

HUMANITUDE NOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM EM URGÊNCIA - EXPERIÊNCIAS NO CONTEXTO INSULAR DE CABO VERDE

HUMANITUDE IN EMERGENCY NURSING CARE - EXPERIENCES IN THE INSULAR CONTEXT OF CABO VERDE

HUMANITUDE EN LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA DE EMERGENCIA - EXPERIENCIAS EN EL CONTEXTO INSULAR DE CABO VERDE

Servir, 2(11), e38770

DOI:10.48492/servir0211.38770

Izaquel Lopes¹

¹Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Bragança, Bragança, Portugal
<https://orcid.org/0009-0007-1038-7973>

Corresponding Author

Izaquel Lopes
Escola Superior de Saúde de Bragança
Avenida D. Afonso V
5300-121 Bragança

RECEIVED: 6th November, 2024
ACCEPTED: 24th January, 2025
PUBLISHED: 31st January, 2025

2025



RESUMO

Introdução: A Metodologia Humanitude (MH), como conceito e estratégia relacional, é imprescindível na relação terapêutica e promoção da excelência do cuidar. que se caracteriza, pela inclusão nas intervenções de enfermagem, dos seus pilares, ou seja, a palavra, o olhar, o toque e a verticalidade.

Objetivo: Conhecer a percepção dos enfermeiros relativamente à pertinência e consistência de aplicação da MH, nos cuidados em Serviço de Urgência (SU) no contexto insular de Cabo Verde (CV).

Métodos: Estudo quantitativo e descritivo, aos dados obtidos, a partir da aplicação do Formulário “Sequência Estruturada de Procedimentos Cuidativos Humanitude (SEPCH)”, (Simões, et al., 2012), à amostra de 12 enfermeiros de SU.

Resultados: A amostra, constituiu 34,28%, do universo profissional de SU de CV, maioritariamente feminina (58.3% = 7), entre os 27 a 31 anos, residente em CV. Verificou-se que relativamente à pertinência, menos de metade da amostra, 42,15%, assinalou “Não se aplica”, e 2,2% da amostra considera esta estratégia “sem importância”. Relativamente à da consistência de aplicação de MH, 39,96% assinalou “realizo sempre”, mas há 1,5% da amostra, que assinala “Nunca realizo” essas intervenções.

Conclusão: No contexto insular de CV, menos de metade dos enfermeiros em SU assumem reconhecer a pertinência e aplicar a MH, e estes, assumem fazê-lo, por acreditarem que promove a relação interpessoal com os utentes e a empatia. Sugere-se formação nesta temática, no sentido de promover a qualidade dos cuidados.

Palavras-chave: metodologia humanitude; enfermagem; serviço de urgência; doente crítico.

ABSTRACT

Introduction: Humanitude Methodology (MH), as a concept and relational strategy, is essential in the therapeutic relationship and promotion of excellence in care. which is characterized by the inclusion in nursing interventions of its pillars, that is, the word, the look, the touch and verticality.

Objective: To understand the perception of nurses regarding the relevance and consistency of application of MH, in care in Emergency Services (ED) in the island context of Cape Verde (CV).

Methods: Quantitative and descriptive study, using data obtained from the application of the Form “Structured Sequence of Humanitude Care Procedures (SEPCH)”, (Simões, et al., 2012), to a sample of 12 ED nurses.

Results: The sample constituted 34.28% of the professional universe of the CV ED, mostly female (58.3% = 7), between 27 and 31 years old, residing in CV. It was found that in terms of relevance, less than half of the sample, 42.15%, marked “Not applicable”, and 2.2% of the sample considered this strategy “unimportant”. Regarding the consistency of MH application, 39.96% indicated “I always carry out”, but there is 1.5% of the sample, which indicated “I never carry out” these interventions.

Conclusion: In the CV island context, less than half of the nurses in the ED admit to recognizing the relevance and applying MH, and they admit to doing so because they believe that it promotes interpersonal relationships with users and empathy. Training on this topic is suggested, in order to promote the quality of care.

Keywords: humanitude methodology; nursing; emergency services; critical patient.

RESUMEN

Introducción: La Metodología Humanitud (MH), como concepto y estrategia relacional, es fundamental en la relación terapéutica y promoción de la excelencia en la atención. la cual se caracteriza por la inclusión en las intervenciones de enfermería de sus pilares, es decir, la palabra, la mirada, el tacto y la verticalidad.

Objetivos: Comprender la percepción de los enfermeros sobre la relevancia y consistencia de la aplicación de la MH en la Atención en Emergencia (AE) en el contexto insular de Cabo Verde (CV).

Métodos: Estudio cuantitativo y descriptivo, a los datos obtenidos, de la aplicación del Formulario “Secuencia Estructurada de Procedimientos de Atención Humanidad (SEPAH)”, (Simões, et al., 2012), a la muestra de 12 enfermeros de AE.

