



UNIVERSIDADE | INSTITUTO DE
CATÓLICA | CIÊNCIAS DA SAÚDE
PORTUGUESA

O HUMOR E O LUTO NOS ENFERMEIROS QUE TRABALHAM EM CUIDADOS PALIATIVOS

Dissertação apresentada ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa
para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem,
com Especialização em Enfermagem Avançada

Por Inês da Cunha Baetas Robalo Nunes

LISBOA, Setembro 2014



UNIVERSIDADE
CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE

O HUMOR E O LUTO NOS ENFERMEIROS QUE TRABALHAM EM CUIDADOS PALIATIVOS

Dissertação apresentada ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa
para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem,
com Especialização em Enfermagem Avançada

Por Inês da Cunha Baetas Robalo Nunes

Sob orientação da Professora Doutora Helena José
e coorientação do Professor Doutor Manuel Luís Capelas

LISBOA, Setembro 2014

RESUMO

O Humor e o Luto nos Enfermeiros que trabalham em Cuidados Paliativos

Objetivo: Explorar a relação entre o humor e a sobrecarga de luto profissional nos enfermeiros que trabalham em cuidados paliativos.

Contextualização: Os enfermeiros que cuidam de pessoas em fim de vida em contexto de cuidados paliativos são confrontados na sua prática clínica com um conjunto de situações desafiantes. A morte e os processos muitas vezes prolongados de debilitação progressiva associada a doença incurável têm impacto nos enfermeiros e constituem um *stressor* importante. A evidência empírica sobre a relação entre o sentido de humor e a vivência do luto profissional pelos enfermeiros é escassa, pelo que a sua disponibilidade heurística é ainda vasta. O conhecimento dos contributos do humor para uma vivência mais saudável do luto profissional pode contribuir para um suporte mais eficaz a este grupo profissional.

Material e Métodos: Desenvolveu-se um estudo quantitativo correlacional, aplicando a versão validada e adaptada à população portuguesa da Multidimensional Sense of Humor Scale (Thorson e Powell, 1993a; José e Parreira, 2008) e a Escala de Sobrecarga de Luto Profissional (Marques da Gama, et al., 2011) numa amostra de 66 enfermeiros que trabalham em cuidados paliativos. Os dados recolhidos foram posteriormente submetidos a análise estatística, com recurso a *software* informático, e a análise interpretativa fez-se com base na evidência científica atualmente disponível.

Resultados: Neste estudo não se verificou uma correlação absoluta entre a sobrecarga de luto profissional e o sentido de humor dos enfermeiros, avaliada através dos scores totais obtidos nas duas escalas supracitadas. Verificaram-se, no entanto, algumas correlações estatisticamente significativas entre dimensões particulares de ambos os construtos: a sobrecarga de luto profissional correlaciona-se com o humor adaptativo ($r_s = 0.249$, $p < 0.05$) e com a atitude pessoal face ao humor ($r_s = 0.323$, $p < 0.01$); o humor adaptativo e o confinamento atormentado ($r_s = 0.266$, $p < 0.05$) apresentam uma correlação baixa mas estatisticamente significativa. Também a atitude pessoal face ao humor se correlaciona com o confinamento atormentado ($r_s = 0.290$, $p < 0.05$), com a perda nostálgica ($r_s = 0.333$, $p < 0.01$) e com a partilha incompreendida ($r_s = 0.272$, $p < 0.05$).

Conclusões: Os resultados desta investigação confirmam a hipótese de investigação de que o sentido de humor e a sobrecarga de luto dos enfermeiros que trabalham em cuidados paliativos não são fenómenos independentes. As atitudes positivas face ao humor e a utilização do mesmo como mecanismo de *coping* parecem diminuir a sobrecarga percebida por estes profissionais. Importa, contudo, que se desenvolvam mais projetos de investigação nesta área, identificando necessidades e procurando novas formas sustentadas de suporte a estes profissionais.

Palavras-Chave: Humor; Luto; Cuidados Paliativos; Enfermeiros.

ABSTRACT

Humor and Grief in Palliative Care nurses

Goal: To explore the link between humor and professional grief overload on nurses that work in palliative care.

Context: Nurses who care of dying people in a context of palliative care are confronted in their clinical practice with a number of challenging situations. Death and progressive-debilitating processes associated with incurable diseases have an impact on nurses and are an important stressor. Empirical evidence on the link between sense of humor and the experience of professional grief is scarce, meaning its heuristic availability is still vast. Knowledge on how humor contributes to a more healthy existence can lead to a better support of this professional group.

Material and methods: A correlational quantitative study was developed, applying a validated and adapted version to the Portuguese population of the Multidimensional Sense of Humor (Thorson & Powell, 1993a; José & Parreira, 2008) and the Professional Grief Overload (Marques da Gama, et al., 2011) scales. The data gathered underwent statistical analysis through use of specialized software and was subjected to interpretative analysis based on existing scientific evidence.

Results: This study did not conclude an absolute correlation between professional grief overload and nurses' humor, evaluated through the total scores obtained in the abovementioned scales. Still, a few important correlations between particular dimensions of both constructs were verified: professional grief overload is correlated with both coping humor ($r_s = 0.249$, $p < 0.05$) and personal attitude towards humor ($r_s = 0.323$, $p < 0.01$); coping humor and tormented confinement present a low but statistically significant correlation ($r_s = 0.266$, $p < 0.05$). Also personal attitude towards humor is correlated with tormented confinement ($r_s = 0.290$, $p < 0.05$), nostalgic loss (0.333 , $p < 0.01$) and misunderstood sharing ($r_s = 0.272$, $p < 0.05$).

Conclusions: The results confirmed the hypothesis that humor and professional grief are actually related. Positive attitudes towards humor and its use as a coping mechanism seems to alleviate the grief overload perceived by nurses who work in palliative care settings. Naturally, it is important that more investigation projects in this area are developed, identifying needs and looking into new solid ways of support to these professionals.

Keywords: Humor; Grief; Palliative Care; Nurses.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais

Porque deles veio a minha curiosidade pelo que me rodeia e o desejo insaciável de fazer melhor.

Pai, obrigada por perceberes que o humor negro nos faz bem!

Mãe, obrigada por tentares perceber o impensável para quem nos vê de fora.

Ao Gonçalo

Porque sem ele tudo o que é difícil nos meus dias de enfermeira teria ficado apenas dentro de mim.

Porque dele veio a energia e a motivação que nunca me deixou parar.

À Professora Doutora Helena José

Porque sem ela o Humor e a Enfermagem não estariam hoje de mãos dadas e este Mestrado não teria sido possível.

Porque dela vieram as maiores palavras de incentivo, as correções objetivas e as discussões mais interessantes.

Ao Professor Doutor Manuel Luís Capelas

Porque sem ele este projeto não teria ultrapassado alguns grandes obstáculos.

Porque dele veio a minha capacidade de abraçar a estatística.

A todos os Enfermeiros...

...que sem me conheceram me ajudaram a tornar este projeto possível.

Esta investigação é para eles.

SIGLAS

APCP – Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos

CINAHL – Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature

DP – Desvio Padrão

ESLP – Escala de Sobrecarga de Luto Profissional

EUA – Estados Unidos da América

INE – Instituto Nacional de Estatística

MeSH – Medical Subjects Headings

MSHS – Multidimensional Sense of Humor Scale

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

SPSS – Statistical Package for the Social Sciences

UCP – Universidade Católica Portuguesa

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	1
1. ENQUADRAMENTO CIENTÍFICO.....	5
1.1. A morte e o cuidado em fim de vida – a realidade dos enfermeiros.....	5
1.2. O LUTO PROFISSIONAL DOS ENFERMEIROS	11
1.3. O humor e o cuidado de enfermagem à pessoa em fim de vida	15
2. ENQUADRAMENTO EMPÍRICO.....	21
3. METODOLOGIA	27
3.1. Questão de Investigação	27
3.2. Objetivos.....	27
3.3. População e Amostra	27
3.4. Instrumentos de Colheita de Dados	29
3.4.1. Escala de Sobrecarga de Luto Profissional (ESLP)	29
3.4.2. Escala Multidimensional do Sentido de Humor (MSHS)	30
3.5. Procedimentos de Tratamento de Dados.....	30
4. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	31
5. RESULTADOS.....	33
5.1. Caracterização da Amostra	33
5.1.1. Caracterização Demográfica	33
5.1.2. Caracterização da Sobrecarga de Luto Profissional.....	36
5.1.3. Caracterização do Sentido de Humor.....	38
5.2. Estudo Correlacional.....	42
6. DISCUSSÃO	45
6.1. Análise Interpretativa dos Dados	45
6.2. Contributos para a Enfermagem	53
6.3. Limitações.....	56
CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES PARA INVESTIGAÇÕES FUTURAS.....	59
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	61
ANEXOS	71
ANEXO I - Parecer da Comissão de Ética da UCP	73
ANEXO II - Email de Apresentação do Projeto de Investigação	77
ANEXO III - Formulário de Colheita de Dados	83
ANEXO IV - Escala de Sobrecarga de Luto Profissional.....	89
ANEXO V - Escala Multidimensional do Sentido de Humor	93

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Estimativa das necessidades de recursos humanos e materiais em Cuidados Paliativos no ano de 2007; Adaptado de Capelas (2009)	7
Tabela 2 – O Modelo SMILES, adaptado de Borod (2006)	19
Tabela 3 – Revisão da Literatura, de acordo com o método PI(C)OS	23
Tabela 4 – Constituição da Amostra: Critérios de Inclusão	27
Tabela 5 - Distribuição da Idade dos Enfermeiros, por faixa etária (n = 66)	33
Tabela 6 – Região do país onde os enfermeiros trabalham em serviços de cuidados paliativos (n = 66)	34
Tabela 7 - Distribuição da Formação específica em Cuidados Paliativos dos Enfermeiros (n = 66)	36
Tabela 8 - Estatística Descritiva do Score Total da ESLP (n = 66)	36
Tabela 9 - Estatística Descritiva das dimensões da ESLP, em percentagem do score máximo (n= 66)	37
Tabela 10 - Análise Descritiva dos scores dos 15 itens da ESLP (n = 66)	38
Tabela 11 - Estatística Descritiva do Score Total da MSHS (n = 66)	39
Tabela 12 - Estatística Descritiva das dimensões da MSHS em percentagem do score máximo (n = 66)	40
Tabela 13 - Análise descritiva os itens da MSHS (n = 66)	41
Tabela 14 - Correlação de Spearman entre o score total da ESLP as dimensões da escala MSHS (n = 66)	42
Tabela 15 - Correlação de Spearman entre as dimensões das escalas MSHS e ESLP (n = 66)	42

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - O humor em cuidados paliativos, adaptado de Dean e Gregory (2005)	18
Figura 2 - Distribuição dos contextos de prestação de cuidados paliativos, em percentagem (n = 66)	34
Figura 3 - Distribuição dos Enfermeiros por Categoria Profissional, em percentagem (n = 66)	35
Figura 4 - Distribuição do tempo de experiência em cuidados paliativos, em anos (n = 66)	35
Figura 5 - Correlações entre o Sentido de Humor e a Sobrecarga de Luto Profissional (n = 66)	48

INTRODUÇÃO

A forma como os cidadãos de hoje em dia morrem tem vindo a sofrer transformações importantes ao longo dos tempos. O Homem de hoje morre de forma distinta da que ocorria há séculos, ou mesmo décadas, atrás e emergem por isso novas questões e desafios. Hoje morre-se longe da vista de (quase) todos, mas os enfermeiros e os outros profissionais de saúde estão lá, ao longo de todo o processo, incluindo no preciso momento que se esconde e se faz por esconder dos olhos do comum cidadão. Importa por isso pensar no impacto da vivência da morte de forma repetida, sistemática e num contexto profissional, não só nestas pessoas que cuidam mas, também, na sua capacidade de cuidar.

Os enfermeiros que trabalham em contextos onde a morte e os processos que a ela conduzem são frequentes lidam diariamente com um conjunto de perdas importantes: com o luto que as pessoas doentes vão fazendo de si próprias, com o luto dos familiares e amigos, com o luto dos seus pares e com o seu próprio luto que, sendo vivido no contexto profissional, não deixa de fazer parte da experiência íntima da pessoa que cuida.

À medida que a minha experiência profissional vai crescendo, cresce também comigo a convicção de que ser enfermeiro é, de facto, uma profissão difícil. Esta dificuldade não reside no simples cumprimento de tarefas ou no desenvolvimento de uma quantidade imensa de intervenções mais ou menos complexas que nós próprios ou outros possamos prescrever, mas sim na necessidade imperativa de que o profissional consiga conciliar competências técnicas e instrumentais com o impulso constante de refletir. A reflexão sobre as implicações do que fazem as nossas mãos, os nossos gestos e as palavras que escolhemos, tanto no outro de quem cuidamos, como em nós próprios, na sociedade e na imagem que a mesma constrói sobre o nosso grupo profissional é uma atividade fundamental no exercício de qualquer enfermeiro.

A compreensão do impacto do nosso cuidado em nós próprios não deve, por isso mesmo, ser investigada exclusivamente por outras ciências – nomeadamente pelas ciências sociais e humanas como a Sociologia ou a Psicologia – ainda que certamente as respostas a estas questões pudessem enriquecer o seu corpo de conhecimento. Apesar das várias teorias desenvolvidas no âmbito específico da Enfermagem definirem *enfermeiro* de formas distintas – revelando perspetivas próprias sobre as suas características, objetivos e princípios norteadores – não há naturalmente teoria de Enfermagem que exclua a figura

deste profissional daquilo que constitui a interação no cuidado de enfermagem. É com base nesta premissa, que defendo que os enfermeiros, não sendo um alvo dos cuidados de enfermagem, devem constituir um alvo de investigação por parte da sua própria ciência, já que um conhecimento efetivo sobre as várias problemáticas do cuidado de enfermagem requer também um conhecimento profundo sobre quem o presta.

A construção, consolidação e validação do conhecimento científico decorrente da investigação nas Ciências de Enfermagem assume-se naturalmente como um pilar de crescimento fulcral, tanto no que respeita ao desenvolvimento sustentado da disciplina como à afirmação social da profissão. A investigação constitui um meio privilegiado de acesso a esse mesmo conhecimento e é, por essa razão, fundamental na delimitação do corpo de conhecimento da nossa disciplina. Ainda que esta delimitação seja, em termos científicos, o fator justificativo de maior relevância no que concerne ao reconhecimento da Enfermagem como disciplina do conhecimento, este processo deve ser dotado de reciprocidade no que respeita às restantes Ciências da Saúde, considerando o conhecimento em saúde como um espaço intelectual livre, constituído por várias ciências que perspetivam os fenómenos de saúde-doença de forma singular mas que podem contribuir entre si em áreas de interesse mútuo. De facto, em 1985, Afaf Meleis (Meleis, 1985) – teórica de reconhecido valor para o desenvolvimento conceptual da Enfermagem – defendeu que o conhecimento desenvolvido por outras disciplinas poderia contribuir para o avanço do conhecimento em Enfermagem, desde que o mesmo fosse enquadrado na perspetiva desta ciência em particular. O referido argumento não só permanece atual, como é fundamentador de um movimento gerador de reflexões e debates pertinentes no que respeita à disciplina e profissão de Enfermagem nos panoramas nacional e internacional (Silva, 2007), que se designa por Enfermagem Avançada. O movimento de crescente conceptualização, por oposição à anterior lógica executiva vigente no exercício profissional dos enfermeiros, tem permitido que os mesmos sustentem a prática clínica no seu próprio conhecimento, decorrente da investigação e das teorias de Enfermagem (Silva, 2007).

A identificação e caracterização da relação entre o humor e a vivência de processos de luto profissional constitui um problema de investigação multidimensional, com contributos inequívocos e exclusivos para o corpo científico da Enfermagem, mas igualmente passíveis de se assumirem como profícuos ao desenvolvimento de outras ciências. A exploração, através da investigação, dos atributos desta relação pode ser

propulsionadora da evidência dos contributos da Enfermagem para a necessidade de repensar em termos epidemiológicos, sociais, económicos e éticos os cuidados de saúde disponibilizados por este grupo profissional.

