagem dos problemas que consideram de todos. Incluem o doente, a família e/ou cuidadores, os prestadores de cuidados, os serviços sociais, etc., na equipa. Têm como objetivo uma atuação cuja finalidade é o bem-estar global do doente e da sua família.” (Barbosa et al., 2016, pp. 907–908). Assim, no estágio de natureza profissional defini como objetivo:

- Desenvolver competências de trabalho em equipa, colaborando com outros membros da equipa de saúde e/ou serviços de apoio.

Segundo Twycross (2003), uma equipa CP deve ser constituída pelos seguintes intervenientes: médico(s) e enfermeiros; fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, outros terapeutas especializados; assistente social, capelão/padre/rabi, outros especialistas; voluntários. A dinâmica entre estes profissionais, irá depender da sua dimensão, estrutura, composição e interações entre eles, respeitando o estatuto individual. A equipa deve funcionar como um grupo de profissionais diferenciados com uma metodologia comum, partilhando um projeto assistencial e objetivos comuns. A eficácia do seu trabalho irá depender da reorganização e interação de conhecimentos entre os profissionais, indo de encontro às necessidades das situações, tendo como objetivo a qualidade de vida e bem-estar da pessoa doente, apoio aos familiares/cuidadores, assim como o bom funcionamento da equipa depende das relações internas (Barbosa et al., 2016).

Uma das atividades essenciais em CP são as reuniões interdisciplinares, pelo que eu tive a oportunidade de participar em várias. As reuniões da equipa realizavam-se uma vez por semana e tinham como objetivo de discutir os casos clínicos e ajustar a terapêutica e intervenções que fossem de novo identificadas, avaliando também necessidade de

realizar novas conferências familiares para apresentar e negociar os cuidados/intervenções com a pessoa doente e sua família.

Percebemos que, para o melhor resultado das reuniões, foi importante a minha integração nas rotinas, participando nos cuidados diretos às pessoas doentes, de modo a conhecê-los melhor assim como os métodos de trabalho realizados nesta UCP. Assim, deste modo, permitiu a identificação de novas necessidades das pessoas doentes para que fosse discutido em reuniões de equipa, posteriormente.

No percurso desenvolvido foram diversas as atividades/intervenções realizadas que permitiram articular os conhecimentos desenvolvidos na teoria e colocá-los em prática. Atividades como a solicitação da colaboração de outros profissionais (como psicólogos, assistente sociais), é igualmente importante para conhecer e ajustar os recursos existente quer na unidade quer na comunidade em que a pessoa doente se encontra inserida, de forma a planear novas intervenções e/ou até mesmo planear uma possível alta. Conhecer estes recursos, principalmente os da comunidade onde a pessoa doente está inserida, permite ao cuidador/família deste ter o apoio necessário, desde os cuidados ao domicílio (para apoio nos cuidados de higiene) até à continuidade de cuidados, seja estes seguidos pelo Centro de Saúde, como o acompanhamento em consulta externa de CP no hospital de residência, ou então, o acompanhamento por uma equipa de cuidados paliativos domiciliários.

Um outro momento de extrema importância, é a passagem de turno entre os enfermeiros, pois esta permite dar conhecimento do estado e evolução clínica da pessoa doente, assim como permite a partilha de conhecimentos, experiências e promove a expressão de sentimentos e emoções que muitas vezes para quem trabalha nesta área, é realmente importante devido à complexidade de casos clínicos que surgem. Neste sentido, uma equipa multidisciplinar deve ter por base uma liderança que satisfaça as expetativas dos seus elementos da equipa e deve promover tempo para atividades de lazer em grupo – um líder funciona como um elemento catalisador das dificuldades que possam surgir (Barbosa et al., 2016).

4.2. ATIVIDADES E COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS NO DOMÍNIO DA FORMAÇÃO EM CONTEXTO DE TRABALHO

A formação é de extrema importância, independentemente da área, sendo que os CP não são exceção, pois permite o profissional o seu desenvolvimento.

A Ordem dos Enfermeiros, em 2006, referiu que “a Enfermagem, como qualquer outra disciplina, necessita de produção e de renovação contínuas do seu próprio corpo de

conhecimentos, o que apenas poderá ser assegurado pela investigação” (Ordem dos Enfermeiros, 2006, p. 1). Defende também como eixo prioritário “a aquisição de competências, quer na formação inicial, quer no contexto da aprendizagem ao longo da vida” (Ordem dos Enfermeiros, 2006, p. 4). Num dos enunciados descritivos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros (Ordem dos Enfermeiros, 2001, p. 18) refere que “na busca permanente da excelência do exercício profissional, o enfermeiro contribui para a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem” sendo, para isso, importante a existência de uma política de formação contínua dos enfermeiros, promotora do desenvolvimento profissional e da qualidade.

Como futura enfermeira especialista, é-nos exigido competências acrescidas a serem desenvolvidas, nomeadamente na formação. Segundo o Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, previsto no Decreto-lei nº26/2019 o enfermeiro especialista deve consolidar os processos de tomada de decisão e as intervenções em conhecimento válido, atual e pertinente, assumindo-se como facilitador nos processos de aprendizagem, atuando como formador oportuno em contexto de trabalho, faz o diagnóstico de necessidades formativas, permite o favorecimento da aprendizagem e no desenvolvimento de habilidades e competências dos enfermeiros, avaliando à posteriori o impacto da formação. Promove também a implementação de padrões e procedimentos para a prática especializada no seu contexto de trabalho assegurando a formulação e a implementação de processos de formação e desenvolvimento na prática clínica (Diário da República, 2019).

Com base nestes pressupostos foi delineado como objetivo geral:

- Desenvolver competências na formação em contexto de trabalho.

Neste sentido, foram definidos, ainda, como objetivos específicos:

- Desenvolver competências na conceção e na dinamização de uma formação no contexto de trabalho;
- Desenvolver capacidades na dinamização de uma formação.

Partindo destes objetivos e através do diagnóstico de necessidades da equipa, podemos aferir a necessidade da realização do II Curso Básico em Cuidados Paliativos, assim intitulada, uma vez que permitiria à população alvo rever e atualizar os conhecimentos acerca desta tipologia de cuidados, como também permitiria aos novos colaboradores a aquisição destes mesmo conhecimentos.

O II Curso Básico em Cuidados Paliativos foi planeado e desenvolvido pelas quatro alunas de mestrado que frequentavam o estágio, em consonância com o Enfermeiro Coordenador da instituição e com a Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de

Viana do Castelo (IPVC). Esta formação foi planeada (Apêndice VI) e realizada obedecendo aos princípios rigorosos inerente à realização de uma formação em contexto de trabalho. Foram definidos os objetivos, planeamento da sessão, elaborado o plano de sessões, pedidos de autorização, realizados os convites para os participantes da mesma formação, divulgação da formação, realização das inscrições, criação do conteúdo em suporte PowerPoint, efetuado o registo de presenças, efetuada uma avaliação global da formação, realizada uma reflexão após cada sessão temática e envio das inscrições e presenças para o gabinete de formação da Escola Superior de Saúde do IPVC para a emissão dos certificados de participação.

A formação foi dirigida a todos os Enfermeiros, aos Técnicos Auxiliares de Saúde e aos Técnicos Superiores de Saúde da instituição que pretendessem adquirir e aprofundar conhecimentos na área dos CP. A formação correspondia a um total de 17h30 pelo que decorreu em 3 dias: 02 de fevereiro de 2024 das 9h00 às 17h00, 09 de fevereiro de 2024 das 9h00 às 18h00 e 15 de fevereiro de 2024 das 9h00 às 18h00, em formato presencial.

O conteúdo da formação consistiu na apresentação das necessidades identificadas acerca dos diversos temas abordados, tais como: Conceito, Princípios, Pilares e Filosofia dos Cuidados Paliativos; Ética em Cuidados Paliativos; Sofrimento e Luto em Cuidados Paliativos; Espiritualidade; Princípios Fundamentais da Comunicação; Workshop “Comunicação de más notícias”; Comunicação de Más Notícias; Comunicação com a Família (Conferências Familiares); Terapias Alternativas no Alívio/Controlo da Dor; Cuidados à Pessoa em Últimos Dias e Horas de Vida e Feridas Malignas. Por ser uma formação extensa e com a abordagem de vários temas, foram realizados convites de profissionais especializados em certas áreas (como por exemplo – Apêndice VII) e enviados por e-mail de forma a enriquecer a formação. As áreas formativas por mim desenvolvidas e dinamizadas foram Conceito, Princípios, Pilares e Filosofia dos Cuidados Paliativos; Princípios Fundamentais da Comunicação; Workshop “Comunicação de más notícias” e as Feridas Malignas.

A divulgação da formação foi realizada pelas estudantes do mestrado e posteriormente aprovada pelo Enfermeiro Coordenador da instituição, através da fixação de um cartaz (Apêndice VIII) em vários pontos/serviços da instituição.

A formação contou com 13 inscrições e 12 presenças, considerando-se uma boa adesão tendo em conta o total de profissionais vinculados à instituição, sem contar com os prestadores de serviços.

No momento de esclarecimento de dúvidas foram referidas algumas considerações acerca dos vários temas abordados, assim como obtivemos o feedback positivo dos

participantes acerca da formação, referindo a importância de certos assuntos, como a espiritualidade, as terapias alternativas e a comunicação de más notícias (pelo que apreciaram bastante o momento do workshop nesta área temática).

Quanto à avaliação da formação esta foi realizada através de um questionário de avaliação global da mesma (Apêndice IX), pelo que as avaliações foram bastante positivas.

A realização de formações em contexto de trabalho constituiu-se como algo bastante complexo, pelo rigor do desenvolvimento da mesma, assim como da dinâmica da instituição e dos seus participantes. Surgiram algumas dificuldades em definir e conciliar as datas e as horas dos diversos participantes das temáticas, pelo que tivemos de reajustar a organização do planeamento da formação. Neste sentido, o tempo de divulgação da formação não foi o ideal pela necessidade de replanear o programa da mesma. Todavia, de modo a combater esta situação, fomos durante a presença do estágio comunicando a existência da mesma e incentivando a presença dos profissionais na formação. Apesar destes entraves, conseguiu-se uma boa adesão e a satisfação dos intervenientes em relação à sessão foi notória.