Resultados: La muestra constituyó el 34,28% del universo profesional de SUC, en su mayoría mujeres (58.3% = 7), entre 27 y 31 años, residentes en CV. Se encontró que respecto a la relevancia, menos de la mitad de la muestra, el 42,15%, indicó “No aplica”, y el 2,2% de la muestra consideró esta estrategia “poco importante”. En cuanto a la consistencia de la aplicación de SM, el 39,96% indicó “siempre realizo”, pero hay un 1,5% de la muestra, que indicó “nunca realizo” estas intervenciones.

Conclusión: En el contexto insular de la CV, menos de la mitad de las enfermeras de los SUH admiten reconocer la relevancia y aplicar la SM, y aceptan hacerlo, pues creen que promueve las relaciones interpersonales con los usuarios y la empatía. Se sugiere capacitación en este tema, con el fin de promover la calidad de la atención.

Palabras Clave: metodología humanitude; enfermería; atención en enfermería; paciente crítico.

Introdução

A Humanitude, como conceito, mas sobretudo como metodologia de trabalho, aplicada aos cuidados de enfermagem em contextos de situação de urgência, emerge como uma abordagem reconhecedora da pertinência do Ser enfermeiro, e da importância fundamental da humanização no atendimento a doentes ou utentes em situações críticas. Na literatura mais recente foi verificado que o exercício da aplicação da Humanitude assumia ação promotora de efeitos positivos não só nos doentes, como nos enfermeiros ou técnicos de saúde que participavam nestas atividades relacionais (Giang, et al., 2023; Sato et al., 2023). Estas competências não são só importantes em cuidadores já no exercício. Num estudo prévio, foi comprovado que os estudantes – de qualquer área, mas sobretudo com responsabilidade relacional e cuidativa- podem e devem usufruir dos mesmos efeitos salutogénicos que nas conclusões de Fukuyasu, et al., (2021), se consideram ser o desenvolvimento da empatia, através de Formação em Humanitude, e a promoção da comunicação não-verbal, o que reforça a área intra e inter-relacional. Este aspeto vem corroborar os resultados anteriores de que a MH» opera uma mudança na cultura organizacional, que passa a transferir a centralidade da tarefa para a interação, dando intencionalidade à relação com a pessoa cuidada». (Pinto, 2019, p.67). A mesma autora, considerou também que o cuidado Humanitude reverte em benefício emocional, psicológico e físico para todos os intervenientes do universo cuidativo. Pinto (2019, p.66)

De forma pragmática, a pertinência desta relação verifica-se no contexto de trabalho com a pessoa em situação crítica, porque exige que o enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica- A Pessoa em Situação Crítica (EMCPSC), realize intervenções- que podem ser independentes, dependentes ou interdependentes – essenciais para o utente e que se inspiram na Metodologia Humanitude (MH). Por exemplo, quando o enfermeiro “Demonstra conhecimentos na utilização de comunicações de emergência” (CA 2.4.5), ou quando “Gere a comunicação de informações referente à evolução da situação de emergência ou catástrofe.” (CA 2.4.6), cumpre os Critérios de Avaliação, que poderão resultar em eficácia, se partirem da filosofia da Metodologia Humanitude (MH) (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Sendo assim, humanizar significa respeitar e valorizar o ser humano, sem nenhum tipo de discriminação, sendo que este tema é fundamental quando se fala de cuidado hospitalar, na produção de saúde de qualidade em toda a sua envolvência. (Barros, 2021)

No cenário desafiador dos Serviços de Urgência Cabo-verdianos, a Humanitude torna-se uma ferramenta essencial para os enfermeiros lidarem não apenas com as condições médicas urgentes, mas também com as necessidades emocionais dos doentes ou utentes, bem como das respetivas famílias e das pessoas ou seres significativos. As experiências compartilhadas destacaram a relevância de estabelecer conexões empáticas, mesmo diante das pressões intensas e demandas constantes. Este conjunto de contextos, levou à criação da seguinte Questão à Investigação: Será que os enfermeiros em contexto de Serviço de Urgência (SU) no país de Cabo Verde, conhecem e aplicam as estratégias da Metodologia Humanitude, quando cuidam de doentes críticos?

Esta investigação ocorrerá numa das ilhas de Cabo Verde (CV), com o intuito de refletir acerca das práticas, e salvaguardar a qualidade dos cuidados de enfermagem, no SU de uma instituição de saúde do respetivo país, pelo que foram delineados os seguintes objetivos específicos: 1.Caracterizar a amostra respondente, do ponto de vista das variáveis sociodemográficas e profissionais, a exercer funções de enfermagem, em SU, no contexto insular de Cabo Verde; 2.Descrever a percepção dos enfermeiros relativamente ao nível de importância atribuída a cada procedimento da Metodologia Humanitude (MH) em SU, no contexto insular de Cabo Verde.