Os enfermeiros são profissionais que lidam, sobretudo em contexto de cuidados paliativos, com um conjunto de experiências de perda extremamente desafiantes. Estas não ocorrem de forma esporádica mas sim repetida no tempo, ao longo de vários anos de exercício profissional. Frequentemente estes profissionais não têm acesso a um tempo ou espaço próprios para que estas sejam trabalhadas em função do seu desenvolvimento pessoal sustentado e sem uma sobrecarga excessiva que poderia limitar a sua capacidade de continuar a cuidar. Lidando com eventos associados à perda e à morte, os enfermeiros entram em contacto com o que de mais íntimo existe na vida das pessoas de quem cuidam. Como poderiam eles não ser tocados pela proximidade com esta experiência humana tão singular? A evidência científica diz-nos que estes profissionais são inevitavelmente afetados pela vivência contínua das perdas dos outros (Fingley, 1995; Hopkinson, et al., 2005; Ekedahl e Wengstrom, 2006; Gerow, et al., 2010; Espinosa, et al., 2010), mas será que têm o suporte necessário?

Esta dissertação de Mestrado em Enfermagem Avançada reflete os resultados de um projeto de investigação desenvolvido ao longo de dois anos, com enfoque nas experiências de luto dos enfermeiros que cuidam em contexto de cuidados paliativos, procurando compreender se o sentido de humor influi nos níveis de sobrecarga de luto profissional percebidos pelos enfermeiros. Este estudo quantitativo e correlacional permitiu determinar o nível de sobrecarga de luto profissional nos enfermeiros que trabalham em cuidados paliativos que constituíram a amostra, conhecer o seu sentido de humor e encontrar correlações importantes entre dimensões específicas destes dois conceitos.

No que respeita à sua estrutura, a presente dissertação encontra-se sistematizada de acordo com a metodologia de investigação que lhe serviu de base. Em primeiro lugar, apresenta-se um capítulo dedicado à compreensão do problema de investigação, enquadrando-o conceptualmente no seu âmbito científico e recorrendo-se a vários teóricos e estudos na área da Morte, dos Cuidados Paliativos, do Luto e do Humor. Em seguida, é apresentado o enquadramento empírico da problemática, através da caracterização dos estudos atualmente disponíveis que demonstram a relação entre estes conceitos e que constituem um ponto de partida importante em termos de conhecimento e de reflexão. No capítulo

seguinte encontra-se descrita a metodologia de investigação – definindo-se a questão de investigação, os objetivos, os procedimentos relativos à constituição da amostra e os instrumentos de colheita de dados utilizados. São também discutidas as questões éticas inerentes aos procedimentos metodológicos deste projeto. Seguem-se os capítulos de apresentação dos resultados e a sua respetiva discussão, procurando-se o significado subjacente aos dados obtidos e procedendo-se a uma análise que se pretende enriquecida pelos contributos de outras investigações. Por fim, apresentam-se um conjunto de conclusões e recomendações para futuras investigações, bem como as referências bibliográficas que serviram de base científica e metodológica a todo este projeto.

1. ENQUADRAMENTO CIENTÍFICO

Neste capítulo pretende-se enquadrar do ponto de vista teórico, conceptual e empírico, a problemática do luto profissional em contexto de prestação de cuidados paliativos, a importância do sentido de humor no cuidado à pessoa em fim de vida e a forma como os conceitos envolvidos se relacionam. Pretende-se, ainda, definir o atual estado do conhecimento no que respeita ao problema em estudo.

O cuidado à pessoa em fim de vida, o luto e o humor são três domínios teóricos com expressão significativa no conhecimento em saúde. Várias teorias, particularmente as desenvolvidas no domínio da Enfermagem, constituem-se como contributos relevantes para um enquadramento do estudo dos efeitos do humor na vivência dos processos de luto profissional. Evidência científica produzida por outras áreas do conhecimento revelou-se igualmente útil para a contextualização da problemática, bem como documentos emitidos por autoridades sociais, nomeadamente o Alto Comissariado da Saúde, no que respeita à saúde em Portugal.

Estudos científicos sobre o humor e o luto dos enfermeiros têm sido conduzidos em Portugal, de forma conceptualmente independente, por profissionais e teóricos de distintos domínios disciplinares na área científica da saúde, sendo este facto o reflexo provável do interesse da sua apropriação para o enriquecimento dos respetivos objetos de estudo. No entanto, deve realçar-se que não se encontram atualmente publicados quaisquer estudos de investigação realizados no nosso país especificamente dirigidos à compreensão da relação entre o humor e o luto dos enfermeiros, nomeadamente naqueles que cuidam de pessoas em contexto de cuidados paliativos.

1.1. A MORTE E O CUIDADO EM FIM DE VIDA – A REALIDADE DOS ENFERMEIROS

A problemática da hospitalização da morte – de relevo político, social, científico e profissional – apresenta repercussões importantes para todas as ciências e disciplinas intimamente relacionadas com a saúde e a doença, nomeadamente para a Enfermagem.

Sabe-se que este movimento de transferência da morte para o meio institucional é hoje indutor de novas exigências para os profissionais de saúde, cujo esforço pessoal no alívio do sofrimento em fim de vida deve ser acompanhado de um investimento concertado com as políticas organizacionais, já que este suporte condiciona positivamente a qualidade dos cuidados prestados pelos mesmos (Hopkinson, et al., 2005).

O Alto Comissariado da Saúde publicou, em 2011, alguns dos mais recentes dados relativos à morte em Portugal, provenientes de um estudo realizado com o intuito de compreender a realidade portuguesa e permitir a definição de prioridades de atuação neste domínio. As conclusões revelaram um aumento substancial do número de mortes ocorridas em ambiente hospitalar (que apresenta um sentido crescente desde a Segunda Guerra Mundial), sabendo-se que se em 1958 apenas 11% dos portugueses morria num hospital, em 2008 esta percentagem atingia já os 61% (Machado, et al., 2011). Também Frias (2008) afirma que em Portugal, desde o ano de 1990, a morte tem vindo a consolidar-se nas organizações de saúde, com um aumento superior a 200%. Trata-se, desta forma, de um célere movimento de mudança social no que respeita à transição da morte para o contexto institucional e à forma como a mesma é vivenciada pelos cidadãos portugueses da atualidade, doentes ou profissionais de saúde.

Tendo por base esta premissa, assumiu-se como relevante conhecer as condições em que estas pessoas experienciam o seu fim de vida. De acordo com Twycross (2003), nos últimos anos, tem vindo a verificar-se a criação de serviços de prestação de cuidados paliativos num número crescente de países, especialmente em resposta às necessidades das pessoas com cancro incurável. No que respeita à disponibilidade destes cuidados em Portugal, o Alto Comissariado da Saúde inquiriu vários serviços hospitalares a nível nacional e concluiu que os mesmos são deficitários face às necessidades e que, ainda que se tenha verificado uma tendência para a melhoria, Portugal era em 2008 apenas “o 31º de 40 países na disponibilidade de cuidados em fim de vida, segundo um ranking citado da *Economist Intelligence Unit*” (Machado, et al., 2011).

Também Capelas (2009) concluiu num estudo de estimação de necessidades em cuidados paliativos (baseado em dados demográficos do Instituto Nacional de Estatística – INE - relativos a 2007), que Portugal apresenta um défice importante de recursos humanos e materiais afetos a esta área do cuidado, nomeadamente no que respeita a equipas comunitárias e intra-hospitalares, unidades e camas de internamento, bem como profissionais – enfermeiros e médicos - com formação específica em Cuidados Paliativos (Tabela 1). Identificou-se também neste estudo a existência de cerca de 62000 doentes com necessidade de cuidados paliativos, atribuindo-se um papel prioritário ao desenvolvimento de equipas de cuidados domiciliários e de apoio intra-hospitalar, seguido da implementação de unidades e camas em internamento.

Tabela 1 - Estimativa das necessidades de recursos humanos e materiais em Cuidados Paliativos no ano de 2007; Adaptado de Capelas (2009)

Estimativa de Necessidades em Cuidados Paliativos	Unidades	Médicos	Enfermeiros
Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos	133	265	465
Equipas Intra-hospitalares de Suporte em Cuidados Paliativos	102	204	357
Unidades de Internamento de Cuidados Paliativos em Instituições de Agudos	14	106	266
Unidades de Internamento de Cuidados Paliativos em Instituições de Média e Longa duração (doentes crónicos)	28	56	223

De acordo com os dados disponibilizados pela Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos (APCP) na sua página *online* de acesso livre, existem atualmente 12 unidades que disponibilizam cuidados paliativos no domicílio e 13 que dispõem de camas para internamento. Apenas 12 unidades em todo o país disponibilizam o acesso a consultas externas, 12 facilitam apoio por via telefónica a doentes, famílias e profissionais, existindo apenas 14 equipas intra-hospitalares. Ainda que estes dados reportem exclusivamente a equipas que cumpram os requisitos de profissionais de saúde, formação específica e disponibilidade de fármacos da APCP, são naturalmente reveladores da discrepância entre as necessidades que se encontram identificadas e aquelas que já foram efetivamente respondidas.

O Alto Comissariado da Saúde, através da análise de vários serviços não específicos para a prestação de cuidados paliativos – na sua maioria de Medicina, Cirurgia e Cuidados Intensivos – verificou que cerca de 68% dos mesmos tinha orientações para a abordagem e acompanhamento à pessoa em fim de vida, ainda que muitas não estivessem suportadas em documentos e protocolos escritos. Dos enfermeiros abrangidos pelos referidos serviços, aproximadamente 75% prestava cuidados a mais de 10 pessoas em fim de vida por ano, mas apenas cerca de metade do total de enfermeiros havia tido acesso a formação pré-graduada, percentagem que diminuía para 37,5% no que respeitava a formação pós-graduada (Machado, et al., 2011). Estes dados revelam também a disparidade entre a percentagem de enfermeiros que é exposta com regularidade à morte e aquela que efetivamente tem formação adequada para lidar com a mesma em contexto profissional. A preparação deficitária dos enfermeiros e de outros profissionais é igualmente reforçada no Programa Nacional de Cuidados Paliativos, onde pode ler-se que “*o apoio aos doentes sem perspetiva curativa constitui um défice na formação dos profissionais de saúde*” (Direcção Geral da Saúde, 2004).

Porque apresentam os profissionais de saúde este défice?

Poderá a História explicar porque é tão difícil cuidar do Outro em fim de vida?

As atitudes do homem relativamente à morte sofreram mudanças evidentes ao longo do tempo, fruto da conjugação de influências históricas, sociais e filosóficas (Magalhães, 2009). Se no passado a relação com a morte era de naturalidade e proximidade, mais recentemente a morte é vivida de forma reprimida e distante. Phillipe Ariès (1975), referência na área dos estudos históricos sobre as atitudes do homem ocidental perante a morte, dividiu-as em quatro momentos sucessivos, da Idade Média até aos dias de hoje – desde a morte presente na vida de todos, encarada de perto com naturalidade, sem emoções ou expressões dramáticas, até à morte longínqua, tensa, dramática e “*inominável*” de hoje, como a caracteriza o historiador. Na Idade Média, particularmente até ao século XII, a morte era experienciada pelo próprio de forma previsível, anunciada por sinais naturais ou, mais frequentemente, pela convicção íntima do próprio de que esta se aproximava. Socialmente, a pessoa moribunda esperava a morte no leito, acompanhada por familiares e outros, incluindo crianças, já que todo o processo se tratava de uma cerimónia pública, aberta a todos os que a nela quisessem participar. Este público respeitava o cumprimento de determinados rituais, sem expressar de forma dramática as suas emoções. Pela familiaridade com que a morte era vivida, esta é a morte que Ariès define como *Morte Domesticada*. A partir dos séculos XI – XII, algumas mudanças subtis foram introduzidas na vivência da morte: o homem aceitava-a como uma lei da natureza, um destino coletivo, mas a primeira tendência dramática surge, principalmente nas classes mais altas, associada à ideia de que o moribundo revia a sua vida no momento da morte e de que pela morte se separava das suas coisas e pessoas queridas. Pela maior consciência de si próprio experienciada neste período, Ariès define-o como *A morte de si próprio*. No século XVIII as mudanças são bem mais evidentes: o homem foca-se na morte do outro – por oposição à sua própria morte – toma-a como movimento de rotura e quer-a dramática, impressionante, exaltada com agitação e emoções expressas de forma exuberante através do choro, da oração e da gesticulação. De acordo com o autor, esta é a época dos lutos que hoje seriam classificados como histéricos, justificados pela maior dificuldade com que o homem aceita a morte do outro. A verdadeira revolução dá-se já no final do século XIX/ início do século XX, quando a morte se torna vergonhosa, algo que se deve ocultar e que é interdita. É nesta época que surge a necessidade dos familiares de ocultar do moribundo a gravidade da sua doença, primeiramente com a motivação de

o proteger mas também com o intuito secundário de proteger a sociedade do incómodo e da emoção associada à morte. Surgiu então aquela que atualmente se designa por *Conspiração do Silêncio*. Esta atitude foi também precipitada, entre 1930 e 1950, pela transferência da morte do leito doméstico para o hospital, considerado como o local onde se cura ou se morre porque não se consegue curar. A família transferiu a iniciativa que anteriormente era sua para os profissionais de saúde que passaram a ser os *senhores da morte*, enquanto a família se retrai, guardando a emoção para a sua vida privada. De facto, a expressão pública do desgosto é reprimida e a vivência do luto assume-se como um ato solitário (Ariès, 1975).

Os Cuidados Paliativos surgiram na última das quatro fases defendidas por Ariès, numa época em que a morte é vista como um desafio, uma perda solitária e cujo luto deve se vivido com contenção. A morte já não ocorre em casa e os profissionais de saúde emergem como uma alternativa de cuidados humanizadores, promotores da vida, da autonomia e da qualidade de vida.

Quando surgiram então os Cuidados Paliativos?

Qual o seu impacto nos enfermeiros cuidadores das pessoas em fim de vida?

Os Cuidados Paliativos, enquanto movimento moderno de prestação de cuidados às pessoas em fim de vida, surgiram na década de 1960, no Reino Unido (Saunders, 2000). De acordo com Cicely Saunders (2000), enfermeira e posteriormente também médica, o movimento de modernização dos cuidados paliativos – designado por *Hospice Movement* – teve início com uma experiência de cuidado particular que catalisou a necessidade de desenvolver uma investigação profunda, ao longo de vários anos, sobre as necessidades das pessoas em fim de vida e sobre os seus contributos para os profissionais de saúde. Este movimento, de forma transversal e adaptada a cada cultura, defende que as pessoas devem ser ajudadas a morrer pacificamente e a viver a vida que lhes resta com todo o seu potencial.

Em 1990 a Organização Mundial de Saúde (OMS) apresentou a primeira definição de Cuidados Paliativos (reformulada posteriormente em 2002), definindo-os como uma abordagem que visa a melhoria da qualidade de vida das pessoas e famílias que enfrentam problemas associados a doenças incuráveis que constituem risco de vida, através da prevenção e alívio do sofrimento, com recurso à identificação precoce, avaliação e tratamento de problemas físicos - como a dor – psicológicos e espirituais (OMS, 2002).

Hoje defende-se igualmente que os Cuidados Paliativos constituem uma filosofia de cuidar em desenvolvimento, que equilibra simultaneamente a promoção da vida e de uma boa morte na pessoa em fim de vida (Capelas, 2014).

Com o desenvolvimento sustentado desta área ao longo das últimas décadas, as questões sociais e éticas da disponibilidade e acessibilidade aos cuidados paliativos emergiram no discurso de várias entidades internacionais de relevo, em vários documentos de referência, nos quais se incluem a *Cape Town Declaration* (Mwangi-Powell, et al., 2003), *Korea Declaration* (National Hospice and Palliative Care Associations, 2005), *Budapest Commitments* (European Association for Palliative Care, 2007) e a Carta de Praga (European Association for Palliative Care; International Association for Palliative Care; Worldwide Palliative Care Alliance; Human Rights Watch, 2013)

Os profissionais de saúde, incluindo os enfermeiros, envolvidos na prestação de cuidados paliativos, são simultaneamente confrontados na sua prática clínica com as exigências associadas ao cuidado da pessoa e da sua família, com a já esclarecida limitação de recursos materiais e humanos, bem como com a atribuição pelos próprios e pela sociedade de um papel de onipotência impossível de concretizar. Para Mercadier (2004), todos os prestadores de cuidados se sentem incumbidos de cuidar do outro, ainda que confundam e limitem muitas vezes esta missão a uma vertente estritamente curativa. Uma vez que esta nem sempre é possível, a morte é frequentemente percebida como um fracasso por estes profissionais. Vários autores (Abiven, 2001; Mercadier, 2004; Frias, 2008) debruçaram-se já sobre o impacto emocional do cuidado à pessoa em fim de vida, defendendo de forma transversal que nenhum enfermeiro envolvido numa interação de cuidado genuíno sai incólume da mesma. A evidência científica demonstra, no entanto, que os enfermeiros parecem estar pouco preparados para entender e ajudar as pessoas e famílias no processo de morrer, vivenciando respostas emocionais – como o medo, a frustração, a insegurança ou a ansiedade – que dificultam a interação com o outro e limitam por isso a capacidade de cuidar e comunicar (Frias, 2008).