Como jeito de conclusão, referir que constituiu um momento fundamental para a capacitação da equipa multidisciplinar para os diversos temas abordados, principalmente quando existem profissionais que não têm experiência na área da saúde, nem com pessoas com necessidade de cuidados paliativos (como alguns técnicos de auxiliares de saúde). A formação permitiu também o meu desenvolvimento pessoal e profissional, pois consegui desenvolver competências relativas ao planeamento, execução e avaliação de formação, percebendo a sua importância para a melhoria da qualidade de cuidados de enfermagem.

4.3. ATIVIDADES E COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS NO DOMÍNIO DA GESTÃO

Sendo uma competência do enfermeiro especialista a melhoria contínua da qualidade dos cuidados, no sentido de otimizar o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão com a colaboração nas decisões da equipa de saúde, assim como otimiza o trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados, implementando métodos de organização do trabalho adequados, negociando recursos adequados à prestação de cuidados de qualidade e utilizando os recursos de forma eficiente para promover a qualidade dos mesmos, é também importante a adoção de um estilo de liderança, do local de trabalho, adequando-o ao clima organizacional e favorecendo a melhor resposta do grupo onde é importante fomentar um ambiente positivo e favorável à prática, assim como usar os processos de mudança para influenciar a introdução de

inovações na prática especializada conforme se verifica no Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista previsto no Decreto-Lei nº26/2019. A melhoria contínua e a gestão de cuidados não são função exclusiva dos enfermeiros gestores, pelo que toda a equipa deve estar envolvida em prol de um objetivo comum.

Posto isto, definiu-se para este estágio o objetivo:

- Desenvolver competências na gestão de cuidados.

Tendo em conta o diagnóstico de situação apresentado pela instituição, o desenvolvimento e implementação de cuidados de enfermagem humanizados, propus-me com o desenrolar da questão de investigação elaborado neste trabalho, apresentar os resultados da mesma para servir de ferramenta ao Enfermeiro Coordenador melhorar a humanização de cuidados prestados na instituição, que recursos e estratégias necessita de adotar para que beneficie a sua implementação.

Segundo Capelas (2014), o conjunto de domínios dos indicadores de qualidade que são importantes para a avaliação da qualidade dos cuidados deverá refletir a natureza holística de que os cuidados paliativos assim o exigem, pelo que não se deve forçar apenas nos tratamentos físicos, psicológicos e bem-estar, mas também nos domínios económicos, espirituais, sociais e de processo de morte. Esta visão holística dos cuidados de enfermagem permite a implementação de cuidados humanizados, garantindo assim a qualidade dos cuidados prestados.

No entanto, e como já abordei no presente trabalho, sinto que esta área não foi por mim tão desenvolvida como pretendia, pois, o Enfermeiro Coordenador da instituição onde decorreu o ENP estaria acometido pelo seu trabalho, mais a orientação de três alunas de mestrado, pelo que me sentia inibida de abordar atividades neste âmbito. Contudo, no sentido de amenizar e combater esta minha dificuldade, demonstrei-me sempre disponível para participar na organização e gestão de recursos materiais. Inclusive colaborei com a enfermeira responsável na contagem e reorganização da medicação e material destinado aos cuidados à pessoa doente.

Por fim, embora não tenha colocado muito em prática esta área, mas tendo em conta que a reflexão sobre as nossas práticas é essencial para dar início a um processo de mudança. A reflexão crítica sobre a liderança, gestão de equipas e adequação de recursos permitiu identificar oportunidades de melhoria, com foco na implementação sustentável de cuidados humanizados e seguros.

As competências adquiridas na área da gestão são: A compreensão da importância de liderança, na atribuição e desenvolvimento dos papéis da equipa gestão de equipas e adequação de recursos permitiu identificar oportunidades de melhoria.

CONCLUSÕES

Neste ponto salienta-se aspetos essenciais do relatório de ENP, nomeadamente atividade desenvolvidas, competências adquiridas, estudo de investigação realizado, potencialidades e dificuldades encontradas no desenvolvimento do estágio, implicações e sugestões para a prática clínica, formação e investigação.

O enfermeiro especialista em enfermagem à pessoa em situação paliativa tem a competência de cuidar da pessoa doente com doença incurável ou grave, em fase avançada ou progressiva, dos seus cuidadores e familiares no sentido de proporcionar o bem-estar e a qualidade de vida, através da prevenção e alívio do sofrimento, seja este físico, psicológico, social ou espiritual. Para que o cuidar seja multidimensional, é necessário uma série de competências técnicas, relacionais, emocionais, éticas, culturais e espirituais para que sejam implementados cuidados técnico-científicos, éticos e humanizados.

A humanização de cuidados é de extrema importância, é o instrumento de trabalho dos enfermeiros, pois consiste numa relação de ajuda, numa relação inter-humana para que a finitude da pessoa em situação paliativa seja assegurada, tendo em conta todas as suas dimensões. O cuidar é usar a própria humanidade para assistir o outro, sem este cuidado o ser humano não sobrevivia.

A importância da humanização de cuidados, com um ónus especial, na área dos cuidados paliativos, uma vez que, estamos perante pessoas mais vulneráveis, emerge assim através do diagnóstico de necessidade levantado, perceber a perceção dos enfermeiros de uma UCP sobre a humanização de cuidados. Neste sentido, constituiu-se um mote para delinear os objetivos e atividades em volta da humanização dos cuidados.

Posto isto, foi realizado um estudo qualitativo do tipo descritivo e exploratório, cujo objetivo geral seria analisar a perceção dos enfermeiros sobre a humanização de cuidados de enfermagem à pessoa em situação paliativa. Permitiu obter um conjunto de resultados dos quais emergiram as seguintes conclusões: na humanização de cuidados a pessoa doente deve ser observada de forma holística, tendo em conta a sua individualidade, singularidade e dignidade, sem esquecer os cuidados inerentes à família; conhecer a pessoa doente nestas multidimensionalidades permite elaborar um plano de cuidados individualizado, respeitando as preferências da pessoa e permitindo respeitar a autonomia na tomada das decisões; uma das práticas promotoras da humanização de cuidados é a promoção de conforto, desde o respeito pela intimidade, pelo alívio da dor, valorizando a sensibilidade e responsabilidade dos enfermeiros em atuar no conforto da pessoa doente;

as dificuldades mais sentidas para a implementação de cuidados humanizados passam pelos recursos humanos e materiais, pelas infraestruturas inadequadas, assim como a situação clínica avançada da pessoa doente, a rotinização dos cuidados e ainda a existência de uma visão de cuidados centrados no modelo biomédico; as necessidades e as sugestões vão ao encontro uma da outra, pelo que se destaca o investimento em formação específica, seja na área da humanização de cuidados, seja em CP, assim como a consciencialização da importância de cuidados humanizados, como também, passa pela adequação do rácio enfermeiro/pessoa doente à complexidade de cuidados que os CP exige.

Com a realização deste estudo de investigação foi possível a aquisição de competências não só relativa a elaboração de estudos do tipo qualitativo, como transversais a outros tipos de estudos secundários e primários.

Revelou-se fundamental a realização deste estágio na área dos CP, no qual se desenvolveu competências avançadas em comunicação, na relação com a pessoa em situação paliativa e família, gestão de sintomas, apoio à família, gestão do luto, trabalho em equipa na prestação de cuidados.

Realizou-se uma atividade de formação em contexto de trabalho designada de “II Curso Básico de Cuidados Paliativos” a qual constituiu um momento fulcral para reforçar e capacitar a equipa multidisciplinar para as várias temáticas abordadas. Permitiu, também, o desenvolvimento de competências pessoais relativas ao planeamento, execução e avaliação de formações em contexto de trabalho.

No final deste período tão rico em aquisição de conhecimentos e competências, os objetivos previstos foram atingidos e todo este percurso correspondeu e ultrapassou as expectativas. Porém, surgiram algumas limitações relacionadas com a continuidade de cuidados, uma vez que a gestão das idas ao estágio seriam consoante a minha disponibilidade de horário de trabalho, bem como o facto de as referenciações para este tipo de cuidados ainda serem realizadas numa fase tardia da doença, o que impedia de acompanhar o trabalho realizado com a pessoa doente e/ou familiares não o conseguia acompanhar na sua integralidade, muitas vezes devido ao falecimento das próprias pessoas em situação paliativa. Apesar das limitações e dificuldades, constituiu, sem dúvida, um percurso com um grande crescimento pessoal, académico e profissional.

Torna-se fundamental que as equipas de CP invistam continuamente em ações de formação relacionadas com as várias temáticas inerentes aos cuidados paliativos, desde a comunicação, à humanização de cuidados. Proporcionar momentos de reflexão entre a

equipa e até encenações de como atuar em certas situações são uma boa forma de os enfermeiros adquirirem novos conhecimentos, treino e desenvolver a sua confiança.

