



**Universidade do Minho**  
Escola Superior de Enfermagem

Gabriela Coelho Borges

**Humanização dos cuidados de Enfermagem  
num Serviço de Medicina Intensiva  
para adultos: perspetiva dos enfermeiros**



**Universidade do Minho**  
Escola Superior de Enfermagem

Gabriela Coelho Borges

**Humanização dos cuidados de Enfermagem  
num Serviço de Medicina Intensiva  
para adultos: perspetiva dos enfermeiros**

Dissertação de Mestrado  
Mestrado em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica

Trabalho efetuado sob a orientação da  
**Professora Doutora Paula Cristina Soares de Encarnação**  
e da  
**Professora Doutora Cláudia Cristina Vieira Carvalho  
de Oliveira Ferreira Augusto**

outubro de 2017

## **Declaração**

Nome: Gabriela Coelho Borges

Endereço eletrónico: gabicborges@hotmail.com

Nº do Cartão de Cidadão: 12418079

Título da dissertação: Humanização dos cuidados de Enfermagem num Serviço de Medicina Intensiva para adultos: perspetiva dos enfermeiros

Orientador científico: Professora Doutora Paula Cristina Soares de Encarnação

Coorientador científico: Professora Doutora Cláudia Cristina Vieira Carvalho de Oliveira Ferreira Augusto

Ano de conclusão: 2017

Designação do mestrado: Mestrado em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica

É autorizada a reprodução parcial desta dissertação de mestrado apenas para efeitos de investigação, mediante declaração escrita do interessado, que a tal se compromete.

Universidade do Minho, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

## **AGRADECIMENTOS**

Ao longo deste processo individual, tenho de realçar obrigatoriamente que foram várias as pessoas que estiveram presentes com o seu apoio e a quem agradeço do fundo do coração.

Começo por mencionar o empenho da minha orientadora Professora Doutora Paula Encarnação e coorientadora Professora Doutora Cláudia Oliveira. Foram fundamentais para o meu decurso, com as suas orientações tutoriais, partilha de conhecimento e suporte científicos, mas acima de tudo, pela motivação que me foram incrementando. Sempre me foi sendo dito que para o sucesso desta etapa seria fulcral a dedicação dos orientadores, e agora com certeza absoluta, reforço esta afirmação!

Aos professores do Mestrado em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica da Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho, que contribuíram para o desenvolvimento deste estudo.

Aos responsáveis pela Organização Hospitalar aonde decorreu este estudo, em particular ao Sr. Diretor do Serviço de Medicina Intensiva, Dr. Francisco Esteves.

À equipa de Enfermagem pela adesão e total disponibilidade em participar, pois sem eles não seria possível a realização deste estudo.

A todos os meus amigos e familiares que em algum momento perderam a minha presença, pelo tempo despendido na elaboração deste documento de investigação.

Aos meus pais que sempre foram o meu porto de abrigo e me inculiram o espírito de perseverança e boa disposição, incrementando o meu crescimento enquanto pessoa e profissional.

E por último, agradeço afincadamente ao meu pilar de vida, a pessoa que viveu comigo todas as etapas deste processo e que está sempre presente para me ouvir, ajudar, apoiar, motivar, cuidar e amar. O meu companheiro: António Candeias!



## RESUMO

Nas últimas décadas, a humanização dos cuidados de saúde, tem sido alvo de preocupação a uma escala mundial, tendo ganho grande destaque na literatura científica e em pesquisas direcionadas para as ciências da saúde. Um Serviço de Medicina Intensiva (SMI), por natureza, usufrui de um ambiente aberto à inovação e aos cuidados especializados, potencializado pela constante atualização de competências dos seus profissionais. Assim, num SMI, para que se possa almejar cuidados de excelência, as questões de investigação e a evidência daí resultante deve abordar de uma forma equilibrada e complementar a melhoria técnica e tecnológica, a par da humanização dos cuidados.

Neste sentido, desenvolvemos um estudo de investigação, para o qual traçamos os seguintes objetivos: (i) refletir acerca da humanização dos cuidados de Enfermagem num SMI; (ii) identificar as categorias fundamentais para a humanização dos cuidados de Enfermagem num SMI e, (iii) descrever fatores dificultadores e facilitadores da humanização dos cuidados de Enfermagem num SMI. Para dar resposta aos objetivos delineados, optámos pela realização de um estudo qualitativo, exploratório e descritivo. Os participantes do estudo foram selecionados por conveniência tendo a amostra sido atingida por saturação teórica (N=20). A colheita de dados foi realizada entre junho e julho de 2017, num SMI, de um Centro Hospitalar da região norte de Portugal. Para a recolha de informação utilizamos como principal técnica a entrevista semiestruturada. Da análise dos dados emergiram três (3) categorias: (1) a humanização; significados, *forças* e valores presentes; (2) a humanização; as *forças*, as práticas e os contextos de cuidados e, (3) as experiências e vivências pessoais num SMI.

Dos principais resultados obtidos constatamos que a humanização dos cuidados é considerada o ponto-chave da conduta dos enfermeiros, mas em medicina intensiva tende a ser desvalorizada. O domínio tecnológico impõe-se e a prioridade são as situações emergentes onde a sobrevivência da pessoa determina os cuidados. Como perspetiva principal surge a necessidade de os enfermeiros conseguirem desviar o foco de atenção de um modelo centrado no défice (modelo biomédico) para um modelo centrado nas *forças*, onde evidenciam a singularidade de cada pessoa, colocando a pessoa e a sua família como foco principal e central dos seus cuidados. A partir destes resultados, propusemos um conjunto de estratégias, no sentido de dar resposta a esta necessidade veiculada pelos enfermeiros.

Estes resultados permitem uma compreensão mais abrangente do objeto em estudo e podem orientar as intervenções dos enfermeiros, para um cuidado mais centrado na pessoa em situação crítica, embebido nos pressupostos filosóficos do *Cuidar em Enfermagem Baseado nas Forças*. Este novo olhar vai influenciar a forma como os enfermeiros podem fazer a diferença, através da perceção das *forças* que devem desenvolver ao nível pessoal e profissional.

**Palavras-chave:** Humanização; Enfermagem, Cuidados Críticos, Pesquisa Qualitativa.



## ABSTRACT

In the last decades, the humanization of health care has been a concern on a global scale, having gained great prominence in the scientific literature and in research directed to the health sciences. An Intensive Care Unit (ICU), by his nature, has an environment open to innovation and specialized care, enhanced by the constant updating of its professionals competences. Thus, in an ICU context, in order to achieve excellence in care, the research questions and the results must address in a balanced and complementary way the technical and technological improvement, together with the humanization of care.

With this objective, we developed a research study, for which we formulated the following objectives: (i) reflect on the humanization of nursing care in an ICU; (ii) identify the key categories for the humanization of nursing care in an ICU and (iii) describe factors that make it difficult to facilitate the humanization of nursing care in an ICU. In order to answer to the defined objectives, we opted for a qualitative, exploratory and descriptive study. The study participants were selected for convenience and the sample was reached by theoretical saturation (N = 20). Data collection was performed between june and july 2017, in a ICU of an hospital center in the northern region of Portugal. For the collection of information we use the semi-structured interview as the main technique. From the data analysis emerged three (3) categories: (1) humanization; meanings, strengths and values present; (2) humanization; strengths, practices and contexts of care, and (3) personal experiences in an ICU.

From the main results we find that the humanization of care is considered the key point of the nurses behavior, but in ICU it tends to be devalued. Technological dominance prevails and priority is the emergent situations where the survival of the person determines the care. As a main perspective, nurses need to be able to enhance the focus from a deficit-centered model (biomedical model) to a strengths-centered model where they highlight the uniqueness of each person, placing the person and his family as the main focus and central to their care. Based on these results, we proposed a set of strategies, in order to respond to this need provided by nurses.

These results allow a more comprehensive understanding of the object being studied and can guide the interventions of the nurses to the person in critical situation care, imbued in the philosophical assumptions of *Strenghts Based Care*. This new approach will influence how nurses can make a difference through the perception of the strengths that should develop on a personal and professional level.

**Keywords:** Humanization; Nursing, Critical Care, Qualitative Research.





## ÍNDICE

INTRODUÇÃO .....	15
<b>1 – HUMANIZAR NOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM.....</b>	<b>23</b>
1.1 - O CONCEITO DE HUMANIZAÇÃO .....	24
1.2 - A HUMANIZAÇÃO CENTRADA NUM CUIDAR EM ENFERMAGEM BASEADO NAS <i>FORÇAS</i> .....	26
1.3 - A RELEVÂNCIA DA HUMANIZAÇÃO E DAS <i>FORÇAS</i> NUM SERVIÇO DE MEDICINA INTENSIVA ..	29
<b>2 – ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO .....</b>	<b>35</b>
2.1 – TIPO DE ESTUDO .....	35
2.2 – CARATERIZAÇÃO DO CONTEXTO DE ESTUDO .....	36
2.3 – OS PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	37
2.4 – INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS .....	38
2.5 – CONSIDERAÇÕES ÉTICAS .....	40
2.6 – ANÁLISE DOS DADOS .....	40
2.7 - LIMITAÇÕES DO ESTUDO.....	42
<b>3 – APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....</b>	<b>43</b>
3.1 - PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DOS PARTICIPANTES.....	43
3.2 - CATEGORIAS E SUBCATEGORIAS EMERGENTES .....	44
<b>4 – ESTRATÉGIAS PARA UMA PRÁTICA DE CUIDADOS HUMANIZADA.....</b>	<b>71</b>
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>75</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>79</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>87</b>
Anexo I – Carta de apoio institucional da Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho....	89
Anexo II – Parecer favorável do Conselho de Administração de um Centro Hospitalar do norte do país ..	93
Anexo III – Parecer favorável da Subcomissão de Ética para as Ciências da Vida e da Saúde da Universidade do Minho.....	97
Anexo IV – Consentimento informado, livre e esclarecido .....	101
Anexo V – Guião de entrevista .....	105



## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ARS – Administração Regional de Saúde

Dr. - Doutor

DR - Diário da República

e.g. – exemplo

ESE – Escola Superior de Enfermagem

EUA – Estados Unidos da América

HSJ – Centro Hospitalar de São João

m - metros

MS – Ministério da Saúde

nº - número

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNH – Política Nacional de Humanização

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

SBC - *Strenghts- Based Care/* Cuidar Baseado nas Forças

SECVS - Subcomissão de Ética para as Ciências da Vida e da Saúde

SMI – Serviço de Medicina Intensiva

SNS – Serviço Nacional de Saúde

Sr. – Senhor

UM – Universidade do Minho

UTAD – Universidade de Trás – os – Montes e Alto Douro

VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação



## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> - Perfil sociodemográfico dos participantes do estudo.....	44
<b>Tabela 2</b> – Matriz de redução de dados.....	45
<b>Tabela 3</b> – Categoria: A humanização; significados, <i>forças</i> e valores presentes.....	47
<b>Tabela 4</b> – Categoria: A humanização; as <i>forças</i> , as práticas e os contextos de cuidados.....	54
<b>Tabela 5</b> – Categoria: Experiências e vivências pessoais num SMI.....	68



## INTRODUÇÃO

No âmbito do Mestrado em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica, a decorrer na Escola Superior de Enfermagem (ESE) da Universidade do Minho (UM) em consórcio com a Escola Superior de Saúde da Universidade de Trás - os - Montes e Alto Douro (UTAD), desenvolvemos um estudo de investigação qualitativa, que tem como finalidade contribuir para uma melhor humanização dos cuidados de Enfermagem num SMI para adultos, através de estratégias para a promoção da humanização dos cuidados de Enfermagem. Este documento visa a obtenção do grau académico de Mestre em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica, segundo o Despacho n.º 14799/2012, publicado no Diário da República (DR), 2.ª série, n.º 223, de 19/11/2012, bem como a obtenção do título de Especialista em Enfermagem Médico - Cirúrgica (Aviso n.º 13571/2014 publicado em DR, 2ª Série, n.º 235, de 04/12/2014).

Tendo uma orientação teórica e filosófica baseada no *Strengths- Based Care* (SBC) (Gottlieb, 2016), onde a Enfermagem é vista com a responsabilidade de “[...] promover a saúde, cuidar dos doentes, e aliviar o sofrimento” (Gottlieb, 2016, p. 4), iremos tentar perceber como os enfermeiros, num SMI, norteados por um sistema de valores profissionais e pessoais (Gottlieb, 2016), conseguem orientar no dia-a-dia as suas decisões e intervenções, desocultando e utilizando *as forças*, no sentido de promoverem a saúde das pessoas em situação crítica, numa ótica de humanização dos cuidados de Enfermagem.

O SBC representa uma nova concetualização do cuidar em Enfermagem. Conduz a Enfermagem às raízes de cuidar o Ser humano. Num cuidar centrado na humanidade, integralidade e singularidade da pessoa (Gottlieb, 2016), o SBC foca-se em dar atenção aos aspetos positivos, ao que funciona melhor e quais as áreas que demonstram potencial no doente e família que possam ser desenvolvidas e trabalhadas, para encontrar o correto equilíbrio, enquanto se lida com os problemas e os défices (Encarnação, 2017). As *forças* são consideradas qualidades especiais e ferramentas que determinam o que a pessoa é capaz de realizar e no que se pode tornar, definindo a sua personalidade, dando expressão à sua humanidade (Gottlieb, 2016).

Neste sentido, para a expressão da humanização dos cuidados é essencial fomentar valores promotores da humanização que estejam interrelacionados e que estão expressos na abordagem



do SBC. Segundo Gottlieb (2016) valores como a saúde e cura; a singularidade da pessoa; o holismo e *embodiment*; a realidade objetiva/subjetiva; a autodeterminação; a interação pessoa-ambiente; a aprendizagem, preparação e *timing*, bem como a parceria colaborativa entre o enfermeiro e doente, são importantes no sentido de se obter um cuidado holístico da pessoa em situação crítica e família, não esquecendo que o profissional de saúde, enquanto Ser humano, também necessita de ser cuidado e valorizado.

O Serviço Nacional de Saúde [SNS] português, reconhece e assume a importância de uma gestão mais humanizadora dos seus recursos humanos, desenvolvendo nos últimos anos, estratégias que facilitem a promoção e valorização, pessoal e profissional, dos seus colaboradores (SNS, 2016). Também é referido no documento dos *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem* (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2001), que a Enfermagem deve contribuir para a promoção da saúde, procurando ao longo de todo o ciclo vital da pessoa: prevenir a doença e promover os processos de readaptação; satisfazer as necessidades humanas fundamentais e a máxima independência na realização das atividades de vida; procurar a adaptação funcional aos défices e a adaptação a múltiplos fatores.

Em 1946, a Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu saúde como um estado de bem-estar mental, físico e social e não apenas a ausência de enfermidades. A OE (2001), define saúde como um conceito que pode ser um

[...] estado e, simultaneamente, a representação mental da condição individual, o controlo do sofrimento, o bem-estar físico e o conforto emocional e espiritual. [...] A representação mental da condição individual e do bem-estar é variável no tempo, ou seja, cada pessoa procura o equilíbrio em cada momento, de acordo com os desafios que cada situação lhe coloca. Neste contexto, a saúde é o reflexo de um processo dinâmico e contínuo; toda a pessoa deseja atingir o estado de equilíbrio que se traduz no controlo do sofrimento, no bem-estar físico e no conforto emocional, espiritual e cultural (OE, 2001, p. 8).

Segundo Gottlieb (2016), a saúde emerge de um reflexo de desenvolvimento, ao longo do ciclo vital, e desencadeia o aperfeiçoamento de forças, que a pessoa utiliza para se adaptar aos múltiplos ambientes, conseguindo transformar os seus défices em *forças*. A saúde é dinâmica e multifacetada e envolve a forma como as pessoas percebem o seu mundo e desenvolvem a sua personalidade, da mesma maneira que lutam por um objetivo e por um sentido para a sua vida. A saúde está presente quando todos os aspetos da pessoa trabalham em conjunto, de maneira a que se sinta completa.

A saúde é, assim, considerada um direito universal do Ser humano, consagrado na Constituição da República Portuguesa e deve ser gozado individualmente, sem prejuízo de outrem. A saúde assenta num conjunto de valores fundamentais, como é o caso do respeito pela dignidade humana, que deve ser promovido por todos os intervenientes no processo de prestação de cuidados e dentro de uma perspetiva humanizada.

No quadro legislativo da saúde em Portugal, são estabelecidos direitos mais específicos, como a Lei de Bases da Saúde (Lei 48/90, de 24 de agosto), que refere que as pessoas têm direito à sua privacidade e respeito e a ser tratadas pelos meios adequados, de forma humanizada (Lei de Base XIV). Este é um princípio orientador para a *Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes*, que representa um avanço para a dignificação das pessoas, do respeito pela sua condição e da humanização dos cuidados de saúde (Ministério da Saúde [MS], 2006). Ressalva-se que o enfermeiro do ponto de vista deontológico (artigo 110º do Código Deontológico), assume o dever de “dar, quando presta cuidados, atenção à pessoa como uma totalidade única, inserida numa família e numa comunidade” (Lei nº 156/2015 de 16 de setembro, p. 10).

O enfermeiro especialista, do Colégio de Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na vertente da pessoa em situação crítica, é considerado como um “elemento chave na resposta à necessidade de cuidados seguros das pessoas em situação crítica” (OE, 2011, p. 3). Tem como domínios de competências: cuidar da pessoa a vivenciar processos de doença crítica e/ou falência orgânica; dinamizar respostas em situações de catástrofe ou emergência multi - vítima; maximizar a intervenção na prevenção e controlo de infeção, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas adequadas em tempo útil (OE, 2011). Esquecer os princípios éticos e deontológicos, que tornam o enfermeiro mais humano neste cuidar do outro, pode conduzir a práticas meramente tecnicistas e desumanizadas. O enfermeiro especialista deve atender à complexidade das problemáticas no âmbito da saúde, com especial enfoque na pessoa em situação crítica, tendo como objetivo a procura permanente da excelência no cuidar.

A equipa de Enfermagem de um SMI, que aplica uma filosofia de *forças* no cuidar, proporciona aos doentes e família a maximização e o suporte das suas respostas, de modo a conseguirem lidar com os incidentes diários e os desafios difíceis da vida (incluindo doenças, lesões, incapacidades e trauma), bem como a satisfazerem os seus objetivos.

Apesar de necessitarem de uma lente biomédica, dado o contexto de saúde ser crítico num SMI, os cuidados de Enfermagem devem estar centrados na globalidade da pessoa e condição de

saúde desta, no contexto da sua vida. Considerar o impacto da nova condição de saúde, ajuda a promover esta última, assim como o bem-estar da pessoa e família, integrada num todo.

Deste modo, a humanização nos cuidados em medicina intensiva, torna-se essencial para a recuperação de saúde da pessoa em situação crítica. *Humanização* pode ser entendida como competência relacional, nomeadamente através da comunicação terapêutica e da gestão dos cuidados, com a envolvimento da família, através da criação de espaços que também valorizem o ambiente de trabalho dos profissionais de saúde (Backes, Erdmann & Buscher, 2015; Pereira, 2012; Reis, Sena & Fernandes, 2016; Silva, Chernicharo, Silva & Ferreira, 2012; Siqueira, Medeiros & Zamberlan, 2015).

Adotaremos a perspectiva do conceito de *humanização* segundo Gottlieb (2016), pelo sentido dado à democratização das relações; à melhoria da relação terapêutica; ao reconhecimento dos direitos do doente (da sua subjetividade, valores, aspetos culturais), ou ainda ao reconhecimento das perceções dos envolvidos como sujeitos do processo terapêutico.

A humanização dos cuidados necessita ser sentida, valorizada e vivenciada pelos doentes, familiares e equipa multidisciplinar. Cada processo de humanizar é único, depende de cada profissional, de cada equipa, de cada gestão e de cada Organização de Saúde (Farias, Vidal, Farias & Jesus, 2013).

É fundamental nas Organizações de Saúde refletir acerca desta temática e fomentar valores profissionais. Nos últimos dez (10) anos, têm sido realizadas para e com as equipas multidisciplinares, ações de sensibilização sobre a humanização dos cuidados. Estas ações de sensibilização visam o incentivo da parceria nos cuidados de Enfermagem do doente e sua família, numa tentativa de promoção de saúde com o objetivo *major* da melhoria da qualidade dos cuidados prestados. Desde a *Carta de Otawa* em 1986, complementada em 2005 pela *Carta de Bangkok*, que promover a saúde significa capacitar as pessoas para melhorarem e aumentarem o controlo sobre a sua saúde (comportamental, psicossocial e ambiental), ou seja, dotá-las de *empowerment*.

Em 2016, na última conferência sobre promoção da saúde, realizada em Shanghai, discutiram-se os princípios orientadores da *Carta de Otawa* e o processo de uniformizar as medidas essenciais e universais para atingir este objetivo, surgindo, assim, a noção da “saúde como um recurso” e de esta ser um “empreendimento coletivo” (Administração Regional de Saúde [ARS] do Norte, 2017). Pretende-se através de um empreendimento coletivo que haja uma melhoria da

qualidade dos cuidados prestados e, conseqüentemente, ao aumento dos ganhos em saúde efetivos pela população, uma possível diminuição dos dias de internamento hospitalar.

A evidência sugere que o empreendimento coletivo pode trazer benefícios no âmbito da humanização dos cuidados. Como benefícios da humanização dos cuidados, os estudos de investigação salientam: a redução do tempo de internamento, na medida em que o doente se for melhor cuidado, sente-se estimulado a lutar pela sua recuperação de saúde (Farias *et al.*, 2013; Gottlieb, 2016); a diminuição das faltas ao trabalho por parte dos profissionais de saúde; o aumento da sensação de bem-estar entre doentes, família e equipa multidisciplinar; e conseqüente redução das despesas em saúde (Mota, Martins & Veras, 2006). Em relação à família, a sua parceria é valorizada como parte integrante do processo de humanização (Camponogara, Santos, Seiffert & Alves, 2011) e o seu envolvimento com a equipa multidisciplinar é um importante pré-requisito para a humanização dos cuidados, pois quando há uma boa interrelação, o processo de parceria colaborativa é facilitado e condiciona a recuperação do doente (Farias *et al.*, 2013; Pereira, 2012). O doente pode sentir-se insatisfeito com a prestação de cuidados, motivado por receios em relação ao seu prognóstico, contudo, quando a equipa multidisciplinar direciona as suas *forças* para a pessoa, estas sentem-se satisfeitas na promoção da sua recuperação, percecionando a abordagem dos profissionais como cuidados humanos (Silva *et al.*, 2012).

Em Portugal, segundo o SNS, os ganhos em saúde obtidos em 2016 colocaram os serviços de saúde ao nível do resto da Europa, nomeadamente no prolongamento da qualidade de vida a milhões de portugueses e na redução de muitas das desigualdades (SNS, 2016). O compromisso dos profissionais para intervirem ao nível dos determinantes na saúde possibilita a obtenção de ganhos em saúde, tal como se evidencia no *Programa do XXI do Governo Constitucional para a Saúde (2015-2019)* (SNS, 2016), (e.g.) o reforço do poder do cidadão, de forma a promover a disponibilidade, a acessibilidade, a comodidade e a humanização dos serviços, através da criação de um ambiente favorável à promoção e defesa da saúde.

No sentido de se implementar um processo de humanização de cuidados, nomeadamente em SMI, é necessário investigar os fatores condicionantes da sua concretização, fazendo surgir, deste modo, conhecimento novo nesta matéria. Um SMI, por natureza, usufrui de um ambiente aberto à inovação e aos cuidados especializados, potencializado pela constante atualização de competências dos seus profissionais. Assim, num SMI, para que se possa almejar cuidados de excelência, as questões de investigação e a evidência daí resultante deve abordar de uma forma

equilibrada e complementar a melhoria técnica e tecnológica, a par da humanização dos cuidados (Martins, Galdino, Garanhani, Sammi & Trevisan, 2015).

Os profissionais de saúde costumam centrar-se predominantemente nos diagnósticos e problemas da pessoa, interpretando essas características como disfuncionais, por serem perspectivados através de uma lente negativa. Mesmo as respostas consideradas saudáveis podem ser classificadas como patológicas, nomeadamente em SMI, onde está muito presente o modelo biomédico. Este modelo pode despersonalizar os cuidados, pois parte do diagnóstico é identificar e compreender a sintomatologia e este processo pode ser generalizável para o doente, reduzindo-o aos seus sintomas e não reconhecendo a sua personalidade (Gottlieb, 2016).