Em síntese, ainda que a morte se tenha assumido historicamente como um evento cada vez mais tecnológico, de índole negativa e distante do ambiente familiar, os enfermeiros, enquanto profissionais de saúde, são forçados a lidar com as exigências da morte de uma forma mais próxima, intensa e repetida no tempo do que o comum cidadão. Importa, no entanto, ressaltar que os prestadores de cuidados apreendem com maior serenidade a “*boa morte*” – defendida pelos Cuidados Paliativos – do que a “*bela morte*”, aquela que

não exige mais do que a presença indispensável, que ocorre rapidamente e sem angústia excessiva ou expressões dramáticas (Mercadier, 2004).

1.2. O LUTO PROFISSIONAL DOS ENFERMEIROS

O confronto com a morte constitui uma situação frequentemente encontrada na prática clínica pelos profissionais de saúde, nomeadamente pelos enfermeiros (Buglass, 2010; Gerow, et al., 2010).

Os enfermeiros que trabalham em cuidados paliativos são confrontados com um conjunto de múltiplos *stressors*. O stress associado ao local de trabalho foi definido por Lambert & Lambert (2008) como o resultado físico ou emocional que decorre do desequilíbrio entre as exigências laborais e a capacidade de resposta do indivíduo face às mesmas e afirmam que as suas repercussões se manifestam sintomaticamente em termos cognitivos, físicos, emocionais e comportamentais. O stress que se prolonga indeterminadamente no tempo assume características de cronicidade e influi no bem-estar. De acordo com os mesmos autores, o contacto constante com o processo de morrer e com a própria morte constitui um dos *stressors* mais prevalentes nos enfermeiros (Lambert & Lambert, 2008).

De acordo com Greenstreet (2004) e Buglass (2010), o Luto, enquanto conceito e fenómeno inerente à vida humana, tem vindo a ser alvo de múltiplas abordagens teóricas, particularmente no domínio da Psicologia. Várias abordagens descrevem de forma distinta a forma como este processo é vivenciado, distinguindo-se entre os modelos tradicionais, baseados em fases ou tarefas que se sucedem ao longo do tempo – nos quais se incluem os modelos de Lindemann (1944), Freud (1961), Kubler-Ross (1969), Bowlby (1973), Parkes (1998) e Worten (1991) – e o Modelo do Processo Dual de Luto, de Strobe e Schut (1999, 2010).

De acordo com o Modelo do Processo Dual de Luto, o luto consiste num processo de enfrentamento simultâneo da experiência de morte e das alterações no estilo de vida que desta decorrem. Este modelo defende que a pessoa em luto oscila entre comportamentos de *coping*¹ orientados para a perda – que incluem o trabalho de luto, a negação, o evitamento das mudanças provocadas pela perda e a quebra dos laços existentes – e processos orientados para o restabelecimento – tais como as mudanças, a distração, o

¹ Entende-se por *coping* um conjunto dinâmico de esforços cognitivos e comportamentais, utilizados para lidar com exigências – externas ou internas – que são percebidas como penalizadoras ou excessivas face aos recursos da pessoa (Lazarus e Folkman, 1984).

envolvimento em novas atividades e o estabelecimento de novos papéis e relações (Stroebe e Schut, 1999). Apesar de ambos os processos serem necessários, o ênfase em cada um dos tipos de *coping* – focado nas emoções ou na resolução do problema – pode diferir entre indivíduos de acordo com características individuais como o género, traços de personalidade, circunstâncias da perda e factores culturais (Buglass, 2010). O luto é assim entendido como um processo de coping dinâmico, flutuante e regulatório entre a confrontação e o evitamento da perda, considerando-se que esta oscilação é necessária para que o mesmo seja realizado de forma adaptativa (Stroebe e Schut, 1999, 2010).

O Modelo do Processo Dual do Luto parece ser, de facto, um modelo mais próximo da realidade do que os modelos anteriores que sugerem fases sucessivas, caracterizadas por determinados comportamentos fixos e não oscilantes. É igualmente inovador pela relevância que atribui a *stressors* secundários à própria perda, bem como à caracterização do luto como um processo simultaneamente intra e interpessoal, considerando-se que as interações com os outros e a forma de luto que estes assumem podem afetar a capacidade de adaptação do próprio indivíduo à perda sofrida (Stroebe e Schut, 1999, 2010).

Ainda que a apropriação do conhecimento disponível acerca dos processos de luto seja essencial à prática dos enfermeiros, pelo seu valor no cuidado às pessoas e famílias a experienciar a proximidade do fim de vida ou a própria morte (Buglass, 2010), também este grupo profissional está francamente susceptível à experiência destes processos, de uma forma frequentemente pouco visível e, conseqüentemente, negligenciada. Reflexo deste facto é a escassa investigação disponível no que respeita aos mecanismos inerentes ao processo de luto destes profissionais e aos factores que podem atenuar as suas conseqüências.

Numa revisão da literatura desenvolvida por Wilson e Kirshbaum (2011) sobre o impacto da morte de pessoas doentes nos enfermeiros e do suporte que os mesmos consideram útil destacam-se alguns aspectos fulcrais à compreensão desta problemática, que se encontram em seguida aprofundados. A estes acrescentam-se, também, contributos de outros autores.

- O luto dos enfermeiros pode não ser socialmente reconhecido

Os estudos de Doka (1987, 2002) – com enfoque no impacto do luto em relações não tradicionais na década de 80, tais como as relações extra-matrimoniais ou homossexuais – contribuíram de forma determinante para o reconhecimento de que existem alguns tipos de luto que não são socialmente reconhecidos, ainda que os sentimentos relacionados com

perda não sejam de menor intensidade. De acordo com este autor, os profissionais de saúde podem experienciar um luto não reconhecido – designado originalmente por *disenfranchised grief* – quando a expressão da sua resposta emocional à morte de uma pessoa doente de quem tenha cuidado não é validada no seu local de trabalho pelos restantes profissionais. Também Gerow, et al. (2010) afirmam que a vulnerabilidade e impacto da morte nos enfermeiros é frequentemente invisível aos olhos de terceiros.

Sem o reconhecimento da morte como perda para os enfermeiros cuidadores, o direito ao luto não é legitimado, pelo que estes não são normalmente incluídos nos rituais que rodeiam a morte – tais como os funerais ou outros memoriais – e dispõem de menos fontes de suporte formal e informal (Wilson e Kirshbaum, 2011).

- A cultura das instituições tem impacto no luto dos enfermeiros

Cada instituição de cuidados de saúde tem uma cultura própria, definida por um conjunto de crenças e padrões de comportamento. De acordo com Doka (2002), é a cultura que determina quem deve fazer o luto de uma dada perda, que perdas devem ou não desencadear repostas de luto e de que forma as mesmas devem ou não ser expressas. O mesmo autor defende que a família é, por norma, aquela a quem o direito ao luto é mais facilmente reconhecido, ficando muitas vezes excluídos os amigos, colegas e, inclusivamente, os profissionais de saúde.

- O cuidado à pessoa em fim de vida tem impacto nos enfermeiros

Um estudo realizado por Kubler-Ross e Worden (1997) com mais de 5000 profissionais de saúde revelou que 98% dos mesmos tinha dificuldade em lidar com alguns doentes em fim de vida. Os enfermeiros, em particular, reconheceram que o cuidado a pessoas jovens ou da mesma idade e género pode ser particularmente difícil.

São várias as consequências do luto dos profissionais de saúde. Num estudo de Rickerson, et al. (2005), conduzido em instituições de internamento de doentes crónicos nos Estados Unidos da América (EUA), concluiu-se que os efeitos mais frequentemente relatados pelos profissionais foram sentimentos de tristeza, choro, pensamentos sobre a morte e o impacto negativo da morte nas suas relações familiares e profissionais. Concluiu-se também que os profissionais que experienciavam mais sintomas relacionados com o luto eram aqueles que tinham trabalhado mais tempo nestas instituições e que tinham relações de maior proximidade e duração com as pessoas doentes que tinham morrido.

Também de acordo com Gerow, et al. (2010), os enfermeiros que cuidam de pessoas em fim de vida experienciam um conflito de papéis resultante do facto de se assumirem como uma fonte de suporte para o doente e família e, simultaneamente, experienciam o impacto da perda de determinada pessoa doente com quem tinham uma relação de proximidade. Este conflito pode conduzir à adoção de mecanismos de *coping* ineficazes, tais como o evitamento ou a compartimentalização, com consequências negativas na saúde dos profissionais. De acordo com os mesmos autores, os enfermeiros criam uma *Cortina de Proteção* que lhes permite manter a capacidade de cuidar de outros.

- A experiência e as situações pessoais têm impacto no luto dos enfermeiros

Todos os profissionais têm uma história de vida, traços culturais e experiências que estão presentes aquando do desempenho da sua função enquanto profissionais de saúde, de forma mais ou menos evidente, e que têm provavelmente impacto na forma como os mesmos lidam com a morte no contexto profissional. A investigação sobre esta influência é ainda escassa e não permite estabelecer relações definitivas entre as experiências pessoais de morte e a resposta à morte de uma pessoa doente em contexto laboral. No entanto, Wilson e Kirshbaum (2011) defendem que as experiências pessoais positivas, bem integradas, podem contribuir positivamente para a vivência de experiências de morte em contexto laboral e que, pelo contrário, as situações de luto de familiares e amigos não concluídas, podem tornar o profissional mais vulnerável ao contacto com a morte daqueles de quem cuida.

- Os enfermeiros precisam de formação e de apoio no luto

Face aos desafios inerentes à exposição repetida à morte, a evidência sugere que os profissionais apresentam necessidades de formação e de apoio, seja este formal ou informal.

Apesar de atualmente se reconhecer que os enfermeiros experienciam o luto pelas pessoas de quem cuidaram, muitos destes profissionais não receberam qualquer tipo de formação ou treino relativamente ao processo de luto e aquela a que tiveram acesso tem sobretudo enfoque nas intervenções de suporte à pessoa e à família (Wright e Hogan, 2008). Os benefícios da formação sobre o luto, as suas teorias e os recursos de suporte na sua vivência, foram evidenciados no estudo de Fessick (2007), tendo-se demonstrado que os profissionais que haviam tido acesso a formação relataram sentir ter as ferramentas necessárias para lidar com a perda, bem como o facto de poderem partilhar os seus

sentimentos com os pares e, conseqüentemente, considerarem a equipa mais forte e unida. Também Chan e Tin (2012) defende que a aquisição de conhecimentos e competências nesta área pode ajudar na redução do stress laboral e potenciar a capacidade de lidar com os desafios relacionados com a morte. Os mesmos autores referem, no entanto, que uma adequada resposta a estes desafios transcende o desenvolvimento de competências técnicas, sendo necessário que os profissionais invistam no desenvolvimento pessoal como resposta aos desafios emocionais e existenciais que emergem no cuidado à pessoa em fim de vida.

No que respeita ao apoio na vivência do luto, o trabalho de McCreight (2004) sugere que alguns profissionais de saúde tendem a evitar fontes de apoio formal pelo facto de considerarem implícita a assunção de que são emocionalmente incapazes de lidar com o seu trabalho, recorrendo por isso a fontes de suporte informal. Estes dados foram reforçados pelo estudo de Rickerson, et al. (2005) – já anteriormente abordado – segundo os quais mais de 80% dos participantes relataram o uso de mecanismos de suporte informal, tais como a partilha com colegas e amigos. As relações com colegas constituem um recurso importante por permitirem a partilha com aqueles que vivem experiências semelhantes e que podem contribuir nos processos de tomada decisão. No entanto, Hopkinson, et al. (2005) reforça também a importância dos familiares da pessoa doente em fim de vida, por colaborarem com o profissional em actividades como a alimentação, por providenciarem informação sobre a pessoa e por facilitarem feedback acerca dos seus sentimentos de adequação, ou não, relativamente às decisões tomadas sobre o seu familiar. O envolvimento de outros parece ser, desta forma, um recurso importante para os enfermeiros.

Por fim, também a distração e o humor – este abordado em maior profundidade no subcapítulo seguinte – partilhados mais frequentemente com os pares, e de forma mais ocasional com a pessoa doente, integram o leque de recursos que os enfermeiros utilizam para lidar com os desafios inerentes ao cuidado da pessoa em fim de vida (Hopkinson, et al., 2005).

1.3. O HUMOR E O CUIDADO DE ENFERMAGEM À PESSOA EM FIM DE VIDA

O Humor foi, durante séculos, um conceito largamente debatido estimando-se a existência de mais de uma centena de teorias sobre o humor (Foot e McCreaddie, 2006). No domínio filosófico, são três as teorias que se destacam pela sua dominância: a Teoria da Superioridade – *Superiority/Tendentious/Disparagement Theory* – de Hobbes (1588-

1679), a Teoria da Incongruência – *Incongruity Theory* – de Kant (1724-1804) e a Teoria da Libertação da Tensão – *Relief/Reliese Theory* – de Freud (1856-1938) (McCreddie e Wiggins, 2007).

De acordo com Thorson e Powell (1993a), o sentido de humor de cada indivíduo constitui-se como um mapa cognitivo que difere entre indivíduos, caracterizado por áreas presentes ou ausentes, mais ou menos desenvolvidas, que condicionam um padrão de sentido de humor único em cada indivíduo. O humor é defendido por estes autores como um conjunto de elementos que inclui:

- *O reconhecimento de si próprio como uma pessoa humorosa.* Este fator é condicionado por experiências anteriores de sucesso ou insucesso e implica que cada indivíduo tem diferentes graus de motivação para a utilização do humor;
- *O reconhecimento do humor dos outros,* também este dependente das experiências individuais anteriores;
- *A apreciação do humor,* dependente da atitude que cada um tem face ao mesmo, à sua utilização ou a um tipo particular de humor, como o humor negro;
- *O riso,* que constitui uma das respostas comportamentais de reconhecimento do humor, mas não a única;
- *A perspectiva,* que consiste na forma como cada um olha a vida e que determina se o indivíduo consegue utilizar o humor para lidar de forma mais positiva com os acontecimentos da vida;
- *O humor como mecanismo de coping,* que se refere à capacidade da pessoa utilizar o humor como um meio adaptativo de enfrentamento das situações.

A Psicologia contribuiu inegavelmente para o desenvolvimento conceptual do Humor, tendo sido esta a ciência a estabelecer de forma inaugural a relação entre o humor e a saúde. Esta relação foi largamente aprofundada por Martin e Lefcourt (2004), que defenderam o carácter positivo da relação entre o humor e a saúde e que a classificaram como decorrente de quatro processos distintos, caracterizados por relações diretas e indiretas. Assim, no que respeita às relações diretas, destacam-se as consequências fisiológicas do humor, com enfoque em três áreas dominantes – a dor, os efeitos cardiovasculares e a imunidade – bem como as consequências emocionalmente positivas. Relativamente às relações de carácter indireto, destacam-se a moderação dos efeitos

negativos do *stress* bem como os benefícios em termos de competência nas relações interpessoais e de suporte social.

No que respeita à Enfermagem, é ainda notória uma escassez demarcada no que respeita à investigação realizada por enfermeiros com enfoque no humor (McCreaddie e Wiggins, 2007). De facto, o humor só surgiu associado aos cuidados de saúde com a publicação das obras de Vera Robinson, cuja primeira edição remonta a 1977, e de Cousins (1979). No panorama nacional, destacam-se naturalmente os estudos realizados por José (2002, 2010) pelo facto de se assumirem como singulares no conjunto de toda a investigação em Enfermagem realizada em Portugal. Os mesmos contribuíram, não só para o reconhecimento da necessidade de integrar o humor na prática clínica dos enfermeiros, mas também para o acrescentar deste novo conhecimento, baseado na evidência, ao corpo científico da Enfermagem, contribuindo assim para o desenvolvimento desta disciplina.