Os enfermeiros devem atender a todas as necessidades, de forma a proporcionar às pessoas em situação paliativa a oportunidade de continuarem a encontrar sentido para a vida, a encontrarem esperança e continuarem a ter um propósito até ao momento da morte.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abejas, A. G., & Duarte, C. (2021). *Humanização em Cuidados Paliativos*. Lidel.
- Almeida, D. V. de, Chaves, E. C., & Brito, J. H. S. de. (2009). Humanização dos cuidados de saúde: uma interpretação a partir da filosofia de Emmanuel Lévinas. *Referência - Revista de Enfermagem*, 11(10), 89–96. https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=humaniza%E7%E3o&id_artigo=2146
- Anderson, W. G., Puntillo, K., Boyle, D., Barbour, S., Turner, K., Cimino, J., Moore, E., Noort, J., MacMillan, J., Pearson, D., Grywalski, M., Liao, S., Ferrell, B., Meyer, J., O'Neil-Page, E., Cain, J., Herman, H., Mitchell, W., & Pantilat, S. (2016). ICU Bedside Nurses' Involvement in Palliative Care Communication: A Multicenter Survey. *Journal of Pain and Symptom Management*, 51(3), 589–596. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2015.11.003>
- Anjos, A. G. Dos, Montanhaur, C. D., Campos, É. B. V., Piovezana, A. L. R. P. D., Montalvão, J. S., & Neme, C. M. B. (2017). Musicoterapia como estratégia de intervenção psicológica com crianças: uma revisão da literatura. *Revista Interinstitucional de Psicologia*, 10(2), 228–238. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-82202017000200008
- Autelitano, C., Bertocchi, E., Artioli, G., Alquati, S., & Tanzi, S. (2021). The Specialist Palliative Care Nurses in an Italian Hospital: Role, competences, and activities. *Acta Biomed for Health Professions*, 92(2), 1–11. <https://doi.org/10.23750/abm.v92iS2.11360>
- Azevedo, L. F., Costa-Pereira, A., Mendonça, L., Dias, C. C., & Castro-Lopes, J. M. (2012). Epidemiology of chronic pain: A population-based nationwide study on its prevalence, characteristics and associated disability in Portugal. *Journal of Pain*, 13(8), 773–783. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2012.05.012>
- Backes, D. S., Lunardi, V. L., & Lunardi Filho, W. D. (2006). A humanização hospitalar como expressão da ética. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 14(1), 132–135. <https://doi.org/10.1590/s0104-11692006000100018>
- Barbosa, A., Pina, P. R., Tavares, F., & Neto, I. G. (2016). *Manual de Cuidados Paliativos* (3ª). Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Bardin, L. (2004). *Análise de conteúdo*. Edições 70.
- Bardin, L. (2009). *Análise de Conteúdo*. Edições 70.
- Busch, I. M., Moretti, F., Travaini, G., Wu, A. W., & Rimondini, M. (2019). Humanization of Care: Key Elements Identified by Patients, Caregivers, and Healthcare Providers. A

- Systematic Review. *The Patient*, 12(5), 461–474. <https://doi.org/10.1007/s40271-019-00370-1>
- Camargo, N. R. P. de, Santos, R. de S., & Costa, M. F. (2023). Dieta de Conforto em Cuidados Paliativos Oncológicos: Reflexões sobre os Sentidos de Conforto da Comida. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 69(2), 1–4. <https://doi.org/10.32635/2176-9745.rbc.2023v69n2.3828>
- Castro, J. (2017). *Manual De Acolhimento aos Profissionais: Unidade de Cuidados Continuados Integrados*.
- Corbani, N. M. de S., Brêtas, A. C. P., & Matheus, M. C. C. (2009). Humanização do cuidado de enfermagem: o que é isso? *Revista Brasileira de Enfermagem*, 62(3), 349–354. <https://doi.org/10.1590/s0034-71672009000300003>
- Costa, A. C. X., Firmiano, V. R., Milages, A. O., Lopes, J. C., & Maciel, J. D. V. (2025). Cuidados Paliativos na Atenção Básica: Um Olhar para a Humanização. *Revista Cedigma*, 3(5), 27–31. <https://revistacedigma.cedigma.com.br/index.php/cedigma/article/view/48>
- Deng, G. (2019). Integrative Medicine Therapies for Pain Management in Cancer Patients. *The Cancer Journal*, 25(5), 343–348. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6777858/>
- Diário da República. (2006). Decreto-Lei nº 101/2006 Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. In *Diário da República n.º 109/2006, Série I de 2006-06-06*. <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2006/06/109a00/38563865.pdf>
- Diário da República. (2012). Lei n.º 52/2012 de 05-09-2012 Lei de Bases dos Cuidados Paliativos. In *Diário da República n.º 172/2012, 1ª Série de 2012-09-05* (pp. 5119–5124). <https://files.dre.pt/1s/2012/09/17200/0511905124.pdf>
- Diário da República. (2018). Regulamento N.º 429/2018 de 16-07-2018 Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico - Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa, na Área de. In *Diário da República n.o 135/2018, 2ª Série de 2018-07-16* (pp. 19359–19370). <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8420/115698537.pdf>
- Diário da República. (2019). Regulamento N.º 140/2019 de 06-02-2019 Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. In *Diário da República n.o 26/2019, 2ª Série de 2019-02-06* (p. 4750).
- Dicionário Infopédia da Língua Portuguesa. (n.d.). *Humanizar*. Infopédia Dicionários Porto Editora. <https://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/humanizar>
- Direção Geral da Saúde. (2017). Programa Nacional para a Prevenção e Controlo da Dor. In *Direção Geral da Saúde* (pp. 1–10). Direção-Geral da Saúde. www.dgs.pt

- Domingues, F. B. O. P. (1996). Humanizar-se para cuidar. *Reencontro*, 01, 4–7.
- Espinosa, F. (2022). O modelo flexneriano e suas influências no sistema de saúde contemporâneo. *Revista de Saúde Coletiva*, 18(2), 289–302.
- Fernandes, J. (2016). Apoio à Família em Cuidados Paliativos. In A. Barbosa, P. R. Pina, F. Tavares, & I. G. Neto (Eds.), *Manual de Cuidados Paliativos* (3ª ed, pp. 653–664). Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Fernandes, M. A., Evangelista, C. B., Platel, I. C. S., Agra, G., Lopes, M. de S., & Rodrigues, F. de A. (2013). Percepção dos enfermeiros sobre o significado dos cuidados paliativos em pacientes com câncer terminal. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18, 2589–2596. <https://doi.org/10.18226/21784612.v24.e0190012>
- Filha, M. de L. N. da S., Cavalcanti, L. M. G. T., & Araújo, R. S. de. (2025). Como profissionais da equipe multidisciplinar podem humanizar o cuidado paliativo em pacientes oncológicos. *Revista Multidisciplinar Do Nordeste Mineiro*, 01, 1–10. <https://revista.unipacto.com.br/index.php/multidisciplinar/article/view/3359>
- Fortin, M.-F. (2003). *O Processo de Investigação - da concepção à realização* (3ª ed.). Lusociência.
- Fortin, M.-F., Côté, J., & Filion, F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. LUSODIDACTA - Soc. Port. de Material Didático, Lda.
- Gottlieb, L. (2016). *O Cuidar em Enfermagem Baseado nas Forças - Saúde e Cura para a Pessoa e Família*. Lusodidacta.
- Graça, L. C. C. da, Marques, M. A. Á., Viana, M. C. C., Calvinho, M. de L. S. E., Cerqueira, M. M. A., & Sousa, S. C. S. (2021). *Normas para a Elaboração e Apresentação de Trabalhos Científicos*. Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo. https://www.ipvc.pt/ess/wp-content/uploads/sites/6/2022/05/Proposta-normas_trabalhos.-rev.-14-04-2022.pdf
- Grøthe, A., Biong, S., & Grov, E. K. (2015). Acting with dedication and expertise: Relatives' experience of nurses' provision of care in a palliative unit. *Palliative & Supportive Care*, 13, 1547–1558. <https://doi.org/10.1017/S1478951513000825>
- Hui, D., & Bruera, E. (2017). The Edmonton Symptom Assessment System 25 Years Later: Past, Present, and Future Developments. *Journal of Pain and Symptom Management*, 53(3), 630–643. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2016.10.370>
- Instituto Nacional de Estatística. (2023). *Tábuas de Mortalidade Para Portugal 2020-2022*. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=594474380&DESTAQUESmodo=2
- Instituto Nacional de Estatística. (2024). *Esperança de vida mais elevada nas regiões norte e centro*. Instituto Nacional de Estatística. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest

_boui=646142819&DESTAQUESmodo=2

- Instituto Politécnico de Viana do Castelo. (2021). *Normas APA 7ª ed. e Mendeley: Guia informativo do IPVC*.
- Kaiser, M., Kohlen, H., & Caine, V. (2019). Explorations of disgust: A narrative inquiry into the experiences of nurses working in palliative care. *Nursing Inquiry*, 1–7. <https://doi.org/10.1111/nin.12290>
- Lafci, D., Yildiz, E., & Pehlivan, S. (2020). Nurses' views and applications on palliative care. *Perspectives in Psychiatric Care*, 1–7. <https://doi.org/10.1111/ppc.12695>
- Lopes-Júnior, L. C., Rosa, G. S., Pessanha, R. M., De Carvalho Schuab, S. I. P., Nunes, K. Z., & Amorim, M. H. C. (2020). Eficácia das terapias complementares no manejo da dor oncológica e, cuidados paliativos: revisão sistemática. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 28, 1–17. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.4213.3377>
- Lormans, T., de Graaf, E., van de Geer, J., van der Baan, F., Leget, C., & Teunissen, S. (2021). Toward a socio-spiritual approach? A mixed-methods systematic review on the social and spiritual needs of patients in the palliative phase of their illness. *Palliative Medicine*, 35(6), 1071–1098. <https://doi.org/10.1177/02692163211010384>
- Lourenço, L. (2012). Comunicação em enfermagem: que trajetos? Que caminho? *Nursing*.
- Manuel Luís Vila Capelas. (2014). *Indicadores de Qualidade para os Serviços de Cuidados Paliativos*. Universidade Católica Editora.
- Monteiro, D. da R., Almeida, M. de A., & Kruse, M. H. L. (2013). Tradução e adaptação transcultural do instrumento Edmonton Symptom Assessment System para uso em cuidados paliativos. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 34(2), 163–171. <https://doi.org/10.1590/s1983-14472013000200021>
- Neto, I. G. (2003). A conferência familiar como instrumento de apoio à família em cuidados paliativos. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 19, 68–74. <https://rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/9906/9644>
- Neto, I. G. (2016). Modelos de Controlo Sintomático. In A. Barbosa, P. R. Pina, F. Tavares, & I. G. Neto (Eds.), *Manual de Cuidados Paliativos* (3ª ed, pp. 43–48). Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Neto, I. G. (2021). Princípios dos Cuidados Paliativos. In A. G. Abejas & C. Duarte (Eds.), *Humanização em Cuidados Paliativos* (pp. 3–6). Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- Oliveira, B. R. G. de, Collet, N., & Viera, C. S. (2006). A humanização na assistência à saúde. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 14(2), 277–284. <https://doi.org/10.1590/s0104-11692006000200019>
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento Conceptual Enunciados Descritivos. In *Ordem dos Enfermeiros* (pp. 1–14). <https://rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/9906/9644>