Como tal, esta incidência sobre o foco da doença, estimulou o desenvolvimento da era tecnológica, como adjuvante ao tratamento, o que levou a que os sistemas de saúde começassem a centralizar-se no problema, em vez da pessoa. Na abordagem da pessoa e família, numa ótica de satisfação das suas necessidades, os profissionais necessitam “de se concentrar sobre as pessoas e usar as suas *forças* e capacidades para gerir os seus problemas” (Gottlieb, 2016, p. 10).

A nossa experiência profissional, enquanto enfermeira que presta cuidados a pessoas em situação crítica e família no âmbito da medicina intensiva, confrontada com as dificuldades diárias relativas à humanização dos cuidados neste contexto, levou-nos a investigar esta temática, sob o ponto de vista da Enfermagem. Neste sentido, surgiu a necessidade de explorar as questões da humanização dos cuidados de Enfermagem, num SMI, tendo uma orientação teórica e filosófica segundo o SBC (Gottlieb, 2016).

Nesta perspetiva, assumindo a relevância, viabilidade e atualidade da problemática em estudo, foi nossa intenção responder à seguinte pergunta de investigação:

*“Que perspetiva têm os enfermeiros de um Serviço de Medicina Intensiva sobre a humanização dos cuidados que prestam?”*

Este estudo tem como finalidade contribuir para uma melhor humanização dos cuidados de Enfermagem num SMI para adultos, através de estratégias para a promoção da humanização dos cuidados de Enfermagem, com suporte teórico de Enfermagem no SBC, assumindo como objetivos:

- Refletir acerca da humanização dos cuidados de Enfermagem num SMI;
- Identificar as categorias fundamentais para a humanização dos cuidados de Enfermagem num SMI;

- Descrever fatores dificultadores e facilitadores da humanização dos cuidados de Enfermagem num SMI.

No sentido de refletirmos e produzirmos evidência acerca da problemática em estudo, desenvolvemos um estudo de investigação, o qual se encontra explanado neste documento, em quatro capítulos. Inicialmente faremos uma revisão da literatura, dividida em três subcapítulos. No primeiro subcapítulo “O conceito de humanização”, será feita uma breve exposição do conceito em estudo. No segundo subcapítulo “A humanização centrada num cuidar em Enfermagem baseado nas *forças*” faz-se uma alusão à sustentação teórica em Enfermagem deste estudo de investigação, através dos pressupostos filosóficos do SBC, segundo a teórica de Enfermagem, Laurie Gottlieb (2016). Por último, no terceiro subcapítulo, intitulado “A relevância da humanização e das *forças* num Serviço de Medicina Intensiva”, faremos uma explicação acerca dos desafios da humanização neste contexto. Posteriormente iremos desenvolver o nosso estudo no capítulo que corresponde ao “Enquadramento metodológico”, dividido em sete subcapítulos: o tipo de estudo, a caracterização do contexto de estudo, os participantes do estudo, o instrumento de colheita de dados, as considerações éticas, a análise dos dados e por último, as limitações do estudo. O terceiro capítulo corresponde à “Apresentação, análise e discussão dos resultados”, dividido em dois subcapítulos. O primeiro corresponde ao “Perfil sociodemográfico dos participantes” e o segundo às “categorias e subcategorias emergentes”, onde expomos a matriz categorial indispensável para a análise e discussão dos resultados.

Após a discussão dos resultados, iremos propor, no quarto capítulo, as estratégias para a promoção de uma prática de cuidados mais humanizada.

Nas considerações finais faremos uma reflexão acerca do processo de investigação e dos resultados obtidos, dando-se relevo aos contributos que este estudo poderá oferecer ao nível da prática clínica dos enfermeiros; do ensino dos estudantes e para a investigação da Ciência de Enfermagem.

Finalmente apresentaremos as referências bibliográficas que suportam o nosso estudo. Da estrutura deste documento ainda fazem parte os anexos.



## 1 – HUMANIZAR NOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

O cuidar tem assumido variadas dimensões, trazendo sempre a marca da sensibilidade, da compreensão e da ajuda. O conceito *cuidar*, através de competências e forças do profissional de saúde, atribui-se à atenção que se dá a uma pessoa e à sua família, que está a vivenciar uma situação particular. A sua integração nos cuidados de Enfermagem permite a construção da identidade da nossa profissão e isso traduz-se na capacidade “[...] de ir ao encontro do outro e de dar sentido a esse encontro e, depois, de fazer caminho com ele” (Hesbeen, 2001, p.72).

Numa vertente histórica, desde o início da Humanidade que o cuidar é fundamental para garantir a continuidade da vida (Collière, 1999). “[...] cuidar é apreender a ter em conta os dois “parceiros” dos cuidados: o que trata e o que é tratado [...]” (Collière, 1999, p.155). “O que faz a essência do cuidar, que permite prestar cuidados a uma pessoa, é a relação interpessoal [...]” que se estabelece entre a pessoa, que necessita “de ajuda, e de uma pessoa prestadora de cuidados que tem por missão ajudar [...]” (Hesbeen, 2001, p.66).

Teóricas de Enfermagem, como Madeleine Leninger e Jean Watson (1979) assumem o cuidar como a essência da disciplina da Enfermagem (Waldow, 2006). Segundo Watson (2002) “cuidar envolve valores, vontade, um compromisso para o cuidar, conhecimentos, ações carinhosas e as suas competências” (p.55). O cuidar é o ideal moral da Enfermagem, tendo como objetivo proteger e preservar a dignidade do Ser humano. Em consonância com Watson (2002), a preservação do cuidado é fundamental também para os sistemas de saúde, que são cada vez mais técnicos e despersonalizados.

Neste sentido, de acordo com o SBC, é fulcral que a Enfermagem enquanto profissão de ajuda, na área da saúde, consiga trabalhar com as pessoas, fortalecendo as suas *forças* e ajudando-as a encontrar soluções para os seus problemas - o que requer que a Enfermagem reconheça a pessoa e família, como partes integrantes de um projeto de saúde, objetivando um nível mais elevado de saúde (Gottlieb, 2016), logo dirigindo-se para a sua humanização no cuidar.



## 1.1 - O CONCEITO DE HUMANIZAÇÃO

Na área da saúde, a humanização dos cuidados é considerada uma prioridade e significa um movimento instituinte do cuidado e da valorização da intersubjetividade nas relações (Deslandes, 2006). Tendo em vista a criação da Enfermagem como profissão no século XIX, Florence Nightingale (1860), tinha uma preocupação com a humanização dos cuidados, através do controlo do ambiente onde o doente se encontrava inserido, que é visto como um ser de interrelações com o seu ambiente. Para Florence Nightingale, no seu livro *Notas sobre Enfermagem* (1860) a humanização dos cuidados já estava implícita nas suas intervenções, pois sugeria ações que promovessem a cura e a recuperação dos doentes, através de medidas ambientais, sempre com a preocupação do cuidar a pessoa, considerando-a como um todo integrado. Para esta teórica, o cuidar era considerado o mínimo para o qual estava destinada (Nightingale, 1860).

Cerca de cem anos depois, a descrição do conjunto de fatores que promovem a humanização dos cuidados, deve-se, em parte, à contribuição da sociologia americana (Deslandes, 2006). Entre as décadas de 1950-80, a humanização visava uma atitude de piedade por parte dos profissionais para com os doentes, que eram vistos como pessoas vulneráveis e dependentes. No ano de 1972, o simpósio *Humanizing Health Care*, decorrido em São Francisco (Estados Unidos da América [EUA]), foi considerado um agente impulsionador de fatores estratégicos para a humanização do cuidado, como a relação médico-doente; os programas de formação em saúde e trabalho; a comunicação; as relações hierárquicas e os fatores psicológicos e subjetivos (Freitas, Silva, Araújo & Ferreira, 2013; Macedo & Oliveira, 2008).

Atualmente, tem-se assistido a uma evolução do conceito *humanização*, tentando perceber a sua complexidade. A humanização no cuidar aplica-se a outras dimensões, muito para além da sua dimensão técnica e científica; sendo reconhecidos os direitos, a individualidade, a dignidade, a autonomia, e a subjetividade, sem esquecer o reconhecimento do profissional enquanto Ser humano (Almeida, Chaves & Brito, 2009).

O conceito *humanização*, tendo em conta o seu caráter subjetivo, complexo e multidimensional, pode assumir vários significados, em função de diferenças culturais e valores de cada indivíduo, pois o que é considerado humanizador para alguém, pode não ser para outra pessoa (Calegari, Massarollo & Santos, 2015; Martins *et al.*, 2015; Medeiros, Siqueira, Zamberlan, Cecagno; Nunes & Thurow, 2016; Mongiovi, Anjos, Soares & Lago-Falcão, 2014; Reis, Sena & Fernandes, 2016; Sanches, Gerhardt, Rêgo, Carreira, Pupulim & Radovanovic, 2016).

A Humanização considera-se como uma procura inesgotável de conforto físico, psíquico e espiritual da pessoa, da família e da equipa multidisciplinar, assumindo a sua importância durante o período de internamento (Bolela & Jericó, 2006).

A Humanização é entendida como a forma de uma pessoa se conseguir colocar no lugar do outro, entendida como a empatia pelo Ser humano, onde a pessoa tem uma visão do mundo através da lente da outra pessoa (Camponogara *et al.*, 2011; Calegari, Massarollo & Santos, 2015; Costa, Figueiredo & Schaurich, 2009; Evangelista, Domingos, Siqueira & Braga, 2016; Farias *et al.*, 2013; Reis, Sena & Fernandes, 2016). A Humanização também se define como o respeito pelas crenças e os valores da pessoa e a importância em conhecer o contexto em que esta se encontra inserida, valorizando a sua integralidade e singularidade, pois cada pessoa deve ser aceite como Ser único, com necessidades e expectativas particulares (Camponogara *et al.*, 2011; Calegari, Massarollo & Santos, 2015; Costa, Figueiredo & Schaurich, 2009; Evangelista *et al.*, 2016; Farias *et al.*, 2013; Matsuda, Silva & Tisolin, 2003; Reis, Sena & Fernandes, 2016).

Neste ponto de vista, tem-se verificado alguma dificuldade em encontrar uma definição de humanização, devido à constante construção, perceção, desconstrução e transformação do conceito. Embora vá sempre evoluindo, o conceito depende da cultura da Organização da Saúde e da sua estrutura física, da formação biomédica, das relações de trabalho, bem como da sua lógica de produção e da dimensão sociopolítica (Backes, Erdmann & Buscher, 2015; Farias *et al.*, 2013; Macedo & Oliveira, 2008; Martins *et al.*, 2015; Mongiovi *et al.*, 2014; Salicio & Gaiva, 2006; Sanches *et al.*, 2016; Silva *et al.*, 2012).

Humanizar consiste em distribuir de uma forma igualitária benefícios e dar atenção às necessidades básicas de subsistência, educação, segurança, justiça, acesso à liberdade de pensamento e expressão, de ideologia política e religiosa e o cuidado à saúde (Oliveira, Collet & Vieira, 2006). Trata-se de uma exigência ética ditada pelos valores fundamentais do Ser humano, que por se apresentar doente, nada perde da sua dignidade, liberdade e autonomia, estando preocupada com a melhoria de qualidade dos cuidados (Centro Hospitalar São João [HSJ], 2017).

Neste estudo adotaremos a perspetiva da definição de Gottlieb (2016) relativamente ao conceito de humanização, por estar relacionado com a democratização das relações; com a melhoria da relação terapêutica; com o reconhecimento dos direitos do doente (da sua subjetividade, valores, aspetos culturais), e das perceções dos envolvidos como sujeitos do processo terapêutico.

É essencial adquirir maior evidência científica acerca desta temática, nomeadamente em medicina intensiva por se destinar à prestação de cuidados especializados a pessoas em situação crítica, em ambientes dotados de alta tecnologia, onde o cuidado ainda se encontra muito direcionado para o modelo biomédico (Baggio, Pomatti, Bettinelli & Erdmann, 2011; Marques & Souza 2010).

## 1.2 - A HUMANIZAÇÃO CENTRADA NUM CUIDAR EM ENFERMAGEM BASEADO NAS *FORÇAS*

A humanização é parte integrante da qualidade dos cuidados de saúde. Podemos encontrar entre os princípios gerais da prestação de cuidados de saúde no SNS, orientações de “promoção da qualidade dos cuidados de saúde num contexto da humanização e de respeito pelos direitos dos utentes” dirigidas às diferentes unidades de saúde que o integram (Decreto de lei n° 18/2017 de 10 de fevereiro), na procura da excelência no exercício profissional.

Numa vertente mais global, a proposta de humanização dos serviços de saúde é importante para promoção de qualidade em saúde, bem como para melhores condições de trabalho para os profissionais. No Brasil, desde 2003, já se evidencia esta situação, a partir da implementação da *Política Nacional de Humanização* (PNH). A PNH estimula a comunicação entre gestores, profissionais de saúde e doentes para construir relações de poder e trabalho, apostando na inclusão de todos os intervenientes na gestão do cuidado. Humanizar compreende a inclusão das diferenças nos processos de gestão e de cuidado, com o interesse comum de conhecer melhor, ampliar e ser tema de debate (Matheus, 2014).

Em Portugal vai-se gradualmente conquistando e debatendo esta temática, nomeadamente através do *Programa do XXI Governo Constitucional para a Saúde* (MS, 2016). Sob o repto *reforçar o poder do cidadão no SNS, promovendo disponibilidade, acessibilidade, comodidade, celeridade e humanização dos serviços*, o Governo propõe-se a ouvir mais os cidadãos e organizar-se de acordo com as preferências destes, focando-se na qualidade do serviço e promovendo a humanização.

Observando as competências profissionais, a humanização pressupõe ir além da capacidade técnico-científica, compreendendo o desenvolvimento da competência nas relações interpessoais e tendo em conta o respeito para com o Ser humano, relativo à sua vida e ao reconhecimento da sua dignidade (Pereira, 2012). Apesar dos diferentes conceitos de humanização, o respeito pelo princípio da dignidade da pessoa humana é transversal a todos. Para que os profissionais de saúde sejam agentes de humanização necessitam de valores, crenças e atitudes individuais que se adequem à relação interpessoal com a pessoa e família em diferentes contextos.

Neste sentido, optamos por nos basear no SBC, desenvolvido por Laurie Gottlieb (2016), enquanto quadro de referência da Enfermagem, porque é uma abordagem que desafia os enfermeiros a “trabalharem com os doentes [...] e famílias, no sentido de tomarem as decisões sobre os cuidados de saúde que melhor respondem às suas necessidades e objetivos e atuem em favor dos seus melhores interesses” (Gottlieb, 2016, p. 1).

Para o SBC, o cuidar é centrado no doente/pessoa/família/relação, reconhecido como sensível às necessidades e preocupações da pessoa, enquanto Ser humano único. Cada pessoa/família tem a capacidade de assumir a responsabilidade sobre a sua saúde (movimento do *empowerment*) e, neste sentido, os cuidados centrados na pessoa, a promoção da saúde e o autocuidado, bem como a parceria colaborativa, têm sido propostos para corrigir as lacunas do sistema de saúde atual (Gottlieb, 2016). O SBC “ajuda a definir a identidade profissional dos enfermeiros pela forma como eles cuidam dos outros, como se veem a si mesmos, e como os outros os veem” (Gottlieb, 2016, p. 39).

O termo *forças* é um conceito subjetivo que engloba qualidades, competências e capacidades, que se desenvolvem ao longo da vida das pessoas, à medida que essa pessoa reside e interage com os diversos ambientes e experiências dos seus diferentes contextos aonde vive (Gottlieb, 2016, p.72). As *forças* permitem que a pessoa lide com as incertezas e contribuem para a capacidade de a pessoa recuperar e superar as adversidades (Gottlieb, 2016). Trabalhar com as *forças* permite que a pessoa tire o maior proveito da vida e o enfermeiro, numa parceria colaborativa, consiga ajudar as pessoas e a sua família, a lidarem com os seus problemas. As *forças* podem ser de natureza biológica (relacionadas com as características bioquímicas, genéticas, físicas e hormonais); de natureza intra e interpessoal (definem a personalidade de cada indivíduo) e de natureza social (provêm do ambiente da pessoa) (Gottlieb, 2016).

Os enfermeiros que optam por prestar cuidados tendo em conta a perspetiva das *forças*, revelam a expressão da sua própria humanidade e conseguem revelar algo acerca de si próprios (Gottlieb, 2016). Existem muitos fatores que podem influenciar a prestação de cuidados, como a experiência pessoal e profissional, o conhecimento técnico-científico e as políticas do serviço e da Organização. Todavia, o mais significativo, são as qualidades dos enfermeiros e os seus valores (o que é realmente importante para a pessoa), as suas crenças (lente através da qual se vê o mundo, considerada através da evidência científica, conhecimento pessoal e considerações éticas e morais) e as suas atitudes (julgamentos que abrangem a componente afetiva, comportamental e cognitiva) (Gottlieb, 2016).

Neste contexto, o SBC propõe quatro categorias *major* de *forças*, cada categoria de forças engloba qualidades específicas altamente interrelacionadas e interdependentes. Muitas das estratégias e técnicas que promovem uma qualidade em particular, ajudam, por conseguinte, ao desenvolvimento de outras. Assim podemos encontrar (Gottlieb, 2016, pp. 154, 155):

(i) *Forças* de mentalidade - qualidades que originam um conjunto de valores que afetam o comportamento.

(ii) *Forças* de conhecimento e saber - uso da informação e da experiência, desenvolvendo conhecimentos e aprendendo uma nova forma de saber, motivando a pesquisa de novas informações acerca da pessoa.

(iii) *Forças* de relação - qualidades necessárias para desenvolver e manter uma parceria colaborativa.

(iv) *Forças* de defesa - qualidades necessárias para se proteger e defender a si e ao outro.

A formação global do profissional de saúde para prestar cuidados de saúde mais humanizados reveste-se de enorme importância, sobretudo quando assistimos, atualmente, a uma orientação crescente para a introdução de alta tecnologia e a mais avançada, na prestação de cuidados. Esta mudança trouxe inestimáveis vantagens e facilidades, quer para o doente, quer para os profissionais e Organizações de Saúde, nomeadamente em medicina intensiva, na medida em que a tecnologia consegue disponibilizar informação dos doentes, que pode condicionar a prioridade das intervenções, em função dos critérios de gravidade conhecidos e observados. Esta monitorização intensiva e alta tecnologia, são consideradas uma mais valia aos cuidados de Enfermagem em SMI (Silva & Ferreira, 2013).

Contudo, as novas tecnologias exigem uma reflexão sobre a intervenção dos profissionais nos diferentes contextos e a clara perspetiva que estas não são um fim em si mesmo, mas uma forma de tornar os cuidados mais eficientes e seguros. O foco dos cuidados é a pessoa. Os pressupostos de Florence Nightingale continuam ainda hoje em vigor, (e.g.) a capacidade para melhorar e recuperar da doença e do trauma reside na pessoa. O papel do profissional é colocá-la nas melhores condições para promover a sua saúde e recuperação (Nightingale, 1860).

A este respeito, os meios ambientes altamente tecnológicos, como os contextos de medicina intensiva, são extremamente desafiantes e cativam a atenção e o interesse dos profissionais de saúde. Embora este seja um percurso profissional extremamente desafiador, exigente na formação contínua do profissional através de uma lente biomédica, para os profissionais que cuidam no âmbito da tecnologia avançada, é imperativo manterem sempre o seu foco na pessoa que cuida, sem se deixarem seduzir pelo encanto da sofisticação tecnológica.

### 1.3 – A RELEVÂNCIA DA HUMANIZAÇÃO E DAS *FORÇAS* NUM SERVIÇO DE MEDICINA INTENSIVA

A medicina intensiva é uma área diferenciada que abrange a prevenção, o diagnóstico e o tratamento de pessoas em condições fisiopatológicas que ameaçam ou apresentam falência de uma ou mais funções vitais, potencialmente reversíveis. Tem por objetivo primordial suportar e recuperar funções vitais, criando condições para tratar a doença subjacente, com o objetivo maior de proporcionar oportunidades para uma vida futura com qualidade (Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos [SPCI], 2016).

O ano de 1952 foi a rampa de lançamento para a construção dos primeiros SMI, com a epidemia de poliomielite em Copenhaga, devido à necessidade de suporte ventilatório artificial para esses doentes. Concomitantemente, com a II Guerra Mundial (1939-1945), a Guerra do Camboja (1967-1975) e do Vietname (1954-1975), surgiu, igualmente a necessidade de dar resposta aos feridos graves, que necessitavam de suporte ventilatório. Outro dos grandes contributos para o aparecimento e desenvolvimento dos SMI aconteceu há cerca de sessenta anos, quando se deu início aos primeiros sistemas de emergência pré-hospitalar, no Reino Unido, com o intuito de tratar rapidamente as vítimas de enfarte agudo do miocárdio (Paiva, Fernandes, Granja, Esteves, Ribeiro, Nóbrega, Vaz, & Coutinho, 2016).

Em Portugal, os primeiros SMI surgiram no fim da década de 1950. Atualmente são responsáveis por cerca de 13,4% do total dos custos hospitalares e cerca de 4,1% dos gastos em saúde. Existe cada vez mais, a necessidade de aumentar a capacidade de internamento nesta área, devido ao envelhecimento da população e expansão de doenças crónicas na comunidade, tal como hipertensão arterial e diabetes mellitus. Portugal, até 2012, era o país europeu com o menor rácio de cama em SMI para a população em geral. No entanto, nos últimos cinco anos, assistimos a um aumento de 4.2 para 6.4 camas por 100.000 habitantes, valores ainda abaixo da média europeia (11.5) e insuficientes para as atuais necessidades (Paiva *et al.*, 2016).

É no início da década de 1990 que a *Society of Critical Care Medicine*, para dar resposta à crescente preocupação da humanização dos cuidados em SMI, define *guidelines* para a implementação de programas de humanização, que visavam resgatar as relações entre os profissionais de saúde e o doente (Macedo & Oliveira, 2008). Nestes serviços de saúde, os ambientes são considerados hostis pelo doente e família. Predomina o modelo biomédico, pois são muitas as Organizações de Saúde onde o ambiente de medicina intensiva ainda assenta numa organização mecanicista e hierárquica (Medeiros *et al.*, 2016).

Os SMI são unidades que se diferenciam dos demais serviços hospitalares, associados a fatores stressantes, dotados de alta tecnologia, com situações iminentes de emergência e necessidade de competência e perícia extrema, para a preservação imediata da vida humana (Marques & Souza, 2010). Como tal, a atenção dos profissionais de saúde foca-se na tecnologia e procedimentos técnicos, percebendo-se que a humanização dos cuidados é um dos grandes desafios que se coloca a estes profissionais. (Urden, Stacy & Laugh, 2008).

Os cuidados de Enfermagem num SMI devem acompanhar a evolução tecnológica, pelo que é indispensável a atualização do enfermeiro, através de formações técnico – científicas contínuas, nomeadamente intra hospitalar (como formações em serviço) e extra hospitalar (participação em congressos científicos, Pós-Graduações, Mestrados e Cursos de Pós-Especialização), pesquisa em bases de dados científicas e partilha de informação entre a equipa multidisciplinar, para que a prestação de cuidados seja adequada às necessidades da pessoa em situação crítica e com minimização dos riscos, tendo como premissa a reorganização das práticas (Medeiros *et al.*, 2016; Melo, Teixeira, Oliveira, Almeida, Veras, Frota, & Studart, 2014).

Assume-se a importância da tecnologia para o bem-estar físico, mental e social aquando da prestação de cuidados de Enfermagem em medicina intensiva, fundamentado nas *forças* de mentalidade, de conhecimento, de relação e de defesa, visando à promoção da humanização dos cuidados da pessoa em situação crítica e família. Vale ressaltar que a tecnologia inerente em medicina intensiva pode repercutir-se em impessoalidade, no entanto deve ser utilizada tendo em conta a singularidade da pessoa, por ser concebida enquanto meio indispensável para a prestação de cuidados de saúde, tendo em conta as competências técnico-científicas do enfermeiro (Silva & Ferreira, 2013).

No entanto, há evidências que indicam falta de clareza quanto à ótica da segurança, relacionada com a tecnologia, particularmente quanto ao conhecimento sobre como e porque ocorrem determinados incidentes, mas há estudos que discutem a avaliação da tecnologia na saúde em termos de efetividade, utilidade, benefício e eficiência. Neste caso, os interesses concentram-se na tecnologia, tendo como desafio da integração dessa tecnologia, o benefício da humanização de cuidados (Novaes & Elias, 2013; Ribeiro, Silva & Ferreira, 2016).