A evidência científica demonstrou inequivocamente que a integração do humor na ação profissional dos enfermeiros é fortemente favorecedora do estabelecimento da relação entre estes e as pessoas de quem cuidam (Astedt-Kurki e Liukonnen, 1994; Astedt-Kurki et al., 2001). O valor do humor no cuidar em enfermagem transcende a sua utilização no estabelecimento relacional, contribuindo igualmente para o seu aprofundamento e genuinidade, tornando as interações mais verdadeiras (Johnson, 2002).

O humor capacita simultaneamente enfermeiros e pessoas com necessidades de cuidados de enfermagem para a gestão de situações e procedimentos de índole negativa (Beck, 1997; Astedt-Kurki e Isola, 2001; Astedt-Kurki et al., 2001), transversais a múltiplos contextos de intervenção, nos quais se incluem as unidades de prestação de cuidados paliativos. A investigação, ainda que limitada, permitiu já demonstrar a ubiquidade do humor e do riso neste contexto específico de cuidado, bem como o reconhecimento das funções de carácter humanizador que lhes são subjacentes (Dean e Gregory, 2005). De acordo com Dean e Major (2008), o valor do humor em cuidados paliativos reside, não na capacidade de alterar a realidade, mas na de promover mudanças afetivas e psicológicas facilitadoras da humanização das experiências de doença, tanto para os profissionais de saúde como para as pessoas de quem estes cuidam. De facto, já em 1996, havia sido identificado num estudo de investigação com 6 profissionais de saúde em cuidados paliativos que o humor constitui um recurso da equipa face às funções que têm que desempenhar, reduzindo o stress acumulado decorrente do cuidado permanente a pessoas doentes em fim de vida (Knight, 1996).

Um dos estudos de referência sobre a utilização do humor em cuidados paliativos (Dean e Gregory, 2005) contribuiu também inequivocamente para a compreensão do humor neste contexto específico de cuidado. Este permitiu não só a caracterização dos tipos de humor presentes, como a sua intensidade, funções, fatores influentes e estratégias de utilização na prática clínica, resumidos na Figura 1.

Figura 1 - O humor em cuidados paliativos, adaptado de Dean e Gregory (2005)



O humor não é, no entanto, uma competência simples ou de uso indiscriminado. No que concerne à operacionalização criteriosa e competente do humor, também o Modelo SMILES (Borod, 2006) foi especificamente construído para os contextos de prestação de cuidados paliativos e contribuiu inequivocamente para o desenvolvimento científico e instrumental desta ferramenta de intervenção. De acordo com o autor, a abordagem à pessoa em fim de vida deve reger-se por 6 passos fundamentais, práticos e objetivos, descritos na Tabela 2.

Tabela 2 – O Modelo SMILES, adaptado de Borod (2006)

O modelo SMILES	
S	Sorrir <i>(Smile)</i>
M	Estabelecer contacto visual <i>(Make eye contact)</i>
I	Usar a intuição e a imaginação <i>(Intuition and Imagination)</i>
L	Procurar, ouvir e aproveitar as oportunidades <i>(Look for, listen to and leap at the opportunity)</i>
E	Relembrar interações anteriores <i>(Elephants never forget)</i>
S	Ser sensível face à situação <i>(Sensitive to the situation)</i>

Borod (2006) defende que o sorriso (S) é uma forma de expressão que permite uma aproximação do outro em fim de vida, tanto através do sorriso contagiante, como do sorriso invertido que permite empatia e reconhecimento da angústia que o outro vive. O estabelecimento de contacto visual (M) é igualmente importante, por permitir ao profissional recolher informações sobre o estado de espírito e disponibilidade para o humor, mas também por se tratar de uma forma de reconhecimento do outro. A intuição e a imaginação (I) são também essenciais e devem ser utilizados para identificar situações ou objetos – como a roupa que a pessoa tem vestida, o tabuleiro da refeição ou determinadas visitas – que permitam introduzir o humor na interação. Este ponto relaciona-se intimamente com a capacidade de escutar e aproveitar as oportunidades (L) que nos são facultadas pelas pessoas doentes, de forma nem sempre explícita, através de verbalizações em surdina ou iminentemente provocatórias face ao profissional de saúde. A introdução de memórias de outros momentos previamente vividos pelo profissional e pela pessoa doente (E) permite também criar um atalho para a introdução do humor na interação, já que reforça o sentimento de proximidade. Por fim, também a sensibilidade é essencial para reconhecer os momentos em que o humor pode ser desadequado. Tal como Dean e Gregory (2005) e Borod (2006) defendem, os momentos de maior angústia ou de descontrolo sintomático não devem ser eleitos para a introdução do humor, sendo este frequentemente melhor aceite pela pessoa doente do que pela família, pelo que é preferível o seu uso em interações em que estes estão ausentes.

Ainda que estes modelos apresentem estratégias indubitavelmente focadas na pessoa doente e nos benefícios que os mesmos retiram das interações humorosas introduzidas pelos profissionais, a literatura demonstrou já que a construção deste tipo de relações é

também facilitadora do ato de cuidar para estes profissionais (Beck, 1997), facilitando a comunicação e diminuindo o *stress* e a tensão percebida pela situação de doença, dependência e de iminência da morte (Astedt-Kurki, et al., 2001; Dean e Gregory, 2005).

2. ENQUADRAMENTO EMPÍRICO

No presente capítulo apresenta-se uma revisão da literatura conduzida com vista ao enquadramento empírico da problemática em estudo. Apresentam-se todas as publicações científicas relativas aos últimos dez anos, concordantes com os critérios de inclusão definidos e que se consideraram contribuir para uma resposta à questão de investigação.

Ainda que os conceitos de Luto e de Humor tenham sido abordados na literatura científica ao longo das últimas décadas, a sua relação foi apenas identificada em alguns estudos, sendo os mecanismos que os medeiam ainda pouco conhecidos. Uma revisão da literatura foi conduzida em Janeiro e Fevereiro de 2013, com o objetivo de sistematizar o atual estado da evidência empírica relativamente à relação entre o humor e o luto nos enfermeiros que cuidam de pessoas em fim de vida. Procedeu-se a uma repetição do procedimento em Julho de 2014, para efeitos de atualização da pesquisa, não se tendo verificado, no entanto, a publicação de qualquer novo artigo passível de integrar esta revisão da literatura.

Os termos introduzidos para pesquisa foram seleccionados de acordo como *thesaurus* da base de dados a ser alvo de pesquisa. Utilizaram-se os *CINAHL Subject Headings* e os *Medical Subject Headings* (MeSH), estes consultados online através da página da National Library of Medicine (NML). Seleccionaram-se os seguintes termos de pesquisa:

Wit and Humor / Death and dying / Bereavement / Grief / Nurses / Nursing / Palliative Care / Terminal Care / Terminally ill / Hospices

Aceitaram-se artigos relativos a estudos empíricos, publicados desde 2004, com foco em enfermeiros ou grupos de profissionais de saúde que incluíssem enfermeiros, redigidos em inglês, francês, espanhol ou português. Foram excluídos os artigos de revisão da literatura, dissertações e teses, artigos não disponíveis na totalidade ou com omissão de qualquer um dos dados necessários para o método PI(C)OS (Centre For Reviews And Dissemination, 2009) – Participantes, Intervenções, Resultados e Tipo de Estudo. A extensão do período de pesquisa até aos últimos 10 anos teve por base a escassez de produção científica neste domínio verificada aquando das primeiras pesquisas, inicialmente limitadas aos últimos cinco anos.

Procedeu-se a uma pesquisa eletrónica com recurso aos motores de pesquisa B-ON e EBSCOhost – para acesso às bases de dados MEDLINE, PubMed, CINAHL, PsyARTICLES e Academic Search Complete – às bases de dados informatizadas Scielo

e Cochrane Database of Systematic Reviews, ao Repositório Científico de Acesso Aberto em Portugal (RCAAP) e ao motor de pesquisa Google para efeitos de complementaridade da pesquisa. Foram ainda consideradas as referências bibliográficas dos artigos pesquisados.

Encontram-se em seguida apresentados os artigos científicos selecionados, de acordo com o método PI(C)OS (Centre For Reviews And Dissemination, 2009) (Tabela 3).

Tabela 3 – Revisão da Literatura, de acordo com o método PI(C)OS

AUTOR	ANO	PAÍS	PARTICIPANTES	INTERVENÇÕES	RESULTADOS	TIPO DE ESTUDO
Dean R. e Gregory D.	(2004)	Canadá	6 Enfermeiros de uma unidade de internamento em cuidados paliativos. Doentes, famílias e outros profissionais de saúde da mesma unidade.	Com vista a identificar as funções e circunstâncias de utilização adequada ou desadequada do humor, procedeu-se à observação diária de 6 enfermeiros da unidade. Entrevistas estruturadas foram realizadas posteriormente com representantes (n = 15) dos grupos profissionais de Enfermagem, Medicina, Assistência Social e Fisioterapia. As respostas foram submetidas a análise de conteúdo.	O humor serve 3 funções essenciais: construir relações, lidar com as circunstâncias e a exprimir sensibilidade. Os resultados sugerem que o humor permite aos enfermeiros de cuidados paliativos a construção de um sentido de comunidade, de coesão e de suporte entre si e com outros profissionais. O humor permite um alívio da tensão. O humor é igualmente identificado como uma pausa no sofrimento, no luto e nas dificuldades laborais percebidas neste contexto.	Qualitativo Etnográfico
Hopkinson J., et al.	(2005)	Reino Unido	32 Enfermeiras, com experiência profissional superior a 2 meses e inferior a 3 anos.	Entrevista baseada na questão aberta: <i>“Can you tell me about a patient who has died or whom you expected to die?”</i> As respostas foram submetidas a análise de conteúdo.	As enfermeiras identificaram 5 fatores facilitadores do cuidado às pessoas em fim de vida. Um dos fatores – designado por Recursos – inclui a adoção de técnicas que lhes permitem evitar as dificuldades de cuidar destas pessoas, das quais se destaca o humor. Este é frequentemente partilhado com outros enfermeiros e só ocasionalmente com os doentes. É visto como um meio de escape e é caracterizado como um <i>humor negro</i> .	Qualitativo Fenomenológico

Ekedahl, M. e Wengstrom, Y. (2006) Suécia	15 Enfermeiros de unidades de cuidados paliativos, serviços de oncologia ou serviços externos para doentes com cancro avançado	Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com enfoque nos mecanismos de <i>coping</i> utilizados pelos enfermeiros face ao cuidado de pessoas com doença em fase terminal.	<p>O humor é utilizado pelos enfermeiros como um mecanismo de <i>coping</i>, tanto na relação com a pessoa doente, como com os pares.</p> <p>O humor com os pares é percebido como um humor negro que só deve ser partilhado com o grupo, tendo uma função protetora, providenciando suporte e constituindo uma oportunidade de expressão de emoções.</p>	Qualitativo Fenomenológico
Dean, R. e Major, J. (2008) Canadá	15 Enfermeiros de uma unidade de cuidados intensivos 15 Profissionais de saúde de uma unidade de cuidados paliativos	Observações independentes e entrevistas semiestruturadas foram realizadas em ambos os contextos. As notas de campo e as respostas foram submetidas a análise de conteúdo.	O humor negro é comum nas áreas em que os profissionais de saúde estão continuamente expostos a incidentes críticos de grande intensidade emocional e de proximidade à perda e ao luto, nomeadamente nas unidades de cuidados paliativos e unidades de cuidados intensivos.	Qualitativo Etnográfico
Espinosa, L. et al. (2010) EUA	Amostra intencional de 18 enfermeiros de várias unidades de cuidados intensivos de um grande hospital universitário	Foram realizadas 5 entrevistas individuais e 3 focus grupo com o objetivo de explorar as experiências dos enfermeiros que cuidam de doentes em fim de vida em unidades de cuidados intensivos.	<p>Os enfermeiros de cuidados intensivos utilizam o humor como um mecanismo de <i>coping</i> quando cuidam de pessoas com doença incurável em fase terminal.</p> <p>O humor é partilhado com os pares, utilizado em situações particularmente difíceis para o profissional e é percebido como uma forma de cuidar de si próprio.</p>	Qualitativo Fenomenológico
Gerow, L. et al. (2010) EUA	11 Enfermeiros de várias áreas, incluindo Urgência, Cuidados Intensivos, Cuidados Paliativos e Saúde Comunitária	Entrevistas semiestruturadas foram realizadas com enfoque nas perceções, experiências, sentimentos e ações destes profissionais relativamente à morte de pessoas de quem tinham cuidado. As respostas foram submetidas a análise de conteúdo.	<p>Os enfermeiros adotam mecanismos na sua prática que lhes permitem mitigar o processo de luto e prestar cuidados de enfermagem de suporte.</p> <p>Os enfermeiros podem criar relações de proximidade e reciprocidade com as pessoas doentes de quem cuidam.</p> <p>O humor que é partilhado nestas relações diminui a tensão e aumenta o suporte emocional percebido por ambos os intervenientes.</p>	Qualitativo Fenomenológico

<p>Chan W. e Tin, A. (2012) China</p>	<p>176 Profissionais de saúde, incluindo enfermeiros, assistentes sociais e religiosos.</p> <p>Todos os participantes tinham previamente realizado um curso sobre o luto.</p>	<p>Pedi-se aos participantes que respondessem, por escrito, de forma sucinta, à seguinte pergunta:</p> <p><i>What do you think are the necessary competencies in performing death work (death work competence)?</i></p> <p>As respostas foram submetidas a análise de conteúdo.</p>	<p>Identificaram-se 4 grupos de competências no trabalho relacionado com a morte: a competência pessoal, o conhecimento, a competência técnica e o ambiente de trabalho.</p> <p>As competências pessoais incluem os recursos ou atributos de cada um, nos quais se inclui o sentido de humor.</p>	<p>Qualitativo Fenomenológico</p>
---	---	---	---	-----------------------------------

Através dos resultados apresentados e de uma reflexão sobre os mesmos pode concluir-se que:

- A investigação disponível sobre o humor e o luto nos enfermeiros que cuidam de pessoas em fim de vida é predominantemente qualitativa – etnográfica ou fenomenológica. Este facto é concordante com o intuito de compreender a natureza individual das experiências vividas por cada enfermeiro no âmbito das suas interações de cuidado;
- Não existindo qualquer investigação quantitativa neste domínio - de acordo com os critérios de inclusão e exclusão para a presente revisão da literatura – este método poderá ser útil, não na inclusão de todas as experiências particulares vividas pelos enfermeiros, mas na verificação de padrões de comportamento entre o sentido de humor dos enfermeiros e a forma como os mesmos vivenciam o luto daqueles de quem cuidam;
- O sentido de humor e o luto dos enfermeiros parece estar relacionado, sendo o primeiro descrito pelos enfermeiros como um fator facilitador do segundo. Um dos estudos refere o sentido de humor como uma competência no trabalho relacionado com a morte;
- O humor utilizado pelos enfermeiros e partilhado entre pares é descrito pelos próprios como um “humor negro”. Esta partilha é frequente em ambientes emocionalmente desafiantes pela proximidade e frequência com que o contacto com a perda, a morte e o luto ocorre. Este humor negro partilhado entre enfermeiros é percebido como um fator de proteção para os próprios;
- Para além da partilha com os pares, o humor é também partilhado entre os enfermeiros e as pessoas em fim de vida. Nestas interações, o humor permite reduzir a tensão e aumentar o suporte emocional percebido por ambos. Este efeito, sendo benéfico para ambos, permite que a relação construída seja efetivamente recíproca e por isso mais genuína. Desta forma, ainda que o humor seja um mecanismo de *coping* utilizado pelos profissionais para sua proteção, este não parece ter implicações negativas na pessoa doente ou na capacidade que o enfermeiro tem de cuidar do mesmo. Pelo contrário, o sentido de humor permite ao enfermeiro conservar a sua capacidade de cuidar de terceiros ao longo do tempo, apesar da exposição repetida a perdas e lutos sucessivos.

3. METODOLOGIA

Neste capítulo são apresentados e fundamentados vários aspetos metodológicos. São abordados pontos essenciais à operacionalização deste estudo de investigação, tais como a questão de investigação, os objetivos, a seleção e características da amostra, bem como a análise dos procedimentos e dos instrumentos de colheita e tratamento de dados.