- Ordem dos Enfermeiros. (2006). *Investigação em Enfermagem Tomada de Posição* (pp. 1–4). Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_26Abr2006.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2013). *Código Deontológico do Enfermeiro: dos comentários à análise de casos*. Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8889/codigodeontologicoenfermeiro_edicao2005.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Código Deontológico*. Ordem dos Enfermeiros. <https://dre.pt/dre/detalhe/lei/156-2015-70309896>
- Ordem dos Enfermeiros. (2017). *Parecer nº 61/2017: Atribuição de tempo para a passagem de turno*. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/CE_Parecer_61_AtribuicaoTempoPassagemTurno.pdfgemTurno.pdf
- Pedro Miguel das Neves Lounet Costa. (2021). *Informação relevante na transição dos cuidados de saúde num serviço de urgência tendo em conta a continuidade dos cuidados de saúde* [Universidade do Minho - Escola Superior de Enfermagem]. <https://hdl.handle.net/1822/80838>
- Pereira, M. A. G. (2008). *Comunicação de Más Notícias em Saúde e Gestão do Luto* (Formasau (Ed.)).
- Polit, D. F., Beck, C. T., Hungler, B. P., & Thorell, A. (2004). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização* (5ª). Porto Alegre: Artemed.
- Ribeiro, O. M. P. L., Martins, M. M. F. P. da S., Tronchin, D. M. R., da Silva, J. M. A. V., & Forte, E. C. N. (2019). Modelos de exercício profissional usados pelos enfermeiros em hospitais portugueses. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72, 27–35. <https://www.scielo.br/j/reben/a/tTLgvNTrJtMnNBgwdw8GFKM/?lang=pt>
- Rizzotto, M. L. F. (2002). As políticas de saúde e a humanização da assistência. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 55(2), 196–199. <https://doi.org/10.1590/s0034-71672002000200014>
- Rodrigues, A. J. de S. e S. R. (2013). *Avaliação da Dor ao Doente Oncológico em Cuidados Paliativos Incapaz de Comunicar- Validação Cultural da Abbey Pain Scale*. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Santos, L. (2021). A importância do cuidado centrado no paciente. *Jornal Brasileiro de Enfermagem*, 65(5), 109–120.
- Sereno S, Matias D, Trindade IID, Ressurreição JID, Araújo RJCS, Fernandes SLT, TS, A., & ML, C. (2022). Palliative Performance Scale (PPSv2) PPS PT-Versão Portuguesa/Portugal: Escala de Avaliação do Desempenho do Doente em Cuidados

- Paliativos. In *Observatório Português de Cuidados Paliativos*. Victoria Hospice. <https://fcse.lisboa.ucp.pt/asset/9471/file>
- Serviço Nacional de Saúde. (2024). *Comissão Nacional para a Humanização dos Cuidados de Saúde no SNS: Plano de Ação* (pp. 1–10). https://www.sns.min-saude.pt/wp-content/uploads/2024/04/Plano-de-Acao-Humanizacao-dos-Cuidados-de-Saude_27mar24.pdf
- Silva, A. R. S. e. (2012). *Humanização dos Cuidados de Enfermagem no Serviço de Internamento de Pediatria: Perceção dos Pais e dos Enfermeiros*. [Escola Superior de Enfermagem do Porto]. [https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9369/1/HUMANIZAÇÃO DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM.pdf](https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9369/1/HUMANIZAÇÃO%20DOS%20CUIDADOS%20DE%20ENFERMAGEM.pdf)
- Silva, R., Paiva, M., Vital, F., Moura, M. J., & Lourenço, J. (Eds.). (2023). *Relatório de Implementação do Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos: Biénio 2021-2022*. Comissão Nacional Cuidados Paliativos. https://www.sns.min-saude.pt/wp-content/uploads/2024/01/PEDCP-2023_2024_signed.pdf
- Silva, R., Paiva, M., Vital, F., Moura, M. J., & Lourenço, J. (Eds.). (2024). *Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos em Portugal Continental - Biénio 2023-2024*. Comissão Nacional Cuidados Paliativos. https://www.sns.min-saude.pt/wp-content/uploads/2024/01/PEDCP-2023_2024_signed.pdf
- Sousa, K. H. J. F., Damasceno, C. K. C. S., Almeida, C. A. P. L., Magalhães, J. M., & Ferreira, M. de A. (2019). Humanization in urgent and emergency services: contributions to nursing care. *Revista Gaucha de Enfermagem*, 40, 1–10. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180263>
- Souza, L. de Q., Filho, J. E. de O., Carrijo, V. S., Moraes, T. C. G. de, Costa, E. Ma. A., Nascimento, L. M. dos S., Souza, B. M. de, Andrade, R. de S., Oliveira, R. A. M. de, Fontana, E. R., Moura, M. E. N. de, Cunha, M. E. A. da, & Costa, V. V. (2024). O manejo da dor em cuidados paliativos: uma revisão de literatura. *Journal of Medical and Biosciences Research*, 1, 710–730.
- Streubert, H., & Carpenter, D. (2002). *Investigação Qualitativa em Enfermagem: Avançando o Imperativo Humanista* (2ª ed). Lusociência.
- Tiny, H. C. B. (2010). *Privacidade no Internamento em Pediatria. Ética e Humanização* [Faculdade de Medicina Universidade do Porto]. <http://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/53476>
- Twycross, R. (2003). *Cuidados Paliativos* (2ª ed). CLIMEPSI - Sociedade Médico-Psicológica, Lda.
- Van Klinken, M. (2023). Palliative and End-of-Life Care: Challenges for Patients and

<https://doi.org/10.1016/j.soncn.2023.151527>

Vargas, R. M. (2021). Prefácio. In A. G. Abejas & C. Duarte (Eds.), *Humanização em Cuidados Paliativos* (pp. IX–X). Lidel - Edições Técnicas, Lda.

Vaz, A. de S. C., Lima, J. F., & Barbosa, J. de S. P. (2024). O impacto da humanização da assistência de enfermagem no processo de cuidado assistencial. *Revista JRG de Estudos Acadêmicos*, VII(15), 1–16. <https://doi.org/10.55892/jrg.v7i15.1539>

World Health Organization. (2023). *Palliative care: Key facts*. World Health Organization. <https://www.who.int/europe/news-room/fact-sheets/item/palliative-care>

ANEXOS

ANEXO I – ESCALA DE AVALIAÇÃO DE SINTOMAS DE EDMONTON (ESAS-R)

Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton (ESAS-r)												
Por favor, circule o número que melhor descreve como você está se sentindo agora												
Sem Dor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior Dor Possível
Sem Cansaço	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior Cansaço Possível
Cansaço = falta de energia												
Sem Sonolência	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior Sonolência Possível
Sonolência = sentir-se com sono												
Sem náusea	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior náusea possível
Com apetite	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior Falta de Apetite Possível
Sem Falta de Ar	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior Falta de Ar Possível
Sem Depressão	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior Depressão Possível
Depressão = sentir-se triste												
Sem Ansiedade	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior Ansiedade Possível
Ansiedade = sentir-se nervoso												
Com Bem-Estar	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior Mal-estar Possível
Bem-Estar/Mal-Estar = como você se sente em geral												
Sem _____	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior _____ possível
Outro problema (por exemplo, prisão de ventre)												

Fonte: (Monteiro et al., 2013)

ANEXO II – PALLIATIVE PERFORMANCE SCALE (PPSV2) PPS PT-VERSÃO PORTUGUESA/PORTUGAL: ESCALA DE AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO DO DOENTE EM CUIDADOS PALIATIVOS

Nível PPS	Deambulação	Nível de atividade e evidência de doença	Autocuidado	Capacidade de Ingestão alimentar	Nível de consciência
PPS 100%	Total	Atividade e trabalho normais; sem evidência de doença	Completo	Normal	Total
PPS 90%	Total	Atividade e trabalho normais; alguma evidência de doença	Completo	Normal	Total
PPS 80%	Total	Atividade normal realizada com esforço; alguma evidência de doença	Completo	Normal ou reduzida	Total
PPS 70%	Diminuída	Incapaz de executar o trabalho habitual; doença significativa	Completo	Normal ou reduzida	Total
PPS 60%	Diminuída	Incapaz de realizar hobbies e atividades domésticas; doença significativa	Necessita de apoio pontual	Normal ou reduzida	Total ou confusão
PPS 50%	Maioritariamente sentado ou deitado	Incapaz de executar qualquer trabalho; doença extensa	Necessita de apoio considerável	Normal ou reduzida	Total ou confusão
PPS 40%	Maioritariamente deitado	Incapaz de fazer a maioria das atividades; doença extensa	Necessita de apoio quase completo	Normal ou reduzida	Total ou sonolência com ou sem confusão
PPS 30%	Acamado	Incapaz de fazer qualquer atividade; doença extensa	Totalmente dependente	Normal ou reduzida	Total ou sonolência com ou sem confusão
PPS 20%	Acamado	Incapaz de fazer qualquer atividade; doença extensa	Totalmente dependente	Mínima a goles	Total ou sonolência com ou sem confusão
PPS 10%	Acamado	Incapaz de fazer qualquer atividade; doença extensa	Totalmente dependente	Apenas cuidados orais	Sonolência ou coma com ou sem confusão
PPS 0%	Morte	-	-	-	-

Fonte: (Serenio S et al., 2022)