A ciência produz o conhecimento, e a tecnologia ajuda a transformar esse conhecimento em saberes e competências, com o objetivo de minimizar os riscos e promoção de saúde da pessoa. Se a tecnologia não é apenas aplicação de conhecimento científico, os profissionais de saúde

devem-se preocupar com a inter-relação pessoal, articulando a intervenção técnica com competências sociais e relacionais (Deslandes, 2006).

O cuidado deve ser centrado na singularidade e integralidade da pessoa em situação crítica, havendo uma interligação e interdependência com as dimensões técnica, tecnológica, organizacional e humanizadora. É emergente considerar que o modelo biomédico já não é o mais indicado neste tipo de ambientes (Gottlieb, 2016; Medeiros *et al.*, 2016). A evidência aponta para a necessidade de se revalorizar o cuidar em termos holísticos, capaz de resgatar o Ser humano na sua totalidade, com o fim da valorização da subjetividade e integralidade do cuidado (Júnior, Nóbrega & Miranda, 2012). Existe a consciência da importância que a humanização tem nestes ambientes, por ser uma ferramenta indispensável na recuperação da pessoa em situação crítica (Baggio *et al.*, 2011; Farias *et al.*, 2013; Medeiros *et al.*, 2016; Melo *et al.*, 2014), o que implica alterações no contexto da prática, nomeadamente acerca da perspetiva dos enfermeiros quanto ao Ser humano enquanto Ser biológico, social e subjetivo.

Para contextualizarmos melhor as perspetivas dos enfermeiros é importante referir as competências do enfermeiro de cuidados gerais e do enfermeiro especialista, nomeadamente no âmbito da pessoa em situação crítica.

A OE (2012), no *Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros* [REPE], define três (3) domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais: i) a responsabilidade profissional, ética e legal; ii) a prestação e gestão dos cuidados; e iii) o desenvolvimento profissional. No domínio da “responsabilidade profissional, ética e legal”, o enfermeiro desenvolve uma prática profissional com responsabilidade e exerce a sua prática profissional de acordo com os quadros ético, deontológico e jurídico. No domínio da “prestação e gestão dos cuidados”, atua de acordo com os fundamentos da prestação e gestão de cuidados, contribui para a promoção da saúde, utiliza o Processo de Enfermagem, estabelece uma comunicação e relações interpessoais eficazes, promove um ambiente seguro e cuidados de saúde interprofissionais e, delega e supervisiona tarefas. No domínio do “desenvolvimento profissional”, contribui para a valorização profissional, contribui para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de Enfermagem e desenvolve processos de formação contínua (OE, 2012).

A Enfermagem encontra-se em constante desenvolvimento, pelo que é indispensável que se assumam uma série de competências diferenciadas capazes de dar resposta às mais diversas situações de alteração de saúde/doença. Torna-se fundamental dotar os enfermeiros com competências mais específicas para conseguirem prestar cuidados de qualidade às pessoas,



famílias e comunidades. Neste contexto, surgem os Colégios de Especialidade em Enfermagem, como forma de qualificar os enfermeiros de modo mais complexo e específico.

#### O enfermeiro especialista

possui um conhecimento aprofundado num domínio específico de Enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção (OE, 2010, p. 2).

No que diz respeito à pessoa em situação crítica, que é o cerne do nosso estudo de investigação, a OE (2011) considera três (3) domínios das competências do enfermeiro especialista em Enfermagem da pessoa em situação crítica: i) cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos da doença crítica e/ou falência orgânica; ii) dinamizar a resposta a situações de catástrofe ou de emergência multi-vítima, da concepção à ação; e iii) maximizar a intervenção na prevenção e no controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade de situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.

Atendendo à gravidade da situação da pessoa, são necessários os internamentos num SMI, por serem serviços especializados que se destinam a assegurar os cuidados de saúde a pessoas com disfunção orgânica grave:

Os cuidados de Enfermagem à pessoa em situação crítica são cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afectadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total. Estes cuidados de Enfermagem exigem observação, colheita e procura contínua, de forma sistémica e sistematizada de dados, com os objectivos de conhecer continuamente a situação da pessoa alvo de cuidados, de prever e detetar precocemente as complicações, de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil (OE, 2011, p. 8656).

Nesta ótica é importante que os enfermeiros destes ambientes integrem a tecnologia no cuidado, e dominem os princípios científicos que fundamentam a sua utilização, de forma a satisfazer as necessidades da pessoa em situação crítica e família. Espera-se que estes enfermeiros assumam um compromisso contínuo com a sua maturidade profissional, com formação avançada para a melhoria da qualidade dos cuidados.

Neste sentido, segundo o Regulamento nº124/2011 (p. 8656), são competências do enfermeiro especialista em Enfermagem da pessoa em situação crítica:

- i) prestar cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica;
- ii) gerir a administração de protocolos terapêuticos complexos;
- iii) gerir de forma diferenciada a dor e o bem-estar da pessoa em situação crítica e/ou

falência orgânica, otimizando as respostas;

- iv) assistir a pessoa nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica;
- v) gerir a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa/família face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde;
- vi) gerir o estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa/família em situação crítica e/ou falência orgânica.

Sendo assim, o enfermeiro especialista gere e presta cuidados de Enfermagem especializados, na sua área de especialidade, neste caso, na área da pessoa em situação crítica, possui competências científicas, técnicas e humanas específicas, aliando o domínio da tecnologia ao conhecimento técnico-científico (Backes, Erdmann & Buscher, 2015), pelo que se torna fundamental o seu reforço nas equipas multidisciplinares, nomeadamente no âmbito da medicina intensiva.

Deste modo, temos a convicção que para o enfermeiro que cuida da pessoa em situação crítica, é importante que desenvolva as suas *forças* para promover a humanização de cuidados, interferindo diretamente na eficácia, na qualidade e no custo dos cuidados prestados.



## 2 – ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

Segundo Fortin (2009), o percurso metodológico visa responder à pergunta de partida do investigador e dar resposta aos objetivos inicialmente traçados, para a problemática em estudo. A problemática por nós escolhida, justifica uma metodologia qualitativa, uma vez que pretendemos estudar as perspetivas dos enfermeiros num SMI, quanto à humanização dos cuidados de Enfermagem que prestam aos seus doentes internados.

Tendo em conta o desenho da investigação, esta metodologia permite-nos descrever com maior exatidão a realidade e o fenómeno em estudo. Streubert e Carpenter (2013) consideram que a metodologia qualitativa permite compreender e interpretar a experiência subjetiva num determinado contexto. Para Bogdan e Biklen (2013), a metodologia qualitativa distingue-se, fundamentalmente, pelo facto da atenção do investigador se centrar mais no processo e não tanto nos resultados; ser descritiva; o ambiente natural dos participantes ser a fonte de dados aonde o investigador assume um papel essencial; analisar os dados obtidos tendencialmente através do método indutivo e, por fim, a análise do seu significado ser fundamental.

Ao longo deste capítulo iremos contextualizar o nosso enquadramento metodológico, o tipo de estudo pelo qual optámos, a caracterização do contexto de estudo, os participantes que aceitaram o nosso convite para fazerem parte deste estudo, o instrumento de colheita de dados; as considerações éticas; a análise dos dados e as limitações do estudo.

### 2.1 – TIPO DE ESTUDO

Uma investigação deve surgir à partida pela necessidade de explicação de um determinado fenómeno, que cause de alguma maneira uma inquietude ao investigador (Fortin, 2003). A construção de uma questão de investigação, que vá de encontro a essa necessidade detetada assume relevância. Tendo em conta a questão de partida que formulámos: *Que perspetiva têm os enfermeiros de um Serviço de Medicina Intensiva sobre a humanização dos cuidados que prestam?*, desenvolvemos um estudo de abordagem qualitativa, visando a compreensão de um fenómeno, no meio natural dos participantes (Fortin, 2009).

Este é um estudo exploratório e descritivo, por retratar a realidade tal como ela é, e pretende-se identificar, descrever e interpretar (Fortin, 2009) a perspetiva dos enfermeiros quanto à humanização dos cuidados que prestam, no serviço onde exercem funções.

## 2.2 – CARATERIZAÇÃO DO CONTEXTO DE ESTUDO

O contexto de estudo relaciona-se com a colheita de dados no método qualitativo, sendo o local que é vivenciado pelos participantes da investigação, de forma a alterar o menos possível as condições em que a devida problemática sobrevém (Streubert & Carpenter, 2013).

A presente investigação foi desenvolvida no local onde a investigadora principal exerce a sua atividade profissional há cerca de doze (12) anos e donde surgiram as inquietudes que motivaram a pertinência deste estudo. Esta relação de proximidade facilitou o acesso ao campo de investigação e aos participantes de forma a promover uma maior colaboração e disponibilidade.

O estudo foi desenvolvido no SMI dum Centro Hospitalar, integrado na ARS Norte. O referido Centro Hospitalar é constituído por cinco (5) unidades hospitalares e está inserido numa área de 120.000 m<sup>2</sup>. Compreende um edifício hospitalar monobloco de nove (9) pisos com cerca de vinte e cinco (25) anos, e uma área conjunta total de 30.000m<sup>2</sup>, com oito (8) pavilhões. Atualmente acresce a estas construções o Centro Oncológico, com 3.714m<sup>2</sup>, um novo Serviço de Urgência Geral e Pediátrica, SMI e Unidade de Cuidados Intensivos Coronários, com 7.440m<sup>2</sup>. A sua área de influência direta abrange cerca de 300.000 habitantes e estende-se a outros distritos, servindo assim cerca de meio milhão de habitantes.

Esta Organização de Saúde tem em vigor uma estrutura de apoio, denominada “Serviço de Humanização”, que engloba a gestão de doentes, transportes e meios complementares de diagnóstico; serviço social, assistência espiritual e religiosa e voluntariado, mas que não tem ainda uma comissão organizada, com indicadores de qualidade definidos. No norte de Portugal a Organização de Saúde com mais afinco nesta temática é o HSJ, com um “Serviço de Humanização” que surgiu em 2008 e já conta com algumas atividades neste seguimento, como o “livro branco da humanização” e a “carta de humanização” (HSJ, 2017).

O SMI em estudo está situado no piso zero (0), dispõe de uma área de enfermaria *open space*, constituída por oito (8) camas mais uma (1) de isolamento por pressurização negativa, de nível III<sup>1</sup> (intensivas) e tem acopladas catorze (14) mais uma (1) de isolamento de nível II<sup>2</sup> (intermédias), sendo que apenas seis (6) estão ativas, por escassez de recursos humanos.

<sup>1</sup> As camas de nível III são destinadas a doentes com duas ou mais disfunções orgânicas, potencialmente ameaçadoras da vida (Paiva *et al.*, 2016).

<sup>2</sup> As camas de nível II são destinadas a pessoas que necessitam de monitorização e de suporte de apenas uma função orgânica, não necessitando de ventilação mecânica invasiva (MS, 2013).

As áreas de apoio são um (1) gabinete para o secretariado clínico, uma (1) sala de informação clínica, uma (1) sala de reuniões, uma (1) área de apoio aos profissionais, dois (2) vestiários para os profissionais, quatro (4) áreas de armazenamento de recursos materiais e equipamento, uma (1) sala de terapêutica, uma (1) sala de sujos e uma (1) sala de limpos, um (1) quarto médico, um (1) gabinete médico, o gabinete do Diretor de Serviço e o gabinete da Enfermeira – Chefe. Dispõe também de uma sala de espera para visitas. Para as visitas há dois horários em vigor no SMI, das 15h30-16h00 e das 18h30-19h00. Em cada horário, a família pode permanecer junto do doente durante quinze (15) minutos. Há autorização para entrada na enfermaria de duas (2) visitas por dia, porém em situações específicas podem ser ajustadas estas restrições.

Relativamente aos recursos humanos, a equipa médica é constituída por dez (10) médicos intensivistas e está pelo menos um (1) em permanência 24 horas por dia. A equipa de Enfermagem no momento da colheita de dados era constituída por trinte e cinco (35) elementos, incluindo a Enfermeira – Chefe. O rácio enfermeiro/doente, de acordo com a *Norma para o cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem* (OE, 2014), é de 1:2 doentes em camas de nível III e 1:3 doentes em camas de nível II. Do serviço ainda fazem parte dez (10) assistentes operacionais e uma (1) assistente administrativa.

### 2.3 – OS PARTICIPANTES DO ESTUDO

O compromisso que se estabelece com os participantes é uma das características da investigação de natureza qualitativa, sendo que a finalidade é dar uma visão da realidade mais importante para os participantes do que propriamente para os investigadores, pois há uma exploração da natureza intrínseca dos participantes, com respeito pela sua perceção (Streubert & Carpenter, 2013).

Os participantes foram selecionados por amostragem de conveniência. A população do estudo consistiu em todos os enfermeiros do SMI, nível III de um Centro Hospitalar da região norte de Portugal, que convidámos a participar no estudo e que se incluísem nos critérios de elegibilidade e não elegibilidade que definimos:

Critérios de elegibilidade:

- a) Enfermeiros com tempo de exercício profissional no SMI superior a um (1) ano;
- b) Enfermeiros de cuidados gerais e especialistas;
- c) Enfermeiros com cargos de gestão (como a Enfermeira - Chefe).

Critérios de não elegibilidade:

- a) Enfermeiros com tempo de exercício profissional no SMI inferior a um (1) ano.

Os participantes que aceitaram entrar neste estudo, fizeram-no de forma livre, voluntária e esclarecida. Expressaram a aceitação através do preenchimento de uma declaração de consentimento informado, previamente por nós elaborada e posteriormente validada pela Subcomissão de Ética para as Ciências da Vida e da Saúde (SECVS), da UM.

No início das entrevistas, os participantes foram informados que poderiam desistir do estudo a qualquer momento, sem que daí resultasse qualquer prejuízo para o próprio. Foi salvaguardada a sua identidade através de um código alfa numérico e garantida a cada participante, a destruição do material áudio, após a transcrição das entrevistas.

Do universo de enfermeiros a exercer funções no SMI, na Organização de Saúde que nos autorizou a realização do nosso estudo, dois (2) enfermeiros recusaram participar no estudo, dois (2) encontravam-se de baixa médica prolongada e seis (6) encontravam-se em exercício de funções no serviço há menos de um ano.

Para Bogdan e Biklen (2013), após a realização, transcrição e análise dos dados, atinge-se a saturação dos mesmos quando a aquisição de informação é redundante, num determinado ponto da colheita de dados. Consideramos ter atingido a redundância dos dados, no momento em que inquirimos os vinte (20) participantes. Deste modo, participaram no estudo vinte (20) enfermeiros que cumpriam os critérios de elegibilidade previamente definidos e que de livre vontade aceitaram preencher o consentimento informado.

## 2.4 – INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

O instrumento de colheita de dados pelo qual optámos, neste estudo de investigação, foi a entrevista. A entrevista é definida como um processo de interação social, na qual o entrevistador necessita obter informações pertinentes sobre um objeto de estudo (Bodgan & Biklen, 2013; Minayo, 2010).

A entrevista é uma das estratégias mais comumente utilizadas para a colheita de dados, permitindo aos participantes exporem as suas experiências face ao fenómeno em estudo. Para facilitar a partilha de informação é importante que o participante se sinta confortável e que confie no investigador, para que a informação flua melhor (Streubert & Carpenter, 2013).

Existem três tipos de entrevistas em função do grau de estruturação: as estruturadas, as semiestruturadas e as não estruturadas. No nosso caso, optámos por realizar uma entrevista

semiestruturada. As entrevistas semiestruturadas possibilitam a abordagem de todas as questões consideradas fundamentais para o investigador, baseada num guião orientador dinâmico (Bogdan & Biklen, 2013).

Para a otimização do instrumento de recolha de dados, é importante a aplicação de um pré-teste. “Esta etapa é de todo indispensável e permite corrigir e modificar a entrevista, resolver problemas imprevistos e verificar a redação e a ordem das questões” (Fortin, 2009, p. 253), bem como desenvolver competências como entrevistador. O pré-teste também permite evidenciar possíveis falhas na redação das questões, como: complexidade, imprecisão, incoerência, constrangimentos aos participantes e exaustão (Fortin, 2009).

O pré-teste poderá comprovar se este apresenta os elementos essenciais, como a fidedignidade (se são obtidos os mesmos resultados, independentemente da pessoa que o aplica); validade, (se os dados obtidos são todos necessários à pesquisa); e operatividade (se o vocabulário é acessível e claro para todos os participantes) (Marconi & Lakatos, 2003), com vista à sua apreciação para possível reformulação.

Após a elaboração do guião, este foi testado em junho de 2017, a dois enfermeiros que exerceram funções no SMI, com características semelhantes aos participantes do estudo. Após a aplicação do pré-teste, concluímos que o guião da entrevista estava adaptado, pelo que foi submetido à SECVS.

O guião da entrevista foi dividido em duas partes, a primeira constituída pela caracterização sociodemográfica do participante, com dezassete (17) questões e a segunda parte, constituída por três (3) questões abertas, dirigidas para a compreensão desta problemática (Anexo V):

*.Que significado tem para si a humanização dos cuidados de Enfermagem?*

*.Em seu entender quais são os fatores facilitadores e dificultadores de humanização dos cuidados de Enfermagem?*

*.Descreva uma experiência positiva e/ou negativa, que vivenciou neste serviço, relativamente à humanização dos cuidados de Enfermagem?*

As entrevistas decorreram durante os meses de junho e julho de 2017. Foram previamente agendadas com os participantes e realizadas numa sala do SMI, de acordo com a disponibilidade dos participantes. A duração média de cada entrevista foi de quinze (15) minutos, com um mínimo de dez (10) minutos e um máximo de trinta (30) minutos. As entrevistas foram gravadas em áudio com um aparelho eletrónico adequado, proporcionando o registo adequado da entrevista. Tivemos em consideração, aquando da transcrição, o registo



integral de todas as palavras utilizadas nos discursos. Após a finalização da transcrição, o áudio foi destruído, respeitando a proteção, confidencialidade e o anonimato dos dados dos participantes.

O guião da entrevista foi aprovado pela SECVS, da UM.

## 2.5 – CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Um estudo de investigação deve respeitar os princípios éticos subjacentes a um processo de investigação, independentemente do tipo de estudo a realizar (Fortin, 2009). A prática das disciplinas relacionadas com a saúde, nomeadamente a Enfermagem, enfrenta situações que exige que sejam tomadas decisões éticas e morais (Streubert & Carpenter, 2013), inerentes à investigação clínica com humanos.

As considerações de natureza ética e moral ao comprometer-se com um estudo de investigação implicam que haja responsabilidade pessoal e profissional. No entanto, apesar destas considerações, no âmbito da investigação qualitativa são consideradas mais frágeis (Streubert & Carpenter, 2013).

Este estudo teve o apoio institucional da ESE da UM (Anexo I), seguido pelos pareceres positivos do Presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar (Anexo II), onde o estudo decorreu e da SECVS da UM (Anexo III).

A todos os participantes foi solicitado o preenchimento do consentimento informado, o qual continha toda a informação necessária acerca do estudo de investigação, conforme a Lei n.º 67/98, de 26 de outubro e a *Declaração de Helsínquia* da Associação Médica Mundial (2008) (Anexo IV). Neste estudo a confidencialidade foi respeitada e todos os dados recolhidos foram para uso exclusivo deste estudo. As gravações áudio foram destruídas após a análise dos dados. Este estudo não adicionou qualquer custo, risco ou dano para os participantes, quer a nível pessoal, quer a nível profissional, na medida em que, a sua participação foi voluntária, livre e esclarecida. Também não foram fornecidas quaisquer compensações ou incentivos à investigadora antes, durante e após a realização deste estudo.

## 2.6 – ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados numa investigação de natureza qualitativa inicia-se aquando da colheita de dados, sendo importante que o investigador reveja constantemente os registos para descobrir os significados e ir esclarecendo o contexto na sua totalidade (Streubert & Carpenter, 2013).

Para Patton (2005) os métodos qualitativos são particularmente orientados para a exploração, descoberta e lógica indutiva. Segundo Landry (2003) a lógica indutiva permite-nos fazer inferências a partir das semelhanças de significado, do material reconhecido, nas unidades de análise, ou nos seus elementos constituintes. Segundo Bardin (2013) a inferência de conhecimentos é a principal finalidade da análise de conteúdo. Para Olabuénaga (2012) a análise de conteúdo não é outra coisa senão uma técnica para ler e interpretar o conteúdo dos documentos. Segundo Vala (2005) “é uma técnica de tratamento de informação” (p. 104) e pode ser aplicada a qualquer investigação.

A nossa opção por esta técnica deveu-se ao facto de termos optado por um instrumento de colheita de dados que contempla a entrevista semiestruturada. É inquestionável que as entrevistas semiestruturadas, produzem um volume de dados extremamente diversificado, dada a natureza, os valores e as crenças da pessoa entrevistada, perante a temática abordada.

[...] o momento de sistematização é pois um movimento constante, em várias direcções: das questões para a realidade, desta para a abordagem conceitual, da literatura para os dados, se repetindo e entrecruzando até que a análise atinja pontos de "desenho significativo de um quadro", multifacetado sim, mas passível de visões compreensíveis (Alves & Silva, 1992, p. 65).

A sistematização é, assim, um processo que no decorrer da nossa investigação, foi conduzido segundo regras consistentes, lógicas e de inferência. O autor por nós seguido, para a codificação dos dados, foi Vala (2005) e segundo este autor “a construção de um sistema categorial pode ser feita *a priori* ou *a posteriori*, ou ainda através da combinação destes dois processos” (Vala, 2005, p. 111). Existem algumas etapas para se realizar uma análise de conteúdo: a definição de objetivos e quadro referencial teórico, a elaboração de um *corpus* de análise, a definição de categorias e unidades de análise (unidade de registo, unidade de contexto e unidade de enumeração) (Vala, 2005).

Nesta investigação, a terminologia foi sustentada no referencial teórico e de acordo com a questão de partida e os objetivos definidos, depois de uma leitura pormenorizada das entrevistas que nos auxiliou na elaboração do *corpus* da análise foram definidas as categorias, subcategorias e unidades de registo. Estas unidades de registo consistiram em frases ou parágrafos comparáveis e que tinham o mesmo conteúdo semântico (Silva & Fossá, 2015).

Na escolha das unidades de registo e na formação das categorias tivemos em conta primeiramente os objetivos do nosso estudo, e em segundo lugar os princípios de *validade*, *pertinência e homogeneidade* (Moraes, 1999). O processo de categorização deve ser entendido na sua essência como um processo de redução dos dados e considerado “uma tarefa que

realizamos quotidianamente com vista a reduzir a complexidade do meio ambiente, estabilizá-lo, identificá-lo, ordená-lo ou atribuir-lhe sentido” (Vala, 2005, p. 110).

Desta forma foi possível construir a matriz de redução de dados, tendo em conta a exaustividade (cada unidade de registo possa ser colocada numa das categorias) e a exclusividade (uma mesma unidade de registo só possa encaixar numa categoria) (Vala, 2005).

Da análise resultante das diferentes operações sucessivas de redução dos dados, emergiram três (3) categorias principais: i) A humanização; significados, *forças* e valores presentes ii) A humanização; as *forças*, as práticas e os contextos de cuidados; e iii) Experiências e vivências pessoais num SMI; e as respetivas subcategorias, sendo que as mesmas são apresentadas na matriz de redução dos dados. A validade e a objetividade de interpretação, imposta a este tipo de estudos foram asseguradas por parte da orientadora, Professora Doutora Paula Encarnação e da coorientadora Professora Doutora Cláudia Oliveira.

O rigor no tratamento dos dados, de natureza indutiva, assegura-se pela credibilidade dos resultados, já que os participantes do estudo os validaram, ao assegurarem que são representativos das suas experiências. Segundo Olabuénaga (2012) este processo dá-se através da confiabilidade correspondente à objetividade, ou seja, à captação do mundo do mesmo modo que o faria outra pessoa, sem juízos de valor, ou, sem ser levado por interesses particulares, bem como pela transferibilidade dos resultados para situações e contextos semelhantes (Moraes, 1999; Savoie-Zajc, 2003; Streubert & Carpenter, 2013).

## 2.7 - LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Ao terminarmos este capítulo, não poderíamos deixar de fazer uma reflexão acerca das principais limitações do nosso estudo.

Consideramos que pelo facto deste estudo ter contemplado apenas um único cenário clínico, do qual resultaram dados específicos desse mesmo contexto, é uma limitação. O facto de ter apenas dois entrevistados no domínio da gestão também é uma limitação. Consideramos que a inclusão de mais e diferentes SMI poderiam suscitar diferentes perspetivas que permitissem uma maior compreensão da problemática em estudo, bem como a inclusão de mais enfermeiros na área da gestão dos cuidados.