1. Enquadramento Teórico/ Revisão da Literatura/ Estado da Arte / Modelo Conceptual

A Humanitude, enquanto abordagem conceptual e metodologia cuidativa de enfermagem em urgência, emerge como um paradigma de importância vital, que pode e deve ser cada vez mais aplicado em qualquer contexto, mesmo no meio dos desafios e pressões intensas. Assim, é compreensível que a Humanitude, enquanto estratégia de interação relacional, e como foi verificado por Giang, et al., (2023), seja promotora de efeitos positivos não só nos doentes (nesse estudo, pessoas com demência) como, e não menos importante, nos seus cuidadores. Este dado justifica a pertinência de ter os enfermeiros



como amostra nesta pesquisa. resultados. O estudo de Sato et al., (2023) analisou a MH com pormenor, sugerindo que a amostra dos especialistas em cuidados de Humanitude, apresenta características comportamentais e neurais associadas a uma tipologia específica de interações sociais empáticas, promotoras de mais valias em saúde.

Este estudo de Sato et al., (2023) revelou, que as atitudes comportamentais aplicadas por especialistas em Humanitude, desencadearam não só experiências de um maior envolvimento emocional subjetivo, como também mostraram uma atividade emocional mais forte, ao nível da observação de eletromiografia facial (EMG) que se revelou congruente com as expressões faciais de estímulo, em comparação com os elementos no grupo de controlo.

A filosofia Humanitude

O construto Humanitude, terá sido utilizado, segundo Pinto (2019), pela primeira vez, em 1980, pelo jornalista Freddy Klopfenstein (1934-2005) e adotado, mais tarde, por Albert Jacquard (1925-2013), como um conceito antropológico. Na perspetiva deste autor, a base comum na relação intersubjetiva a todos os homens (independentemente da cultura), emerge, a partir da qual sobrevivemos e nos desenvolvemos no mundo. De forma sintética, os pilares da humanitude - palavra, olhar, toque e verticalidade -, constituem-se como a promoção de uma sintonia emocional positiva entre profissional/utente, na prestação de cuidados, uma vez que estes promovem uma relação colaborativa e uma diminuição dos comportamentos agressivo e perturbadores. Tais pilares, para que sejam utilizados com tecnicidade, na relação de cuidados, exigem fundamentação para que o cuidador tenha a consciência que este não são inócuos (Pinto, 2019, p.24).

As realizações dos procedimentos na prestação de cuidados devem ser baseadas nos quatro pilares da humanitude. O olhar, com que se estabelece (...) mostrando uma relação de igualdade, deve ser axial, horizontal, longo e próximo; a palavra, é normal (...) a pessoa que não fala, então é profissional que o cuidador utilize a retroalimentação para promover este sinal de humanitude(...); o toque, como parte essencial de comunicação não verbal, tem de ser pacificador, (...) durante todo o cuidado; a verticalidade, que se caracteriza por promover o maior tempo possível de verticalidade “morrer de pé” pelos benefícios que promove ao funcionamento de todo o organismo e pela ligação direta a uma das principais características da espécie humana (Batista, Capaz, & Ribeiro, 2019).

Metodologia Humanitude e Intervenções De Enfermagem

Segundo a Ordem dos Enfermeiros, (2018), as Unidades de Competência (UC), que dizem respeito ao desenvolvimento de intervenções de enfermagem com o objetivo de facilitar a confiança e a empatia, devem ter como base, a MH. Por exemplo, na Unidade de Competência (UC 1.1), a OE exige que o enfermeiro assuma Critérios de Avaliação (CA) como, por exemplo: “Reconhece as necessidades de intervenção especializada nas áreas de atenção relevantes para a pessoa, família/cuidadores (...)” (Critério de Avaliação 1.1.3); bem como nos CA “Envolve a pessoa, família/cuidadores em todo o processo de cuidar, (...)” (CA 1.1.5), e ainda no difícil trabalho em que o enfermeiro “Avalia o impacto que a situação decorrente do processo patológico (...) e dos processos médico-cirúrgico (...), tem na qualidade de vida e bem-estar da pessoa (...)”, (CA 1.1.6).

Todavia, há ainda muitos outros CA onde a MH é essencial. Por exemplo, e sobretudo, no que respeita às Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, em contexto da Pessoa em Situação Crítica. Neste contexto, a OE estabelece que nas Unidades de Competência em que o enfermeiro tem de assumir alguns CA específicos, esta Metodologia faz todo o sentido. O facto é que as UC exigem que se faça: “(...) a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa (...) otimizando as respostas” (UC 1.3), o que torna expectável a utilização, por exemplo, dos pilares de MH, como o toque e a palavra. Mesta perspetiva também se enquadram, além destes mesmos pilares nas intervenções, seria eficaz no reforço da empatia, o olhar, para “(...) a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa, família/cuidador (...) do seu estado de saúde”. (UC 1.4). Não menos pertinente é aplicação destes pilares quando o especialista intervém, e ainda ao ser exigível e esperável que “Gere o estabelecimento da relação terapêutica (...) em situação crítica e/ou falência orgânica”. (UC 1.5); e finalmente, mas muito relevante, quando “Assiste a pessoa, família/cuidador nas perturbações emocionais (...)”. (UC 1.6). (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

2. Métodos

No sentido de dar consecução aos objetivos formulados, foi realizado um estudo quantitativo, descritivo, com análise de estatística descritiva para as variáveis sociodemográficas e para as respostas emergentes do Formulário aplicado.