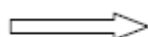
ANEXO III – ESCALA DE ABBEY PARA AVALIAÇÃO DA DOR

ESCALA DE ABBEY PARA AVALIAÇÃO DA DOR

Para a mensuração da dor em pessoas com demência incapazes de verbalizar

Q1. Vocalização p. ex. choraminga, geme, chora <i>Inexistente 0 Ligeira 1 Moderada 2 Forte 3</i>	Q1	☐
Q2. Expressão facial p. ex. apresenta expressão tensa, franze a testa, faz esgares, parece assustado(a) <i>Inexistente 0 Ligeira 1 Moderada 2 Forte 3</i>	Q2	☐
Q3. Alteração da linguagem corporal p. ex. está mais agitado(a), balança-se, protege uma parte do corpo, está mais apático(a) <i>Inexistente 0 Ligeira 1 Moderada 2 Forte 3</i>	Q3	☐
Q4. Alteração comportamental p. ex. está mais confuso(a), recusa-se a comer, apresenta alteração dos padrões habituais <i>Inexistente 0 Ligeira 1 Moderada 2 Forte 3</i>	Q4	☐
Q5. Alteração fisiológica p. ex. temperatura, ritmo cardíaco ou tensão arterial fora dos limites normais, transpira, está mais ruborizado(a) ou mais pálido(a) <i>Inexistente 0 Ligeira 1 Moderada 2 Forte 3</i>	Q5	☐
Q6. Alterações físicas p. ex. ulcerações da pele, áreas de pressão, artrite, contracturas, lesões anteriores <i>Inexistentes 0 Ligeiras 1 Moderadas 2 Fortes 3</i>	Q6	☐

Some as pontuações das questões 1 a 6 e registre aqui:



Pontuação Total Relativa à Dor

☐

Agora assinale a casa correspondente à Pontuação Total Relativa à Dor:



0 - 2 Sem dor	3 - 7 Dor ligeira	8 - 13 Dor moderada	> 14 Dor forte
------------------	----------------------	------------------------	-------------------

Por fim, assinale a casa que corresponde ao tipo de dor:



Crónica	Aguda	Dor aguda associada à dor crónica
---------	-------	-----------------------------------

Fonte: (Rodrigues, 2013)

APÊNDICES

APÊNDICE I – GUIÃO DA ENTREVISTA

Questões:

1. O que é para si a Humanização de Cuidados?
2. Quais as intervenções que realiza que contribui para a Humanização de Cuidados?
3. Quais são as dificuldades que sente na implementação de cuidados que promovam a Humanização de Cuidados de Enfermagem em Cuidados Paliativos?
4. O que considera necessário para implementar intervenções que promovem a Humanização de Cuidados de Enfermagem em Cuidados Paliativos?
5. Que sugestões dá para a melhoria da Humanização de Cuidados de Enfermagem a nível institucional?

APÊNDICE II – QUESTIONÁRIO SOCIOPROFISSIONAL

Caracterização dos Participantes:

Idade do Participante: _____ Anos

Género do Participante:

- ☐ Feminino
- ☐ Masculino
- ☐ Outro: _____

Estado Civil:

- ☐ Solteira/o
- ☐ Casada/o
- ☐ União de Facto
- ☐ Divorciada/o

Habilitações Académicas:

- ☐ Licenciatura
- ☐ Mestrado Qual? _____
- ☐ Doutoramento Qual? _____

Formação Específica em Cuidados Paliativos:

- ☐ Não tenho formação específica em Cuidados Paliativos
- ☐ Curso Básico de Cuidados Paliativos
- ☐ Pós-Graduação em Cuidados Paliativos
- ☐ Especialidade/Mestrado em Cuidados Paliativos
- ☐ Outros: _____

Tempo Exercício Profissional: _____ Anos

Tempo de Exercício Profissional na área de Cuidados Paliativos: _____ Anos

APÊNDICE III – CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO

CONSENTIMENTO INFORMADO, ESCLARECIDO E LIVRE PARA PARTICIPAÇÃO EM PROJETOS DE INVESTIGAÇÃO

(de acordo com a Declaração de Helsínquia e a Convenção de Oviedo)

(Anexo 3)

Eu, Rita Julieta Alves Peixoto, estudante do II Curso de Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, orientada pela Professora Albertina Marques, encontro-me a realizar o Estágio de Natureza Profissional na WeCare – Saúde. Perante o diagnóstico de necessidades já efetuado, o tema de investigação que irei desenvolver recai sobre a **"A Humanização de Cuidados de Enfermagem numa Unidade de Cuidados Paliativos: Perspetiva dos Enfermeiros"**. O objetivo geral do presente estudo será: Conhecer a perceção dos enfermeiros sobre a Humanização de Cuidados de Enfermagem numa Unidade de Cuidados Paliativos. Relativamente aos objetivos específicos, serão cinco: Identificar a perceção dos enfermeiros sobre o conceito da Humanização na prestação de cuidados; Identificar a perceção dos enfermeiros sobre intervenções implementadas que promovam a Humanização dos Cuidados de Enfermagem em Cuidados Paliativos; Identificar a perceção dos enfermeiros sobre as dificuldades sentidas na implementação da Humanização dos Cuidados de Enfermagem em Cuidados Paliativos; Identificar a perceção dos enfermeiros sobre as necessidades sentidas na implementação da Humanização de Cuidados de Enfermagem em Cuidados Paliativos; Identificar sugestões dos enfermeiros para a melhoria da Humanização de Cuidados de Enfermagem para serviço.

Como instrumento de recolha de dados, irei aplicar uma entrevista semiestruturada aos Enfermeiros da Unidade de Cuidados Paliativos da WeCare – Saúde, da qual será feita uma análise de conteúdo. A população para o desenvolvimento do presente estudo seguirá os seguintes critérios de inclusão: enfermeiros tenham mais de 1 ano de experiência profissional na área de Cuidados Paliativos; carga horária na Unidade de Cuidados Paliativos seja superior e/ou igual a 20 horas semanais.

Através deste documento, solicito autorização para a realização da entrevista, transcrição e armazenamento dos dados recolhidos, salvaguardando os princípios éticos de anonimato e confidencialidade dos profissionais. Os dados recolhidos são exclusivamente para fins de investigação científica no âmbito deste trabalho de investigação. A confidencialidade e a privacidade dos dados são garantidas pelo anonimato na transcrição das respostas, assegurando-se que a identificação dos participantes é irreversível. Os registos dos dados serão destruídos após a transcrição,

num período máximo de seis meses após a mesma. A segurança e a proteção dos dados são asseguradas através do armazenamento dos mesmos num equipamento protegido por palavra-passe com características específicas (contendo letras maiúsculas, minúsculas, números e caracteres), acedido apenas pelo investigador – Rita Julieta Alves Peixoto e pela Prof. Dra. Maria Albertina Marques.

O tratamento dos dados é considerado legal quando o participante dá o seu consentimento. Neste sentido, o consentimento do entrevistado é por escrito, assinando este documento. A sua participação é de carácter livre e voluntário e o seu consentimento pode ser retirado a qualquer momento, ou pode recusar participar, sem que tal facto tenha consequências para si. Os resultados da investigação serão apresentados no âmbito do estágio de natureza profissional. Este procedimento não lhe trará nenhuma despesa ou risco, podendo abandoná-lo a qualquer momento, desde que o comunique por escrito à investigadora, através do seu contacto de e-mail: rita.peixoto@ipvc.pt. Os dados fornecidos serão eliminados do equipamento que se encontra protegido por palavra-passe, cujo acesso é permitido apenas aos investigadores. A investigadora apresenta-se disponível para dar, se solicitada, informação adicional sobre o projeto de investigação, a mesma poderá ser pedida à investigadora via email/presencialmente, durante ou após a entrevista.

Se pretender notificar algum aspeto relativo à proteção dos seus dados, deverá fazê-lo por escrito dirigi-lo ao Encarregado de Proteção de Dados com o email: cecsvc@ipvc.pt ou através de queixa dirigida à Autoridade Nacional de Controlo (www.cnpd.pt).

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Este documento será fornecido e assinado em duplicado, sendo que o participante fica com uma cópia do seu consentimento para a participação do estudo. Se concorda em participar de livre e esclarecida vontade, queira assinar este documento.

Assinatura do Investigador, (__/__/__)

Consentimento do Participante

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela pessoa que acima assina. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados, que de forma voluntária forneço, confiando que serão utilizados apenas para fins científicos e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pela investigadora.

- ☐ Sim, aceito responder às questões de investigação, assim como o armazenamento e tratamento dos dados.
- ☐ Não aceito responder às questões de investigação, assim como o armazenamento e tratamento dos dados.

Assinatura do Participante, (__/__/__)

APÊNDICE IV – AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO PARA A REALIZAÇÃO DO ESTUDO

Ex.mo Sr. Diretor da Wecare Saúde – Mutivaze
Enfermeiro Diretor João Pedro Machado Castro
Rua Corregedor Gaspar Cardoso, Nº 480,
4490-492 Póvoa de Varzim

Assunto: Pedido de autorização para a realização de um Estudo de Investigação na Unidade de Cuidados Paliativos WeCare Saúde, Póvoa de Varzim.

Eu, Rita Julieta Alves Peixoto, estudante II Curso de Mestrado em Enfermagem a Pessoa em Situação Paliativa, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, com orientação da Professora Albertina Marques, encontro-me a realizar o Estágio de Natureza Profissional na Unidade de Cuidados Paliativos da WeCare Saúde, sob tutoria do Enfermeiro João Castro, com início no passado dia 2 de outubro de 2023.