Seguidamente, após termos apresentado os procedimentos metodológicos do presente estudo, bem como uma breve caracterização do contexto onde decorreu iremos apresentar, no capítulo seguinte, a análise e a discussão dos resultados.

### 3 – APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo apresentamos e discutimos os resultados do nosso estudo, iniciando pelos dados sociodemográficos dos participantes (Tabela 1), seguido das categorias e subcategorias emergentes (Tabela 2). Optamos por proceder a uma apresentação e discussão conjunta dos dados, por nos parecer que isso facilitaria a compreensão e leitura dos mesmos.

#### 3.1 - PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DOS PARTICIPANTES

Quanto ao perfil sociodemográfico dos participantes e, de acordo com a Tabela 1, dos vinte (20) enfermeiros que foram entrevistados, a grande maioria (80%) são do sexo feminino. Têm uma média de idade de 34.2 anos com um desvio-padrão (DP) de 6.44 (idade mínima de trinta (30) e máxima de sessenta e um (61) anos). De entre os participantes, encontramos dez (10) enfermeiros casados e dez (10) enfermeiros com um ou mais filhos.

Relativamente à formação avançada, 60% dos participantes frequentaram Pós-Graduações, Mestrados e Cursos de Especialidades em Enfermagem. São Especialistas em diferentes áreas cinco (5) enfermeiros - três (3) em Enfermagem Médico – Cirúrgica e dois (2) enfermeiros em Enfermagem de Reabilitação. Com Pós-Graduação encontramos seis (6) enfermeiros: dois (2) no âmbito da urgência/emergência, um (1) na área da Pessoa em Situação Crítica, dois (2) na vertente da Gestão em Serviços de Saúde e um (1) em Cuidados Paliativos. Com o grau de Mestre em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica encontramos quatro (4) enfermeiros. Simultaneamente, dois (2) dos participantes são enfermeiros da Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER). Atualmente, quatro (4) elementos do serviço encontram-se a frequentar a formação avançada (Mestrado em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica e Especialidade em Enfermagem de Reabilitação).

Relativamente ao exercício profissional têm uma média de 11.7 anos, com um DP= 6.72 (mínimo de sete (7) e máximo de trinta e nove (39) anos). No SMI em estudo, os participantes têm uma média de 7.3 anos de exercício profissional com um DP= 3.93 (mínimo de um (1) e máximo de dezasseis (16) anos).

Tabela 1 – Perfil sociodemográfico dos participantes do estudo

	N	(%)		N	(%)
<b>Género</b>			<b>Anos de Exercício Profissional</b>		
Masculino	4	20%	[7-10]	11	55%
Feminino	16	80%	[11-14]	8	40%
<b>Total</b>	20	100%	≥15	1	5%
			<b>Total</b>	20	100%
<b>Grupo Etário</b>			<b>Anos de Exercício no SMI</b>		
[30-35]	17	85%	[1-5]	7	35%
[36-40]	2	10%	[6-10]	7	35%
≥41	1	5%	[11-15]	5	25/
<b>Total</b>	20	100%	≥16	1	5%
			<b>Total</b>	20	100%
<b>Estado Civil</b>			<b>Formação Avançada em Enfermagem</b>		
Casado	10	50%	Sim	12	60%
Solteiro	10	50%	Não	8	40%
<b>Total</b>	20	100%	<b>Total</b>	20	100%
<b>Filhos</b>					
Sim	10	50%			
Não	10	50%			
<b>Total</b>	20	100%			

Todos os participantes que foram convidados a participar no estudo e que aceitaram, preencheram de livre vontade o consentimento informado.

### 3.2 - CATEGORIAS E SUBCATEGORIAS EMERGENTES

Os dados obtidos das narrativas de um conjunto de vinte (20) enfermeiros do SMI, de um hospital do norte do país, relativamente às perspetivas sobre a humanização dos cuidados de Enfermagem, permitiram descrever e analisar esta problemática, no âmbito da medicina intensiva, através do enquadramento teórico e filosófico do SBC (Gottlieb, 2016). As questões norteadoras da entrevista tiveram por base os temas mencionados na bibliografia que sustêm teoricamente este estudo.

Num primeiro momento, após a audição das entrevistas, no sentido de conseguirmos identificar as categorias, procedemos à transcrição das mesmas para suporte escrito. A linguagem utilizada pelos participantes foi respeitada na íntegra. Num segundo momento, as entrevistas foram lidas

por diversas vezes e, a partir daí, procedemos à análise dos dados de acordo com Streubert e Carpenter (2013). Atribuímos códigos a toda a informação contida nas mesmas, privilegiando as palavras dos entrevistados (códigos substantivos). Ao longo do processo de codificação, fomos comparando as categorias entre si, o que nos permitiu encontrar novas categorias, características e relações entre elas. Posteriormente, passámos à criação de grupos ou categorias de dados de acordo com a sua semelhança. A revisão da literatura e o nosso enquadramento conceptual permitiram-nos encontrar sustentabilidade para definir as categorias emergentes, tal como consta na Tabela 2.

Tabela 2 – Matriz de redução de dados

<b>Categorias</b>	<b>Subcategorias</b>
<b>A humanização; significados, forças e valores presentes</b>	Perspetivas/significados sobre o conceito
	Atitude de respeito, empatia e compaixão
	Atitude de curiosidade e autorreflexão
	Uma visão de Saúde segundo o SBC
	Reconhecimento da singularidade da pessoa
	Uma visão holística
	Desafios à humanização nos SMI
<b>A humanização; as forças, as práticas e os contextos de cuidados</b>	Autoconsciencialização
	Autoeficácia percebida
	A pessoa, a família, o enfermeiro e o ambiente estão integrados
	Parceria colaborativa entre o enfermeiro e a pessoa
	Realidade objetiva <i>vs</i> realidade subjetiva
	Aprendizagem como um processo ativo
<b>Experiências e vivências pessoais num SMI</b>	Experiências (com familiares, amigos, outros) relacionadas com atos de humanização
	Vivências pessoais que contribuíram para humanizar o cuidar na prática diária.

Durante a análise de conteúdo, foram identificadas três (3) categorias, i) A humanização; significados, *forças* e valores presentes ii) A humanização; as *forças*, as práticas e os contextos

de cuidados; iii) Experiências e vivências pessoais num SMI; com as respetivas subcategorias associadas.

A primeira categoria - *A humanização; significados, forças e valores presentes*; desoculta as diferentes conceptualizações de humanização por parte dos enfermeiros. Evidencia a reflexão dos enfermeiros acerca do sentido e significado sobre o conceito de humanização, da necessidade de *forças* e dos valores humanos subjacentes. As subcategorias encontradas foram agrupadas em sete (7) subcategorias: 1) Perspetivas/significados sobre o conceito; 2) Atitude de respeito, empatia e compaixão; 3) Atitude de curiosidade e autorreflexão; 4) Uma visão de Saúde segundo o SBC; 5) Reconhecimento da singularidade da pessoa; 6) Uma visão holística; 7) Desafios à humanização nos SMI. Ficou patente pelo discurso dos participantes que, aliado aos desafios para a humanização dos cuidados se encontra o domínio técnico e tecnológico deste tipo de serviços, onde se pode desvalorizar muitas condicionantes da humanização em prol de cuidados considerados mais emergentes decorrentes de várias situações clínicas agudas.

Além dos desafios inerentes à humanização dos cuidados em SMI, há outros fatores que podem perturbar ou promover a humanização dos cuidados, retratados na segunda categoria - *A humanização; as forças, as práticas e os contextos de cuidados*. Nesta categoria foram identificadas seis (6) subcategorias: 1) Autoconsciencialização; 2) Autoeficácia percebida; 3) A pessoa, a família, o enfermeiro e o ambiente estão integrados; 4) Parceria colaborativa entre o enfermeiro e a pessoa; 5) Realidade objetiva *vs* realidade subjetiva e 6) Aprendizagem como um processo ativo.

Relativamente à terceira e última categoria - *Experiências e vivências pessoais num SMI*, foi questionado aos enfermeiros se tinham estado alguma vez internados num SMI e, se a resposta fosse “sim”, como identificavam a humanização nos cuidados de Enfermagem que recebiam e qual o contributo dessa vivência para a sua prática profissional diária. Se a resposta fosse “não” era-lhes questionado se acompanharam algum familiar nessa situação e, da mesma forma que para a situação anterior, era-lhes pedido que narrassem os cuidados de Enfermagem aonde reconheciam a humanização. Deste modo, através do discurso dos participantes, foram construídas duas (2) subcategorias: 1) Experiências (com familiares, amigos, outros) relacionadas com atos de humanização e, 2) Vivências pessoais que contribuíram para humanizar o cuidar na prática diária.

A primeira categoria “A humanização; significados, *forças* e valores presentes”, com as respetivas unidades de registo, é descrita na Tabela 3.

Tabela 3 - Categoria: A humanização; significados, forças e valores presentes

Categoria: A humanização; significados, forças e valores presentes	
Subcategoria	Unidades de registo
Perspetivas/significados sobre o conceito	<p>E3 – (...) é um assunto muito pertinente (...)</p> <p>E4 – (...) tem em conta o melhor para o doente (...)</p> <p>E5 – (...) a humanização é um imperativo e cada vez mais se fala nisso (...) é da personalidade das pessoas. (...) a maior parte das pessoas, com quem trabalho, estão despertas para isso. (...) grupo de pessoas bastante resilientes, emocionalmente fortes no seu geral, e com bons princípios e valores.</p> <p>E6 – (...) tentas dar sempre o melhor de ti. (...) deve ser o ponto-chave na nossa conduta.</p> <p>E7 – (...) vai diferenciar o enfermeiro, da técnica, do tecnicismo. (...) A presença física do enfermeiro constante, também é humanização.</p> <p>E8 – (...) disponibilidade que temos para dar de nós à pessoa que -cuidamos. (...) é algo difícil de eu conseguir explicar. (...) mais relacionado com a parte sentimental (...)</p> <p>E9 – A humanização dos cuidados (...) é uma área muito importante (...) podia melhorar muito (...)</p> <p>E11 – (...) a humanização dos cuidados é essencial na nossa prática (...)</p> <p>E14 – (...) nos diferencia muito das outras profissões na área da saúde.</p> <p>E15 - Conceito muito abrangente e com muitas múltiplas variáveis. (...) por vezes acho que falha, porque nos centramos mais na patologia e na estabilidade do doente, do que (...) na essência do Ser humano.</p> <p>E18 - A humanização é uma palavra um bocadinho subjetiva.</p> <p>E20 - Humanização vem logo de humano e requer uma relação interpessoal, com o doente, mas também com a equipa multidisciplinar. (...). No âmbito de medicina intensiva é um fenómeno importante (...) é isso que fundamenta a nossa prática.</p>
Atitude de respeito, empatia e compaixão	<p>E5 – (...) cada vez mais têm que olhar o outro como uma pessoa. (...) ao trabalhar ao longo do tempo, apesar de querer humanizar os cuidados, uma pessoa tenta-se proteger emocionalmente. E acaba por criar uma barreira protetora. (...) as pessoas não conseguem ser totalmente frias!</p> <p>E6 - Encarar cada pessoa como uma pessoa. (...). Trabalhamos com seres individuais, temos que olhar para eles de forma diferente.</p> <p>E10 - Ver a pessoa como um Ser humano (...) é prestar cuidados individualizados.</p> <p>E11 – (...) temos de nos saber colocar no lugar do outro (...) nossa experiência profissional, para conseguirmos sair do lado de cá, para estar no lado de lá. (...) temos de ter uma barreira protetora para nós (...)</p> <p>E14 – (...) tentar-me colocar na situação daquela pessoa.</p> <p>E16 - Significa sermos empáticos (...) tratar os doentes não só como trabalho, mas também como seres humanos, (...) que têm família (...).</p> <p>E16 – (...) uma estratégia de defesa, que eu também aprendi a fazer, porque ia para casa sempre... lido aqui com situações muito mais trágicas.</p> <p>E18 – (...) empatia, mas isso cada um é que sabe. (...) estás ali nos cuidados, (...) acabas por estar a falar da tua vida também.</p> <p>E19 – Se nos colocássemos na posição do doente iríamos perceber que se calhar, por vezes não olhamos como deveríamos olhar para o doente.</p>
Atitude de curiosidade e autorreflexão	<p>E3 – (...) por vezes não é fácil gerir determinados sentimentos (...)</p> <p>E4 - (...) vai-se aprendendo ao longo dos anos (...)</p> <p>E9 – Uma pessoa vai aprendendo e vai ligando a coisas que não ligava (...)</p> <p>E13 – (...) a gente vai ganhando maturidade e noto que agora tenho mais sensibilidade, isso também requer os meus anos de experiência profissional (...)</p> <p>E18 – (...) maturidade, mais segurança da tua prestação, mais sabedoria (...) fazemos as coisas com muito mais segurança, (...) não faz sentido termos receio de sermos observados.</p>



Tabela 3 - Categoria: A humanização; significados, forças e valores presentes (continuação)

Categoria: A humanização; significados, forças e valores presentes	
Subcategoria	Unidades de registo
Atitude de curiosidade e autorreflexão	<p>E18 – (...) numa fase inicial da tua carreira profissional estás mais interessada em seres bom tecnicamente (...). O que acho que vem já da escola (...) quando a parte teórica e técnica já dominas, já te permites a passar mais tempo com o doente. A preocupares-te mais com ele (...)</p> <p>E20 – (...) é um serviço muito exigente, requer respostas imediatas ao doente, não podem haver falhas (...) estamos habituados a lidar com situações críticas (...) a responsabilidade que o enfermeiro tem neste serviço, (...) requer muito conhecimento (...) teórico.</p>
Uma visão de Saúde segundo o SBC	<p>E5 – (...) a visita é uma visita, que vem e vai embora, não fica. (...) poderia ficar mais tempo, poderia participar. (...) se ajudasse o familiar, se tivesse algumas noções acabava por ter ela própria, comportamentos na vida dela que iriam promover a saúde dela. (...) esta instituição do médico, senhor doutor e de descartar a responsabilidade total da cura do seu familiar para o hospital (...)</p> <p>E9 – (...) acredito que seja também no âmbito geral dos cuidados intensivos, descontextualizar a humanização (...) às vezes é desprezada. (...) é uma coisa que se podia investir, ia ter repercussões no doente, no encurtamento do tempo de internamento e na melhoria do seu estado (...)</p> <p>E11 – (...) virado para a prática, para a técnica, para as máquinas e nós muitas vezes esquecemo-nos do doente que está lá deitado (...) a desumanização dos cuidados, acaba por influenciar a situação clínica (...) são situações que temos de atuar para salvar (...) o querer salvar a vida, do suporte avançado (...)</p>
Reconhecimento da singularidade da pessoa	<p>E1 - (...) a gente tem que o tratar bem, temos que Ser humanos com ele. (...) pessoa que precisa de cuidados, não só físicos, mas também mentais.</p> <p>E4 - Estar aqui para o doente e para a família.</p> <p>E14 – (...) cuidados humanizados, não é só ao doente, mas também à família.</p> <p>E17 - (...) é importante a humanização dos cuidados, não só para nós, mas também para a família e para o doente.</p> <p>E18 – (...) ver o doente como uma pessoa inserida num contexto social (...)</p>
Uma visão holística	<p>E5 – (...) temos uma profissão social que pressupõe que cuidemos de pessoas num todo (...) somos pessoas, que cuidam de pessoas (...)</p> <p>E7 – (...) valorizar o doente como pessoa (...) olhar um doente como um todo.</p> <p>E9 – (...) a humanização foca-se no todo do doente, no tal cuidado holístico (...)</p> <p>E11 – Não pode ser só o doente, mas tudo o que envolve o doente.</p> <p>E13 – (...) ver o doente como um todo (...) ver uma pessoa que está ali.</p> <p>E15 - Perceber o doente em toda a sua dimensão, não só na perspetiva patológica, mas na perspetiva humana. (...) Tem de estar tudo interligado (...)</p> <p>E19 - (...) olhando o doente como um todo. (...) como sendo um Ser humano, como nós.</p>
Desafios à humanização nos SMI	<p>E3 – E acabamos (...) por descurar um bocado essa parte da humanização. (...) desvalorizar e nos preocupar com coisas mais práticas e mais técnicas (...)</p> <p>E5 – (...) a pessoa fica despersonalizada, tu olhas para o doente e não o vês como uma pessoa. (...) a medicina ocidental cresceu muito de costas voltadas para a pessoa. (...) deu as mãos à ciência e esqueceu-se da pessoa. (...)</p> <p>E6 – (...) não trabalhamos com máquinas.</p> <p>E7 – (...) o principal é adaptar o doente à máquina e não a máquina ao doente.</p> <p>E7 – (...) barulho, há luzes permanentes (...) há alarmes. (...) monitores, ventiladores, máquinas de alimentação, (...) que podem perturbar indiretamente a humanização.</p> <p>E10 - (...) minimizar aqueles alarmes todos (...)</p>

Tabela 3 - Categoria: A humanização; significados, *forças* e valores presentes (continuação)

Categoria: A humanização; significados, <i>forças</i> e valores presentes	
Subcategoria	Unidades de registo
Desafios à humanização nos SMI	<p><i>E11 – (...) virado para a prática, para a técnica, para as máquinas e nós muitas vezes esquecemo-nos do doente que está lá deitado (...)</i></p> <p><i>E13 - Tens que te concentrar mais noutros aspetos e esqueceste da vertente da pessoa (...) tentas ser mais tecnicista e pensar mais sobre os teus atos, (...) não tanto no doente.</i></p> <p><i>E14 – (...) estar formatada para isto e trabalhar muitos anos aqui e deixar de ter contato com doentes acordados. (...) o doente estar sedado, (...) não interagir contigo, muitas vezes estás mais desperta para as máquinas do que para o doente (...)</i></p> <p><i>E15 – (...), por mais tecnicistas que não queiramos ser, temos que o ser, porque o indivíduo, a vida dele está nas nossas mãos. (...) estamos mais preocupados com a monitorização, com os registos (...) O ruído (...), o delirium, para os quais estamos despertos, mas fazemos pouco.</i></p> <p><i>E16 – (...) há uma cultura de subhumanização (...) há pessoas que valorizam muito a parte técnica, já trabalham há muitos anos em intensivos, é tudo mais mecanizado (...) lidamos com tantas máquinas, às vezes desapegamo-nos um bocadinho do doente (...)</i></p> <p><i>E17 - os ruídos, as luzes acesas, (...) não haver o dia e a noite (...)</i></p> <p><i>E18 – (...) não prestarem cuidados puramente tecnicistas, que nós acabamos por fazer atividades rotineiras e procedimentos técnicos (...)</i></p> <p><i>E19 – (...) nós olhamos mais para a doença em si e não olhamos tanto para o doente como uma pessoa. Nós queremos é tratar a doença e muitas vezes, até tratamos o doente como uma doença e não como um Ser humano.</i></p> <p><i>E20 - (...) ficamos mais tecnicistas, mais frios (...) a trabalharmos de uma maneira, mecânica, (...) faz com que quando levantamos a sedação (...) o doente vai comunicar (...) noto que ficamos menos recetivos (...)</i></p>

### *Discussão dos resultados*

- **Perspetivas/significados sobre o conceito**

Através da análise de conteúdo das entrevistas (Bardin, 2013; Olabuénaga, 2012; Streubert & Carpenter, 2013; Vala, 2005), compreende-se que a perspetiva acerca do conceito de humanização por parte dos enfermeiros é de difícil definição. O conceito de humanização é multidimensional e polissémico (Calegari, Massarollo & Santos, 2015; Martins *et al.*, 2015; Medeiros *et al.*, 2016; Mongiovi *et al.*, 2014; Reis, Sena & Fernandes, 2016; Sanches *et al.*, 2016), o que corrobora a dificuldade dos participantes em defini-lo, no entanto, a maioria destes enfermeiros assume a importância e a pertinência de se humanizar a prática dos cuidados. Quatro (4) participantes (E6; E11; E14; E20) mencionam que a humanização dos cuidados é o que define a Enfermagem e que na prática este aspeto diferencia-a de outras profissões da área da Saúde, sendo considerado o ponto-chave da nossa conduta.

Alguns participantes demonstraram-se constrangidos em abordar esta temática, por ser uma temática subjetiva, o que vai de encontro à literatura (Calegari, Massarollo & Santos, 2015;

Martins *et al.*, 2015; Medeiros *et al.*, 2016). Há dificuldade em definir o seu conceito, pelos seus contornos teóricos e práticos, bem como a sua aplicabilidade ainda não ser consensual, ou seja, aquilo que é humanizador para umas pessoas, pode não ter o mesmo significado para outras (Mongiovi *et al.*, 2014; Reis, Sena & Fernandes, 2016; Sanches *et al.*, 2016). Evidencia-se a necessidade de uma reflexão sobre este conceito e as suas idiossincrasias num contexto de SMI. Esta reflexão decorre de uma intervenção de cariz mais humanitário, que sensibiliza o cuidado presente na prática, ensino, teoria e investigação (Sanches *et al.*, 2016).

- **Atitude de respeito, empatia e compaixão**

Relativamente à atitude de respeito, empatia e compaixão estas inserem-se nas *Forças de Relação* (Gottlieb, 2016) e são consideradas, por esta autora, qualidades necessárias que permitem desenvolver e manter uma parceria colaborativa. Alguns participantes, no âmbito dos significados sobre a humanização, referem que a empatia é essencial para que se promova uma adequada humanização dos cuidados de enfermagem (E11; E14; E16; E18; E19). A empatia é o *core* do cuidar (Watson, 2002; Gottlieb, 2016). Todos os profissionais de saúde devem desenvolver esta capacidade; é relacional e é um elemento essencial da compaixão e do respeito para com o outro. Requer que o enfermeiro se descentre de si próprio, tentando idealizar como tudo deve ser para o outro, adotando a sua visão. No entanto, há participantes que assumem que, na prestação de cuidados, nem sempre conseguem manter uma relação de respeito, empatia e compaixão, tendo dificuldade em ver a pessoa enquanto Ser humano (E5; E18; E19). As pessoas podem tornar-se frias e distantes, pelo que é importante desenvolverem a gestão de emoções e o equilíbrio entre proteger a pessoa e ser transparente e verdadeiro (Gottlieb, 2016), adotando um mecanismo de defesa de forma a conseguirem lidar com as situações críticas que vivenciam diariamente (E5; E11; E16).

Vários autores (Camponogara *et al.*, 2011; Calegari, Massarollo & Santos, 2015; Costa, Figueiredo & Schaurich, 2009; Evangelista *et al.*, 2016; Farias *et al.*, 2013; Gottlieb, 2016; Júnior, Nóbrega & Miranda, 2012; Mongiovi *et al.*, 2014; Reis, Sena & Fernandes, 2016; Silva & Ferreira, 2013) assumem que a empatia, a compaixão e a bondade são considerados elementos fundamentais para a humanização dos cuidados, reforçando que os enfermeiros devem interpretar e compreender as vivências da pessoa com quem se relacionam. É fundamental que haja uma partilha de experiências, bem como um envolvimento consciente, de forma a existir uma complementaridade e não uma absorção da realidade do outro (Pinho & Santos, 2008).

Quanto à compaixão e à bondade permitem que haja o reconhecimento da pessoa na sua

singularidade, olhando-a como um Ser humano, tal como referem alguns participantes (E5; E6; E10). A compaixão e a bondade estão interligadas com a empatia e a ajuda (Gottlieb, 2016).

A Enfermagem devia-se concentrar nas respostas aos problemas da pessoa, da família e da comunidade, relativamente a questões de saúde/doença, mas muitas vezes estão focados unicamente nos défices, cegos pela patologia e pela disfunção orgânica, reduzindo a pessoa às suas partes, em vez de verem a integralidade e singularidade da pessoa (Gottlieb, 2016; Medeiros *et al.*, 2016). A compaixão é caracterizada pela forma como o enfermeiro vê a pessoa, como um Ser humano único e não como um objeto (Gottlieb, 2016). A despersonalização de uma pessoa em situação crítica e a sua redução a uma parte do corpo, tornou-se numa forma de defesa pessoal (E5; E11; E16) mas deve-se valorizar as vertentes emocionais, psicológicas e afetivas, envolvendo o seu contexto familiar e social (Gottlieb, 2016; Medeiros *et al.*, 2016). Cada Ser humano tem as suas qualidades e espírito próprio que definem a sua própria personalidade, tem o seu papel definido na sua família e comunidade e tem as suas próprias experiências de vida; cada pessoa é insubstituível (Gottlieb, 2016).