2.1 Amostra

O presente trabalho teve como amostra todos enfermeiros respondentes ao Instrumento de Recolha de dados (IRD), que trabalham em Serviço de Urgência, no país insular de Cabo Verde;

2.1.1 Critérios de Inclusão

Como critérios de inclusão consideraram-se todos enfermeiros que trabalham em prestação de cuidados diretos, com doentes críticos em SU; e de exclusão, os que recusaram o preenchimento do IRD, enfermeiros em estágios curriculares e estágios profissionais.

2.2 Instrumentos de recolha de dados

O Instrumento de Recolha de Dados (IRD) aplicado, insere dois formulários: 1. - O primeiro, insere as variáveis sociodemográficas e profissionais em estudo. 2. – O segundo, o Formulário “Sequência Estruturada de Procedimentos Cuidativos Humanitude (SEPCH), da autoria de Simões, et al., (2012), que apresenta 34 itens. Cada um destes itens, diz respeito a atitudes e comportamentos, e tem cada um deles, uma dupla avaliação, através de escalas de Likert de 5 níveis de importância, ou seja, cada item é avaliado através de uma escala de Perceção de atribuição de importância, relativa aos comportamentos/execuções colocadas em prática, entre 1 e 5, (1- sem importância, 2- alguma importância, 3 – muita importância, 4 – muitíssima importância, 5- não se aplica).

2.3 Procedimentos

Foram respeitadas as Considerações éticas, pelo que foi solicitado em 11/03/2024, o parecer de aceitabilidade do Projeto de Investigação à Comissão de Ética do IPB, para a realização deste estudo, cujo parecer positivo, emitido em 16/04/2024, foi designado de Favorável/Deferido, para o desenvolvimento do mesmo. Como se trata de uma investigação que envolve seres humanos, este trabalho foi orientado pelos fundamentos e valores éticos e assegura que as informações recolhidas foram de critério confidencial.

A Análise de Dados foi de natureza quantitativa- Análise de estatística descritiva, com frequências absolutas e relativas, da distribuição dos valores das variáveis, de natureza quantitativa, de modo a atingir os objetivos.

3. Resultados

A amostra compõe-se de 12 enfermeiros (34,28% do total dos enfermeiros do SU). Os enfermeiros que trabalham em Serviço de Urgência, e conforme se pode verificar na Tabela 1, são na maioria do sexo feminino (7=58,3%) e os restantes 5 (41,7%) do sexo masculino. A maioria (7=58,3%) tem idade compreendida entre “27 a 31 anos, seguido do escalão etário “32 a 36 anos”. A metade da amostra são solteiros (7=58,3%), e em união de fato (4=33,3%). Todos possuem licenciatura, há 4 (36,4%) enfermeiros com especialidade nas seguintes áreas: dois (16,7) são especialistas em Enfermagem em UTI, um (8,3 %) é especialista em Oncologia e um outro assume que é especialista, mas não menciona em que área. Em termos de longevidade de carreira, há equilíbrio entre os mais e menos experientes: 6 participantes (50%) têm carreira profissional de “1 a 4 anos”, 5 elementos (41,7%) com “5 a 10 anos” e uma minoria (1=8,3%) com “16 a 20 anos” de trabalho. O Contexto laboral, (Tempo casa/trabalho) dos enfermeiros, revela dois grupos iguais com espaços temporais diferentes: 5 (41,7%) enfermeiros gastam “Menos de 30min” e outro grupo de 5 enfermeiros (41,7%), gasta “30min”, e há 2 (16,7%) que demoram “Cerca de 1 hora”.

Na Situação contratual, pode observar-se que, os dois maiores grupos, cada um de 5 elementos (41,7%), um grupo considera-se como profissional “Do quadro”, e o outro considera-se em regime de “Prestação de serviços”. 4 (33,3%), e com situação contratual com mesmos valores, temos 1(8,3%) em situação de “Vínculo precário” e outro, 1(8,3%) “Efetivo”



Relativamente ao nível de satisfação com a situação contratual, há 5 (41.7%) respondentes satisfeitos, 3 (27,7%) pouco satisfeitos, e ainda outros 4 (33,3%) que não emitem opinião.

Tabela 1 – Apresentação dos valores de frequências absolutas e percentuais das Variáveis socio demográficos.

Itens/variáveis	Frequência		
	Frequência absoluta Nº	Frequência relativa %	
Sexo	Masculino	5	41,7
	Feminino	7	58,3
	Outro	0	0
Idade	22 a 26 anos	1	8,3
	27 a 31 anos	7	58,3
	32 a 36 anos	2	16,7
	42 a 46 anos	1	8,3
	47 a 51 anos	1	8,3
Estado civil	Solteiro	6	50
	Casado	2	16,7
	União de fato	4	33,3
	Divorciado	0	0
Habilidades académicas	Licenciatura	12	100
	Mestrado	0	0
	Doutorado	0	0
Habilidades profissionais - Especialidade	Enfermagem em Oncologia	1	8,3
	Enfermagem em UTI,	2	16,7
	Outra	1	8,3
Longevidade de carreira	1 a 4 anos	6	50
	5 a 10 anos	5	41,7
	11a 15 anos	0	0
	16 a 20 anos	1	8,3
Contexto laboral - (Tempo casa /trabalho)	Menos de 30 min	5	41,7
	30 min	5	41,7
	1hora	2	16,7
	1h30 min	0	0
	mais de 1h 30 m	0	0
Contexto laboral – (Situação contratual)	Do quadro	5	41,7
	Efetivo	1	8,3
	Vínculo precário	1	8,3
	Prestação de serviço	5	41,7
Satisfação com Situação Contratual	Satisfeitos	5	41,7
	Pouco satisfeitos	3	25
	Sem opinião	4	33,3