3.1. QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO

- Qual a relação entre o sentido de humor e a intensidade da sobrecarga de luto nos enfermeiros que trabalham em unidades e equipas de cuidados paliativos?

3.2. OBJETIVOS

- Verificar a existência de uma relação entre o humor e a sobrecarga de luto nos enfermeiros que trabalham em unidades e equipas de cuidados paliativos;
- Descrever as características da relação entre o humor e a sobrecarga de luto nos enfermeiros que trabalham em unidades e equipas de cuidados paliativos.

3.3. POPULAÇÃO E AMOSTRA

A **população alvo** reporta-se aos enfermeiros que cuidam de pessoas em fim de vida. A **amostra** foi um subgrupo da população acessível, disposta a colaborar no estudo e que respondia aos seguintes critérios de seleção (Tabela 4):

Tabela 4 – Constituição da Amostra: Critérios de Inclusão

Critérios de Inclusão
<ul style="list-style-type: none">▪ Trabalhar em qualquer unidade ou equipa de cuidados paliativos, em Portugal Continental, Região Autónoma da Madeira e Região Autónoma dos Açores;▪ Ter vivenciado pelo menos uma experiência de morte na prática clínica em contexto de prestação de cuidados paliativos.▪ Ter uma conta de correio eletrónico.

A amostra deste estudo é não probabilística e acidental, composta por todos os indivíduos acessíveis que respondiam aos critérios de inclusão definidos para este estudo. A acessibilidade dos participantes dependeu, primeiramente, da disponibilidade da instituição a que esse enfermeiro pertencia para participar no estudo e, posteriormente, do seu desejo de participar no mesmo. Ainda que este método de amostragem não garanta a representatividade da amostra (Fortin, et al., 2009; Pais Ribeiro, 2008), assumiu-se como a opção mais viável tendo em conta as contingências que se verificaram no acesso aos

participantes e a necessidade de garantir que todos respondiam efetivamente aos critérios de inclusão.

Após a aprovação do presente projeto de investigação pelo Conselho Científico e pela Comissão de Ética da Universidade Católica Portuguesa (UCP) (Anexo I), procedeu-se ao contacto, por correio eletrónico, com as unidades e equipas de cuidados paliativos constantes no *site* da APCP (consultado em Novembro de 2013). Procedeu-se ao envio de um *e-mail* tipo para os responsáveis das instituições, pedindo-lhes que o disponibilizassem aos enfermeiros das respetivas unidades e que enviassem em resposta ao investigador os contactos eletrónicos daqueles que se encontrassem interessados e disponíveis para participar. Este *e-mail* incluía (Anexo II):

- Uma breve apresentação dos objetivos e âmbito do projeto, da investigadora e dos respetivos orientador e coorientador;
- Um panfleto com um resumo das informações que se consideraram de interesse para os eventuais participantes;
- Os procedimentos necessários para a participação;
- Uma tabela para recolha dos contactos dos enfermeiros disponíveis para participar no estudo;
- Os contactos da investigadora para qualquer esclarecimento.

Posteriormente, cada um dos enfermeiros dispostos a participar recebeu um *e-mail* com uma hiperligação ao formulário *online* (Anexo III) para que pudessem responder de forma anónima e confidencial a questões demográficas e a duas escalas, uma para avaliação do sentido de humor - a Escala Multidimensional do Sentido de Humor (MSHS) (Thorson e Powell, 1993a; José e Parreira, 2008) – e outra para avaliação da sobrecarga de luto profissional – a Escala de Sobrecarga de Luto Profissional (ESLP) (Marques da Gama, et al., 2011).

Em Novembro de 2013 foram contactadas 36 instituições, tendo apenas 9 respondido. Duas das instituições responderam negativamente ao pedido, alegando falta de condições do serviço, e as restantes sete disponibilizaram, no total, os contactos eletrónicos de 60 enfermeiros. Tanto o *e-mail* tipo dirigido aos responsáveis das instituições como o *e-mail* contendo o *link* de acesso ao formulário online foram reenviados por mais de 3 vezes.

Apesar do reenvio sistemático, em Janeiro de 2014, apenas 24 enfermeiros tinham respondido ao questionário.

Uma vez que o tamanho da amostra tem repercussões sobre a validade das conclusões obtidas nos estudos quantitativos – podendo condicionar a verificação de relações estatisticamente significativas nos estudos correlacionais (Fortin, et al., 2009) – foi necessário reformular o método de acesso aos enfermeiros que poderiam constituir a amostra deste estudo. Em Fevereiro de 2014 foi contactada uma associação profissional que reenviou o *e-mail* de apresentação do estudo com o *link* de acesso ao formulário *online* a todos os seus sócios, pedindo-se que apenas aqueles que fossem enfermeiros e trabalhassem em unidades ou equipas de cuidados paliativos respondessem ao mesmo. Este *e-mail* continha ainda uma nota final, pedindo que apenas aqueles que nunca o tivessem feito anteriormente respondessem ao formulário. O mesmo procedimento foi realizado na mesma data para a Direção de uma de instituição de ensino superior, pedindo uma divulgação equivalente junto dos alunos do Mestrado em Cuidados Paliativos.

No final de Março de 2014 o acesso ao formulário *online* foi fechado, contando à data com um total de 69 respostas. Destas, duas foram excluídas por serem aparentemente repetidas e uma por apresentar um tempo de experiência inválido. Contou-se, por isso, com um total de 66 respostas válidas.

3.4. INSTRUMENTOS DE COLHEITA DE DADOS

3.4.1. Escala de Sobrecarga de Luto Profissional (ESLP)

A ESLP (Marques da Gama, et al., 2011) trata-se de um instrumento de medida da intensidade de sobrecarga de luto experienciada por profissionais de saúde frequentemente expostos à morte. Foi desenvolvida em Portugal, com uma amostra de 360 enfermeiros a exercer funções em serviços de medicina interna, oncologia, hematologia e cuidados paliativos.

A ESLP é constituída por 15 itens, avaliados na forma de uma escala de Likert de 1 a 5 pontos, enquadrados em quatro fatores multidimensionais do Luto: o Confinamento Atormentado, o Esforço Emocional no Cuidar, a Perda Nostálgica e a Partilha Incompreendida (Anexo IV).

A sua utilização é recomendada para o estudo do luto profissional e apresenta valores psicométricos reveladores de uma validade e fidelidade adequadas, com uma consistência interna representada por um alfa de Cronbach de 0.81.

3.4.2. Escala Multidimensional do Sentido de Humor (MSHS)

A investigação científica sobre o humor em Portugal é ainda recente, particularmente no que respeita à sua integração nas Ciências de Enfermagem. O único instrumento que se encontra atualmente adaptado e validado para a população portuguesa trata-se da MSHS (Thorson e Powell, 1993a), sob a designação de Escala Multidimensional do Sentido de Humor (José e Parreira, 2008) (Anexo V).

Este instrumento permite avaliar o sentido de humor nas suas várias dimensões, considerando que o mesmo se manifesta sempre sob a forma de padrão individual (José e Parreira, 2008). A versão original da MSHS (Thorson e Powell, 1993a) trata-se de uma escala de 24 itens, relativos a 4 dimensões do humor – Produção e uso social do humor, Humor adaptativo, Atitude pessoal face ao humor e Apreciação do humor – avaliados através de uma escala de Likert de 5 pontos (de 0 a 4).

A versão adaptada e validada para a população portuguesa da MSHS (José e Parreira, 2008) mantém os 24 itens mas inclui uma quinta dimensão, denominada “Objeção ao uso do Humor” e a avaliação dos mesmos é realizada com uma escala de Likert de 1 a 5 pontos.

Uma vez que apresenta bons valores psicométricos, a sua utilização para avaliação das várias dimensões do sentido de humor assume-se como adequada (José e Parreira, 2008).

3.5. PROCEDIMENTOS DE TRATAMENTO DE DADOS

Os dados recolhidos através do formulário *online*, foram submetidos a análise estatística, com recurso ao *software* informático *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) – versão 20.0.

Para a análise dos resultados, recorreu-se primeiramente a uma análise descritiva – incluindo medidas de tendência central, não central e de dispersão – e, posteriormente a uma análise interpretativa – com os testes de comparações de médias de Mann-Whitney, Kruskal-Wallis e Anova de Friedman e os testes de correlação de Pearson e Spearman.

A interpretação dos resultados baseou-se na análise estatística, na revisão da literatura fundamentadora desta investigação e em novas referências bibliográficas pesquisadas com o intuito de fundamentar determinados resultados.

4. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O presente capítulo inclui uma análise das questões éticas associadas a este projeto de investigação. São abordados aspetos relativos à constituição da amostra, aos procedimentos metodológicos e à garantia de um conjunto de direitos dos participantes.

A inclusão de questões de índole ética na discussão de qualquer investigação é imperativa e decorre da necessidade de garantir que um conjunto de direitos dos participantes foi devidamente assegurado.

O presente estudo, tendo sido realizado no âmbito de um mestrado desenvolvido no Instituto de Ciências da Saúde da UCP, foi inicialmente sujeito a uma aprovação por parte da Comissão de Ética da mesma instituição. O parecer positivo foi emitido a 23 de Maio de 2013 pela comissão em funções à data (Anexo I). Todos os procedimentos de constituição da amostra e de colheita de dados foram iniciados posteriormente a esta aprovação.

A garantia de que os princípios éticos foram assegurados ao longo do desenvolvimento de todo o projeto de investigação transcende, no entanto, a aprovação inicial por esta comissão. Importa, por esse motivo, analisar alguns aspetos específicos relativos aos princípios e procedimentos adotados durante o mesmo, ao longo das suas distintas fases. De acordo com Pais Ribeiro (2008) e Fortin (2009), para além da aprovação por uma comissão de ética, este exame crítico deve incluir questões relativas ao consentimento informado e esclarecido, à garantia de anonimato e confidencialidade dos dados, à proteção da vida privada, ao equilíbrio entre potenciais benefícios e malefícios, à redução dos inconvenientes e à vulnerabilidade dos participantes.

O instrumento de colheita de dados, enviado a todos os contactos de enfermeiros disponibilizados pelas instituições, continha na sua primeira página um formulário de consentimento informado para a participação do estudo. Nesta encontravam-se informações relevantes, apresentadas de forma sumária, sobre o enquadramento do estudo, os seus objetivos e os procedimentos associados à participação. Não sendo possível solicitar a assinatura dos participantes – por se tratar de uma recolha de dados *online* – colocou-se uma caixa de verificação que garantia a compreensão das informações disponibilizadas. Nenhum participante pôde submeter as suas respostas ao formulário sem que esta caixa fosse assinalada.

O tempo de reflexão necessário para a decisão de participar, ou não, neste estudo foi facultado a todos os potenciais participantes, uma vez que o questionário *online* esteve disponível para preenchimento durante um total de cinco meses.

Todos os enfermeiros participaram voluntariamente neste estudo. Apenas aqueles que decidiram participar no estudo disponibilizaram o seu contacto eletrónico aos respetivos superiores hierárquicos e nem todos responderam efetivamente ao formulário.

Todos os dados fornecidos pelos participantes foram tratados de acordo com o compromisso de anonimato e confidencialidade, não sendo possível a identificação de qualquer participante, inclusivamente por parte do investigador, e tendo acesso exclusivo aos dados recolhidos neste estudo a investigadora e os respetivos orientador e coorientador.

Os contactos da investigadora (correio eletrónico e número de telemóvel pessoal) foram disponibilizados a todos os potenciais participantes na página de informações prévias ao formulário de colheita de dados, para qualquer esclarecimento de dúvidas que os mesmos considerassem necessários.

No que respeita à análise risco-benefício, considera-se que este estudo não comportou qualquer risco para os participantes. Como inconveniente associado à participação é de notar apenas o tempo despendido para responder ao formulário, ainda que este tenha sido estimado em apenas 10 minutos. Por outro lado, foram vários os benefícios decorrentes da participação neste estudo, nomeadamente o contacto com uma área ainda pouco investigada nas ciências de enfermagem e a garantia de acesso aos resultados e conclusões do estudo assim que o mesmo se encontrasse concluído. Deve igualmente realçar-se o benefício indireto decorrente do conhecimento produzido através deste estudo já que, tendo o seu foco nos enfermeiros que trabalham em cuidados paliativos, este grupo profissional poderá vir a beneficiar dos seus contributos teóricos, clínicos e sociais.

Esta investigação não teve qualquer financiamento externo. Não existem conflitos de interesse a declarar.

5. RESULTADOS

No presente capítulo são apresentados os resultados deste projeto de investigação. Em primeiro lugar, caracteriza-se a amostra nas suas variáveis demográficas, no nível de sobrecarga de luto profissional e no sentido de humor. São posteriormente apresentados os dados resultantes da análise estatística interpretativa, com vista à resposta à questão de investigação.

5.1. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

5.1.1. Caracterização Demográfica

A amostra deste estudo é constituída por enfermeiros que trabalham em unidades e equipas de cuidados paliativos em Portugal. Não é possível calcular a taxa de resposta ao presente estudo devido à reformulação do método de constituição da amostra, já que nem todos os enfermeiros foram contactados diretamente pelo investigador mas sim através de instituições mediadoras, tanto de ensino como profissionais.

Participaram neste estudo um total de 66 enfermeiros, sendo 80% (53) do sexo feminino e 20% (13) do sexo masculino.

A idade dos participantes varia entre os 23 e os 59 anos de idade, com uma média de 33.7 \pm 8.7 (1 DP) anos, mediana de 31 anos e intervalo interquartil [27,36]. Através do respetivo agrupamento por faixas etárias, representado na Tabela 5, sabe-se que mais de 81% (54) da amostra tem idade igual ou inferior a 40 anos.

Tabela 5 - Distribuição da Idade dos Enfermeiros, por faixa etária (n = 66)

Faixa Etária (anos)	Frequência	Percentagem	Percentagem Cumulativa
[23,29[	19	28.8	28.8
[29,35[	25	37.9	66.7
[35,41[	10	15.2	81.8
[41,47[	4	6.1	87.9
[47,53[	4	6.1	93.9
[53,59]	4	6.1	100
Total	66	100	

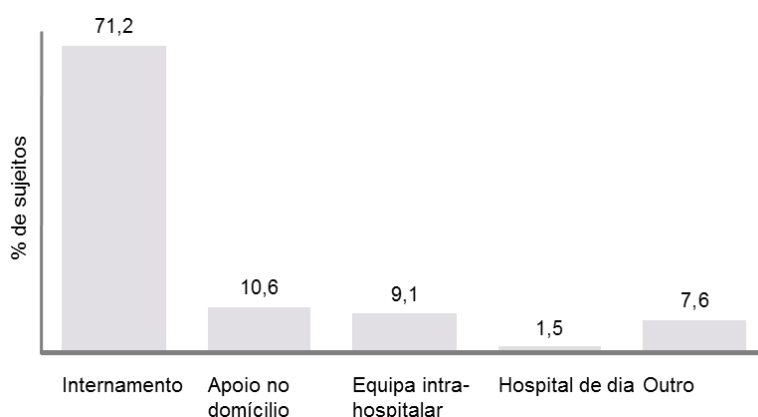
Cerca de 39% (26) dos enfermeiros trabalha em serviços de cuidados paliativos na região da Estremadura e 21% (14) na região do Douro Litoral, regiões que incluem os dois maiores centros urbanos de Portugal (Tabela 6). De forma não intencional, não se registaram participações de enfermeiros das regiões de Trás-os-Montes, Beira Baixa e Alto Alentejo.