No âmbito deste estágio, pretendo realizar um estudo de investigação relativamente ao tema **“A Humanização de Cuidados de Enfermagem numa Unidade de Cuidados Paliativos: Perspetiva dos Enfermeiros”**, com o seguinte objetivo geral: Conhecer a perceção dos enfermeiros sobre a Humanização de Cuidados de Enfermagem numa Unidade de Cuidados Paliativos. Quanto aos objetivos específicos são:

- Analisar a perceção dos enfermeiros sobre o conceito da humanização na prestação de cuidados;
- Reconhecer a perceção dos enfermeiros sobre intervenções implementadas que promovam a humanização dos cuidados de enfermagem em cuidados paliativos;
- Analisar a perceção dos enfermeiros sobre as dificuldades sentidas na implementação da humanização dos cuidados de enfermagem em cuidados paliativos;
- Analisar a perceção dos enfermeiros sobre as necessidades sentidas na implementação da humanização de cuidados de enfermagem em cuidados paliativos;
- Identificar sugestões dos enfermeiros para a melhoria da humanização de cuidados de enfermagem para o serviço.

A concretização deste estudo enquadra-se num dos objetivos do Estágio de Natureza Profissional que prevê o desenvolvimento de competências na área da investigação como um dos seus propósitos e que pode constituir uma mais valia para a WeCare Saúde, pois permite aos enfermeiros refletir sobre as suas intervenções no cuidar de pessoas em situação paliativa, permitindo uma melhoria dos cuidados prestados.

Através deste documento, venho solicitar a autorização para a aplicação do guião de entrevista aos enfermeiros, que se encontra anexado. Neste sentido e na expectativa de poder contar com a valiosa colaboração destes profissionais, venho também solicitar que me forneça uma listagem de enfermeiros que apresentem os seguintes critérios de inclusão do estudo: tenham mais de 1 ano de experiência profissional na área de Cuidados Paliativos; carga horária na Unidade de Cuidados Paliativos seja superior e/ou igual a 20 horas semanais.

Salvaguardam-se, em qualquer momento, os princípios éticos de anonimato e confidencialidade dos profissionais, não expondo a sua identidade e garantindo o preenchimento do "Consentimento Informado, Livre e Esclarecido", no momento da realização da entrevista.

Com os melhores cumprimentos,

Póvoa de Varzim, 22 de fevereiro de 2024

Estudante de Mestrado,

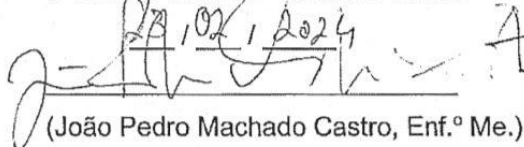


(Rita Julieta Alves Peixoto)

Anexos: "Guião de Entrevista" e "Consentimento Informado, Livre e Esclarecido"

Diferido:

O Diretor Técnico – WeCare Saúde



(João Pedro Machado Castro, Enf.º Me.)

Mutivaze, Lda

Rua Corregedor Gaspar Cardoso, 480
4490-492 Póvoa de Varzim
NIPC 505 686 481

APÊNDICE V – AUTORIZAÇÃO DA COMISSÃO DE ÉTICA PARA AS CIÊNCIAS SOCIAIS, DA VIDA E DA SAÚDE DO INSTITUTO POLITÉCNICO DE VIANA DO CASTELO

ANEXO A

COMISSÃO DE ÉTICA PARA AS CIÊNCIAS SOCIAIS, DA VIDA E DA SAÚDE

FORMULÁRIO DE SUBMISSÃO DE PROJETO DE INVESTIGAÇÃO À COMISSÃO DE ÉTICA

Todos os campos abaixo **devem ser preenchidos eletronicamente**. Se porventura o item não se adequar ao estudo em causa, escreva “não se aplica”. Pode remeter para anexo nos itens em que tal seja pertinente.

Título do Projeto: “A Humanização de Cuidados de Enfermagem numa Unidade de Cuidados Paliativos: Perspetiva dos Enfermeiros”

Enquadramento

☐

Unidades de Investigação

☐

Formação

☐

Licenciatura

☒

Mestrado

☐

Doutoramento

☐

Outro _____

Área(s) científica(s) de investigação:

☐

Ciências da Vida

☐

Ciências Sociais

☒

Ciências da Saúde

Subárea de investigação:

Submissão: Primeira submissão: ☒ Re-submissão ☐ Alteração ☐

Identificação do(s) Proponente(s)

Nome(s): Rita Julieta Alves Peixoto

Filiação Institucional: Aluna da Escola Superior de Saúde – IPVC

Nome(s): M^a Albertina Marques

Filiação Institucional: Professora da Escola Superior de Saúde - IPVC

Investigador responsável/orientador: Rita Julieta Alves Peixoto e M^a Albertina Marques

Equipa de investigação: Rita Julieta Alves Peixoto e M^a Albertina Marques

Calendarização (Anexo 5 – Cronograma da Realização da Colheita de Dados)

Data de início: 29/02/2023

Data de conclusão: 29/03/2024

Observações: Declaro que me comprometo a dar início à colheita de dados apenas depois de obter o parecer favorável da CECVS.

CHECKLIST PARA QUESTÕES DE ÉTICA (anexo) (informação de ajuda à resposta ao formulário no que se refere à amostra e aos danos dos sujeitos da investigação)

Indique se o estudo envolve algum dos seguintes elementos (assinale todos os que se aplicam):

Amostra proveniente de populações vulneráveis

Crianças e jovens com menos de 18 anos. ☐

Pessoas com dificuldades físicas ou psicológicas. ☐

Pessoas com relação de dependência em relação aos/às responsáveis pela investigação (e.g., superiores hierárquicos; assimetria de poder/estatuto) ou no contexto onde decorre a investigação (e.g., universidade; empresas). ☐

Pessoas pertencentes a grupos minoritários em situação de vulnerabilidade e/ou em situação ilegal. ☐

Danos significativos para os/as participantes

Recolha de informação sobre assuntos sensíveis para os/as participantes (e.g., experiências traumáticas; limitações físicas; sofrimento psicológico). ☐

Indução de estados de desconforto físico (e.g., tarefas físicas prolongadas ou muito repetitivas) ou psicológico (e.g., ansiedade; humilhação). ☐

Atribuição de rótulos ou categorias com consequências potencialmente negativas para o autoconceito (e.g., manipulação de competências percebidas; manipulação de situações de exclusão). ☐

Atividades invasivas (e.g., administração de substâncias; ingestão de alimentos). ☐

Recolha de tecidos humanos, sangue ou outros materiais biológicos.



Objetivos ([Anexo 1](#))

Metodologia (preencher os campos que se aplicam) – ([Anexo 1](#))

Tipo de Estudo:

População e Amostra/Participantes:

Critérios de Inclusão/Exclusão:

Locais onde decorre a investigação/Colheita de dados:

Instrumento(s) de Colheita de Dados (juntar exemplo, no formato, que vai ser utilizado):

Garantia de Confidencialidade (explicitar como vai ser garantida a confidencialidade dos participantes de acordo com o RGPD):

Como é garantida a voluntariedade e autonomias dos participantes (juntar exemplos do documento para informação e obtenção do consentimento):

(Anexo 1)

Há previsão de danos para os participantes da investigação?

Explicitar em caso afirmativo: Não aplicável.

Há previsão de benefícios para os participantes da investigação?

Explicitar em caso afirmativo: Não aplicável.

ANEXAR

1 - Autorização/concordância dos serviços onde decorre a investigação (caso se aplique) – [Anexo 2](#)

2 - Folha de Consentimento Informado (caso se aplique) que deve conter, para além de outros julgados pertinentes, os seguintes elementos: - Anexo 3

- identificação do investigador;
- identificação do estudo;
- objetivos do estudo;
- informações relevantes;
- carácter voluntário da participação;
- confidencialidade das respostas
- declaração, por parte do participante, em como recebeu a informação necessária, ficou esclarecido e aceita participar voluntariamente no estudo.

3 – Instrumento(s) de Colheita de Dados – Anexo 4

Termo de Responsabilidade

Eu, abaixo assinado, declaro por minha honra que as informações prestadas são verdadeiras e que em todo o processo de investigação serão respeitados os direitos humanos e as recomendações constantes nos documentos nacionais e internacionais relativos à investigação.

Data

O(s) Proponente(s)

Rita Julieta Alves Rocha

(Assinatura)

**APÊNDICE VI – PARECER POSITIVO DA AUTORIZAÇÃO DA COMISSÃO DE ÉTICA
PARA AS CIÊNCIAS SOCIAIS, DA VIDA E DA SAÚDE DO INSTITUTO
POLITÉCNICO DE VIANA DO CASTELO PARA A REALIZAÇÃO DO ESTUDO**

Parecer CECSVS2024/02/vii

Solicitação
Pedido de Parecer à Comissão de Ética submetido por Rita Julieta Alves Peixoto, relativo ao projeto “A Humanização de Cuidados de Enfermagem numa Unidade de Cuidados Paliativos: Perspetiva dos Enfermeiros”, do curso de mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa, da ESS do IPVC, identificando como orientadora M ^a Albertina Marques.
Documental
1. Formulário de submissão do projeto de investigação à Comissão de Ética – não está assinado o campo do termo de responsabilidade 2. Autorização do contexto onde decorre a investigação (Anexo 2) 3. Consentimento informado, livre e esclarecido (Anexo 3) 4. Guião da entrevista (Anexo 4)
Análise e Parecer
1. O estudo tem por objetivo geral: “Conhecer a perceção dos enfermeiros sobre a Humanização de Cuidados de Enfermagem numa Unidade de Cuidados Paliativos” 2. Estudo Qualitativo do Tipo Exploratório e Descritivo. 3. Objetivos Específicos: Analisar a perceção dos enfermeiros sobre o conceito da humanização na prestação de cuidados; Reconhecer a perceção dos enfermeiros sobre intervenções implementadas que promovam a humanização dos cuidados de enfermagem em cuidados paliativos; Analisar a perceção dos enfermeiros sobre as dificuldades sentidas na implementação da humanização dos cuidados de enfermagem em cuidados paliativos; Analisar a perceção dos enfermeiros sobre as necessidades sentidas na implementação da humanização de cuidados de enfermagem em cuidados paliativos; Identificar sugestões dos enfermeiros para a melhoria da humanização de cuidados de enfermagem para serviço. 4. População-alvo: Enfermeiros numa unidade de internamento de Cuidados Paliativos que respeitam os critérios de inclusão. 5. Critérios de Inclusão/Exclusão: Experiência em Cuidados Paliativos superior a 1 anos; carga horária na Unidade de Cuidados Paliativos seja superior e/ou igual a 20 horas semanais. Foi pedida listagem ao enfermeiro diretor, para identificação da amostra. Amostragem não probabilística acidental ou de conveniência. 6. Colheita de dados: Entrevista Semiestruturada. 7. Prevista a possibilidade de abandonar o estudo e a forma de o fazer. 8. No formulário do consentimento, não faz sentido afirmar “A confidencialidade e a privacidade dos dados são garantidas pelo anonimato na transcrição das respostas, assegurando-se que a identificação dos participantes é irreversível.” O que será irreversível é a anonimização. 9. É explícito que o preenchimento é em duplicado, ficando uma cópia com a investigadora e outra com o participante. 10. O cronograma adicionado é apenas da colheita dos dados.
Síntese/conclusão

A CECVS considera que o estudo preenche os requisitos éticos, com preocupações relativas à proteção dos direitos dos participantes e emite parecer favorável à sua realização, nos termos ora apreciados, e considerando a correção requerida no ponto 8.