Com a finalidade de conhecer a percepção da amostra relativamente ao nível de importância atribuída a cada procedimento na aplicação da MH nos cuidados de enfermagem, foram apresentados os 34 itens da escala de Metodologia Humanitude.

Cada item em análise foi apresentado verbalmente, e assinalado, conforme a resposta do respondente, através de escalas de Likert de 5 níveis de importância, entre 1 e 5, (1- Sem importância, 2- Alguma importância, 3 – Muita importância, 4 – Muitíssima importância, 5- Não se aplica, no sentido de que não é aplicável neste contexto).

A percepção dos enfermeiros, relativamente ao nível de importância atribuída a cada procedimento da MH em SU, permite verificar que a maioria da amostra, concentra as respostas em torno das atribuições de (3) Muita importância, e (4) Muitíssima importância, para a grande maioria das intervenções em MH.

Verifique-se que grande parte da amostra, assume atribuir “muita importância” a ações específicas da Metodologia Humanitude. Os enfermeiros do SU grupos assumem integrar nas suas práticas interações de Metodologia Humanitude, como por exemplo, “Usam a técnica do Toc-Toc”, em 50% da amostra, 75% “Esperam pela resposta, no sentido de que consideram o tempo de usar e respeitar a palavra”, e “Se não há resposta (...) entro no quarto (...mão) na barra da cama” (58,3%).

Quando, ou quais as intervenções que a amostra não aplica?

No que diz respeito à não aplicabilidade da MH, verifica-se que 50% da amostra considera impraticável a intervenção “Abordo a pessoa de frente”, bem como “Trato a pessoa pelo nome através do qual se reconhece”. Do mesmo modo, 50% não aplica a intervenção “Uso um tom de voz calmo durante o cuidado”, e nem apresenta um “Estímulo (...) verbalmente a pessoa a iniciar os gestos cuidativos”, bem como também não aplica qualquer interação que signifique “Valorizo o encontro com a pessoa”.

Verifica-se uma maioria de 75% dos respondentes não aplicam a premissa “Digo porque estou ali (ex: para estar com ela, conversar, ajudar)”, bem como um total de 66,7% da amostra de enfermeiros, também assume que não cumpre a premissa “Apresenta- se à pessoa cuidada (ex: eu sou...)”, nem está “Atento às respostas emocionais (ex: tensão muscular, olhar, sorriso)”. Além destes, há 58,3% dos enfermeiros que reconhecem que não utilizam esta atitude de “Uso um tom de voz calma, melodioso e suave”, nem aplicam a interação de “Ofereço um ato gratuito (conversar ..., ofereço alegria)”.

Por fim, esta mesma dimensão amostral de 58,3% de enfermeiros assume que não ou “Reforça positivamente os esforços de autocuidado (ex: muito bem!); e não aplicam qualquer interação que demonstre que “Agradeço os esforços da pessoa”.

Tabela 2 – Apresentação da distribuição dos valores absolutos e relativos da variável percepção dos enfermeiros relativamente ao nível de importância atribuída a cada procedimento da MH em SU

Nível de importância atribuída a cada procedimento da MH em SU	1		2		3		4		5	
	Nº	%								
1- Preparo o material para evitar a interrupção da relação	0	0	0	0	4	33,3	3	25	5	41,7
2- Bato à porta (aberta ou fechada) do quarto individual ou partilhado	0	0	0	0	1	8,3	7	58,3	4	33,3
3- Uso a técnica do Toc-Toc	0	0	0	0	4	33,3	6	50	2	16,7
4- Espero pela resposta	1	8,3	0	0	1	8,3	9	75	1	8,3
5- Se não há resposta 8 (...) entro no quarto (...mão) na barra da cama	2	16,7	0	0	1	8,3	7	58,3	2	16,7
6- Abordo a pessoa de frente	0	0	0	0	2	16,7	4	33,3	6	50
7- Ajusto o olhar, ao nível da pessoa, de forma progressiva (olhar axial...)	0	0	2	16,7	0	0	6	50	4	33,3
8- Introduzo a palavra em 3 segundos	2	16,7	1	8,3	2	16,7	5	41,7	2	16,7
9- Trato a pessoa pelo nome através do qual se reconhece	0	0	0	0	1	8,3	5	41,7	6	50
10- Apresenta- se à pessoa cuidada (ex: eu sou...)	0	0	0	0	2	16,7	2	16,7	8	66,7
11- Digo porque estou ali (ex: para estar com ela, conversar, ajudar)	0	0	0	0	0	0	3	25	9	75
12- Entro no espaço íntimo da pessoa (20 a 30 cm)	1	8,3	2	16,7	3	25	4	33,3	2	16,7
13- Ofereço a mão ao iniciar o toque numa zona neutra: (ombro, braço)	0	0	0	0	2	16,7	6	50	3	25
14- Uso um tom de voz calma, melodioso e suave	0	0	0	0	0	0	5	41,7	7	58,3
15- Ofereço um ato gratuito (conversar ..., ofereço alegria)	0	0	0	0	1	8,3	4	33,3	7	58,3
16- Espero consentimento racional aceitação verbal ou não verbal	0	0	0	0	2	16,7	6	50	4	33,3