Tabela 6 – Região do país onde os enfermeiros trabalham em serviços de cuidados paliativos (n = 66)

Região do País	Frequência	Percentagem	Percentagem Cumulativa
Minho	2	3.0	3.0
Douro Litoral	14	21.2	24.2
Beira Alta	6	9.1	33.3
Beira Litoral	2	3.0	36.4
Estremadura	26	39.4	75.8
Ribatejo	4	6.1	81.8
Baixo Alentejo	6	9.1	90.9
Algarve	4	6.1	97.0
Região Autónoma da Madeira	1	1.5	98.5
Região Autónoma dos Açores	1	1.5	100
Total	66	100	

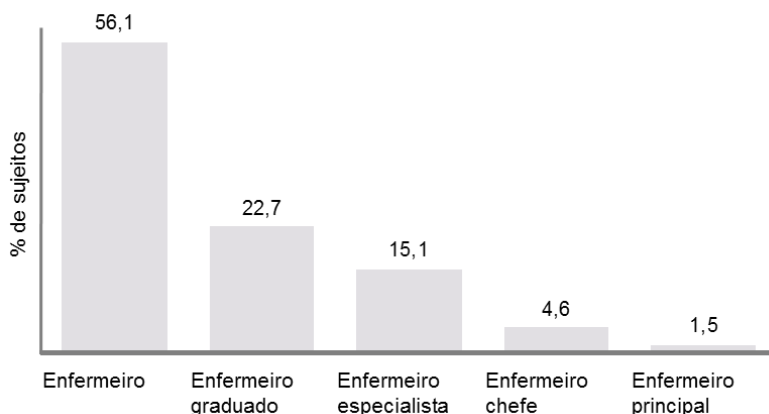
No que respeita ao contexto de prestação de cuidados paliativos, 71.2% (47) dos enfermeiros presta cuidados em unidades de internamento, 10.6% (7) em equipas de apoio no domicílio e 9.1% (6) em equipas intra-hospitalares. Apenas 1 enfermeiro da amostra afirmou trabalhar em hospital de dia. A coluna designada por *Outro* compreende 7.6% (5) da amostra e inclui os enfermeiros que prestam cuidados em serviços com mais do que uma das tipologias definidas: 2 enfermeiros trabalham simultaneamente nos três contextos de equipa de intra-hospitalar, apoio no domicílio e hospital de dia e 3 enfermeiros trabalham simultaneamente em equipa intra-hospitalar e apoio no domicílio (Figura 2).

Figura 2 - Distribuição dos contextos de prestação de cuidados paliativos, em percentagem (n = 66)



Relativamente à categoria profissional, mais de metade da amostra é constituída por Enfermeiros de nível I (37). Os Enfermeiros Graduados (15) e os Enfermeiros Especialistas (10) constituem juntos 38% da amostra, enquanto os enfermeiros das categorias superiores – Enfermeiro-Chefe (3) e Enfermeiro Principal (1) – representam apenas 6% do total da amostra (Figura 3).

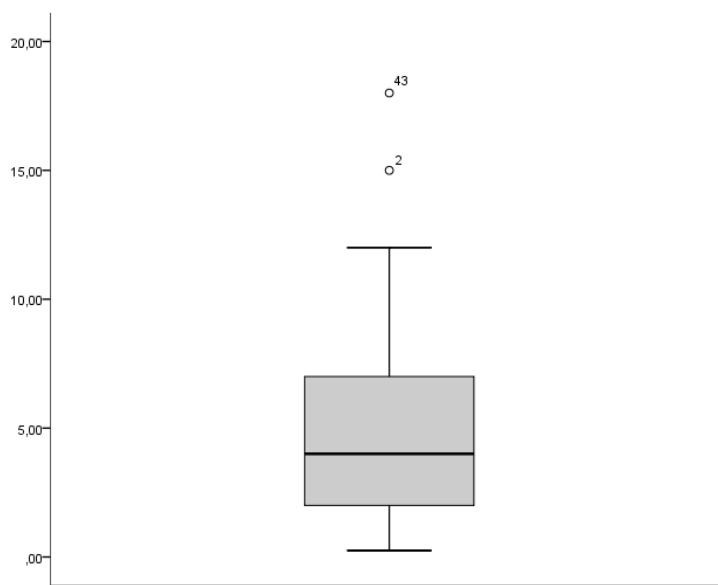
Figura 3 - Distribuição dos Enfermeiros por Categoria Profissional, em percentagem (n = 66)



O tempo médio de experiência dos participantes na prestação de cuidados paliativos é de 4.8 ± 3.8 (1DP) anos, com mediana de 4 anos. Metade dos enfermeiros que constituem a amostra tem entre 2 e 7 anos de experiência em cuidados paliativos (Figura 4).

Não tendo sido aplicados critérios de exclusão relativamente a este parâmetro, o tempo de experiência mínima verificado foi de 3 meses e o tempo máximo de 18 anos. Os dois *outliers* que surgem na distribuição da variável correspondem a dois participantes com 15 e 18 anos de experiência em Cuidados Paliativos.

Figura 4 - Distribuição do tempo de experiência em cuidados paliativos, em anos (n = 66)



No que respeita à formação em Cuidados Paliativos, 82% (54) dos enfermeiros afirma ter realizado formação específica nesta área. Do total de enfermeiros, mais de 45% (30) realizou um Mestrado em Cuidados Paliativos e cerca de 27% (18) uma Pós-Graduação em Cuidados Paliativos. A mesma percentagem de enfermeiros, 4,5% (3), teve acesso a

formações básicas em serviço ou a cursos básicos em Cuidados Paliativos. Cerca de 18% (12) da amostra não teve acesso a qualquer formação específica nesta área (Tabela 7).

Tabela 7 - Distribuição da Formação específica em Cuidados Paliativos dos Enfermeiros (n = 66)

Formação em Cuidados Paliativos	Frequência	Percentagem	Percentagem Cumulativa
Sem formação específica	12	18.2	18.2
Formação em Serviço	3	4.5	22.7
Curso Básico	3	4.5	27.2
Pós-Graduação	18	27.3	54.5
Mestrado	30	45.5	100
Total	66	100	

5.1.2. Caracterização da Sobrecarga de Luto Profissional

A intensidade da sobrecarga de luto profissional dos enfermeiros foi avaliada com recurso à ESLP, analisando o seu *score* total – que varia entre 15 e 75 pontos – e os *scores* parciais das dimensões que compõem esta escala. Uma maior pontuação indica uma maior intensidade de sobrecarga de luto.

A estatística descritiva relativa ao *score* total da ESLP dos enfermeiros que constituem a amostra deste estudo encontra-se na Tabela 8. Por forma a facilitar a leitura dos resultados, apresenta-se tanto o valor absoluto como o valor em percentagem relativamente ao *score* máximo da escala. Assim, a título de exemplo, 0% corresponde a 15 pontos, 50% a 45 pontos e 100% a 75 pontos.

Pela análise estatística através do teste de Kolmogorov-Smirnov, a variável *score* total da ESLP apresenta uma distribuição normal ($p = 0.200$).

Tabela 8 - Estatística Descritiva do Score Total da ESLP (n = 66)

Estatística Descritiva	Score TOTAL	Percentagem Score Total (%)
Média	29.5	24.1
Mediana	29	23.3
Moda	32	28
Desvio Padrão	8.9	14.8
Limite inferior	15	0
Limite superior	61	77
Amplitude	46	77
IIQ	12.3	20.4
Quartil 1	22	11.7
Quartil 3	34.3	32.1

De acordo com os dados recolhidos, os enfermeiros que constituem a amostra apresentam um *score* médio na ESLP de 29.5 ± 8.9 (1DP) pontos, correspondente a $24.1\% \pm 14.8\%$ (1 DP) do *score* máximo da referida escala. Apenas 25% dos enfermeiros apresentou um *score* total na ESLP superior a 32.1% do *score* máximo.

Tabela 9 - Estatística Descritiva das dimensões da ESLP, em percentagem do *score* máximo (n = 66)

	Dimensões da ESLP (% do SCORE)			
	1 Confinamento Atormentado	2 Esforço Emocional no Cuidar	3 Perda Nostálgica	4 Partilha Incompreendida
Média	21.4	29.2	31.8	20.3
Mediana	19.4	29.2	37.5	16.7
Moda	11	0; 8	38	0
Desvio Padrão	14.9	22.7	19.3	20.4
Limite inferior	0	0	0	0
Limite Superior	79	92	88	83
Amplitude	79	92	88	83
IIQ	17.9	33.3	15.6	33.3
Quartil 1	10.7	8.3	21.9	0
Quartil 3	28.6	41.7	37.5	33.3

No que respeita às dimensões da ESLP (Tabela 9), de acordo com o teste estatístico de Kolmogorov-Smirnov, todas as dimensões da ESLP têm distribuições não normais ($p < 0.05$).

Verifica-se que a dimensão com mediana mais elevada é a relativa à Perda Nostálgica ($m_e = 37.5\%$) e a mais baixa à Partilha Incompreendida ($m_e = 16.67\%$). De acordo com o teste estatístico Anova de Friedman, estas diferenças são estatisticamente significativas [$X^2(3) = 133.137, p < 0.01$]. A variável género (de acordo com o teste estatístico de Mann-Whitney) e as variáveis idade (em faixa etária), tempo de experiência (em classes), categoria profissional e tipo de unidade ou equipa onde os enfermeiros trabalham (de acordo com o teste de Kruskal-Wallis) não influenciam nem o *score* total da ESLP nem o *score* parcial das suas dimensões ($p > 0.05$).

No entanto, também de acordo com o teste de Mann-Whitney, verifica-se que existe uma diferença estatisticamente significativa entre enfermeiros com e sem formação específica em cuidados paliativos no que respeita ao *score* obtido na dimensão de Esforço Emocional no Cuidar ($U = 151, p = 0.004$), sendo que os que tiveram acesso a esta formação apresentam *scores* mais baixos. De acordo com o teste estatístico de Kruskal-

Wallis, não se verificam diferenças estatisticamente significativas de acordo com o tipo de formação realizada – Mestrado, Pós-Graduação, Curso básico ou Formação em Serviço em Cuidados Paliativos ($p>0.05$).

Na Tabela 10 é apresentada a análise descritiva das respostas dadas pelos participantes aos 15 itens da ESLP, incluindo-se dados relativos à mediana, média, desvio padrão, valor mínimo e valor máximo.

Tabela 10 - Análise Descritiva dos scores dos 15 itens da ESLP (n = 66)

Dimensão da Sobrecarga de Luto Profissional	Item	Amplitude	Mediana	Média	Desvio Padrão
Confinamento Atormentado	2	1-5	1	1.47	0.827
	5	1-5	2	1.89	0.963
	6	1-4	1	1.56	0.806
	10	1-4	1	1.50	0.729
	12	1-4	1	1.56	0.825
	13	1-5	4	3.52	1.180
	14	1-4	1	1.50	0.707
Esforço Emocional no Cuidar	8	1-5	1	1.71	0.989
	9	1-5	2	2.30	0.992
	15	1-5	2	2.48	1.417
Perda Nostálgica	1	1-5	3	2.52	1.041
	4	1-4	2	2.03	0.859
Partilha Incompreendida	3	1-4	1	1.50	0.770
	7	1-5	2	1.89	1.040
	11	1-5	2	2.05	1.073

Todos os itens da ESLP, passíveis de serem avaliados de 1 a 5, apresentam individualmente uma mediana igual ou inferior a 2, à exceção dos itens 1 e 13.

O item 1 (“*Após a morte do meu doente tenho saudades do tempo que passámos juntos*”), incluído na dimensão de Perda Nostálgica, apresenta uma mediana de 3 e média de 2.03 \pm 0.859 (1DP).

O item 13 (“*Desejava ter uma ou duas horas para mim, todos os dias para me dedicar a interesses pessoais fora do serviço*”), pertencente à dimensão de Confinamento Atormentado, é o item avaliado pelos enfermeiros com a mediana mais elevada em toda a escala ($m_e = 4$).

5.1.3. Caracterização do Sentido de Humor

O sentido de humor dos enfermeiros foi avaliado de acordo com a MSHS, com recurso ao seu *score* total e aos *scores* parciais de cada dimensão desta escala. O *score* total desta

escala varia entre 24 e 120 pontos, sendo que uma pontuação mais alta corresponde a um maior nível de sentido de humor. Os *scores* parciais relativos às dimensões do sentido de humor contempladas pela escala variam entre 1 e 5, sendo que existem seis itens de leitura invertida.

A estatística descritiva relativa ao *score* total da MSHS dos enfermeiros que constituem a amostra deste estudo encontra-se na Tabela 11. Apresentam-se os resultados em valor absoluto e em percentagem relativamente ao *score* máximo da escala. Assim, 0% corresponde a 24 pontos, 50% a 72 pontos e 100% a 120 pontos.

Pela análise estatística através do teste de Kolmogorov-Smirnov, a variável *score* total da MSHS também apresenta uma distribuição normal ($p = 0.200$).

Tabela 11 - Estatística Descritiva do Score Total da MSHS (n = 66)

Estatística Descritiva	Score TOTAL	Percentagem Score Total (%)
Média	83	61.4
Mediana	83.5	61.9
Moda	78	56
Desvio Padrão	13.4	13.9
Limite inferior	55	32
Limite superior	114	94
Amplitude	59	61
IIQ	15.5	16
Quartil 1	75.8	54
Quartil 3	91.3	70

De acordo com os dados recolhidos, os enfermeiros que constituem a amostra apresentam um *score* médio na MSHS de 83 ± 13.4 (1DP) pontos, correspondente a $61.4\% \pm 13.9\%$ (1 DP) do *score* máximo da referida escala. Sabe-se também que 75% dos enfermeiros apresentou um *score* total na MSHS superior a 54% do *score* máximo desta escala.

A estatística descritiva de cada dimensão da MSHS encontra-se na Tabela 12. De acordo com o teste estatístico de Kolmogorov-Smirnov, apenas a Dimensão 1, relativa à Produção e Uso Social do Humor, tem uma distribuição normal ($p = 0.200$). Todas as restantes dimensões têm distribuições não normais ($p < 0.05$).

Tabela 12 - Estatística Descritiva das dimensões da MSHS em percentagem do score máximo (n = 66)

	Dimensões da MSHS (% do SCORE)				
	1 Produção e Uso Social do Humor	2 Humor Adaptativo	3 Objeção ao Uso do Humor	4 Atitude pessoal face ao Humor	5 Apreciação do Humor
Média	55.7	66.6	13.3	12.9	84.1
Mediana	54.1	68.8	8.3	8.3	87.5
Moda	44	63/69	0	0	100
Desvio Padrão	20.3	19.4	15.7	15.9	15.9
Limite inferior	13	19	0	0	38
Limite Superior	100	100	75	75	100
Amplitude	88	81	75	75	63
IIQ	25.5	26.6	25	25	25
Quartil 1	43.8	54.7	0	0	75
Quartil 3	69.3	81.3	25	25	100

Verifica-se que as dimensões de Apreciação do humor ($m_e = 87.5\%$), Humor adaptativo ($m_e = 68.8\%$) e Produção e uso social do humor ($m_e = 54.1\%$) são as que apresentam medianas mais elevadas. Em todas estas dimensões o limite superior foi de 100% do respetivo *score*.

Pelo contrário, as dimensões de Objeção do uso do humor e de Atitude pessoal face ao humor apresentam ambos a mediana mais baixa ($m_e = 8.3\%$). Nestas o limite inferior foi de 0% e verificou-se que 75% dos enfermeiros atribuiu um score igual ou inferior a 25% do *score* máximo atribuível a estas dimensões.

Através da análise estatística pelo teste de Mann-Whitney, sabe-se que o género dos enfermeiros que constituem a amostra tem influência nas dimensões de Produção e Uso Social do Humor ($U = 215$, $p = 0.037$) e de Humor Adaptativo ($U = 184$, $p = 0.009$), sendo que os homens têm *scores* mais elevados do que as mulheres nestas dimensões.

De acordo com o teste de Kruskal-Wallis, os enfermeiros com idades compreendidas entre os 29 e os 34 anos apresentam um *score* inferior, de forma estatisticamente significativa, aos enfermeiros das faixas etárias [23,29[, [35,41[e [53,59] na dimensão de objeção ao uso do humor ($X^2 = 11.264$, $p = 0.049$).

Também os enfermeiros com formação específica em cuidados paliativos têm *scores* mais elevados, tanto no total da MSHS ($U = 203$, $p = 0.044$) como na dimensão de Produção e Uso Social do Humor ($U = 193$, $p = 0.029$), de acordo com o teste estatístico de Mann-Whitney.

Por fim, na Tabela 13, expõe-se a análise descritiva das respostas dadas pelos participantes aos 24 itens da MSHS, incluindo-se dados relativos à mediana, média, desvio padrão, valor mínimo e valor máximo. Os itens de leitura invertida encontram-se sinalizados com a marca “*”.