- **Atitude de curiosidade e autorreflexão**

A atitude de curiosidade e autorreflexão são indispensáveis para que o enfermeiro fique mais envolvido com a pessoa e a sua situação, e se adapte a diferentes contextos, dando sentido à prática e reconhecendo as suas próprias limitações (Gottlieb, 2016). Estas atitudes incluem-se nas *Forças de Conhecimento e Saber* caracterizadas pelo uso da informação e da experiência, para o desenvolvimento de conhecimentos, de forma a motivar a pesquisa de novas informações acerca da pessoa (Gottlieb, 2016).

Em medicina intensiva, para que se possa almejar obter cuidados de excelência, as questões de investigação e a evidência daí resultante deve abordar de uma forma equilibrada e complementar a melhoria técnica e tecnológica, a par da humanização dos cuidados (Martins *et al.*, 2015).

Na ótica dos participantes (E3; E4; E9; E13; E18; E20), estes assumem que pela sua maturidade pessoal e profissional, aliado ao elevado índice de conhecimento técnico-científico e à responsabilidade subjacente, começaram a prestar cuidados com mais segurança e gerir melhor as emoções. De um modo geral, à medida que os profissionais vão progredindo ao longo do seu percurso profissional, vão tendo noção das suas próprias limitações, cresce a sua curiosidade para a atualização do conhecimento técnico-científico, melhoram as relações no sentido da humanização, com motivação intrínseca para novas aprendizagens (E4; E9; E18;

E20), de forma a direcionar ações futuras e desenvolver a sua capacidade de autorreflexão (E9; E13; E18).

- **Uma visão de Saúde segundo o SBC**

Segundo Gottlieb (2016), a saúde é considerada um valor que emerge de um reflexo de desenvolvimento, ao longo do ciclo vital, e que desencadeia o aperfeiçoamento de *forças*, que a pessoa utiliza para se adaptar aos múltiplos ambientes, conseguindo transformar os seus défices em *forças*. A saúde e a cura consistem num todo integrado, assumindo a importância do envolvimento da pessoa na sua própria cura.

Três (3) participantes (E5; E9; E11) referiram que apesar de a humanização dos cuidados ser uma área importante da medicina intensiva, parece que tende a ser desvalorizada, mas que poderá ter repercussões na situação clínica da pessoa. Essas repercussões, como a diminuição do tempo de internamento e a recuperação da pessoa, vão ao encontro da evidência científica em diferentes estudos de investigação (Baggio *et al.*, 2011; Farias *et al.*, 2013; Gottlieb, 2016; Medeiros *et al.*, 2016; Melo *et al.*, 2014). Reconhecem-se os benefícios da humanização dos cuidados, tal como a redução do tempo de internamento, na medida em que a pessoa internada sente-se estimulada a participar e a lutar pela sua recuperação e, por conseguinte, obtém ganhos em saúde (Farias *et al.*, 2013; Gottlieb, 2016).

- **Reconhecimento da singularidade da pessoa**

A singularidade de uma pessoa assume-se como sendo o valor humano que define que não existem duas pessoas iguais: cada uma tem uma personalidade e espírito próprios, apesar de no SNS existir uma tendência para tratar as pessoas de igual modo (Gottlieb, 2016). É basilar o respeito pelas crenças e os valores da pessoa e a importância em conhecer o contexto em que esta se encontra inserida, valorizando a sua integralidade, pois cada pessoa deve ser aceite como ser único, com necessidades e expectativas particulares (Camponogara *et al.*, 2011; Calegari, Massarollo & Santos, 2015; Costa, Figueiredo & Schaurich, 2009; Evangelista *et al.*, 2016; Farias *et al.*, 2013; Matsuda, Silva & Tisolín, 2003; Reis, Sena & Fernandes, 2016).

Cada pessoa tem as suas experiências e transições que afetam o seu ciclo de vida e a singularidade é expressão da interrelação entre várias características e contextos, como a sua família. A doença é considerada uma situação que engloba toda a família (E5), na medida em que “a doença da pessoa pode afetar as reações dos outros para com ela, o que por seu turno,

afeta a forma como a pessoa lida com a sua própria doença” (Gottlieb, 2016, p. 82). Os discursos dos participantes vão de encontro a esta noção, na medida em que consideram que é fundamental a prestação de cuidados ao doente e à sua família, para promover a recuperação da pessoa (E4; E14; E17; E18).

- **Uma visão holística**

São sete (7) os participantes que têm consciência que cada pessoa tem qualidades especiais e únicas e que é indispensável uma abordagem holística para a humanização dos cuidados (E5; E7; E9; E11; E13; E15; E19). A visão holística da Enfermagem “é uma visão do mundo, na qual a pessoa é vista como um todo e na qual se acredita não existirem barreiras entre o corpo e a mente” (Gottlieb, 2016, p. 83). Requer a interligação de variados fatores que afetam o bem-estar da pessoa em situação crítica, sendo importante uma base sólida de conhecimento técnico-científico. A Enfermagem de SMI, não pode só responder com questões técnicas, tem de conhecer a situação da pessoa, no sentido de individualizar e humanizar os cuidados, vendo-a como num todo integrado (Evangelista *et al.*, 2016; Júnior, Nóbrega & Miranda, 2012; Urden, Stacy & Laugh, 2008).

- **Desafios à humanização nos SMI**

O ambiente de medicina intensiva pode ser aterrador, pelos equipamentos tecnológicos, pelas situações críticas; pelo aparato de fios; tubos; terapêutica em perfusão contínua; ruídos; alarmes; perda de privacidade, privação do sono e o pouco contato com a família. Neste sentido, percebe-se que são vários os desafios à humanização num SMI. No entanto, há quem assuma que é um ambiente seguro, por ter todos os dispositivos disponíveis essenciais para situações emergentes, com profissionais de perícia extrema (Backes, Erdmann & Buscher, 2015; Silva *et al.*, 2012; Silva & Ferreira, 2013; Urden, Stacy & Laugh, 2008).

Tal como referem alguns participantes (E3; E7; E10; E11; E13; E14; E15; E16; E18; E19), muitas vezes há o predomínio da vertente técnica e tecnológica, em detrimento da pessoa enquanto Ser humano. Estes participantes consideram a alta tecnologia fundamental para a recuperação da saúde. Verifica-se a dificuldade de interação entre o enfermeiro e a pessoa em situação crítica, pela cultura de desumanização existente. A prioridade são as situações mais emergentes, olhando-se mais para a doença do que para o Ser humano de forma integral (E5; E11; E13; E14; E16; E18; E19).

Atualmente vive-se numa cultura fascinada pelo domínio tecnológico, com uma dependência extrema do mesmo e muitas pessoas acreditam que a tecnologia pode resolver situações de alguma maneira impossíveis, conseguindo curar o que nos atormenta (Gottlieb, 2016). Em muitas situações, os enfermeiros estão a cuidar da máquina, em vez de observarem e interagirem com a pessoa que está a necessitar dessa máquina, “o cuidar direto do doente foi substituído pelo cuidar do doente, via máquina” (Gottlieb, 2016, p. 12).

O desenvolvimento tecnológico apesar de proporcionar qualidade à prestação de cuidados, não se pode sobrepor à sua humanização. Embora haja preocupação tecnicista aliada a uma monitorização intensiva, para que não haja erros na interpretação dos dados monitorizados, o enfermeiro necessita de interagir com os equipamentos e adequar o cuidado objetivo à situação clínica. Este facto pode levar à interpretação errónea da despersonalização dos cuidados e sobrevalorização da tecnologia. Pode-se assumir que o cuidado com os equipamentos, pode contribuir para promover a humanização dos cuidados, preservando a dignidade humana (Silva & Ferreira, 2013). No entanto, à medida que foram surgindo os SMI e os cuidados de saúde começaram a tornar-se mais especializados e mais orientados para a vertente tecnológica, uma nova era do tratamento de situações críticas surgiu, obtendo-se e melhorando a qualidade de vida das pessoas (Gottlieb, 2016).

Segundo os participantes, além do domínio tecnológico, da vertente tecnicista e da preocupação em salvar a vida da pessoa, existem diversas condicionantes que podem afetar a humanização dos cuidados, e que para tal é importante o desenvolvimento de determinadas *forças*, o tipo de práticas de cuidados, assim como os contextos aonde eles se prestam (Tabela 4).

Tabela 4 - Categoria: A humanização; as *forças*, as práticas e os contextos de cuidados

Categoria: A humanização; as <i>forças</i> , as práticas e os contextos de cuidados	
Subcategoria	Unidades de registo
Autoconsciencialização	<p><i>E4 – (...) turnos seguidos (...) podem levar à exaustão. (...) a chefia, devia ouvir mais o pessoal de Enfermagem (...) precisamos de todos e temos que nos ajudar. (...) em termos médicos ajudarmo-nos (...) se o doente precisar tenho cá a equipa para me auxiliar.</i></p> <p><i>E5 – (...) entrar em burnout e acabar por ter bastante dificuldade em cuidar de si, quanto mais cuidar de outra pessoa a nível emocional. (...) carga horária e de trabalho muito grandes (...) mais pessoas a trabalhar para terem mais disponibilidade (...)</i></p> <p><i>E6 – (...) se uma pessoa não anda bem em termos pessoais, em termos familiares (...), vai ter impacto na maneira como vais olhar o outro.</i></p>

Tabela 4 - Categoria: A humanização; as *forças*, as práticas e os contextos de cuidados (continuação)

Categoria: A humanização; as <i>forças</i> , as práticas e os contextos de cuidados	
Subcategoria	Unidades de registo
Autoconsciencialização	<p><i>E8 – (...) influenciado pelo como é que nós estamos no momento (...) o meu estado de espírito (...) se não estou bem, não posso cuidar das outras pessoas tão bem (...) nisto da humanização a minha vida familiar e o eu, relaciona-se (...) Estar distante do meu núcleo familiar (...) dias que são importantes para mim, poderia negociar o horário (...) eu vinha trabalhar com outra motivação.</i></p> <p><i>E9 – (...) se uma pessoa não estiver bem com ele próprio, (...) não vai ter (...) sensibilidade para estar junto do doente (...) a carga horária e o stress no trabalho (...) há falta de tempo, o cansaço psicológico e físico (...) falta de autonomia, de tomar algumas atitudes e estarmos dependente dos outros para que aconteça (...)</i></p> <p><i>E10 - (...) se numa noite, não estiver tão cansada, vou falar com o doente de uma forma diferente do que quando estou exausta. (...) poucos recursos humanos, o cansaço dos turnos acumulados e do trabalho em si (...) há muita pressão por parte da chefia e dessa forma é impossível conseguires ter humanização.</i></p> <p><i>E11 – (...) se nos ajudarmos uns aos outros acaba até por sobrar algum tempo, para podermos prestar cuidados melhores (...)</i></p> <p><i>E12 – (...) equipa está cansada (...) horário que muda mensalmente, não sabes quando é que podes tirar férias (...) não sermos reconhecidos como licenciados, não termos as horas de qualidade (...) Não vais conseguir humanizar, nem sequer estás bem contigo própria, quanto mais com os outros!</i></p> <p><i>E14 – (...) roulement, (...) se andar mais cansada, não estou tão sensível (...) e acabo por não prestar cuidados tão bons. (...) Fazer muitas noites, (...) na noite não estou tão desperta, nem tenho tanta atenção aos cuidados que o doente merece (...)</i></p> <p><i>E17 – (...) há turnos em que não temos tanto tempo para falar com o doente.</i></p> <p><i>E18 – (...) a tua predisposição de casa, se dormes pior, (...) o teu grau de paciência, está afetado (...) se o doente tiver pessoas a cuidar dele (...) com espírito positivo que as coisas irão correr bem, acho que é influenciador. (...) por parte da chefe, (...) intrinsecamente, também me suscita mais tensão, (...) se ela não estiver presente, disponibilizo mais tempo nesse contato com o doente.</i></p>
Autoeficácia percebida	<p><i>E3 – (...) há determinadas situações na equipa que acabam por interferir negativamente (...) em termos de hierarquia. (...)</i></p> <p><i>E5 – (...) tornamo-nos uma família, passamos muito tempo aqui e criam-se laços e isso favorece a prestação de cuidados. (...) As pessoas inter-ajudam-se, não há um sentimento competitivo.</i></p> <p><i>E7 - somos uma equipa e pequeninos gestos (...) não custam nada e valem muito.</i></p> <p><i>E8 – (...) se for um ambiente de stress, a equipa não está bem coordenada (...) Trabalhando mais em equipa (...) iria existir mais humanização de cuidados. (...) e isso também vai influenciar a minha motivação (...).</i></p> <p><i>E9 – (...) coordenação entre a equipa médica, a equipa de Enfermagem e a maneira como abordam um doente (...) só uma pessoa não consegue mudar este conceito.</i></p> <p><i>E10 – (...) se tivermos a trabalhar com pessoas que promovem um bom ambiente e que nos deixam à vontade (...), vamos ter uma atitude (...) diferente.</i></p>
A pessoa, a família, o enfermeiro e o ambiente estão integrados	<p><i>E1 – (...) a humanização do doente é a humanização da família.</i></p> <p><i>E2 - A humanização dos cuidados de Enfermagem (...) é muito com o familiar (...) sentem-se desamparados (...) sermos mais próximos dos familiares (...) para a família que está lá fora é muito complicado não ter notícia do seu parente (...) Conseguir acalmar a família (...)</i></p>



Tabela 4 - Categoria: A humanização; as forças, as práticas e os contextos de cuidados (continuação)

Categoria: A humanização; as forças, as práticas e os contextos de cuidados	
Subcategoria	Unidades de registo
<p><b>A pessoa, a família, o enfermeiro e o ambiente estão integrados</b></p>	<p><i>E5 – (...) os horários de visitas são muito reduzidos (...) flexibilizar quando é possível (...) como estão todos juntos, também não podem ter muitas visitas. (...) a própria estrutura dos serviços também (...) não permite uma pessoa, lado a lado (...) a olhar para o familiar, que está em coma induzido (...) não sabem o que fazer! (...) nem todas as pessoas vão ter capacidade para acompanhar o seu familiar (...)</i></p> <p><i>E10 – (...) é importante para a evolução favorável, porque a maior parte dos doentes precisa daquele apoio (...) há situações em que a família só vai agitar mais o doente (...)</i></p> <p><i>E11 – (...) devíamos ter um relacionamento mais próximo com a família (...)</i></p> <p><i>E12 – (...) a família deveria passar mais tempo (...) o horário da visita deveria ser alargado.</i></p> <p><i>E13 – (...) estar ao pé da família e explicar as diversas situações (...) parte de cada um de nós, da sensibilidade (...) uma pessoa entra aqui (...) e desamparam (...) este aparato todo é muito violento.</i></p> <p><i>E15 - Não sou defensora da porta aberta (...) mas que tenhamos a capacidade de abrir as portas sempre que é necessário (...)</i></p> <p><i>E17 – (...) temos um papel importante. (...) as famílias deviam ser mais apoiadas (...) tentar que ficassem mais (...) tranquilizá-los.</i></p> <p><i>E18 – Temos obrigação de tornar esta fase, (...) o mais humana e temos que englobar a família. O doente (...) precisa da família. (...) deveria ser sempre toda a tarde (...)</i></p>
<p><b>Parceria colaborativa entre enfermeiro e a pessoa</b></p>	<p><i>E2 – (...) tentar minimizar todas essas preocupações (...) que quando vêm para os cuidados intensivos tanto as famílias como os doentes acabam por ter. (...) os que vêm conscientes (...) tentar perceber o que eles realmente querem. (...) já não estamos tão disponíveis a ser tão tolerantes (...)</i></p> <p><i>E5 – (...) não lhe é permitido sequer ter um amuleto (...) é importante a espiritualidade das pessoas! (...) ter mais cuidado com a vontade do doente, com a vontade da família (...)</i></p> <p><i>E11 - (...) esquecemo-nos do toque, de comunicar (...) tentar perceber o que é que ele está a sentir (...) um doente que tem dificuldade em ouvir, tentar que tenha os dispositivos que utiliza em casa. Não consegue ver, tentar que tenha uns óculos. (...) um doente isolado, fica um familiar a três metros de distância e isso não faz sentido!</i></p> <p><i>E12 – (...) o ter tempo de, é um grande fator de humanização de cuidados. (...) nós zelamos melhor por um sono que é fundamental no ciclo circadiano (...)</i></p> <p><i>E13 – (...) saber os antecedentes da pessoa, (...) chamar o nome da pessoa, para ela quando acordar sentir que nós conhecemo-la e que estamos ali a tratar dela (...) respeitar a privacidade, a intimidade (...) quando não estão confusos, desorientados e estão mais acordados (...) ganha mais vínculos connosco (...) quando estão sedados, (...) a gente tem de procurar, não desligar-se (...)</i></p> <p><i>E14 – (...) ter tempo! Se eu não tiver tempo limito-me a prestar cuidados (...) aquilo (...) que é prioridade! (...) respeito pela privacidade, ser cuidadosa, ter tempo para falar (...)</i></p> <p><i>E17 – (...) quanto melhor os tratarmos, isso poderá de certa forma repercutir-se (...) a estarem (...) tranquilos. (...) as imobilizações às vezes desnecessárias. (...) quando os doentes comunicam e dizem que tem dor, valorizar essa dor (...) dar-lhe atenção! (...) O simples facto de lhe dar alguma atenção e valorizar as queixas deles, faz toda a diferença. (...) O toque, (...). Estar sedado, mas o “vai ficar tudo bem. (...)”. Comunicar com ele.</i></p> <p><i>E18 - quando eles acordam, há coisas que se lembram, independentemente de estarem com sedação. (...) se agires sempre da mesma forma. (...) interiorizares que independentemente de estar sedado, é uma pessoa (...) inseri-lo no contexto (...) haver um toque, uma palavra, (...) apresentarmo-nos, (...) para o doente se sentir à vontade connosco para manifestar alguma dúvida, alguma dor. (...) o doente não poder comunicar, tocar-lhe e falar-lhe (...). O toque é essencial na prestação dos cuidados!</i></p>

Tabela 4 - Categoria: A humanização; as *forças*, as práticas e os contextos de cuidados (continuação)

Categoria: A humanização; as <i>forças</i> , as práticas e os contextos de cuidados	
Subcategoria	Unidades de registo
Realidade objetiva vs realidade subjetiva	<p>E5 – (...) informações por telefone (...) podia-se criar senhas para pessoas da família (...)</p> <p>E7 - nem que seja só o toque e o olhar (...) tempo disponível para ouvir o outro (...) estamos 24 horas e tudo que (...) precisar, pode chamar. (...) não vai ter um ambiente tão individualizado como nas enfermarias (...) isto é uma enfermaria maior, com mais doentes e sendo um espaço único (...) pode ter interferência (...)</p> <p>E8 – (...) disponibilidade em tempo também para cuidar e para ir mais além (...) disponibilidade no momento em que estou a trabalhar (...)</p> <p>E10 – (...) as pessoas estão num espaço desconhecido, acordam (...) não se lembram de nada e é importante situá-las (...) atender às necessidades dela (...) chamar a pessoa pelo nome, explicar o que é que vamos fazer (...) O toque (...), ouvir (quando eles conseguem falar) e tentar (...) compreendê-los, quando não conseguem expressar-se. (...) promover a parte do dia e da noite. (...) Falar baixo.</p> <p>E12 – (...) articular mais com a equipa médica, em termos de reuniões e passagem de turno, porque há informações que se perdem.</p> <p>E14 – O facto de cuidarmos de pessoas que estão ventiladas, que não interagem connosco, influencia (...) a relação com o doente.</p>
Aprendizagem como um processo ativo	<p>E1 – (...) reunir (...) perceber as falhas que a gente tem (...) ações de formação (...)</p> <p>E3 – (...) pena não termos formação nesse sentido. (...) reuniões mensais de serviço (...)</p> <p>E8 – (...) reuniões em que se falassem das dificuldades que existem e partilhar (...)</p> <p>E9 – (...) criar uma reunião, para toda a gente falar sobre este tema e dar ideias (...)</p> <p>E12 - reunião mensal (...) partilhar aquilo que corre melhor e que corre menos bem (...) fazer um breve apanhado, (...) tirar fotografias e ver as coisas positivas que fazemos (...)</p> <p>E15 - Quantas pessoas chegam ao pé do doente (...) e pensam nele enquanto pessoa, ser vivo e pensante? (...) a minha preocupação de (...) alertar e chamar atenção, (...) eu estou desperta e procuro introduzir pequenas nuances para alterar isso. (...) podíamos gastar algum do nosso tempo junto do doente. Podemos fazer mais? Provavelmente, mas os dias constroem-se um de cada vez.</p> <p>E16 - falar sobre isso com a equipa (...) Uma partilha.</p> <p>E20 – (...) formação e com o facto de nós termos essa temática [a humanização] como importante.</p>

### *Discussão dos resultados*

- **Autoconsciencialização**

Para se conseguir prestar cuidados humanizados, os profissionais também devem estar inseridos num ambiente humanizador e para isso é importante ter um espírito positivo, pois pode influenciar a recuperação de saúde da pessoa, bem como o seu bem-estar emocional e psíquico (E18). Assim conseguem estabelecer uma relação afetiva com a pessoa e a família e prestar “atenção ao que está a acontecer à sua volta, em vez de trabalharem em piloto automático” (Gottlieb, 2016, p. 156).

No entanto, alguns participantes assumem que o desgaste emocional, associado ao cansaço físico e psíquico devido à sobrecarga de trabalho e sobrecarga horária, pressão das chefias, falta

de recursos humanos, desmotivação pessoal e desvalorização profissional, pode de alguma forma condicionar a relação terapêutica enfermeiro-doente (E4; E5; E9; E10; E12; E14; E18). Pela falta de recursos humanos, segundo os participantes, os enfermeiros têm sido afetados por uma carga horária mensal excessiva, levando a situações de exaustão e dificuldades ao nível físico e cognitivo. Os procedimentos técnicos obrigam ao estabelecimento de prioridades de acordo com as necessidades emergentes da pessoa em situação crítica. O horário por turnos, com uma acumulação de horas superior a quarenta horas semanais estipuladas, a uma média de seis a oito turnos de noite por mês, também dificulta a conciliação com a vida familiar. Segundo os participantes (E11; E12; E17), a sobrecarga de trabalho é um fator dificultador para a humanização dos cuidados na sua perceção. Sentem que a “falta de tempo” lhes condiciona a motivação e reconhecem que é indispensável a interação da equipa como forma de promover uma maior disponibilidade para a humanização dos cuidados.

Por todas estas condicionantes transversais à Enfermagem, acredita-se estar numa época de mudança, porque se crê que com a atualização da carreira e a sua valorização, o bem-estar emocional e físico pode melhorar e repercutir-se na qualidade dos cuidados prestados. A este movimento de autoconsciencialização dos profissionais, Gottlieb (2016) denomina de *empowerment*. O movimento de *empowerment* “é o processo de ajudar as pessoas a conseguirem reivindicar o controlo sobre as coisas que lhes são importantes e que afetam a sua saúde” (Gottlieb, 2016, p. 20). É fulcral que os profissionais tenham as suas capacidades reconhecidas e sejam respeitados como Seres humanos que são, pois somente desta forma é que a humanização dos cuidados à pessoa em situação crítica e família se torna possível (Reis, Sena & Fernandes, 2016).

É indispensável que o profissional se sinta bem consigo próprio (E5; E6; E8; E9; E12; E18), tendo em conta o seu núcleo familiar, vida de relação e entenda a chefia como mais um membro da equipa. A pressão exercida pela chefia (E4; E10; E18), na procura de cuidados de excelência deveria contribuir para este bem-estar. No entanto, os participantes sentem que a exigência por parte da chefia aumenta a sobrecarga emocional a que já se encontram sujeitos, pelo cansaço acumulado. Por outro lado, a imaturidade pessoal e profissional (Martins *et al.*, 2015; Sanches *et al.*, 2016) também podem contribuir para o agravamento desta sensação. É fulcral que os enfermeiros sejam capazes de desenvolver competências indispensáveis para a promoção da humanização dos cuidados, de forma a refletir-se nas suas atitudes e valores, condicionando desta forma os seus comportamentos e intervenções (Gottlieb, 2016) no SMI.

A humildade é considerada uma competência necessária para uma parceria colaborativa porque proporciona a abertura do enfermeiro para aprendizagem com a pessoa (Gottlieb, 2016), favorecendo deste modo a autoconsciencialização do profissional. Três (3) participantes (E6; E8; E18) revelam humildade ao reconhecer que não conseguem dissociar a vida de relação que têm fora do local de trabalho, assumindo como algo indispensável para o seu estado de espírito saudável.