Nível de importância atribuída a cada procedimento da MH em SU	1		2		3		4		5	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
17- Falo de cuidado depois de obtido o consentimento racional	1	8,3	0	0	0	0	6	50	5	41,7
18- Uso pegas profissionais (sem dedos em pinças nem em garra ...)	1	8,3	0	0	3	25	6	50	2	16,7
19- Mantem o toque pacificante (amplo e suave)	0	0	2	16,7	1	8,3	5	41,7	4	33,3
20- Uso um tom de voz calmo durante o cuidado	0	0	1	8,3	1	8,3	4	33,3	6	50
21- Peço à pessoa para iniciar os gestos cuidativos	0	0	1	8,3	3	25	4	33,3	4	33,3
22- Anúncio cada gesto cuidativo (descritivo preditivo)	0	0	2	16,7	1	8,3	5	41,7	4	33,3
23- Descrever tranquilamente, com gestos o processo cuidativo	0	0	0	0	4	33,3	3	25	5	41,7
24- Reforça positivamente os esforços de autocuidado (ex: muito bem!)	0	0	0	0	1	8,3	4	33,3	7	58,3
25- Estímulo (...) verbalmente a pessoa a iniciar os gestos cuidativos	0	0	0	0	1	8,3	5	41,7	6	50
26- Atento às respostas emocionais (ex: tensão muscular, olhar, sorriso)	0	0	0	0	0	0	4	33,3	8	66,7
27- Olho com frequência de frente nos olhos da pessoa (axial, horizontal...)	0	0	0	0	2	16,7	4	33,3	5	41,7
28- Promovo a verticalidade se possível (ex: erguer o tronco senta...)	1	8,3	0	0	0	0	6	50	5	41,7
29- Ajudo a cuidar da aparência (...) o seu gosto manifestado (ex: vestuário)	0	0	0	0	4	33,3	5	41,7	3	25
30- Valorizo o encontro com a pessoa	0	0	0	0	1	8,3	5	41,7	6	50
31- Agradeço os esforços da pessoa	0	0	0	0	1	8,3	4	33,3	7	58,3
32- Reforça positivamente os benefícios do cuidado (ex: esta muito bonito/a)	0	0	0	0	1	8,3	6	50	5	41,7
33- Combina um novo encontro (ex: venho ter consigo daqui a 20 min)	0	0	0	0	3	25	6	50	3	25
34- Despeço-me com amabilidade	0	0	0	0	2	16,7	6	50	4	33,3

Após esta breve observação do que a amostra entende na sua prática como mais ou menos importante na Metodologia de Humanitude, será apresentada a Discussão de resultados e os respetivos contrastes ou corroborações.

4. Discussão

O presente estudo apresenta um contexto laboral de uma amostra de enfermeiros, de conveniência, constituída por profissionais que trabalham em Serviço de Urgência, sendo na maioria do sexo feminino, e na sua maioria também, relativamente jovem do ponto de vista cronológico, com idade compreendida entre 27 a 31 anos. Do ponto de vista do estado civil, são maioritariamente solteiros e em união de fato.

Todos estes enfermeiros são licenciados, o que indica uma conceção atenta por parte da instituição e da organização da qualidade de oferta de serviços cuidativos, apostando na formação dos recursos. Além deste pormenor, são especialistas em Enfermagem em UTI, e em Oncologia. Em termos de longevidade de carreira, a maioria entrou para o campo de trabalho recentemente. O Contexto laboral permite verificar que a maioria da amostra se considera do quadro, perspetivando assim, um futuro relativamente estável e promissor de carreira. Um enfermeiro sente que tem “Vínculo precário”.

Em geral, é compreensível que a maioria (n=5;41,7%) assuma satisfação, porque corresponde aos que estão em Contexto laboral do Quadro, que num país como Cabo Verde confere um estatuto de identificação profissional, de segurança económica e financeira maior, do que os outros estatutos apresentados. Os 3 elementos (25%) pouco satisfeitos encontrar-se-ão em modo contratual Efetivo, ou Vínculo precário ou ainda em Prestação de serviço, que no contexto do país serão considerados menos satisfatórios.