Tabela 13 - Análise descritiva os itens da MSHS (n = 66)

Dimensão do Sentido de Humor (MHSB)	Item	Amplitude	Mediana	Média	Desvio Padrão
Produção e uso social do humor	1	2-5	4.00	3.6	0.947
	2	2-5	4.00	3.6	0.911
	3	2-5	3.00	3.4	0.797
	4	1-5	3.00	2.6	0.993
	5	1-5	3.00	3.1	1.071
	6	1-5	3.00	3.3	1.022
	7	1-5	3.00	3.3	1.012
	8	1-5	3.00	3.5	1.011
	9	1-5	3.00	3.1	1.029
	10	1-5	3.00	3.2	0.993
	11	1-5	3.00	3.1	1.048
Humor adaptativo	18	1-5	3.00	3.2	0.881
	12	1-5	4.00	3.9	0.947
	13	2-5	4.00	3.7	0.928
	14	1-5	4.00	3.6	0.873
Objeção ao uso do humor	17	1-5	4.00	3.4	0.862
	15*	1-4	1.00	1.6	0.745
	16*	1-4	1.00	1.4	0.703
Atitude pessoal face ao humor	21*	1-5	1.00	1.6	0.944
	22*	1-4	1.00	1.5	0.788
	23*	1-4	1.00	1.6	0.661
Apreciação do humor	24*	1-5	1.00	1.6	0.788
	19	2-5	4.00	4.3	0.751
	20	3-5	5.00	4.5	0.661

Todos os itens da MSHS apresentam uma mediana igual ou superior a 3 pontos, à exceção dos seis itens invertidos da escala, relativos à Objeção ao uso do humor (3) e à Atitude pessoal face ao humor (4). Todos os itens destas duas dimensões apresentam uma mediana de 1.

O item com média [$\bar{x} = 4.5 \pm 0.661$ (1DP)] e mediana ($m_e = 5$) mais elevada é o 20 (“*Eu gosto de uma boa piada*”), pertencente à dimensão de Apreciação do humor.

O item com média mais baixa [$\bar{x} = 1.4 \pm 0.703$ (1DP)] é o 16 (“*O humor é uma péssima forma de lidar com as coisas*”), incluído na dimensão de Objeção ao uso do humor.

5.2. ESTUDO CORRELACIONAL

Através da análise estatística pelo teste de correlação de Pearson, sabe-se que não existe uma correlação estatisticamente significativa entre o sentido de humor e a sobrecarga de luto, avaliados respetivamente através dos *scores* totais da MSHS e da ESLP ($p > 0.05$).

Verificam-se, no entanto, duas correlações baixas e positivas entre o *score* total da ESLP e as dimensões de humor adaptativo ($r_s = 0.249$, $p = 0.044$) e de atitude pessoal face ao humor ($r_s = 0.323$, $p = 0.008$) da MSHS, representadas a sombreado na Tabela 14.

Tabela 14 - Correlação de Spearman entre o score total da ESLP e as dimensões da escala MSHS (n = 66) * $p < 0.05$ ** $p < 0.01$

		Dimensões do Sentido de Humor (MSHS)				
		1 Produção e Uso Social do Humor	2 Humor Adaptativo	3 Objeção ao Uso do Humor	4 Atitude pessoal face ao Humor	5 Apreciação do Humor
Score Total da ESLP	r_s	-0.064	0.249*	0.108	0.323**	-0.009
	p	0.612	0.044	0.388	0.008	0.945

Por fim, com base no teste estatístico de correlação de Spearman, foram igualmente identificadas quatro correlações estatisticamente significativas entre dimensões do sentido de humor – avaliado pela MSHS – e da sobrecarga de luto profissional – avaliada pela ESLP. Estas encontram-se identificadas a sombreado na Tabela 15 e são as seguintes:

Tabela 15 - Correlação de Spearman entre as dimensões das escalas MSHS e ESLP (n=66) * $p < 0.05$ ** $p < 0.01$

			Dimensões do Sentido de Humor (MSHS)					
			1 Produção e Uso Social do Humor	2 Humor Adaptativo	3 Objeção ao Uso do Humor	4 Atitude pessoal face ao Humor	5 Apreciação do Humor	
Dimensões da Sobrecarga de Luto Profissional (ESLP)	1	Confinamento Atormentado	r_s	-0.014	0.266*	0.078	0.290*	-0.026
			p	0.911	0.031	0.536	0.018	0.834
	2	Esforço Emocional no Cuidar	r_s	-0.157	0.102	0.117	0.149	0.115
			p	0.209	0.413	0.350	0.234	0.358
	3	Perda Nostálgica	r_s	-0.041	0.109	0.200	0.333**	-0.237
			p	0.745	0.385	0.107	0.006	0.056
	4	Partilha Incompreendida	r_s	-0.032	0.220	0.042	0.272*	-0.072
			p	0.800	0.076	0.735	0.027	0.565

- Correlação baixa positiva entre o humor adaptativo e o confinamento atormentado ($r_s = 0.266$, $p = 0.031$);

- Correlação baixa positiva entre a atitude pessoal face ao humor e o confinamento atormentado ($r_s = 0.290$, $p = 0.018$);
- Correlação baixa positiva entre a atitude pessoal face ao humor e a perda nostálgica ($r_s = 0.333$, $p = 0.006$);
- Correlação baixa positiva entre a atitude pessoal face ao humor e a partilha incompreendida ($r_s = 0.272$, $p = 0.027$).

Em síntese, os resultados sugerem que o sentido de humor e a sobrecarga de luto profissional nos enfermeiros não são experiências independentes. Embora não se verifique uma correlação absoluta entre os *scores* totais dos instrumentos utilizados para mensurar os níveis de cada um destes conceitos, verificam-se correlações parciais, entre dimensões de cada um dos construtos. Uma análise interpretativa destas correlações é apresentada em seguida no capítulo relativo à Discussão.

6. DISCUSSÃO

Neste capítulo apresenta-se uma análise interpretativa dos resultados obtidos. Pretende-se refletir sobre os dados, procedendo-se a uma análise teórica à luz do conhecimento disponível e à fundamentação de hipóteses explicativas para os resultados encontrados. Também os procedimentos metodológicos são retrospectivamente analisados, reconhecendo-se as limitações e possíveis fontes de viés deste estudo.

6.1. ANÁLISE INTERPRETATIVA DOS DADOS

▪ A amostra

Ainda que a amostra deste estudo não seja representativa da respetiva população, importa analisar algumas das suas características demográficas. De acordo com os dados disponibilizados pelo INE (atualizados a 28 de Fevereiro de 2014) relativos ao número de enfermeiros por local de trabalho (NUTS – 2001), 81% dos enfermeiros que trabalham em Portugal são do sexo feminino e 19% do sexo masculino. Estes dados coincidem com os publicados pela Ordem dos Enfermeiros (OE) (Ordem dos Enfermeiros, 2014). Na amostra deste estudo estes grupos encontram-se representados em proporções semelhantes, sendo a mesma composta por 80% de elementos do sexo feminino e 20% do sexo masculino.

De acordo com o documento da OE supracitado, no que respeita à distribuição de enfermeiros ativos por distrito, verifica-se que é na região do Douro Litoral (18%) e Estremadura (26%) que se verifica uma maior concentração destes profissionais. Também na amostra deste estudo são estas as regiões que apresentam maior número de participantes, ainda que, no que respeita à percentagem da região da Estremadura, esta seja mais elevada (39.4%). Uma das hipóteses explicativas para esta diferença pode ser o facto de, na reformulação do método de constituição da amostra, se ter utilizado como mediadora uma instituição de ensino superior localizada nesta região.

Também no que respeita aos grupos etários, a amostra apresenta algumas diferenças relativamente ao panorama nacional. Enquanto a OE (2014) estima que 60% dos enfermeiros tem idade igual ou inferior a 40 anos, na amostra deste estudo esta percentagem atinge os 81.8%. Esta diferença pode ser explicada pelo facto de a OE ter incluído enfermeiros aposentados (com um limite máximo de idade superior aos 70 anos de idade) enquanto na amostra deste estudo se incluíram exclusivamente enfermeiros ativos, com uma idade máxima que se verificou ser de 59 anos.

▪ A Sobrecarga de Luto Profissional dos Enfermeiros

Os níveis de sobrecarga de luto profissional da amostra podem ser considerados baixos², já que 75% da amostra tem um *score* médio inferior a 32.1% do total da ESLP. Em nenhuma das quatro dimensões os enfermeiros que constituem a amostra ultrapassaram os 31.8% do *score* máximo para cada uma delas, sendo que 75% tiveram *scores* inferiores a 42% do total das mesmas.

No estudo de Marques da Gama (2013) realizado em Portugal com uma amostra constituída por enfermeiros de vários serviços – incluindo unidades de cuidados paliativos – verificou-se, de forma estatisticamente significativa, que aqueles que trabalhavam nesta área de cuidados específica apresentavam *scores* mais baixos do que os enfermeiros dos serviços de hematologia (no *score* total e em todas as dimensões à exceção da perda nostálgica) e do que os enfermeiros dos serviços de oncologia e medicina (no *score* total e nas dimensões de confinamento atormentado e esforço emocional no cuidar).

Apesar de no estudo de Marques da Gama (2013) se terem verificado diferenças estatisticamente significativas de acordo com o género – nas dimensões de confinamento atormentado e perda nostálgica e no *score* total da ESLP – estas não se verificaram neste estudo. Também no que respeita à idade, tempo de experiência e categoria profissional, estas diferenças não foram estatisticamente significativas. Este facto pode ser explicado pelo facto da análise ter sido feita com a totalidade da amostra (incluindo enfermeiros de outras tipologias de serviços) e não exclusivamente com aqueles que trabalhavam em cuidados paliativos, bem como pelo facto das amostras serem ambas não representativas da população, não sendo por isso equiparáveis.

No que respeita à formação específica em cuidados paliativos, Marques da Gama (2013) verificou na sua amostra global que a formação apresentava uma correlação negativa e baixa com a dimensão de esforço emocional no cuidar (definida pela autora como as dificuldades emocionais percebidas pelo profissional no cuidado à pessoa em fim de vida). No presente estudo, apesar desta correlação não se ter verificado, emergiram diferenças estatisticamente significativas no *score* desta dimensão de acordo com o acesso, ou não, a formação específica ($U = 151$, $p = 0.004$), tendo os enfermeiros com formação específica *scores* mais baixos do que aqueles sem formação. Também na

² A ESLP não apresenta pontos de corte definidos.

literatura foram já relatados os efeitos benéficos da formação em cuidados paliativos, nomeadamente em áreas como a comunicação e o suporte psicossocial, a atitude face à morte, a empatia e o controlo sintomático (Adriaansen e Achterbeg, 2008). Estudos realizados com amostras que incluíam enfermeiros que trabalhavam em cuidados paliativos demonstraram a relação entre a formação e a melhoria da comunicação emocionalmente desafiante (Wilkinson, et al., 2002), da atitude de evitamento e da redução da ansiedade face à morte (Wessel e Rutledge, 2005), competências necessárias à moderação do esforço emocional no cuidar. Pelo contrário, Henoch, et al. (2013), num estudo controlado e randomizado com uma amostra de 102 enfermeiros, verificou que aqueles que tinham tido acesso a formação haviam aumentado o grau de confiança na comunicação com a pessoa em fim de vida, mas que as atitudes face ao cuidado a essas pessoas não tinha sofrido alterações estatisticamente significativas.

▪ **O Sentido de Humor dos Enfermeiros**

Os participantes deste estudo apresentam níveis de sentido de humor tendencialmente elevados, já que 75% deles tem um *score* médio superior a 54% do total da MSHS³.

As três dimensões de avaliação positiva do sentido de humor – produção e uso social do humor, humor adaptativo e apreciação do humor – apresentam, de forma transversal, medianas superiores a 54% do seu *score* máximo. Pelo contrário, as dimensões de avaliação negativa do sentido de humor – que incluem os seis itens de leitura invertida da escala – apresentam ambas uma mediana de 8.3% do seu *score* máximo.

Esta tendência para uma avaliação positiva do sentido de humor havia já sido verificada numa outra amostra de enfermeiros portugueses (José, 2010). No estudo de José (2010) não se verificaram quaisquer correlações entre o sentido de humor e a idade, o género ou o tempo de experiência profissional, facto que pode ser explicado pelo facto de se tratar de um estudo qualitativo com um número de participantes adequado a este tipo de investigação (n = 19).

De acordo com os resultados deste estudo, os homens produzem e utilizam mais o humor do que as mulheres, dados coincidentes com os encontrados por Thorson e Powell (1993b). Já no que respeita à utilização do humor como mecanismo adaptativo, os

³ A MSHS não tem pontos de corte definidos.

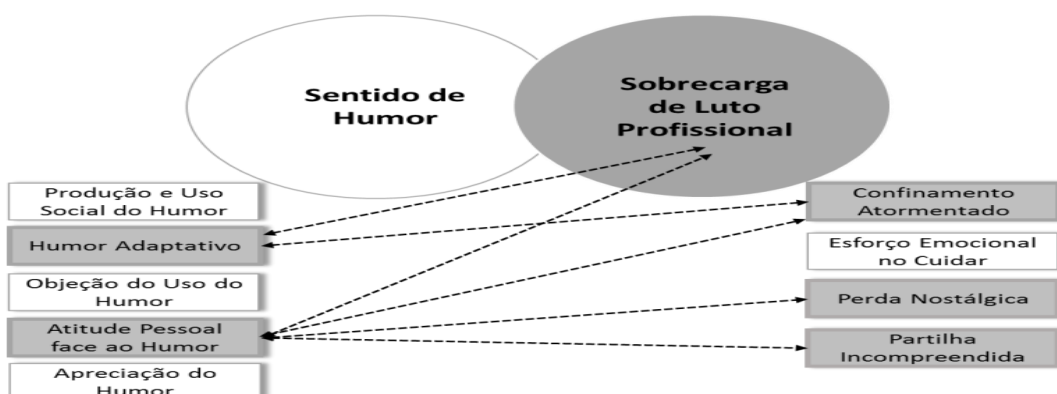
resultados deste estudo contrariam os de Thorson e Powell (1993b), sugerindo que também os homens têm scores mais elevados do que as mulheres nesta dimensão.

Também Thorson e Powell (1993b) encontraram na sua amostra evidência de correlações positivas entre a idade e a produção e uso social do humor, o humor adaptativo e a apreciação do humor, bem como uma correlação negativa com as atitudes negativas face ao humor. No presente estudo, verificou-se apenas que os enfermeiros com idades compreendidas entre os 29 e os 34 anos apresentavam um *score* inferior estatisticamente significativo ao dos enfermeiros das faixas etárias [23,29[, [35,41[e [53,59] na dimensão de objeção ao uso do humor. Sendo esta uma dimensão constituída por itens de leitura invertida, este resultado indica que estes enfermeiros apresentam maior recetividade ao humor. Apesar de não se tratar de uma diferença estatisticamente significativa (provavelmente devido ao tamanho da amostra e ao número limitado de elementos desta faixa etária) os enfermeiros com idade superior a 53 anos são os que apresentam maior objeção ao humor. Estes dados contrariam os resultados de Sumners (1990) num estudo realizado com 204 enfermeiros, segundo o qual os enfermeiros mais velhos e com mais tempo de experiência tendem a apresentar atitudes mais positivas face ao humor, tanto na vida pessoal como profissional, por oposição aos enfermeiros mais novos que apresentam atitudes mais negativas no que respeita à sua utilização em meio profissional (Sumners, 1990).

▪ A Sobrecarga de Luto e o Sentido de Humor: as correlações emergentes

Os resultados deste estudo sugerem a existência de uma correlação entre o sentido de humor e a sobrecarga de luto profissional nos enfermeiros que trabalham em cuidados paliativos. No entanto, estas correlações emergem apenas entre a sobrecarga de luto e duas dimensões específicas do sentido de humor: o humor adaptativo e a atitude pessoal face ao humor (Figura 5).