Relatora: LN

29/02/2024



Filipe Manuel Clemente, Presidente da Comissão de Ética para as Ciências Sociais, da Vida e da Saúde -
Instituto Politécnico de Viana do Castelo (Portugal)

APÊNDICE VII – PLANO DE SESSÃO DA FORMAÇÃO: II CURSO BÁSICO DE CUIDADOS PALIATIVOS

PLANO DE SESSÃO

Entidade:	Escola Superior de saúde de Viana do Castelo - IPVC		
Atividade:	Apresentação oral;		
Tema:	Módulo I- Os princípios e Filosofia dos cuidados Paliativos		
Local:	Wecare-Saúde, Mutivaze		
Horário:	9h-12h	Regime:	Presencial
Público-alvo:	Enfermeiros, Assistentes Operacionais, Técnicos Superiores de Saúde		
Equipa	Enf. Rita Peixoto, Enf. Daniela e Prof. Drª Arminda Vieira		
Data	02/02/24	Nº Horas:	3h
Objetivo Geral:	Divulgar os Princípios, Filosofia e Ética em Cuidados Paliativos;		

Sessão	Conteúdos Programáticos	Objetivos Específicos	Tempo Previsto	Métodos e Técnicas Pedagógicas	Meios e Recursos
Apresentação das estudantes de Mestrado	- Estudante I Mestrado de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa – Enf.ª Rita Peixoto, Enf. Daniela Arezes, Enf. Mónica Sousa e Enf. Lisete Fernandes) - Professora Drª Arminda Vieira,	- Apresentar os elementos da organização do curso; - Apresentar os intervenientes no módulo I;	5'	Expositivo	- Pen - Computador

Sessão	Conteúdos Programáticos	Objetivos Específicos	Tempo Previsto	Métodos e Técnicas Pedagógicas	Meios e Recursos
(Enf..Rita Peixoto,Enf. Daniela, Enf. Mónica e Enf. Lisete Fernandes)					● Apresentação PowerPoint ● Tela de projeção ● Folhas ● Caneta
Apresentação dos temas a abordar no Módulo I	● Introdução ao Módulo I, do curso básico em cuidados paliativos ● Tema 1- Conceito, Princípios, Pilares e Filosofia dos Cuidados Paliativos (Enf. Rita e Enf.Daniela) das 9h às 09:45h; ● Tema 2- Ética em Cuidados paliativos (Prof. Drª Arminda) das 10h às 11:45h;	● Apresentar dos temas e formadoras; ● Realizar uma nota introdutória no início de cada tema a abordar.	5 min	Expositivo	● Pen ● Computador ● Apresentação PowerPoint ● Tela de projeção ● Folhas ● Caneta
Introdução aos temas do Módulo I	● Conceito, Princípios, Pilares e Filosofia dos Cuidados Paliativos (Enf. Rita e Enf.Daniela) das 9h às 09:45h;	● Adquirir e aprofundar os conhecimentos;	2:40h	Expositivo	

Sessão	Conteúdos Programáticos	Objetivos Específicos	Tempo Previsto	Métodos e Técnicas Pedagógicas	Meios e Recursos
	Ética em Cuidados paliativos (Prof. Drª Arminda) das 10h às 11:45h;	Realizar uma abordagem sobre: - O conceito dos CP e Filosofia; - Os 4 pilares dos cuidados dos CP; Ética em Cuidados paliativos: - Direitos fundamentais da pessoa doente em CP (autodeterminação, dignidade, respeito, valores crenças) - Deveres dos profissionais de saúde em CP (beneficência, não maleficência, código deontológico); - Explorar o tema da ética em cuidados paliativos e realizar uma reflexão conjunta;			
Dúvidas e Questões	Abertura de um período para questões, dúvidas e partilhas de experiências;	Permitir o esclarecimento de dúvidas e partilha de experiências com o grupo,	15min		

Sessão	Conteúdos Programáticos	Objetivos Específicos	Tempo Previsto	Métodos e Técnicas Pedagógicas	Meios e Recursos
		dando abertura para temas de discussão;			
Metodologia de Avaliação	• Aplicação de um questionário de satisfação no final do curso;				

PLANO DE SESSÃO

Entidade:	Escola Superior de saúde de Viana do Castelo - IPVC		
Atividade:	Apresentação oral;		
Tema:	Módulo II - Sofrimento e Luto em Cuidados Paliativos		
Local:	Wecare-Saúde, Mutivaze		
Horário:	13h-17h	Regime:	Presencial

Público-alvo:	Enfermeiros, Assistentes Operacionais, Técnicos Superiores de Saúde		
Equipa	Enf. Lisete Fernandes, Enf. Mónica Sousa e Capelão Fábio Carvalho		
Data	02/02/24	Nº Horas:	4h
Objetivo Geral:	Adquirir competências e habilidades para intervenção no Sofrimento e Luto em Cuidados Paliativos;		

Sessão	Conteúdos Programáticos	Objetivos Específicos	Tempo Previsto	Métodos e Técnicas Pedagógicas	Meios e Recursos
Apresentação dos formadores do Módulo II	Estudante II Mestrado de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa – Enf. Mónica Sousa e Enf. Lisete Fernandes Capelão do Hospital de Viana do Castelo Padre Fábio Carvalho;	Apresentar os intervenientes no módulo II;	5min	Expositivo	Pen Computador

Sessão	Conteúdos Programáticos	Objetivos Específicos	Tempo Previsto	Métodos e Técnicas Pedagógicas	Meios e Recursos
Apresentação dos temas a abordar no Módulo II	Introdução ao Módulo II, do curso básico em cuidados paliativos; Tema 1- Sofrimento e Luto em Cuidados Paliativos (Enf. Mónica e Enf. Lisete) Tema 2- Espiritualidade (Capelão da Ulsam Fábio Carvalho)	• Apresentar os temas a desenvolver; • Realizar uma nota introdutória no início de cada tema a abordar.	10min	Expositivo	Apresentação PowerPoint Tela de projeção Folhas Caneta
Introdução aos temas do Módulo I	• Tema 1- Sofrimento e Luto em Cuidados Paliativos (Enf. Mónica e Enf. Lisete) das 13:10h às 14h; • Tema 2- Espiritualidade (Capelão da ULSAM Fábio Carvalho) das 14:15h às 16h e das 16:15h às 17h;	• Adquirir e aprofundar os conhecimentos; • Sofrimento e Luto em CP: - Definir o que é o sofrimento e relacioná-lo com a espiritualidade; - Abordar o tema do Luto em CP; - O Luto nas diferentes religiões; • Espiritualidade: - A espiritualidade e religiosidade em CP;	3:35h	Expositivo	

Sessão	Conteúdos Programáticos	Objetivos Específicos	Tempo Previsto	Métodos e Técnicas Pedagógicas	Meios e Recursos
Dúvidas e Questões	Abertura de um período para questões, dúvidas e partilhas de experiências;	Permitir o esclarecimento de dúvidas e partilha de experiências com o grupo, dando abertura para temas de discussão;	10min	Apresentação oral;	Pen Computador Apresentação PowerPoint Tela de projeção Folhas Caneta
Metodologia de Avaliação	Aplicação de um questionário de satisfação no final do Curso;				

PLANO DE SESSÃO

Entidade:	Escola Superior de saúde de Viana do Castelo - IPVC		
Atividade:	Apresentação oral;		
Tema:	Módulo III- Comunicação em Cuidados Paliativos		
Local:	Wecare-Saúde, Mutivaze		
Horário:	9h-18h	Regime:	Presencial

Público-alvo:	Enfermeiros, Assistentes Operacionais, Técnicos Superiores de Saúde		
Equipa	Enf. Bruno Feiteira; Dr ^a Joana Carneiro; Enf. Rita, Enf. Daniela, Enf. Lisete e Enf. Mónica		
Data	02/02/24	Nº Horas:	8h
Objetivo Geral:	Adquirir e desenvolver competências sobre a comunicação em Cuidados Paliativos;		

Sessão	Conteúdos Programáticos	Objetivos Específicos	Tempo Previsto	Métodos e Técnicas Pedagógicas	Meios e Recursos
Apresentação dos formadores do Módulo III	Enf Bruno Feiteira; Dr ^a Joana Carneiro; Estudante II Mestrado de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa- Enf. Rita, Enf. Daniela, Enf. Lisete e Enf. Mónica	Apresentar os intervenientes no módulo II;	5min	Expositivo	Pen Computador