Da atribuição de importância à Metodologia Humanitude

O maior envolvimento emocional subjetivo expresso em Sato et al., (2023), através de atividade emocional mais forte, perspetiva-se nos resultados de que 50% da amostra assume como muitíssimo importante as atitudes cuidativas “Espero

consentimento racional aceitação verbal ou não verbal”, e “Uso pegas profissionais (sem dedos em pinças nem em garra ...)”, ou ainda com “Se não há resposta (...) entro no quarto (...mão) na barra da cama”, assumido por 58,3%,

Verificaram-se os quatro pilares da Humanitude defendidos por Batista, Capaz, & Ribeiro, (2019): nomeadamente 50% da amostra atribui muitíssima(importância, a “Ajusto o olhar, ao nível da pessoa, de forma progressiva (olhar axial) integrando o pilar olhar; 50% da amostra atribui muitíssima importância, a “Ofereço a mão ao iniciar o toque numa zona neutra: (ombro, braço), integrando opilar toque; 50% dos enfermeiros da Urgência assumem “Falo de cuidados depois de obtido o consentimento racional” assumindo o pilar palavra e ainda “Reforça positivamente os benefícios do cuidado (ex: esta muito bonito/a)”. Quanto à verticalidade, esta surge no assumir por 50% da amostra que “Promovo a verticalidade se possível (ex: erguer o tronco senta...).

As ações a que a amostra atribui muitíssima importância, como “Bato à porta (aberta ou fechada) do quarto...”, assinalado por 58,3% dos enfermeiros, e “Uso a técnica do Toc-Toc e espero pela resposta”, assumido por 75,1%; atitudes como “Combina um novo encontro (ex: venho ter consigo daqui a 20 min)” e “Despeço-me com amabilidade ” (assumido por 50% da amostra), são resultados que permitem perspetivar o que foi defendido por Giang, et al., (2023), ou seja, que a Humanitude pode ser promotora de efeitos positivos em doentes e cuidadores.

O que pretendem dizer os enfermeiros, quando assumem que algumas intervenções de enfermagem “Não se aplicam”? O que é que esta componente da amostra revela em termos de contexto do trabalho, da tipologia de doentes, ou da adequação de intervenções à pessoa que é o doente crítico? A amostra reúne um padrão de intervenções, que se deslocam ou concentram, em torno das necessidades «palpáveis» da tipologia de doentes, e das de perspetivas que os enfermeiros têm do que são as abordagens de cuidados.

É compreensível, que num doente, inconsciente, deitado, a requerer cuidados de estabilização hemodinâmica e de ponderação cuidativa específica dos doentes críticos, seja considerada impraticável, ou pelo menos fora da primeira linha de intervenção, a ação “Abordo a pessoa de frente”, bem como, também não seja pertinente nem aplicável qualquer interação que signifique “Valorizo o encontro com a pessoa”.

Na pessoa em situação crítica, torna-se assim, compreensível que 75% dos enfermeiros da amostra, não apliquem a ação: “Digo porque estou ali (ex: para estar com ela, conversar, ajudar)” e, 66,7% desta equipa respondente, considere não essencial “Apresenta-se à pessoa cuidada (ex: eu sou...)”. A possível inconsciência do doente, não permite nem considera a ação de “Reforça positivamente os esforços de autocuidado (ex: muito bem!); e, portanto, também não predispõe para qualquer interação que demonstre que “Agradeço os esforços da pessoa”. O momento é de intervenção ao nível dos cuidados de emergência, onde se integram os Critérios de Avaliação específicos, cujas Unidades de Critério exigem que se faça por exemplo: “(...) a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa (...) otimizando as respostas”. (UC 1.3), conforme é consignado pela Ordem dos Enfermeiros, (2018).

Todavia, há algumas intervenções que são chamadas a procedimento, em MH, que assumidamente 58,3% dos enfermeiros não aplicam. Estas, são intervenções essenciais e terapêuticas, como o “Uso um tom de voz calma, melodioso e suave” e “Ofereço um ato gratuito (conversar ... ofereço alegria)”. Neste contexto, e relativamente a estas intervenções, é essencial refletir se não estarão sempre a ser aplicados.

Para os Critérios de Avaliação que sustentam “(...) a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa, família/cuidador (...) do seu estado de saúde”. (UC 1.4), não estão subjacentes as atitudes dos pilares da MH? Em boa reflexão, consideramos que aqui, neste tipo de UC, as atitudes relativas a estes pilares são sempre aplicáveis. Não será aqui sempre aplicável?

Assumindo que é exigível e expectável que o enfermeiro especialista assuma uma ação que “Gere o estabelecimento da relação terapêutica (...) em situação crítica e/ou falência orgânica”. (UC 1.5); seria pertinente que, mesmo em



contextos de pessoas em situação crítica, se devem usar os elementos que são os pilares da Humanitude, conforme é recomendável pela Ordem dos Enfermeiros, (2018). Este é um pressuposto ao conceito de cuidar.

Considera-se que as intervenções de Pilares de Humanitude, estão sempre mais ou menos aplicadas. Um enfermeiro, ao assumir “Trato a pessoa pelo nome através do qual se reconhece”, ou “Uso um tom de voz calmo durante o cuidado” ou desenvolvo um “Estímulo (...) verbalmente a pessoa a iniciar os gestos cuidativos”, além de manter o uso da fala através do “Uso um tom de voz calma, melodioso e suave”, pode ser altamente promotor da relação essencial humana, donde o conceito de Humanitude emerge.