Por outro lado, a autonomia facilita a autoconsciencialização do profissional. O reconhecimento da autonomia, além de facilitar a humanização é um ponto central no âmbito da saúde. Para favorecer essa autonomia, os envolvidos devem aprender a respeitar a vontade e estarem prontos para ouvir (Calegari, Massarollo & Santos, 2015; Gottlieb, 2016), bem como proporcionar uma abertura de espírito para com a pessoa e contribuir desta forma para uma interação terapêutica, para um pensamento positivo, para uma melhoria do bem-estar pessoal da equipa multidisciplinar e conseqüente promoção da humanização dos cuidados. Um dos participantes (E9) alega que a falta de autonomia está presente em determinados momentos e que pode condicionar a prestação de cuidados.

Em suma, assume-se a importância desta autoconsciencialização, inserida nas *Forças de Mentalidade* (Gottlieb, 2016). Estas *forças* são consideradas as qualidades que originam um conjunto de valores que afetam o comportamento, nomeadamente pelo desenvolvimento de *Mindfulness*. *Mindfulness* é uma competência necessária para manter a relação terapêutica, encorajando a aceitação e usada para promoção da saúde e melhoria do bem-estar, estando em sintonia com o estado físico, emocional, mental, espiritual e cognitivo (Gottlieb, 2016). O importante neste facto, é que qualquer enfermeiro seja capaz de se sintonizar com as suas próprias experiências interiores, na medida em que pode afetar o modo como responde a determinadas situações e decisões que toma. É fundamental que o enfermeiro seja capaz de controlar o seu mundo interior de modo a aumentar a sua autoconsciencialização (Gottlieb, 2016).

- **Autoeficácia percebida**

Nesta subcategoria, assume-se que este tipo de competência, inserida nas *Forças de Defesa* e baseada nas *forças* de natureza social (Gottlieb, 2016), é fulcral para a humanização de cuidados, na medida em que uma boa interação da equipa multidisciplinar pode promover um bom ambiente de trabalho.

As *Forças de Defesa* são qualidades necessárias para se proteger e defender a si e ao outro e requer que haja coragem (envolve correr riscos, conter os medos, ser perseverante e ser íntegro) e autoeficácia (saber se alcança os objetivos desejados) (Gottlieb, 2016). É importante que o profissional se sinta bem no local onde exerce funções. Um bom ambiente que seja promotor de saúde exige que haja uma boa capacidade de adaptação onde as pessoas possam desenvolver novas capacidades e competências, sendo perseverante e íntegro de forma a atingir os objetivos pretendidos, assumindo a atitude de que “é capaz” (Gottlieb, 2016).

Neste sentido, assume-se que para que o ambiente de trabalho ser considerado saudável, é necessário que o enfermeiro desenvolva qualidades necessárias para se defender e proteger, nomeadamente através do incentivo ao trabalho de equipa.

A dimensão humanizadora tem como base a criação de ambientes que valorizem a prestação de cuidados, com ênfase nas tecnologias relacionais e a negociação para a gestão do cuidado (Medeiros *et al.*, 2016). É importante reconhecer que a pessoa é um ser único e individual, capaz de reagir de maneiras diferentes diante das relações laborais (Martins *et al.*, 2015; Sanches *et al.*, 2016). O ambiente de trabalho que valoriza as relações entre a equipa multidisciplinar reconhece a importância do desempenho dos profissionais prestadores de cuidados, disponibilizando oportunidade para as diferentes opiniões e partilha de informações, como forma de obter melhores condições para a humanização dos cuidados (Calegari, Massarollo & Santos, 2015; Evangelista *et al.*, 2016).

Um fator que expõe o ambiente a riscos psicossociais são as relações interpessoais no local de trabalho, que devem ser baseadas no respeito e confiança. Quando não são saudáveis, desencadeiam mau ambiente, que interfere com todo o processo laboral, gerando insatisfação profissional (Backes, Erdmann & Buscher, 2015; Farias *et al.*, 2013; Martins *et al.*, 2015; Sanches *et al.*, 2016). Muitas vezes, a dificuldade de interação com a maioria dos elementos é um destes casos, pelo que é indispensável que o enfermeiro seja capaz de ser perseverante e atuar com integridade, para conseguir que as coisas aconteçam conforme desejado (Gottlieb, 2016).

Assume-se que, no âmbito de medicina intensiva, existe um elevado grau de exigência técnica, científica e social para a promoção e manutenção da saúde em situações críticas, como tal a interação é fundamental. Contudo em algumas organizações de saúde o trabalho mecanizado, hierárquico e fragmentado ainda prevalece, contrapondo com posições de flexibilidade, dinâmica e cooperação entre os elementos da equipa multidisciplinar, com o objetivo de satisfação das

necessidades e interesses dos que participam no processo da prestação de cuidados (Medeiros *et al.*, 2016; Minuzzi, Salum, Locks, Amante & Matos, 2016).

Segundo esta vertente, assegura-se que o trabalho em equipa é fundamental para que isto se verifique, pois desta forma o individuo é considerado participante ativo no seu processo de cuidar e as intervenções vão de encontro à sua individualidade, sendo de extrema importância o desenvolvimento de determinadas características como a sensibilidade, o respeito e a solidariedade (Farias *et al.*, 2013; Martins *et al.*, 2015; Minuzzi *et al.*, 2016). O trabalho de equipa implica a partilha na organização das atividades, sustentada na cooperação, colaboração, partilha de informações e competências que potencializam a humanização de cuidados (Evangalista *et al.*, 2016; Medeiros *et al.*, 2016; Minuzzi *et al.*, 2016). É basilar que haja cooperação, respeito e responsabilidade para promover uma comunicação eficaz entre os membros da equipa multidisciplinar.

Tal como referem os participantes (E5; E7; E8; E9; E10), a interajuda impera no SMI, principalmente quando são situações emergentes. Assumem que não há sentimentos competitivos entre os profissionais, na medida em que a equipa se assume como uma segunda família. Pessoas que se conhecem há alguns anos, com quem passam a maior parte do seu tempo e com quem partilham informações, vivências pessoais e profissionais (E5; E8; E9). O facto de a organização do serviço direcionar para o trabalho em equipa, quando determinados participantes se encontram a exercer funções, faz com que o ambiente seja mais humanizador (E3; E8; E10) e possa haver disponibilidade para a humanização dos cuidados, o que beneficia a segurança e qualidade dos cuidados prestados e a promoção da saúde da pessoa e família.

Este discurso vai de encontro a um estudo realizado em Taiwan, em quarenta e duas instituições hospitalares (42) com 788 profissionais, que evidenciou que quando os profissionais se sentem respeitados e valorizados, tornam-se mais propensos a cooperar (Chen & Li, 2010). Um clima harmonioso entre a equipa multidisciplinar é primordial para que a prestação de cuidados seja satisfatória, pois ao sentirem-se valorizados, tendem a prestar cuidados de qualidade (Minuzzi *et al.*, 2016). O bom relacionamento e a prevalência do trabalho em equipa fazem com que as intervenções desenvolvidas sejam mais satisfatórias, incentivando-os à investigação, pesquisa e consequentemente produção de conhecimento, com o intuito major da melhoria da qualidade dos cuidados.

Esta partilha de conhecimento promove o processo de humanização, por ser um ambiente de inovação e cuidados especializados, potencializado pela constante atualização de competências,

aliando a técnica, com a tecnologia e com a humanização (Martins *et al.*, 2015). É relevante que os profissionais atuem pró-ativamente e que percebam que há abertura para discutir ideias, estratégias e sugestões, tendo coragem para modificar, discutir e desenvolver o pensamento crítico, crendo que o seu desempenho trará o resultado pretendido: fomentar estratégias promotoras de humanização de cuidados.

- **A pessoa, a família, o enfermeiro e o ambiente estão integrados**

Nightingale (1860), compreendeu a importância da qualidade do ambiente físico da pessoa como forma de recuperação da saúde, mas também reconheceu que o ambiente social e interpessoal da pessoa é fundamental, nomeadamente o impacto que a família e o profissional de saúde podem ter no seu processo de cura. Nesta perspetiva, percebe-se a importância que a pessoa e o ambiente atuem como num todo integrado, nomeadamente no âmbito da participação da família da pessoa em situação crítica, como forma de promoção da saúde.

O conceito de família apresentado pela OMS em 1994 sublinha a importância de ultrapassar a ideia de laços biológicos ou legais, pois o conceito de família não pode ser circunscrito a laços de sangue, ao casamento, a parceria sexual ou a adoção. Família é considerada o grupo cujas relações tenham por base a confiança e um destino comum (OE, 2008). Considerando que não existem duas famílias iguais, cada qual é composta por indivíduos únicos que conjuntamente, constroem uma identidade, com as próprias experiências e *forças* (Gottlieb, 2016).

A análise dos dados revelou que a humanização dos cuidados se deve estender à família dos doentes, (E1; E2; E5; E10; E11; E12; E13; E17). Referem a importância da sua participação e, para tal, sugerem que haja uma flexibilização e alargamento do horário para visita. Segundo estes participantes, é importante, não só para a recuperação da pessoa, para que se sinta mais tranquila, mas também para a sua família que se poderá sentir útil e colaborar na prestação de cuidados. O facto de terem pouco tempo para visita pode condicionar a sua maneira de estar, na medida em que o confronto perante o aparato tecnológico é enorme. A família sente-se perdida e desamparada, não conseguindo muitas vezes gerir as suas emoções (E2; E5; E13; E17). Os enfermeiros disponibilizam pouco tempo com os familiares, mas estes precisam de apoio, pois muitos nem entendem o que se está a passar naquele meio e o porquê do seu familiar se encontrar naquele estado de saúde (E2; E11; E13; E17). As pessoas, não estão preparadas para um acompanhamento do seu familiar num SMI. Alguns participantes realçam que não sabem como abordar as famílias, principalmente pela gravidade das situações que existem, no entanto

apercebem-se que seria fundamental, se houvesse uma presença mais contínua dos familiares (E2; E11; E17).

A presença da família, apesar de valorizada, também pode ser considerada negativa (E5; E10), pois pode ser uma fonte de maior *stress* para o doente, bem como para a própria família por não saberem como interagir no processo terapêutico, principalmente quando esta se encontra num estado emotivo sensível e o transmite para a pessoa internada (Salicio & Gaiva, 2006).

É importante que a equipa multidisciplinar se disponha a identificar as necessidades da família, de modo a esforçar-se para promover o seu conforto, que se encontra numa fase de desgaste emocional intensa, inserida num ambiente hostil. Os níveis de *stress* estão aumentados nestes familiares, pela tecnologia existente (Rodríguez, Velandia & Leiva, 2016). No entanto, muitas vezes estes participantes tendem a dificultar este relacionamento e restringir o seu contato preferindo manter-se afastados, como mecanismo de defesa, o que pode condicionar uma despersonalização dos cuidados (E5; E10).

A família também necessita de apoio emocional, para poder cumprir o seu papel enquanto interveniente no processo de promoção de saúde da pessoa internada. É importante ser orientada nas rotinas do serviço e conhecer a situação clínica do seu familiar, para que se sinta acolhida, respeitada e cuidada (Rodríguez, Velandia & Leiva, 2016). Uma comunicação adequada com a família condiciona de forma direta uma melhor prestação de cuidados e quando há uma falha nesta interação o processo de humanização é dificultado. Há quem defenda a flexibilização e o alargamento do horário de visitas (E5; E10; E12; E15; E17; E18), mas não sustente a presença permanente através da implantação do sistema da “porta aberta”, (E15), pelo risco aumentado da taxa de infeção hospitalar. Este sistema é comum em algumas organizações de saúde de Espanha e da Colômbia (Rodríguez, Velandia & Leiva, 2016; Calegari, Massarollo & Santos, 2015) e promove a comunicação inter-equipa, envolvendo o doente e a família, permitindo uma maior satisfação dos envolvidos no processo terapêutico.

Quanto à pessoa em situação crítica, evidenciaram-se condicionantes perturbadores de humanização (E11; E13; E17; E18), como as barreiras da comunicação, pelo facto da pessoa se encontrar sob efeito sedativo, ter necessidade de uma prótese ventilatória e/ou apresentar estados confusionais comuns em ambiente de medicina intensiva.



- **Parceria colaborativa entre o enfermeiro e a pessoa**

Trabalhar com as *forças* permite que a pessoa tire maior proveito da vida e o enfermeiro, numa parceria colaborativa, consiga ajudar a pessoa e família, a lidarem com os seus problemas (Gottlieb, 2016). As *forças* permitem que a pessoa lide com as incertezas e contribuem para a capacidade de a pessoa recuperar e superar as adversidades (Gottlieb, 2016).

Como o exercício profissional da Enfermagem centra-se na relação interpessoal entre um enfermeiro e a pessoa, estes possuem *forças* e desejos de natureza intra e interpessoal e de natureza social, oriundos das diferentes condições ambientais em que vivem. Assim, a relação terapêutica promovida no âmbito do exercício profissional de Enfermagem caracteriza-se pela parceria estabelecida com a pessoa, no respeito pelas suas capacidades (OE, 2012).

A relação terapêutica é um tipo de envolvimento social que o enfermeiro cria com o doente/cliente/família para ajudar a promover a saúde, ajudá-los a lidarem com o sofrimento, a recuperar-se de agressões, e facilitar a auto - cura (Gottlieb, 2016, p. 314).

Tal como um relato de uma enfermeira citada por Gottlieb (2016, pp. 60-61): “[...] não podes ser um enfermeiro sem desenvolver uma relação com o teu doente. [...] É realmente a relação com o doente que é importante e confere significado ao meu trabalho enquanto enfermeira”.

Apesar de ser das poucas profissões que cuida do corpo humano, o que pode desencadear situações embaraçosas para a pessoa doente, os enfermeiros podem fazer com que as pessoas se sintam mais confortáveis através do respeito, da proteção da privacidade e da preservação da dignidade (E5; E13; E14; E17). É importante ser verdadeiro e transparente, através de um equilíbrio com a proteção da pessoa, nomeadamente aquando da necessidade de transmissão de más notícias, sendo sensíveis e cuidadosos (E15). “Os pequenos gestos mostram ser os mais significativos” (Gottlieb, 2016, p. 179).

Quanto à pessoa em situação crítica, os participantes (E2; E11; E13; E17; E18) assumem que a relação terapêutica se torna difícil pelas barreiras da comunicação, esta é considerada uma ferramenta essencial para a parceria colaborativa (Evangelista *et al.*, 2016; Farias *et al.*, 2013; Silva & Ferreira, 2013; Oliveira & Spiri, 2011; Silva *et al.*, 2012). Devido às pessoas apresentarem alteração do seu estado neurológico, através do efeito sedativo, estado comatoso ou estado confusional/*delirium*, e/ou por se encontrarem ventilados mecanicamente de forma invasiva, ou mesmo em ventilação espontânea com uma prótese ventilatória, a comunicação terapêutica está afetada.

A comunicação fica muito aquém do desejável, sendo importante que se proceda sempre da mesma forma, independentemente do estado neurológico da pessoa (E18). Tem de haver disponibilidade para uma interação terapêutica e acima de tudo interesse por parte do profissional para disponibilizar tempo à pessoa. O tempo é referido como algo indispensável para a humanização de cuidados, pois tal como referem alguns participantes, senão tiverem tempo, limitam-se a prestar cuidados ao que consideram prioritário, desvalorizando a humanização de cuidados (E12; E14). O tempo é importante para a saúde da pessoa e deve ter-se em consideração nos cuidados de saúde (Gottlieb, 2016).

A relação terapêutica pode ser também dificultada pela presença de quadros de confusão aguda que é muito comum em medicina intensiva. Pode ser uma resposta secundária a várias causas orgânicas, como a hipóxia, terapêutica instituída, desequilíbrios hidro-eletrolíticos, ou a causas inorgânicas, como a privação do sono e/ou *stress* (Urden, Stacy & Laugh, 2008). Outro estado comum é a presença de *delirium*. O *delirium* é definido como uma perturbação da consciência acompanhada por uma alteração na cognição, que frequentemente é mal diagnosticado e responsável por um elevado índice de mortalidade (*American Psychiatric Association*, 2014).

Muitas vezes a presença destes quadros pode desencadear situações de agitação psico-motora para as quais os participantes referem não ter abertura de espírito e que origina situações de agressividade no sentido do enfermeiro-doente (E2; E17), o que pode levar ao recurso excessivo de imobilizações físicas (E15; E17), para prevenir situações de queda, extubações acidentais e exteriorização de cateteres. As pessoas com estes quadros confusionais são rotuladas como sendo “difíceis” para estabelecer uma interação, mas é importante que cada enfermeiro descubra as *forças* de cada pessoa e se sintonize com elas, de forma a conhecê-la e a vê-la como um Ser humano único (Gottlieb, 2016).

A comunicação terapêutica fortalece a relação enfermeiro - doente, mas alguns profissionais não conseguem estabelecer essa comunicação (E11; E17; E18). A comunicação terapêutica abrange um conjunto de competências que ajudam as pessoas a atingir os seus objetivos proporcionando melhores condições para a promoção de saúde. Pode ser um toque, podem ser palavras tranquilizadoras, sabendo em que altura falar e em que altura parar para ouvir. É saber ler os sinais de sofrimento e angústia da pessoa, e assim conseguir comunicar pois o enfermeiro tem que ter consciência que aquilo que diz e a forma como o faz, tem potencial para causar dano (Gottlieb, 2016). A comunicação considera-se uma ferramenta indispensável para haver humanização dos cuidados, segundo a maioria dos participantes. Todas as formas de

comunicação devem ser utilizadas de modo a minimizar conflitos e beneficiar a relação terapêutica (Calegari, Massarollo & Santos, 2015; Evangelista *et al.*, 2016).

O toque é uma importante maneira de comunicar, é uma necessidade presente em todas as etapas da vida e é intensificada durante episódios de *stress* extremo. Quando se utiliza o toque como forma de comunicação, a Enfermagem tenta transmitir compreensão, apoio e proximidade, como referem alguns participantes (E11; E17; E18). Não melhora apenas a sensação de bem-estar da pessoa em situação crítica, mas também promove a sua saúde. O toque é considerado um comportamento positivo que produz um efeito de satisfação e encontra-se entre as necessidades elementares para um desenvolvimento saudável, podendo influenciar parâmetros fisiológicos como a respiração e o fluxo sanguíneo (Hudak, Gallo & Benz, 1997).

Outro aspeto fundamental são as questões éticas relacionadas com o respeito pela individualidade e privacidade da pessoa em situação crítica, onde se abordam questões como a exposição corporal, a falta de atenção pela sua espiritualidade, a transmissão de informações clínicas pelo telefone, bem como a estrutura do serviço por ser *open space*, onde existe apenas uma cortina lateral como divisória entre camas (E5; E11). Segundo Backes, Erdmann e Buscher (2015) os profissionais costumam estar preocupados em relação ao ambiente onde a pessoa se encontra inserida, tendo em conta a presença de luz natural, o respeito pela individualização da pessoa, evitando a falta de privacidade, adotando cortinas entre cada unidade dos doentes, bem como o respeito pelo ciclo circadiano. O ciclo circadiano é importante pois é natural as pessoas durante o processo de recuperação da doença, ou evento traumático, dormirem horas para reposição do gasto de energia. A energia é uma capacidade limitada e é necessária para mudar de direção (Gottlieb, 2016). Apenas um participante (E12) mencionou o fator sono como algo indispensável para a recuperação da pessoa por ser um processo reparador natural, pois “é durante o sono que o corpo se cura” (Gottlieb, 2016, p. 215).

- **Realidade objetiva vs realidade subjetiva**

Relativamente a este valor, subentende-se a perspetiva que cada participante tem de várias realidades, e como esta se afeta a si mesmo, tendo em conta o contexto em que ocorre. Os enfermeiros “veem o mundo através do seu ponto de vista” (Gottlieb, 2016, p. 90) e muitas vezes é valorizada a realidade objetiva em detrimento da informação subjetiva. No entanto segundo o SBC é importante a complementaridade das duas realidades, na medida em que cada uma é capaz de proporcionar ao enfermeiro diferentes pontos de vista, no entanto encontram-se interligadas, “criam uma imagem completa da pessoa” (Gottlieb, 2016, p. 91).

Uma grande parcela do exercício da Enfermagem é tentar compreender a pessoa e a sua família, tendo em conta o seu contexto, pelo que é fundamental a promoção de humanização de cuidados no SMI. Os participantes assumem que é indispensável a disponibilidade para a prestação de cuidados, a dedicação ao doente e família e a interação terapêutica, na medida em que reconhecem a complexidade do SMI para a humanização de cuidados (E7; E10; E14). Os participantes conseguiram enunciar algumas dificuldades objetivas *vs* subjetivas quanto à humanização de cuidados, pelo que sugeriram questões práticas para colmatar algumas situações. Reconhecem a necessidade das informações clínicas serem partilhadas com os médicos (E12), podendo até haver um responsável durante o período de serviço, para esse efeito. Um participante (E5) sugeriu a criação de senhas para dar aos familiares, de forma a se poder dar informações por telefone e desta maneira saber que é com o respetivo familiar da pessoa que se encontram a falar. Pois como refere o participante (E14): *“O facto de cuidarmos de pessoas que estão ventiladas, que não interagem connosco, influencia (...) a relação com o doente”* e por conseguinte a relação com a família. Os fatores pessoais, familiares e sociais contribuem para a maneira como a pessoa delimita uma situação pelo que se assume que a pessoa interprete as situações tendo em conta a sua perceção cultural e social e que estes não sejam meramente recetores passivos (Gottlieb, 2016).

- **Aprendizagem como um processo ativo**

Relativamente a esta subcategoria, assume-se a necessidade de formação, reuniões em serviço, do tipo *brainstorming* (E1; E3; E8; E9; E12; E16; E20), para um processo ativo de aprendizagem, para discussão de diferentes cuidados e partilha de conhecimento. Nesta sequência, a perspetiva do participante responsável pela gestão do serviço, devido à sua maturidade pessoal e profissional, é ter consciência que, apesar de aos poucos ir incentivando novas práticas de cuidados, crê que ainda há muito para explorar nesta temática da humanização de cuidados. Observa o desinteresse por esta vertente da pessoa, em muitos profissionais, que valorizam apenas o lado técnico e tecnológico, realçando que a equipa é muito controladora.

Quando os profissionais encaram a prestação de cuidados sob este prisma, muitas vezes podem desvalorizar a pessoa e a sua família, pois passam a acreditar que somente eles são responsáveis pela cura. Assumem-se como possuidores da pessoa em situação crítica e que esta tem um papel *minor* na sua recuperação. Neste sentido, consideramos ser indispensável implementar formações e reuniões em serviço para a partilha e análise das diferentes situações,

com o intuito de promover o desenvolvimento de uma maior maturidade profissional dos participantes.

Quanto a esta motivação e sensibilização que existe na equipa, pode advir também das experiências pessoais de cada elemento, pelo que se denotou a sua importância em tentar perceber se os vínculos afetivos e as experiências pessoais poderiam de alguma maneira ter influência na perspetiva destes enfermeiros. Quanto à sua postura profissional, como incentivo a uma prática de cuidados humanizados, podemos observar os dados analisados na Tabela 5.