Sessão	Conteúdos Programáticos	Objetivos Específicos	Tempo Previsto	Métodos e Técnicas Pedagógicas	Meios e Recursos
Apresentação dos temas a abordar no Módulo III	Módulo Introdução ao Módulo III; Tema 1- Princípios Fundamentais da comunicação – Enf Bruno Feiteira; Tema 2- Comunicação com a família (Conferências Familiares) Enf Bruno Feiteira; Tema 3- Comunicação de más notícias- Drª Joana Carneiro (Ulsam); Atividade/workshop “ Comunicação de más notícias”- Enf. Rita, Enf. Daniela, Enf. Lisete e Enf. Mónica;	• Apresentar os temas a desenvolver; • Realizar uma nota introdutória no início de cada tema a abordar.	5min		Apresentação PowerPoint Tela de projeção Folhas Caneta
Introdução aos temas do Módulo III	Módulo Introdução ao Módulo III; Tema 1- Princípios Fundamentais da comunicação – Enf Bruno Feiteira - 9h00 às 10h00 Tema 2- Comunicação com a família (Conferências Familiares) Enf Bruno Feiteira- 10:15h às 12h; Tema 3- Comunicação de más notícias- Drª Joana Carneiro (Ulsam) das 13h00 às 14h45 e das 15h às 16h Atividade/workshop “ Comunicação de más notícias”- Enf. Rita, Enf. Daniela, Enf. Lisete e Enf. Mónica das 16:15 às 18h;	• Adquirir e aprofundar os conhecimentos; • Princípios fundamentais da comunicação: - O pilar da comunicação; -Tipos de comunicação; -A comunicação em CP; • Comunicar com a família (CF): - O que são CF e quando se realizam; - A estrutura de uma CF; • Comunicação de más notícias: - Estratégias para uma comunicação eficaz; - Como comunicar más notícias;	7:25h	Expositivo	

Sessão	Conteúdos Programáticos	Objetivos Específicos	Tempo Previsto	Métodos e Técnicas Pedagógicas	Meios e Recursos
Dúvidas e Questões	Abertura de um período para questões, dúvidas e partilhas de experiências;	Permitir o esclarecimento de dúvidas e partilha de experiências com o grupo, dando abertura para temas de discussão;	25min	Apresentação oral;	
Metodologia de Avaliação	Aplicação de um questionário de satisfação no final do Curso;				

PLANO DE SESSÃO

Entidade:	Escola Superior de saúde de Viana do Castelo - IPVC		
Atividade:	Apresentação oral;		
Tema:	Módulo IV- Gestão de sintomas em cuidados paliativos;		
Local:	Wecare-Saúde, Mutivaze		
Horário:	9h-18h	Regime:	Presencial
Público-alvo:	Enfermeiros, Assistentes Operacionais, Técnicos Superiores de Saúde		
Equipa			
Data	02/02/24	Nº Horas:	8h
Objetivo Geral:	Desenvolver competências na gestão de sintomas em cuidados paliativos;		

Sessão	Conteúdos Programáticos	Objetivos Específicos	Tempo Previsto	Métodos e Técnicas Pedagógicas	Meios e Recursos
Apresentação dos formadores do Módulo IV	Professora Salomé; Enf. Mónica, Enf. Lisete, Enf. Rita e Enf. Daniela;	Apresentar os intervenientes no módulo II;	10min	Expositivo	Pen Computador Apresentação PowerPoint Tela de projeção Folhas Caneta
Apresentação dos temas a	Tema 1- Terapias alternativas no alívio/controlo da dor (4h) Prof M ^a Salomé Ferreira; Tema 2- Cuidados à pessoa em últimos dias e horas de vida (Alunas Lisete, Mónica e Rita) (3h); Tema 3- Feridas malignas (Aluna Daniela) (1h);	Apresentar os temas a desenvolver;			

Sessão	Conteúdos Programáticos	Objetivos Específicos	Tempo Previsto	Métodos e Técnicas Pedagógicas	Meios e Recursos
abordar no Módulo III		Realizar uma nota introdutória no início de cada tema a abordar.			
Introdução aos temas do Módulo IV	Introdução ao Módulo IV; Tema 1- Terapias alternativas no alívio/controlo da dor (4h) Prof M^a Salomé Ferreira - 9h00 às 13h00 Tema 2- Cuidados à pessoa em últimos dias e horas de vida (Alunas Lisete, Mónica e Rita) (3h) – 14h00 às 17h00 Tema 3- Feridas malignas (Aluna Daniela) (1h) - 17h00 às 18h00	- Adquirir e aprofundar os conhecimentos; Terapias alternativas no alívio/controlo da dor: - Massagem terapêutica; - Musicoterapia; - Aromaterapia; - Reflexologia; Cuidados à pessoa nas últimas horas e dias de vida: - Fases do fim de vida; - Alimentação no fim de vida; - Sintomas no fim de vida; Feridas malignas; - Tipos de feridas malignas; - Objetivo de tratamento nas feridas malignas; - Tratamentos;	7:35h	Expositivo	
Dúvidas e Questões	Abertura de um período para questões, dúvidas e partilhas de experiências;	Permitir o esclarecimento de dúvidas e partilha de experiências com o grupo, dando abertura para temas de discussão;	15min	Apresentação oral;	

Sessão	Conteúdos Programáticos	Objetivos Específicos	Tempo Previsto	Métodos e Técnicas Pedagógicas	Meios e Recursos
Metodologia de Avaliação	• Aplicação de um questionário de satisfação no final do Curso;				

PLANO DE SESSÃO

Entidade:	Escola Superior de saúde de Viana do Castelo - IPVC		
Atividade:	Apresentação oral;		
Tema:	Workshop Módulo II- Comunicação de más notícias		
Local:	Wecare-Saúde, Mutivaze		
Horário:	9h-12h	Regime:	Presencial
Público-alvo:	Enfermeiros, Assistentes Operacionais, Técnicos Superiores de Saúde		
Equipa	Enf. Rita Peixoto, Enf. Daniela e Prof. Dr ^a Arminda Vieira		
Data	02/02/24	Nº Horas:	2h
Objetivo Geral:	Colocar em prática as competências adquiridas no módulo III;		

Sessão	Conteúdos Programáticos	Objetivos Específicos	Temp o Previs to	Métodos e Técnicas Pedagógicas	Meios e Recursos
Apresentação dos estudantes	Estudante I Mestrado de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa – Enf. ^a Rita Peixoto, Enf. Daniela Arezes, Enf. Mónica Sousa e Enf. Lisete Fernandes)	• Apresentar os elementos da organização do curso; • Apresentar os elementos que vão realizar o workshop;	5min	Expositivo	

Sessão	Conteúdos Programáticos	Objetivos Específicos	Temp o Previs to	Métodos e Técnicas Pedagógicas	Meios e Recursos
Apresentação do workshop;	Elaboração de grupos; Consiste em recriar um diálogo fictício entre um profissional de saúde e um familiar ou pessoa doente e transmitir uma má notícia. Será realizada uma versão correta de transmissão de más notícias e uma outra versão errada.	- Desenvolver competências na comunicação de más notícias; - Identificar os passos incorretos e refletir em grupo;	1:30h	Representação teatral	- Pen - Computador - Apresentação PowerPoint - Tela de projeção - Folhas - Caneta
Dúvidas e Questões	Abertura de um período para questões, dúvidas e partilhas de experiências;	Permitir o esclarecimento de dúvidas e partilha de experiências com o grupo, dando abertura para temas de discussão;	25min	Apresentação oral;	
Metodologia de Avaliação		Aplicação de um questionário de satisfação no final do Curso;			



II Curso Básico em Cuidados Paliativos

Dia 02/02/2023

MÓDULO 1

Conceito, Princípios, Pilares e filosofia dos Cuidados Paliativos

Enf. Rita Peixoto, Enf. Daniela Arezes (9h00 às 10h00)

Ética em Cuidados paliativos

Prof. Arminda Teixeira - 10h30 às 12h00

MÓDULO 2

O Sofrimento e Luto em cuidados paliativos

Enf. Lisete Fernandes e Enf. Mónica Sousa (14h00 às 15h00)

Espiritualidade

Capelão da Ulsam Fábio Carvalho (15h00 às 17h00)

Dia 09/02/2023

MÓDULO 3

Princípios Fundamentais da comunicação

Enf. Rita Peixoto e Enf. Daniela Arezes (9h00 às 10h30)

Workshop “Comunicação de Más Notícias”

Alunas (11h00 às 12h00)

Comunicação de más notícias

Dr^a Joana Carneiro (Ulsam) (14h00 às 16h00)

Comunicação com a família (Conferências Familiares)

Enf. Bruno Feiteira (16h30 às 18h00)

Dia 15/02/2023

MÓDULO 4

Terapias alternativas no alívio/controlo da dor

Prof M^a Salomé Ferreira (9h00 às 12h00)

Cuidados à pessoa em últimos dias e horas de vida

Enf. Lisete Fernandes e Enf. Mónica Sousa (14h00 às 17h00)

Feridas malignas

Enf. Daniela Arezes e Enf. Rita Peixoto (17h00 às 18h00)

APÊNDICE X – QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO GLOBAL DA FORMAÇÃO: II
CURSO BÁSICO DE CUIDADOS PALIATIVOS

Questionário de Avaliação Global de Formação
“II Curso Básico de Cuidados Paliativos”

Local: ~~WeCare~~ Saúde

Duração: 19 horas

Datas: 02/02/2024; 9/02/2024; 15/02/2024;

Formador: Escola Superior de Saúde- IPVC

1. Conteúdos Programáticos e Métodos

	Insuficiente	Suficiente	Bom	Muito Bom
Conteúdo programático adequado.				
Interesse/utilidade dos temas.				
Metodologia utilizada facilitou a compreensão dos temas.				
A componente prática permitiu a aquisição/aperfeiçoamento das minhas competências profissionais				
Tempo de formação adequado aos objetivos.				
Material de apoio bem elaborado e adequado aos temas.				
Documentação e bibliografia suficiente e adequada.				

2. Desenvolvimento de Competências

	Insuficiente	Suficiente	Bom	Muito Bom
Penso que adquiri ou renovei conhecimentos.				
Penso que melhorei as minhas competências.				
Concretização dos objetivos propostos				

Observações/Sugestões de melhoria: _____