Em suma, considera-se importante, que em todos os momentos e todos os contextos, é essencial o enfermeiro estar “Atento às respostas emocionais da pessoa (ex: tensão muscular, olhar, sorriso)”. Todos os contextos de humanos, vivem da inteligência cinestésica que a Metodologia Humanitude privilegia, e devem ser, portanto, sempre aplicáveis.

Conclusão

Foi dada consecução aos objetivos formulados. Foi possível reconhecer o tipo de tecido humano que insere esta amostra respondente, no contexto insular de Cabo Verde. Apresenta boa formação e disponibilidade para o trabalho. Foi possível descrever a percepção destes enfermeiros relativamente ao nível de importância atribuída a cada procedimento da Metodologia Humanitude (MH) em SU, tornou-se mais compreensível, a não muito evidente atribuição de importância por parte dos enfermeiros, à aplicação da metodologia Humanitude. Todos os elementos estão relacionados, antes de mais, pela sua formação social e cultural, no país que vivem, com as instituições de saúde que têm. De forma muito particular, é reconhecida alguma precariedade a nível estrutural de saúde. Por exemplo, a reconhecida limitação em recursos humanos e técnicos, pode tornar mais premente, aos olhos dos enfermeiros, a necessidade de intervenção técnica do que a humanística. Além desta percepção, o contexto e a tipologia de doentes, com alguns casos graves e necessidade e evacuações súbitas, - onde a maior e mais explícita representatividade do que é ser enfermeiro, se relacionasse mais com intervenções invasivas, do que interações relacionais. Esta realidade, pode talvez, deixar pouco espaço à pertinência de expressões de Humanitude. Todo este contexto deve ser mais bem conhecido esta realidade, nas suas dificuldades e especificidades.

Considera-se pertinente – porque de um país multi-insular se trata, alargar os espaços de reflexão e interações institucionais. As populações cuidadoras, necessitam de trocar experiências e perspetivas. Urge agir para promover investigação e expansão de hábitos de trabalho em enfermagem, - nomeadamente através de formação reflexiva no sentido de tornar cultural, a aplicação da Metodologia Humanitude.

Conflito de Interesses

Não aplicável.

Agradecimentos e Financiamento

Não se verifica.

Referências bibliográficas

- Barros, A. I. (2021). Humanização dos cuidados de enfermagem em contexto de urgência e emergência. Porto, Portugal: Universidade Católica Portuguesa. Obtido de <http://hdl.handle.net/10400.14/34708>
- Batista, S. C., Capaz, J. N., & Ribeiro, P. C. (2019). O cuidar em humanitude: uma perspetiva confortadora. 60(1-2). Lisboa, Portugal. doi: <https://doi.org/10.48492/servir021-2.24492>
- Fukuyasu, Y., Kataoka, H. U., Honda, M., Iwase, T., Ogawa, H., Sato, M., Watanabe, M., Fujii, C., Wada, J., DeSantis, J., Hojat, M., & Gonnella, J. S. (2021). The effect of Humanitude care methodology on improving empathy: a six-year longitudinal study of medical students in Japan. BMC medical education, 21(1), 316. <https://doi.org/10.1186/s12909-021-02773-x>

Lopes, I. (2025).

Humanitude nos Cuidados de Enfermagem em Urgência: Experiências no contexto Insular de Cabo Verde.

Servir, 2(11), e38770. <https://doi.org/10.48492/servir0211.38770>

11

Giang, T. A., Koh, J. E. J., Cheng, L. J., Tang, Q. C., Chua, M. J., Liew, T. M., Wee, S. L., & Yap, P. L. K. (2023). Effects of Humanitude care on people with dementia and caregivers: A scoping review. *Journal of clinical nursing*, 32(13-14), 2969–2984. <https://doi.org/10.1111/jocn.16477>

Ordem dos Enfermeiros. (2018). Diário da República. (135), 2.ª, 19360-19364. Portugal.

Pinto, M. d. (2019). Metodologia de cuidado humanitude impacto na redução do burnout dos cuidadores formais numa ERPI. Porto, Portugal. Obtido de <http://hdl.handle.net/10400.26/33533>

Sato, W., Nakazawa, A., Yoshikawa, S., Kochiyama, T., Honda, M., & Gineste, Y. (2023). Behavioral and neural underpinnings of empathic characteristics in a Humanitude-care expert. *Frontiers in medicine*, 10, 1059203. <https://doi.org/10.3389/fmed.2023.1059203>

Simões, M. Salgueiro, N., Rodrigues M. (2012). Cuidar em humanitude: estudo aplicado em cuidados continuados. Revista de Enfermagem Referência, versão impressa. ISSN 0874-0283.

Sumioka, H., Shiomi, M., Honda, M., & Nakazawa, A. (2021). Technical Challenges for Smooth Interaction With Seniors With Dementia: Lessons From Humanitude™. 8. Kyoto, Japan. doi:<https://doi.org/10.3389/frobt.2021.650906>