Tabela 5 - Categoria: Experiências e vivências pessoais num SMI

Categoria: Experiências e vivências pessoais num SMI	
Subcategoria	Unidades de registo
<p><b>Experiências (com familiares, amigos, outros) relacionadas com atos de humanização</b></p>	<p><i>E2 – (...) o meu pai já aqui esteve internado (...) por vezes não conseguisse perceber (...) doentes que vinham com tanta agitação psico-motora (...) e a partir do momento em que tive aquela experiência pessoal e sei que a pessoa não é assim, consegui perceber que muitos dos doentes que temos a partir tudo, não são assim e conseguir tolerar mais (...)</i></p> <p><i>E5 –O meu pai (...) teve múltiplos internamentos. (...) também esteve internado no meu serviço, (...) sentir que (...) se uma pessoa só cumprir as regras, é muito pouco! (...) Por ter passado por isso tudo, se calhar seja uma pessoa que esteja mais desperta para determinadas situações da família (...) Condiciona um bocadinho e quem nunca passou por isso, não consegue perceber esse facto. (...)</i></p> <p><i>E6 - Quando (...) tive a minha tia internada, apercebeste que por muita vontade que tenhas de fazer o melhor (...) às vezes aquilo mexe tanto contigo que te cansa e esse cansaço reflete-se naquilo que tu fazes. (...) começas a olhar de uma maneira muito (...) diferente, preocupares-te com coisas que se calhar muita gente não se preocupa.</i></p> <p><i>E11 - Há uma situação que me marcou há uns anos. Uma senhora (...) completamente dependente do ventilador e tinha um filho menor e (...) pediram-me deixar entrar o filho. Nós deixamos que o filho fosse ver a mãe. (...) Ela acabou por falecer (...) e se calhar aquele momento fez diferença, tanto para ela, como ao próprio filho e ao marido. Foi uma situação que acabou por me sensibilizar, porque estamos fechados a isso. (...) há pessoas dependendo da personalidade e de coisas que já passaram não têm essa capacidade para estar com as pessoas e até se podem defender disso.</i></p> <p><i>E13 - A que me marca mais (...) foi uma experiência de uma senhora que tinha a minha idade na altura (...). Parou! Iniciamos manobras (...) a senhora não sobreviveu! Lembro-me de dar a notícia aos familiares, ao marido que tinha dois filhos, o marido a andar de um lado para o outro, a chorar! (...). Se nós vivermos alguma situação similar, também sabemos o quanto custa e temos mais um bocadinho de sensibilidade.</i></p> <p><i>E14 – (...) o meu avô morreu nos cuidados intensivos. (...) as poucas imagens que eu tenho do meu avô e do primeiro impacto, foi a enfermeira (...) lembro-me do tempo que estive a fazer a visita, ela esteve sempre ao pé de mim, ela explicou-me tudo, ela segurou-me a mão (...) aquele gesto tocou-me muito (...). E senti realmente que ao dar-me apoio, o meu avô também estava bem cuidado e se eu fizer isso a alguém, também não vão esquecer isso. Pode-se (...) minimizar a dor e ser até um ponto positivo de vivenciar aquele processo todo, que é doloroso! (...) Isso de facto marca!</i></p>

Tabela 5 - Categoria: Experiências e vivências pessoais num SMI (continuação)

Categoria: Experiências e vivências pessoais num SMI	
Subcategoria	Unidades de registo
<p><b>Experiências</b> (com familiares, amigos, outros) relacionadas com atos de humanização</p>	<p><i>E15 - Tenho uma experiência que me tocou particularmente (...) mal a doente entrou, tivemos a percepção de que ela provavelmente iria morrer! Depois de vivenciar todo este processo com uma evolução do ponto de vista clínico negativo, deparei-me com a relação com a família (...) não consegui afastar-me. (...) não me tornou mais fria esta situação. (...) tocou-me na alma, mas acho que me humanizou! (...) os processos de doação e a relação que tenho que estabelecer com a família. E (...), sobretudo quando estão em causa jovens (...) são situações que todos os dias me fazem refletir sobre a relação interpessoal que devo estabelecer com estas pessoas (...). E de que forma é que eu posso estabelecer relações com eles e minimizar o choque da perda (...).</i></p> <p><i>E17 - (...) ter um familiar internado, em fim de vida e a humanização não funcionou bem. O senhor tinha dores e não eram valorizadas (...) e isso magoa quando são nossos! (...) a partir desse momento se calhar passas a valorizar mais, quando os doentes realmente se queixam. (...) ou (...) de já ter estado do lado de lá (...). Isso mexe um bocadinho e se calhar nesse aspeto, (...) nos enriquece e ensina-nos a não ser iguais.</i></p> <p><i>E18 - (...) é importante passarmos pela situação de termos um familiar, ou nós próprios internados, para percebermos o outro lado, (...) aí começamos a pensar que nem sempre temos a melhor atuação. E isso traz uma vantagem depois. (...) a minha avó teve aqui internada, (...) influenciou se calhar a minha postura (...)</i></p>
<p><b>Vivências pessoais que contribuíram para humanizar o cuidar na prática diária</b></p>	<p><i>E5 - Eu própria tive internada (...).E por ter essas vivências, tenho uma perspetiva, não diria diferente, porque muita gente com quem eu trabalho tem a mesma visão que eu.</i></p>

### *Discussão dos resultados*

#### **- Experiências (com familiares, amigos, outros) relacionadas com atos de humanização**

Na parte dos dados sociodemográficos foi questionado aos participantes se tinham estado alguma vez internados num SMI e, se a resposta fosse “não” era-lhes questionado se acompanharam algum familiar nessa situação e como identificavam a humanização nos cuidados de Enfermagem que recebiam, bem como o contributo dessa vivência para a sua prática profissional diária.

Seis (6) participantes (E2; E5; E6; E14; E17; E18) tiveram um familiar internado, que de alguma maneira contribuiu para a sua autorreflexão e autoconsciencialização acerca da sua prática relativamente à humanização de cuidados. Assumem que de alguma maneira possa ter influenciado a sua postura enquanto profissional, por terem uma percepção do outro lado, enquanto família beneficiária de cuidados, ensinando-os a não serem iguais, tendo em conta as

experiências positivas, através de atos de humanização e as experiências negativas, através de atos que demonstram ausência de humanização (E17).

Alguns dos participantes (E5; E11; E13; E15) relembrou momentos que vivenciaram num SMI, por terem sido situações marcantes, ou por terem idades similares aos doentes que cuidaram, ou pela patologia, ou pela envolvimento daquela situação, nomeadamente com a família e que de alguma forma ficaram memorizadas e contribuíram para a reflexão acerca desta temática. Um (1) participante (E11) mencionou a presença de familiares menores no SMI, que só permite a entrada de pessoas maiores de dezoito (18) anos de idade, contudo em algumas situações, a presença de um familiar menor, poderá ser o mais importante para a pessoa em situação crítica. Será importante a reflexão acerca desta problemática, como tentativa de mudança da política institucional para a permissão de menores de dezoito (18) anos de idade no SMI.

Os dois (2) participantes (E5; E15) com as entrevistas mais longas, são os participantes com mais experiências pessoais neste sentido e com clareza de espírito acerca da importância da humanização e em como as experiências e memórias são fundamentais para o processo de cuidar, indo de encontro a outros participantes que tiveram pessoas significativas internadas, nomeadamente em medicina intensiva.

- **Vivências pessoais que contribuíram para humanizar o cuidar na prática diária**

Foi questionado aos enfermeiros se tinham estado alguma vez internados e se a resposta fosse “sim”, como identificavam a humanização nos cuidados de Enfermagem que recebiam e qual o contributo dessa vivência para a sua prática profissional diária. Apenas o participante (E5) teve internado durante um longo período de tempo e por essas vivências, tem uma perspetiva diferente acerca da humanização de cuidados.

Com as situações mencionadas os participantes assumem que há um enriquecimento pessoal e uma vantagem para a prestação de cuidados, pois quando é capaz de tocar a alma de uma pessoa, o enfermeiro pode contribuir para humanizar o cuidado na prática diária, ao ficarem mais despertos e flexíveis para esta problemática.

#### **4 – ESTRATÉGIAS PARA UMA PRÁTICA DE CUIDADOS HUMANIZADA**

Um dos objetivos deste processo de investigação é propor estratégias para uma prática de cuidados mais humanizada à pessoa em situação crítica e família num SMI. Mediante a análise do enquadramento teórico, complementado com os discursos dos participantes e a discussão que realizámos, propomos um conjunto de estratégias para o SMI em estudo e para a Instituição Hospitalar onde este se insere, expostas de seguida.

##### **Ao nível do SMI**

###### ***Estratégias relacionadas com a equipa de Enfermagem***

- Aumentar os recursos humanos, permitindo diminuir a carga horária mensal dos enfermeiros, com o objetivo de contribuir para a qualidade e segurança nos cuidados. Segundo a OE (2014), a dotação segura num SMI de nível III é de 1:2 doentes em camas.
- Permitir maior flexibilidade em relação aos horários dos enfermeiros (e.g., trocas de turnos intra-equipa).
- Realizar uma reunião de serviço, a partir do 2º trimestre de 2018, onde a equipa de Enfermagem pode partilhar as suas dúvidas, inseguranças, vivências e experiências no SMI. Agendar com a equipa, um calendário de reuniões, partindo da proposta de uma reunião de dois em dois meses, com esta finalidade. Esta reunião pode vir a ser alargada, posteriormente, à equipa multidisciplinar, se as equipas assim o entenderem.
- Divulgar congressos/jornadas/reuniões científicas na área da humanização de cuidados nos SMI.
- Propor ao serviço, para dezembro de 2018, a realização de umas jornadas hospitalares relacionadas com o tema da ‘humanização dos cuidados nos SMI’.
- Encorajar a implementação do “Livro de elogios”, a ser utilizado pela família e/ou doentes, como incentivo ao *feedback* dos atos relacionados com a humanização que os familiares vivenciaram.



- Promover uma atividade física/exercícios de meditação: quinze (15) minutos, 1 vez/semana após o final da passagem do turno da manhã, no local destinado às passagens de turno, durante o ano de 2018. Registrar, semanalmente, os benefícios referidos durante a semana pelos profissionais.

### ***Estratégias relacionadas com a família***

- Fornecer uma folha A4, pré-formatada em colunas, onde a família após a primeira visita ao seu familiar pode escrever as dúvidas que tem e redigir as perguntas que quer ver esclarecidas na próxima visita.
- Propor novos horários de visitas, (e.g., 11h30-13h30 e 16h00-20h00), a partir do 2º trimestre de 2018.
- Permitir a permanência do familiar (mais significativo da pessoa em situação crítica) na enfermaria, consoante a disponibilidade do serviço, a partir do 2º trimestre de 2018.
- Flexibilizar a entrada de pessoas com idade inferior a dezoito (18) anos, mediante situações específicas (e.g., finitude de vida), discutidas em equipa.
- Providenciar senhas de identificação (código alfa numérico) para informações telefónicas, aquando da admissão do doente.
- Elaborar, durante o ano de 2018, um *flyer* para os familiares com o resumo das atividades do serviço.
- Elaborar, durante o ano de 2018, um “Manual de acolhimento e relacionamento com a família”.

### **Ao nível da Instituição Hospitalar**

- Criar uma Comissão Coordenadora inserida na estrutura de apoio “Serviço de Humanização”, com indicadores de qualidade definidos, durante o ano de 2018.
- Promover atividades de meditação/*yoga*, para as equipas de saúde hospitalares, uma vez por semana, em consonância com a equipa responsável da “Casa do Pessoal”, durante o ano de 2018.

- Traçar um projeto para um espaço destinado a um jardim de infância, para acolher os filhos dos profissionais, com um horário alargado, ajustado às necessidades dos profissionais, como forma de conciliação da vida pessoal e profissional. Alargar este conceito, aos familiares das pessoas em situação crítica internadas, que tenham filhos.
- Promover ações de formação e *brainstormings*, inseridas no programa de formação do “Serviço de Formação”, relacionados com atos de humanização nos serviços, a partir do 3º trimestre de 2018.
- Promover *workshops* relacionados com a ‘gestão das emoções’; ‘inteligência emocional’; ‘gestão de conflitos’, entre outros; permitindo que os profissionais adquiram ferramentas de suporte para desenvolverem maior resiliência nos contextos de trabalho.

A prática profissional deve ser baseada na autoconsciencialização e na autorreflexão. Com o objetivo de orientar ações futuras e uniformizar uma prática de cuidados mais humanizada, os enfermeiros devem examinar a sua prática, conhecer as suas limitações e estabelecer relações de parceria colaborativa.



## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O respeito pelo princípio da dignidade da pessoa humana é transversal, pelo que a humanização dos cuidados é considerada parte integrante da qualidade dos cuidados de saúde. A humanização dos serviços de saúde é importante para promoção de qualidade em saúde, bem como para melhores condições de trabalho para os profissionais de saúde.

Existem muitas condicionantes que podem influenciar a prestação de cuidados, como a experiência pessoal e profissional, o conhecimento técnico-científico e as políticas do serviço e da Organização de Saúde. No contexto de medicina intensiva onde a alta tecnologia impera e o modelo biomédico ainda prevalece, assume-se a necessidade de adoção de novas atitudes pela humanização ser considerada uma ferramenta indispensável na recuperação da pessoa em situação crítica, privilegiando a articulação entre o cuidado objetivo e o cuidado subjetivo.

Neste sentido, pela nossa experiência profissional enquanto enfermeira intensivista e que lida, neste contexto, com as dificuldades diárias relativas à humanização dos cuidados, foi nossa motivação investigar esta problemática para dar resposta à seguinte pergunta de investigação: *“Que perspetiva têm os enfermeiros de um Serviço de Medicina Intensiva sobre a humanização dos cuidados que prestam?”*, e deste modo contribuir para uma melhor humanização dos cuidados de Enfermagem, através de estratégias para a promoção da humanização dos cuidados de Enfermagem, ao nível da Instituição Hospitalar, nomeadamente no âmbito da família e da equipa de Enfermagem.

Esta investigação teve como objetivos: (i) refletir acerca da humanização dos cuidados de Enfermagem num SMI; (ii) identificar as categorias fundamentais para a humanização dos cuidados de Enfermagem num SMI; (iii) descrever fatores dificultadores e facilitadores da humanização dos cuidados de Enfermagem num SMI.

Deste modo, realizamos um estudo qualitativo, exploratório, descritivo. A colheita de dados foi efetuada num Centro Hospitalar do norte do país, por ser a Organização de Saúde onde a investigadora principal exerce funções. Realizou-se uma entrevista semiestruturada com três questões abertas. A partir da revisão da literatura e do nosso enquadramento conceptual

permitiu-nos encontrar sustentabilidade para os dados emergentes e durante a análise de conteúdo, foram identificadas três categorias.

Na categoria, *A humanização; significados, forças e valores presentes*; ficou patente, pelos dados resultantes das entrevistas, que os enfermeiros perspetivam diferentes conceptualizações de humanização. Evidenciou a reflexão acerca do sentido do conceito de humanização, da necessidade de *forças de relação e forças de conhecimento e saber* e dos valores humanos subjacente, como o reconhecimento da singularidade da pessoa e a visão holística inerente, aliados aos desafios no SMI, como o domínio técnico e tecnológico.

Na categoria, *A humanização; as forças, as práticas e os contextos de cuidados*, ficou patente, pelos dados resultantes das entrevistas, que há várias condicionantes que podem perturbar ou promover a humanização de cuidados, como a ambiência do contexto de cuidados, a importância que a pessoa, a família, o enfermeiro e o ambiente atuem como num todo integrado, a parceria colaborativa entre o enfermeiro e a pessoa, a perspetiva que cada enfermeiro tem de várias realidades, e como esta se afeta a si mesmo tendo em conta o contexto.

Na categoria, *Experiências e vivências pessoais num SMI*; ficou patente, pelos dados resultantes das entrevistas, que há situações marcantes que ficaram marcadas na memória dos enfermeiros e que de alguma maneira os ensinou adotar práticas de cuidados humanizadas.

Assim, como principais perspetivas dos enfermeiros, num SMI de adultos, relativo à humanização dos cuidados de enfermagem que prestam diariamente, encontramos:

- A humanização dos cuidados é considerada o ponto-chave da conduta dos enfermeiros, sendo a empatia considerada essencial para que se promova uma adequada relação terapêutica, que é dificultada pelas barreiras da comunicação, pelos estados confusionais e de *delirium*, pelo ambiente tecnológico e modelo de défice;
- A humanização dos cuidados em medicina intensiva tende a ser desvalorizada, pela prioridade serem as situações mais emergentes, mas tem repercussões na promoção de saúde da pessoa e família;
- O desgaste emocional e físico dos enfermeiros, devido à sobrecarga de trabalho e sobrecarga horária, pressão das chefias, falta de recursos humanos e à desmotivação pessoal e desvalorização profissional, condiciona a relação terapêutica enfermeiro-doente;

- A humanização dos cuidados deve-se aplicar à família, pelo que é importante a sua participação no processo terapêutico, bem como à equipa multidisciplinar;
- A maturidade pessoal e profissional, aliado ao elevado índice de conhecimento técnico-científico são promotores de segurança e qualidade dos cuidados, pelo que é fundamental a aprendizagem enquanto processo ativo;
- O enriquecimento pessoal e profissional, pelas experiências e vivências torna os enfermeiros mais despertos e flexíveis para esta problemática.

### **Pontos fortes do estudo**

Entendemos que este estudo contribuiu para dar visibilidade à produção de investigação científica realizada em torno de temas centrais na Enfermagem, como seja o da Humanização.

Consideramos que um dos pontos fortes deste estudo é o conceito de Humanização encontrar-se embebido nos pressupostos filosóficos do *Cuidar em Enfermagem Baseado nas Forças*, na forma como os enfermeiros fazem a diferença na transformação dos cuidados que prestam à pessoa em situação crítica, através da perceção das *forças* que devem desenvolver a nível pessoal e pelo encorajamento e *empowerment* dessas *forças*.

Consideramos que outro ponto forte do nosso estudo, é a contribuição “da voz” dos enfermeiros num SMI, através das entrevistas realizadas, para uma reflexão mais profunda acerca da temática da humanização dos cuidados de Enfermagem que prestam. Esta reflexão pode sensibilizar os participantes do estudo, para a adoção de novas atitudes, nomeadamente na interação com a pessoa em situação crítica e no acompanhamento ao seu familiar, contribuindo para a promoção de saúde e melhoria da qualidade dos cuidados.

Um terceiro e último ponto forte do nosso estudo, são as estratégias que propomos, nomeadamente ao nível da Instituição Hospitalar, numa dimensão mais global. Estas estratégias pretendem sensibilizar as diversas equipas de saúde daquela Instituição, para a humanização dos cuidados que prestam, em cada contexto.

### **Implicações desta investigação**

**Na prática clínica.** Este estudo permitiu a reflexão de quais os comportamentos mais ajustados a uma prática de cuidados humanizada nos SMI. A autoconsciencialização e a autorreflexão do profissional são importantes, bem como a perceção que deve ter da realidade objetiva e subjetiva. Este estudo aponta para a importância de se construir uma parceria colaborativa entre o enfermeiro, a pessoa em situação crítica e a família. Também constitui um ‘guia’ orientador de

proposta para desenvolver atitudes e comportamentos promotores da humanização dos cuidados de Enfermagem num SMI, como sejam: *mindfulness*, humildade, abertura de espírito, aceitação, curiosidade, respeito e confiança, empatia, compaixão e coragem.

**Na educação.** O estudo aponta para a importância das unidades curriculares transversais aos cursos de formação básica e avançada, na área da ética, onde se desenvolvem os valores da “saúde e cura”, da “singularidade da pessoa”, do “holismo”, da “realidade objetiva vs realidade subjetiva”, da “autodeterminação”, da “pessoa e ambiente integrados”, da “aprendizagem, preparação e *timing*” e da “parceria colaborativa entre o enfermeiro e a pessoa”. Também na oferta formativa das instituições, esta sensibilização deve ser uma constante, no plano de formação profissional.

**Na investigação.** Este estudo pode funcionar como propulsor para estudos de investigação do tipo investigação-ação, no sentido de criar e implementar programas de desenvolvimento e treino de competência relacional; gestão de emoções e conflitos, para uma prestação de cuidados mais humanizada.

A investigação que apresentámos pode auxiliar quer estudantes de Enfermagem que estão a desenvolver o seu quadro de referência da profissão, quer enfermeiros mais experientes que procuram uma nova forma de exercer, desviando o foco de atenção de um modelo centrado no défice (modelo biomédico) para um modelo centrado nas *forças*. Permite que, quer os estudantes quer os enfermeiros mais experientes possam ampliar a sua prática de cuidados onde evidenciam a singularidade de cada pessoa, colocando a pessoa e a sua família como foco principal e central dos seus cuidados.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

### A

- Administração Regional de Saúde do Norte (2017). *Promoção da Saúde*. Retirado de <http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Sa%C3%BAdede%20P%C3%BAblica/Promo%C3%A7%C3%A3o%20da%20Sa%C3%BAdede>
- 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. *Revista referência*. Série II. N° 10, pp. 89-96. Retirado de [www.scielo.br/pdf/tce/v23n3/pt\\_0104-0707-tce-23-03-00767.pdf](http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n3/pt_0104-0707-tce-23-03-00767.pdf)
- Alves, Z. M. M. B. & Silva, M. H. G. (1992). *Análise qualitativa de dados de entrevista: uma proposta*. Ribeirão Preto: Paidéia (2), pp. 61-69. Retirado de <http://hdl.handle.net/11449/29512>.
- American Psychiatric Association (2014). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais, DSM – V*. Retirado de <http://c026204.cdn.sapo.io/1/c026204/cld-file/1426522730/6d77c9965e17b15/b37dfc58aad8cd477904b9bb2ba8a75b/obaudoeducador/2015/DSM%20V.pdf>
- Associação Médica Mundial (2008) *Declaração de Helsinquia da Associação Médica Mundial: princípios éticos para a investigação médica em seres humanos*. Retirado de [http://portal.arsnorte.minssaude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Comiss%C3%A3o%20de%20%C3%89tica/Ficheiros/Declaracao\\_Helsinquia\\_2008.pdf](http://portal.arsnorte.minssaude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Comiss%C3%A3o%20de%20%C3%89tica/Ficheiros/Declaracao_Helsinquia_2008.pdf).

### B

- Backes, M. T. S., Erdmann, A. L. & Buscher, A. (2015). O ambiente vivo, dinâmico e complexo em Unidade de Terapia Intensiva. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 23 (3), pp. 1-8. doi:10.1590/0140-1169.0568.2570
- Baggio, M. A., Pomatti, D. M., Bettinelli, L. A. & Erdmann, A. L. (2011). Privacidade em unidades de terapia intensiva: direitos do paciente e implicações para a enfermagem. *Revista*



*brasileira de enfermagem*. 64 (1), pp. 25-30. doi: org/10.1590/S0034-71672011000100004

Bardin, L. (2013). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, Lda.

Bogdan, R. & Biklen, S. (2013). *Investigação Qualitativa em Educação: uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto: Porto editora.

Bolela, F. & Jericó, M. C. (2006) Unidades de terapia intensiva: considerações da literatura acerca das dificuldades e estratégias para sua humanização. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*. 10(2), pp. 301-308. Retirado de <http://www.scielo.br/pdf/ean/v10n2/a19v10n2.pdf>

## C

Calegari, R. C., Massarollo, M. C. K. B. & Santos, M. J. (2015). Humanização da assistência à saúde na percepção de enfermeiros e médicos de um hospital privado. *Revista Escola de Enfermagem USP*. 49 (2), pp. 42-47. doi: 10.1590/S0080-623420150000800006.

Camponogara, S., Santos, T. M., Seiffert, M. A. & Alves, C. N. (2011). O cuidado humanizado em unidade de terapia intensiva: uma revisão bibliográfica. *Revista de Enfermagem da UFSM*. 1 (1), pp. 124-132. Retirado de <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/2237/1520>

Centro Hospitalar de São João (2017). *Serviço de humanização*. Retirado de <http://portal-chsj.min-saude.pt/pages/358>.

Chen, I. C. & Li, H. H. (2010). Measuring patient safety culture in taiwan using the hospital survey culture (HSOPSC). *BMC. Health Services Research*. 10 (152), pp. 1-10. doi: 10.1186/1472-6963-10-152

Collière, M. (1999). *Promover a vida. Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de Enfermagem*. Lisboa. (4ª ed.). Edições técnicas e sindicato dos enfermeiros Portugueses.

Costa, S. C., Figueiredo, M. R. B. & Schaurich, D. (2009) Humanização em unidade de terapia intensiva adulto (UTI): compreensões da equipe de enfermagem. Botucatu: *Interface*. 13 (1), pp. 571-580. Retirado de <http://www.scielo.br/pdf/icse/v13s1/a09v13s1.pdf>

## D

Deslandes, S. F. (2006). *Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

Despacho n.º 14799/2012, de 19 de novembro. *Diário da República, II Série, n.º 223*. Lisboa.

Direção Geral de saúde (1986). *Carta de Otawa*. Retirado de <https://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/carta-de-otawa-1986.aspx>

## E

Encarnação, P. C. S. (2017). *Sufrimento e fé em pessoas com esclerose múltipla*. Tese de Doutoramento. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto.

Evangelista, V. C., Domingos, T. S., Siqueira, F. P. C. & Braga, E. M. (2016). Equipe multiprofissional de terapia intensiva: fragmentação do processo de trabalho. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 69 (6), pp. 1099-1107. doi: [org/10.1590/0034-7167-2016-0221](https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0221).

## F

Farias, F. B. B., Vidal, L. L., Farias, R. A. R. & Jesus, A. C. P. de. (2013). Humanized care in the icu: challenges from the viewpoint of health professionals. *Journal of Research Fundamental Care On Line*. 5 (4), pp. 635-642. doi: [10.9789/2175-5361.2013v5n4p635](https://doi.org/10.9789/2175-5361.2013v5n4p635).

Fortin, M. F. (2003). *O processo de investigação: da concepção à realização*. (3ª ed.). Loures: Lusociência.

Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.

Freitas, F. D. S., Silva, R. N., Araújo, F. P. & Ferreira, M. A. (2013) Ambiente e humanização: retomada do discurso de Nightingale na política nacional de humanização. *Escola. Anna Nery*. 17 (4), pp. 654-660. doi: [ean/v17n4/1414-8145-ean-17-04-0654](https://doi.org/10.1590/1414-8145-ean-17-04-0654).

## G

Gottlieb, L. N. (2016). *O cuidar em enfermagem baseado nas forças*. Loures: Lusodidacta.

## H

Hesbeen, W. (2001). *Qualidade em enfermagem: Pensamento e ação na perspectiva do cuidar*. Loures: Lusociência.

Hudak, C. M., Gallo, B. M. & Benz, J. J. (1997). *Cuidados intensivos de enfermagem: uma abordagem holística*. (6ª ed.). Guanabara Koogan.

## J

Júnior, J. M. P., Nóbrega, V. K. M. & Miranda, F. A. N. (2012). O cuidado de enfermagem na pós-modernidade: um diálogo necessário. *Escola Anna Nery*. 16 (3), pp. 603-606. doi: org/10.1590/S1414-81452012000300025

## L

Landry, R. (2003). Análise de conteúdo. In Gauthier, B., Salgueiro, N., & Salgueiro, R. P. *Investigação Social: da problemática à colheita de dados*. (3ª ed.). Loures: Lusociência.

Lei n.º 48/90, de 24 de agosto. *Diário da República, I Série. n.º 195*. Lisboa: Lei de Bases da Saúde.

Lei n.º 67/98, de 26 de outubro. *Diário da República, I Série A. n.º 247*. Lisboa.

Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro. *Diário da República, I Série. n.º 181*. Lisboa.

Lei n.º 18/2017 de 10 de fevereiro. *Diário da República I Série, n.º 30*. Lisboa.

## M

Macedo, P. C. M. & Oliveira, M. C. (2008). Evolução histórica do conceito de humanização em assistência hospitalar. In E. Knobel (Ed. lit.), *Psicologia e humanização: Assistência aos pacientes graves*. São Paulo: Atheneu Editora.

Marconi, M. A. & Lakatos, E. M. (2003). *Fundamentos de metodologia científica*, (5ª ed.). São Paulo: Editora Atlas

Marques, I. R. & Souza, A. R. (2010). Tecnologia e humanização em ambientes intensivos. *Revista brasileira de enfermagem*. 63 (1), pp. 141-144. doi: org/10.1590/S0034-71672010000100024

Martins, J. T., Galdino, M. J. Q., Garanhani, M. L., Sammi, K. M. & Trevisan, G. S. (2015). Humanization in the work process in the view of intensive care unit nurses. *Cogitare Enfermagem*. 20 (3), pp. 585-591. Retirado de revistas.ufpr.br/cogitare/article/download/41521/26201

Matheus, E. V. (2014). *Política Nacional de Humanização*. Brasília: Ministério da Saúde. Retirado de [www.saude.gov.br/humanizasus](http://www.saude.gov.br/humanizasus)

Matsuda, L. M., Silva, N. & Tisolin, A. M. (2003). *Humanização da assistência de enfermagem: estudo com clientes no período pós-internação de uma UTI adulto*. Maringá: *Acta Scientiarum Health Sciences*. 25 (2), pp. 163-170. doi: 10.4025/actascihealthsci.v25i2.2227

- Medeiros, A. C., Siqueira, H. C. H., Zamberlan, C., Cecagno, D., Nunes, S. S. & Thurow, M. R. B. (2016). Integralidade e humanização na gestão do cuidado de enfermagem na unidade de terapia intensiva. *Revista Escola de Enfermagem USP*. 50 (5), pp. 817-823. doi: org/10.1590/S0080-623420160000600015
- Melo, E. M., Teixeira, C. S., Oliveira, R. T. de, Almeida, D. T. de, Veras, J. E. G. L. F., Frota, N. M. & Studart, R. M. B. (2014). Cuidado de enfermagem ao utente sob ventilação mecânica internado em unidade de terapia intensiva. *Revista de enfermagem referência*. Série IV. N° 1, pp. 55-63. doi: org/10.12707/R1111316
- Minayo, M. (2010). *O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde*, (12ª ed.). São Paulo: Hucitec.
- Ministério da Saúde (2006). *Carta dos direitos e deveres dos doentes*. Lisboa: Autor.
- Ministério da Saúde (2013). *Recomendações técnicas para instalações de unidades de cuidados intensivos*. Lisboa: Administração Central do Sistema de Saúde.
- Ministério da Saúde (2016). *Programa do XXI Governo Constitucional 2015-2019*. Lisboa: Autor. Retirado de <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/04/ProgXXIGov.pdf>
- Minuzzi, A. P., Salum, N. C., Locks, M. O. H., Amante, L. N. & Matos, E. (2016). Contribuições da equipe de saúde visando à promoção da segurança do paciente no cuidado intensivo. *Escola Anna Nery*. 20 (1), pp. 121-129. doi: ean/v20n1/1414-8145-ean-20-01-0121
- Mongiovi, V., Anjos, R., Soares, S. & Lago-Falcão, T. (2014). Reflexões conceituais sobre humanização da saúde: concepção de enfermeiros de Unidades de Terapia Intensiva. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 67 (2), pp. 306-311. doi: org/10.5935/0034-7167.20140042
- Moraes, R. (1999). Análise de conteúdo. *Revista Educação*. Porto Alegre, 22 (37).
- Mota, R. A., Martins, C. G. M. & Veras, R. M. (2006). Papel dos profissionais de saúde na política de humanização hospitalar. *Psicologia em estudo*. 11 (2), pp. 323-330. doi: org/10.1590/S1413-73722006000200011

## N

- Nightingale, F. (1860). *Notes on nursing: what it is and what it is not*. London: Bookseller to the Queen. Retirado de <https://books.google.com>.
- Novaes, H. M. J. & Elias, F. T. S. (2013). Uso da avaliação de tecnologias em saúde em processos de análise para incorporação de tecnologias no Sistema Único de Saúde no Ministério da Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*. 29 (1), pp. 7-16. doi: org/10.1590/0102-311X00008413.

## O

- Olabuénaga, J. I. R. (2012). *Metodología de la investigación cualitativa*. (5ª ed). Bilbao: Deusto.
- Oliveira, B., Collet, N. & Vieira, C. (2006). A Humanização na assistência à Saúde. *Revista Latino Americana Enfermagem*. 14 (2), pp. 42-47. doi: [org/10.1590/S0104-11692006000200019](https://doi.org/10.1590/S0104-11692006000200019).
- Oliveira, E. M. & Spiri, W. C. (2011). O significado do processo de trabalho cuidar para o enfermeiro da UCI. *Ciência cuidados saúde*. 10 (3), pp. 482-489. doi: [10.4025/ciencuccuidsaude.v10i3.11015](https://doi.org/10.4025/ciencuccuidsaude.v10i3.11015) pp.
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: enquadramento conceptual enunciados descritivos*. Lisboa: Autor.
- Ordem dos Enfermeiros. (2008). *Dia Internacional da Família - Enfermeiros e famílias em parceria na construção da saúde para todos*. Retirado de [http://www.ordemenfermeiros.pt/ordem/Paginas/EspCid\\_DiaInternacionaldaFam%C3%A9Dlia2008.aspx](http://www.ordemenfermeiros.pt/ordem/Paginas/EspCid_DiaInternacionaldaFam%C3%A9Dlia2008.aspx)
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista*. Lisboa: Autor.
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica*. Lisboa: Autor.
- Ordem dos Enfermeiros. (2012). *Regulamento do perfil de competência do enfermeiro de cuidados gerais*. Lisboa: Autor.
- Ordem dos Enfermeiros (2014). *Norma para o cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Autor.
- Organização Mundial de Saúde (1946). *Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO) – 1946*. Universidade de São Paulo: Comissão de Direitos Humanos.

## P

- Paiva, J., Fernandes, A., Granja, C., Esteves, F., Ribeiro, J., Nóbrega, J., Vaz, J. & Coutinho, P. (2016). *Rede de referência de medicina intensiva*. Retirado de <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/11/RRH-Medicina-Intensiva.pdf>.
- Patton, M. Q. (2005). *Qualitative research*. John Wiley & Sons, Ltd. doi: [10.1002/0470013192](https://doi.org/10.1002/0470013192)
- Pereira, M. M. S. (2012). Fatores que interferem na humanização da assistência de enfermagem em unidades de terapia intensiva. *CuidArte enfermagem* 6 (2), pp. 101-108. Retirado de <http://bases.bireme.br/cgi->

bin/wxislind.exe/iah/online/?!sisScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=23989&indexSearch=ID

Pinho, L. B. & Santos, S. M. A. (2008). Dialética do cuidado humanizado na UTI: contradições entre o discurso e a prática profissional do enfermeiro. *Revista Escola de Enfermagem USP*. 42 (1), pp. 66-72. doi: org/10.1590/S0080-62342008000100009

## R

Reis, C. C. A., Sena, E. L. S. & Fernandes, M. H. (2016). Humanização do cuidado nas unidades de terapia intensiva: revisão integrativa. *Revista de pesquisa cuidado e fundamental online*. 8 (2), pp. 4212-4222. doi: 10.9789/2175-5361.

Ribeiro, G. S. R., Silva R. C. & Ferreira M. A. (2016). Tecnologias na terapia intensiva: causas dos eventos adversos e implicações para a Enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 69 (5), pp. 972-980. doi: org/10.1590/0034-7167.2016690505

Rodríguez, L. M. B., Velandia, M. F. A. & Leiva, Z. O. C. (2016). Percepción de los familiares de pacientes críticos hospitalizados respecto a la comunicación y apoyo emocional. *Revista cuidarte*. 7 (2), pp. 1297-1309. doi: org/10.15649/cuidarte.v7i2.330

## S

Salicio, D. M. B. & Gaiva, M. A. M. (2006). O significado de humanização da assistência para enfermeiros que atuam em UTI. *Revista Electrónica de Enfermagem*. 8 (3), pp. 370-376. Retirado de [http://www.fen.ufg.br/revista/revista8\\_3/v8n3a08.htm](http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_3/v8n3a08.htm)

Sanches, R. C. N., Gerhardt, P. C., Rêgo, A. S., Carreira, L., Pupulim, J. S. L. & Radovanovic, C. A. T. (2016). Percepções de profissionais de saúde sobre a humanização em unidade de terapia intensiva adulto. *Escola Anna Nery*. 20 (1), pp. 48-54. doi: 10.5935/1414-8145.20160007

Savoie-Zajc, L. (2003). A entrevista semidirigida. In Gauthier, B., Salgueiro, N. & Salgueiro, R. P. *Investigação Social: da problemática à colheita de dados*. (3ª ed). Loures: Lusociência.

Serviço Nacional de Saúde (2016). *Programa do XXI do Governo Constitucional para a Saúde*. Lisboa: Autor.

Silva, a. H. & Fossá, M. I. T. (2015). Análise de conteúdo: exemplo de aplicação da técnica para análise de dados qualitativos. *Qualit@s Revista eletrônica*. 17 (1), pp. 1-14. Retirado de <http://www.anpad.org.br/admin/pdf/EnEPQ129.pdf>

- Silva, R. C. & Ferreira, M. A. (2013). Clínica dos cuidados de enfermagem na terapia intensiva: aliança entre técnica, tecnologia e humanização. *Revista Escola Enfermagem USP*. 47 (6), pp. 1325-1332. doi: 10.1590/S0080-623420130000600011
- Silva, F. D. da, Chernicharo, I. M., Silva, R. C. da & Ferreira, M. A. (2012). Discursos de enfermeiros sobre humanização na unidade de terapia intensiva. *Escola Anna Nery*. 16 (4), pp. 719-727. doi: org/10.1590/S1414-81452012000400011
- Siqueira, H. C. H., Medeiros, A. C. & Zamberlan, C. (2015). Configuração da gestão do cuidado de enfermagem na UTI. In Sousa, F. G. M., Stein, D. & Backes, D. S. (Org.) *Cuidado em enfermagem e saúde: diversidades e complexidades*. Florianópolis: Papa Livro.
- Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2016). *Programa de Acção para o Triénio 2015 – 2017*. Lisboa: Autor. Retirado de <http://spci.pt/programa-de-accao/>
- Streubert, H. J. & Carpenter, D. R. (2013). *Investigação qualitativa em enfermagem: avançando o imperativo humanista*. (5ª ed.). Loures: Lusociência.

## U

- Urden, L., Stacy, K. M. & Laugh, M. E. (2008). *Enfermagem de cuidados intensivos: diagnóstico e intervenções*, (5ª ed.). Lusodidacta.

## V

- Vala, J. (2005). A análise de conteúdo. In Silva, A. S., Pinto, J. M. (Orgs.). *Metodologia das ciências sociais*. Porto: Afrontamento.

## W

- Waldow, V. R. (2006). *Cuidar: expressão humanizadora da enfermagem*. Petrópolis: Editora vozes.
- Watson, J. (2002). *Enfermagem: ciência humana e cuidar. Uma teoria de enfermagem*. Loures. Lusociência.

## **ANEXOS**

Anexo I – Carta de apoio institucional da Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho

Anexo II – Parecer favorável do Conselho de Administração de um Centro Hospitalar do norte do país

Anexo III – Parecer favorável da Subcomissão de Ética para as Ciências da Vida e da Saúde da Universidade do Minho

Anexo IV – Consentimento informado, livre e esclarecido

Anexo V – Guião de entrevista





Anexo I – Carta de apoio institucional da Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho





**UNIVERSIDADE DO MINHO  
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM**

Braga, 31 de maio de 2017

**CARTA DE APOIO INSTITUCIONAL DA ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DA UMINHO**

Prezados(as) Senhores(as),

Como Presidente da Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho, (ESE-UMinho) e Diretora de Curso do Mestrado em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica, venho manifestar e atestar o apoio institucional da ESE-UMinho ao projeto da estudante Gabriela Coelho Borges, intitulado "**Humanização dos cuidados num serviço de medicina Intensiva para adultos: perspetiva dos enfermeiros**", Orientado pela Professora Doutora Paula Cristina Soares Encarnação e a Professora Doutora Cláudia Cristina Vieira Carvalho de Oliveira, docentes desta Escola e investigadoras do Centro de Investigação em Enfermagem da ESE Uminho e da UICISA.

Coloco-me à disposição para quaisquer esclarecimentos que forem necessários.

Atenciosamente,

MARIA ISABEL GOMES  
DE SOUSA LAGE

Assinado de forma digital por  
MARIA ISABEL GOMES DE SOUSA  
LAGE  
Dados: 2017.06.01 11:32:56 +01'00'

Presidente da Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho  
Diretora de Curso do Mestrado em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica

Telefone: 253601322  
E-mail: [ilage@ese.uminho.pt](mailto:ilage@ese.uminho.pt)



Anexo II – Parecer favorável do Conselho de Administração de um Centro Hospitalar do norte do país





Exm<sup>o</sup>(a). Senhor(a):

Gabriela Coelho Borges

Enfermeira do SCICI

CHTMAD

---

ASSUNTO: *Investigação*

---

V/ REFERÊNCIA

Após parecer emitido pela Comissão de Ética de 31.05.2017, o Conselho de Administração em 01.06.2017, autorizou o pedido de realização do projeto de investigação sobre "Humanização dos cuidados num Serviço de Medicina Intensiva para adultos: perspectiva dos enfermeiros"

Com os melhores cumprimentos,

Vila Real 01.06.2017

Doc n.º: 262/2017 - C.A.

JV

O PRESIDENTE DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

João Porfírio Oliveira  
Presidente do Conselho  
de Administração





Anexo III – Parecer favorável da Subcomissão de Ética para as Ciências da Vida e da Saúde da Universidade do Minho





Universidade do Minho

SECVS

### **Subcomissão de Ética para as Ciências da Vida e da Saúde**

Identificação do documento: SECVS 029/2017

Título do projeto: *Humanização dos cuidados num serviço de medicina intensiva para adultos: perspetiva dos enfermeiros*

Investigador(a) responsável: Professora Doutora Paula Encarnação, Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho; Professora Doutora Cláudia Oliveira, Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho; e Gabriela Borges, aluna do Mestrado em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica da Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho e da Escola Superior de Enfermagem de Vila Real, da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro

Subunidade orgânica: Escola Superior de Enfermagem, Universidade do Minho

Outras Unidades: Centro Hospitalar de Trás os Montes e Alto Douro (CHTM-AD)

#### **PARECER**

A Subcomissão de Ética para as Ciências da Vida e da Saúde (SECVS) analisou o processo relativo ao projeto intitulado *Humanização dos cuidados num serviço de medicina intensiva para adultos: perspetiva dos enfermeiros*.

Os documentos apresentados revelam que o projeto obedece aos requisitos exigidos para as boas práticas na experimentação com humanos, em conformidade com o Guião para submissão de processos a apreciar pela Subcomissão de Ética para as Ciências da Vida e da Saúde.

Face ao exposto, a SECVS nada tem a opor à realização do projeto.

Braga, 02 de outubro de 2017.

A Presidente

MARIA CECÍLIA  
DE LEMOS PINTO  
ESTRELA LEÃO

Assinado de forma digital por  
MARIA CECÍLIA DE LEMOS  
PINTO ESTRELA LEÃO  
Dados: 2017.10.04 10:33:56  
+01'00'

Maria Cecilia de Lemos Pinto Estrela Leão



Anexo IV – Consentimento informado, livre e esclarecido



## Declaração de Consentimento Informado para participar no estudo de investigação

### “Humanização dos cuidados de Enfermagem num Serviço de Medicina Intensiva para adultos: perspetiva dos enfermeiros”

de acordo com a Declaração de Helsínquia<sup>1</sup> e a Convenção de Oviedo<sup>2</sup>

Por favor, leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Não hesite em solicitar mais informações à investigadora se não estiver completamente esclarecido(a). Verifique se todas as informações estão corretas. Se entender que tudo está em conformidade e se estiver de acordo com a proposta que lhe é feita, então assine este documento.

A investigação que pretendemos realizar enquadra-se no âmbito do Mestrado em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica, da Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho, em consórcio com a Escola Superior de Saúde da Universidade de Trás os Montes e Alto Douro, tendo como finalidade contribuir para contribuir para uma melhor humanização dos cuidados de Enfermagem num Serviço de Medicina Intensiva (SMI) para adultos, através de estratégias para a promoção da humanização dos cuidados de Enfermagem.

Tem como objetivos:

- Refletir acerca da humanização dos cuidados de Enfermagem num SMI;
- Identificar as categorias fundamentais para a humanização dos cuidados de Enfermagem num SMI;
- Descrever fatores dificultadores e facilitadores da humanização dos cuidados de Enfermagem num SMI.

O estudo tem como orientadora a Professora Doutora Paula Encarnação, Professora Adjunta na Universidade do Minho, Escola Superior de Enfermagem e como coorientadora a Professora Doutora Cláudia Oliveira, Professora Adjunta na Universidade do Minho, Escola Superior de Enfermagem.

O estudo é de carácter exploratório-descritivo e abrange os enfermeiros que trabalham no Serviço de Medicina Intensiva do Centro Hospitalar de Trás os Montes e Alto Douro.

O estudo consta apenas de entrevistas que serão facultadas aos enfermeiros. A sua participação é voluntária. É livre para abandonar o estudo a qualquer momento. A recusa em participar ou posterior abandono do estudo, não prejudicarão a sua relação com a equipa de clínicos ou investigadores ou junto dos enfermeiros do serviço. Todos os custos relacionados com a investigação serão suportados pelos investigadores.

Informamos, ainda, que o estudo mereceu o parecer favorável da Comissão Científica e Pedagógica do Mestrado em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica da Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho.

Todas as informações obtidas serão confidenciais. Os dados recolhidos serão utilizados em exclusivo para esta investigação e não haverá registo de dados de identificação. O anonimato será garantido.

Se tiver alguma dúvida, por favor não hesite em contactar-nos (Gabriela Borges, investigadora principal do estudo e Discente do Mestrado em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica da Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho, telemóvel: 963450999 ou e-mail: gabicborges@hotmail.com).

Muito obrigada pela sua colaboração fundamental,

Vila Real, de de 2017

.....  
(Gabriela Coelho Borges)

*Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela/s pessoas que acima assinam. 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 em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato.*

Nome: ... ..

Assinatura: ... .. Data: ..... /...../ 2017

Nota: Este documento é composto de 1 páginas/s e feito em duplicado: uma via para o/a investigador/a, outra para a pessoa que consente.

<sup>1</sup> [http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Comiss%C3%A3o%20de%20C%C3%89tica/Ficheiros/Declaracao\\_Helsinquia\\_2008.pdf](http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Comiss%C3%A3o%20de%20C%C3%89tica/Ficheiros/Declaracao_Helsinquia_2008.pdf)

<sup>2</sup> <http://dre.pt/pdf1sdip/2001/01/002A00/00140036.pdf>





Anexo V – Guião de entrevista



## Guião de entrevista

Título do estudo de investigação: Humanização dos cuidados de Enfermagem num Serviço de Medicina Intensiva para adultos: perspetiva dos enfermeiros

Finalidade: contribuir para uma melhor humanização dos cuidados de Enfermagem num Serviço de Medicina Intensiva para adultos, através de estratégias para a promoção da humanização dos cuidados de Enfermagem.

Objetivos:

- Refletir acerca da humanização dos cuidados de Enfermagem num Serviço de Medicina Intensiva;
- Identificar as categorias fundamentais para a humanização dos cuidados de Enfermagem num Serviço de Medicina Intensiva;
- Descrever fatores dificultadores e facilitadores da humanização dos cuidados de Enfermagem num Serviço de Medicina Intensiva.

É essencial a reflexão acerca desta temática, de forma a contribuir para a sua expressão e proporcionar a implementação de estratégias e ambiência para o seu exercício, pelo que se assume como sendo relevante este processo de investigação, tendo em conta a perspetiva atribuída pela Enfermagem à sua aplicação no contexto da prática clínica. Tendo em conta um ambiente de trabalho humanizado, em complemento com a técnica e a tecnologia vigentes em medicina intensiva, a enfermagem assume uma dificuldade na definição de humanização e entende a necessidade da prestação de cuidados holísticos à pessoa em situação crítica/potencialmente crítica e família.

Caraterização sociodemográfica do participante:

Sexo: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Estado civil: \_\_\_\_\_ Filhos:  Sim  Não

Anos de exercício profissional: \_\_\_\_\_ Anos de exercício no SMI: \_\_\_\_\_

Tipo de contrato: \_\_\_\_\_ Funções de gestão de equipas:  Sim  Não

Nível de formação:  Pós – Graduação;  Mestrado;  Especialidade

(Se sim, qual: \_\_\_\_\_)

Horas de exercício profissional/semana: \_\_\_\_\_ Duplo emprego:  Sim  Não

Em média, quantos turnos da noite/mês: \_\_\_\_\_ Em média, quantas horas dorme/dia: \_\_\_\_\_

Distância de casa ao centro hospitalar (Km): \_\_\_\_\_

Já esteve internado por situação de doença:  Sim  Não

Já teve um familiar direto internado por situação de doença:  Sim  Não

Se respondeu SIM a alguma das duas questões anteriores, descreva uma experiência positiva e/ou negativa, que tenha vivenciado neste serviço, relativamente à humanização dos cuidados.

## Guião de entrevista

Código do participante: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Hora de início: \_\_\_\_\_ Hora de término: \_\_\_\_\_

### Questões:

- 1) Que significado tem para si a humanização dos cuidados de Enfermagem?
- 2) Em seu entender quais são os fatores facilitadores e dificultadores de humanização dos cuidados de Enfermagem?
- 3) Descreva uma experiência positiva e/ou negativa, que vivenciou neste serviço, relativamente à humanização dos cuidados de Enfermagem?

<u>BLOCO</u> <u>TEMÁTICO</u>	<u>QUESTÕES</u>	<u>OBJETIVOS</u>	<u>OBSERVAÇÕES</u>
<u>A humanização</u> <u>num SMI</u>	1) Que significado tem para si a humanização dos cuidados de Enfermagem?	- Refletir acerca da humanização dos cuidados de Enfermagem num SMI	
<u>Ambiência do SMI</u>	2) Em seu entender quais são os fatores facilitadores e dificultadores de humanização dos cuidados de Enfermagem?	- Descrever fatores dificultadores e facilitadores para a humanização dos cuidados de Enfermagem num SMI.	
<u>Descrição de uma experiência</u> <u>vivida</u>	3) Descreva uma experiência positiva e/ou negativa, que vivenciou neste serviço, relativamente à humanização dos cuidados de Enfermagem?	- Identificar as categorias fundamentais para a humanização dos cuidados de Enfermagem em SMI.	