Figura 5 - Correlações entre o Sentido de Humor e a Sobrecarga de Luto Profissional



O humor adaptativo apresenta uma correlação positiva com a sobrecarga de luto profissional, avaliada pelo *score* total obtido na ESLP ($r_s = 0.249$, $p = 0.044$). O resultado deste teste estatístico sugere que **os enfermeiros que têm níveis de sobrecarga de luto profissional mais elevados são também os que mais recorrem ao humor como um mecanismo adaptativo**. De facto, o humor como mecanismo de *coping* centrado nas emoções foi já considerado um recurso importante para os enfermeiros pelo seu valor na moderação do *stress* acumulado associado ao cuidado da pessoa em fim de vida (Knight, 1996), na ajuda a lidar com situações difíceis para os profissionais e no alívio do stress e da carga negativa associada às mesmas (Dean e Gregory, 2004, 2005). Assim sendo, parece fazer sentido que aqueles que mais sentem os efeitos do luto acumulado pelas pessoas de quem cuidam sejam também aqueles que mais necessidade têm de utilizar um mecanismo adaptativo que lhes permita uma pausa no sofrimento. Todos os estudos de investigação qualitativa incluídos na revisão da literatura corroboram o argumento de que o humor é de facto um mecanismo de *coping* frequente e importante para os enfermeiros (Dean e Gregory, 2005; Hopkinson, et al., 2005; Ekedahl e Wengstrom, 2006; Dean e Major, 2008; Espinosa, et al., 2010; Gerow, et al., 2010; Chan e Tin, 2010).

O humor adaptativo correlaciona-se também com a dimensão de confinamento atormentado da sobrecarga de luto profissional ($r_s = 0.266$, $p = 0.031$). As dificuldades percebidas pelos enfermeiros no cuidado à pessoa em fim de vida podem conduzir à perceção do ato de cuidar como algo sistematicamente doloroso que invade a vida pessoal do profissional e que o preocupa de forma permanente, condicionando o seu afastamento progressivo de familiares e amigos (Marques da Gama, et al., 2011). Os resultados deste estudo indicam que nesta amostra, **os enfermeiros que mais se sentem desta forma, são também aqueles que mais recorrem ao humor como resposta emocional adaptativa**. Tendo em conta a tendência para o isolamento e para a preocupação constante com as pessoas doentes com quem o enfermeiro se encontra envolvido profissionalmente, assume-se que este humor a que o mesmo recorre seja preferencialmente partilhado no local de trabalho, com os pares, e não noutros contextos. De acordo com evidência científica, o humor encontrado em contexto profissional na área dos cuidados de saúde é, de forma não exclusiva mas frequente, um *humor negro* (Dean e Major, 2008) que serve uma função protetora para o próprio e é considerado um meio de expressão de emoções (Hopkinson, et al., 2005; Ekedahl e Wengstrom, 2006), que de outra forma talvez não pudessem ser expressas. De facto, este parece ser um tipo de humor frequente e aceite

entre profissionais que experienciam determinadas situações de carga emocional marcada, mas que pode não ser entendido ou aprovado fora destas relações, com as pessoas doentes e as suas famílias. Num estudo etnográfico realizado numa unidade de cuidados intensivos nos EUA (Cain, 2012), verificou-se que os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, assumiam papéis distintos mas igualmente genuínos, conforme estivessem em interação com as pessoas em fim de vida ou em momentos de interação exclusiva com os seus pares. Se na interação com a pessoa doente e a sua família os enfermeiros apresentavam comportamentos de compaixão e disponibilidade, na presença dos seus pares produziam humor sobre situações difíceis – nomeadamente sobre a desorientação, a morte e os rituais fúnebres.

À semelhança do humor adaptativo, também a atitude pessoal face ao humor constitui a outra dimensão do sentido de humor que apresenta correlações estatisticamente significativas com a sobrecarga de luto – avaliada pelo *score* total da ESLP ($r_s = 0.323$, $p = 0.008$) –, com a dimensão de confinamento atormentado ($r_s = 0.290$, $p = 0.018$), com a perda nostálgica ($r_s = 0.333$, $p = 0.006$) e com a partilha incompreendida ($r_s = 0.272$, $p = 0.027$). Note-se que a dimensão das atitudes face ao humor da MSHS é composta exclusivamente por itens de leitura invertida, pelo que os enfermeiros com *score* mais elevado são aqueles que apresentam atitudes mais negativas relativamente ao humor. De acordo com os resultados obtidos nesta amostra, **os enfermeiros que têm atitudes mais negativas relativamente ao humor são aqueles que apresentam maior sobrecarga de luto, maior experiência de condicionamento da vida pessoal em função de lutos acumulados, maior sentimento de tristeza e vazio após a morte e maior sentimento de incompreensão na partilha de sentimentos com terceiros no que respeita ao processo de luto.**

A premissa fundamental que permite sustentar a influência das atitudes face ao humor na vivência do luto profissional, é a de que a forma como os indivíduos percebem o humor condiciona necessariamente a sua utilização. Sumners (1990), no seu estudo sobre as atitudes dos enfermeiros face ao humor, defende que os enfermeiros com atitudes positivas tendem a utilizá-lo intencionalmente na prática clínica e reconhecem os seus benefícios. Pelo contrário, aqueles que têm uma atitude mais negativa são os que omitem o humor das suas vidas pessoais e profissionais, não lhe reconhecendo valor terapêutico. Esta visão é influenciada por experiências de sucesso ou insucesso anteriores e condiciona a predisposição e motivação do indivíduo para a sua utilização, apreciação e

inclusivamente para a consideração, ou não, de si próprio como uma pessoa humorística (Thorson e Powell, 1993a).

Sabe-se que os enfermeiros que cuidam de pessoas em fim de vida experienciam situações e sentimentos de ambivalência, frustração e sensação de sobrecarga, decorrentes da proximidade com a morte (Wallersted e Andershed, 2007). Tratando-se o humor de um recurso com benefícios bem definidos para os enfermeiros, para as suas interações de cuidado e para as pessoas de quem cuidam, a sua utilização permite um alívio do esforço associado ao cuidado da pessoa em fim de vida e dos processos de luto vividos frequentemente nestes contextos. De facto, importa realçar que as atitudes face ao humor condicionam, positiva ou negativamente, todos os restantes fatores do conceito multidimensional de sentido de humor, já que se o enfermeiro considera o humor desadequado, impróprio ou inútil, não lhe atribui quaisquer virtudes passíveis de enriquecer a sua atividade profissional e não recorre a este como uma ferramenta na sua prática clínica. Este aspeto em particular pode implicar a ausência de um estímulo para a produção e utilização social do humor, para a sua utilização como mecanismo adaptativo ou mesmo para a sua apreciação (que constituem as três dimensões positivas da MSHS), e reforça a dimensão negativa de objeção ao uso do humor. As implicações desta postura face ao humor não são estritamente pessoais, podendo emergir questões relevantes no que respeita ao papel do humor na equipa de profissionais de saúde quando este não é legitimado por alguns elementos, principalmente no caso de estes desempenharem um cargo superior na hierarquia, como é o caso dos enfermeiros em funções de gestão e chefia (Sumners, 1990).

A não validação do humor pode, pela sua não partilha entre pares, reforçar as dificuldades percebidas pelos enfermeiros no cuidado à pessoa em fim de vida, aumentando a partilha incompreendida, já que os processos de luto se tornam solitários e dominados por “*sentimentos proibidos*”, tais como os que emergiram no estudo de Wallersted e Andershed (2007). De facto, o humor trata-se de um recurso importante para as equipas de profissionais de saúde, tanto na construção de um sentido de grupo como no reforço da sua coesão (Dean e Gregory, 2004), na perceção de suporte mútuo e na expressão e emoções (Ekedahl e Wengstrom, 2006). Este último aspeto em particular permite-nos igualmente compreender a influência positiva do reconhecimento do humor na vivência de um luto profissional saudável, não dominado pelos sentimentos de restrição que caracterizam a dimensão de confinamento atormentante. Tratando-se a sobrecarga de luto

de um fenómeno multidimensional, também as restantes dimensões são afetadas pelas atitudes negativas face ao humor e pela sua consequente não mobilização enquanto recurso.

A literatura apresenta evidência de alguns benefícios do humor que podem explicar o facto de enfermeiros com atitudes mais positivas perceberem a morte das pessoas de quem cuidam de forma menos dolorosa, diminuindo a interferência na sua vida pessoal e a sensação de restrição associada à sobrecarga de luto. De acordo com Cain (2012), os profissionais de saúde que trabalham em cuidados paliativos utilizam o humor como um meio de aproximação daqueles de quem cuidam mas também como um veículo para o distanciamento que consideram necessário para protegerem a sua identidade enquanto profissionais e limitarem os efeitos negativos da sua atividade. Cain (2012) defende ainda que, mesmo entre pares, os enfermeiros sentem a necessidade de limitar a expressão do seu sofrimento a determinados limites que variam dentro do que cada um considera razoável, mantendo uma postura definida pelos participantes como “*aceitável*” e “*profissional*”.

O humor contribui para que o luto não se desenvolva dominado pelos sentimentos permanentes de tristeza e vazio que constituem a dimensão de perda nostálgica. Os resultados do estudo de Cann e Etzel (2008), ainda que não se reportem a uma amostra de enfermeiros, sugerem que o uso do humor autopromotor (por oposição ao humor destrutivo), fomenta uma orientação mental dominada pelo otimismo e pela esperança que permitem enfrentar situações difíceis na perspetiva de desafio, com expectativas mais positivas e com maior sensação de controlo, facto que parece contribuir para que as perdas sejam percecionadas de forma mais positiva.

Em síntese, ainda que os resultados deste estudo respeitem apenas à amostra não representativa da população com que foi realizada, os seus resultados trazem contributos importantes para a compreensão do processo de luto dos enfermeiros que cuidam de pessoas com doença progressiva e incurável. De forma global, os resultados estão de acordo com a evidência científica já disponível, mas acrescentam-lhe ainda alguns dados particulares. O seu contributo central é a conclusão de que os enfermeiros que têm uma visão mais positiva do humor e que o utilizam como um mecanismo para lidar com stress laboral associado ao seu trabalho de proximidade com a morte, vivem os processos de luto profissional de forma mais saudável, sentindo-se apoiados pelos seus pares,

superando as perdas, retirando destas contributos para o seu desenvolvimento e preservando a sua vida pessoal.

6.2. CONTRIBUTOS PARA A ENFERMAGEM

O desenvolvimento deste estudo enquadrou-se, do ponto de vista académico, na realização de um Mestrado em Enfermagem Avançada, pelo que é fundamental o seu enquadramento nesta área científica do conhecimento. Todas as teorias desenvolvidas no domínio da Enfermagem visam compreender o fenómeno humano que é o cuidado de enfermagem de uma perspetiva particular, podendo considerá-lo uma arte, uma ciência, focando-se na materialização de necessidades ou problemas objetivos ou alargando os seus conceitos a uma dimensão transpessoal.

A problemática do luto profissional pode parecer distante do corpo de conhecimento da Enfermagem que frequentemente ganha visibilidade quando é construído em função daqueles de quem cuidamos. De facto, a nossa missão é focada nas pessoas: avaliamos necessidades de enfermagem, formulamos diagnósticos, intervimos de forma autónoma ou em colaboração com outros profissionais, avaliamos os resultados das decisões tomadas e investigamos para cuidar cada vez melhor. Convém, no entanto, notar que, a par da pessoa/doente, da saúde e do ambiente, também a enfermagem é definida em todas as teorias de Enfermagem, constituindo um dos seus conceitos centrais. Conhecer os enfermeiros, o impacto que o sofre

nto repetido tem nestes profissionais e os recursos que os mesmos podem mobilizar constitui, por isso, parte daquele que deve ser o alvo da investigação em Enfermagem.

O cuidado de enfermagem à pessoa em fim de vida reveste-se de uma complexidade evidente, decorrente da proximidade com a morte e o sofrimento do outro, com a confrontação frequente com a finitude humana, com o desenvolvimento permanente de processos de luto profissionais e pela necessidade que os enfermeiros apresentam de manter um equilíbrio entre a sua vida pessoal e profissional. Apesar da teoria de Swanson (1991) ter sido desenvolvida em contextos perinatais, os seus contributos sobre a definição do *Cuidar* podem ser aplicados de forma análoga nos contextos de cuidados paliativos. De acordo com a Teoria do Cuidar, os enfermeiros desenvolvem vários processos em simultâneo, que incluem o conhecimento do outro e da sua situação de acordo com a sua perspetiva individual (*conhecer*), a disponibilidade emocional (*estar com*), a substituição do outro nas suas dependências (*fazer por*), a ajuda nas transições

(*possibilitar*) e a manutenção de um ambiente de suporte para que o outro ultrapasse uma dada dificuldade (*manter a crença*). Apesar de todos estes processos estarem presentes no cuidado de enfermagem, a disponibilidade emocional que implica a partilha de momentos de sofrimento e de alegria (Swanson, 1991) é um fator com um impacto particular nos enfermeiros que cuidam de pessoas em fim de vida e relaciona-se intimamente com a problemática deste estudo, já que o luto e o humor são ambas representações importantes do leque de experiências associadas ao sofrimento e à alegria que coexistem no contexto de cuidados paliativos. Também a manutenção da crença parece ser outro fator de relevo e de grande exigência para os enfermeiros, já que requer que o profissional consiga confiar no outro e nas suas capacidades de ultrapassar determinado evento, enfrentando-o de forma construtiva. O valor do humor neste contexto aparentemente adverso constitui um meio para a manutenção da crença, já que permite a esperança (Herth, 1990; Buckley e Herth, 2004; Duggleby e Wright, 2004; Westburg, 2003) e a construção de uma nova perspetiva (Astedt-Kurki et al., 2001), mais positiva (Savage e Canody, 1999) e menos restritiva (Sruthers, 1999).

Tendo em conta os seus benefícios, José (2010) defende que o humor deve ser integrado no agir profissional dos enfermeiros, não só nas interações com os pares mas também com as pessoas de quem estes cuidam. Também Chan e Tin (2012) defendem que o humor é uma competência, o que eleva a sua condição a algo que transcende o puramente intuitivo e que pode ser intencional, aprendido, treinado e aperfeiçoado com a experiência. O humor terapêutico surge ainda na literatura como uma competência do enfermeiro perito (Greenberg, 2003) facto que reforça a complexidade da sua manipulação. O valor da experiência no cuidado de enfermagem foi largamente discutido por Benner (1982), que defendeu que os enfermeiros podem ser categorizados em níveis de experiência de acordo com a sua capacidade de mobilizar vivências anteriores – por oposição ao cuidado baseado em princípios abstratos – e de discernir quais os aspetos essenciais e efetivamente relevantes de um dado problema com que se confrontam na prática clínica. Afirma ainda que os enfermeiros precisam, para além do indispensável acesso a uma educação formal, de experiência acumulada que lhes permita compreender as múltiplas formas como o ser humano experiencia e gere as situações de doença, o sofrimento, a dor ou mesmo a morte, criando e desenvolvendo um repertório de competências mobilizáveis de acordo com as necessidades da pessoa doente (Benner, 1982). De acordo com esta teoria, a vivência do luto profissional de forma não patológica,

sem indícios de sobrecarga para o enfermeiro, pode resultar de uma maturidade adquirida por via da experiência, integrando as experiências de perda em função de um desenvolvimento pessoal sustentado, que se reflete na sua prática e na forma de cuidar. Este aspeto é confirmado pelo facto de serem os enfermeiros mais velhos e com mais tempo de tempo de experiência aqueles que mais recorrem ao humor em contexto profissional (Sumners, 1990; Thorson e Powell, 1993b).

O humor surge na literatura como uma ferramenta importante na interação entre enfermeiros e pessoas com necessidades de cuidados de enfermagem (Beck, 1997; Astedt-Kurki e Isola, 2001; Astedt-Kurki et al., 2001; Olsson, et al., 2002), facilitando a comunicação em situações difíceis, ajudando os enfermeiros a gerir as perdas, limitando o seu impacto e diminuindo a sobrecarga de luto percebida. Peplau (1990) defende na sua Teoria das Relações Interpessoais que é a interação entre a enfermeira e o paciente que constitui o centro do cuidado de enfermagem e que é através desta que os resultados de enfermagem são alcançados e podem ganhar visibilidade. Esta teórica afirma que o desenvolvimento da enfermagem depende do reconhecimento pelos próprios enfermeiros das dificuldades inerentes a esta interação e da sua capacidade para gerar novas formas de lidar com os problemas que encontram na sua prática. Os pressupostos de Peplau aplicam-se indubitavelmente aos contextos de cuidados paliativos (Mok e Chiu, 2004), já que este é um meio privilegiado para a comunicação terapêutica, genuína, focada no desenvolvimento da pessoa doente e na sua capacidade de gerar novas formas de lidar com os problemas que enfrenta. Num trabalho tão intimamente ligado ao sofrimento e à morte, o humor – tanto aquele que é partilhado com os pares como aquele que é partilhado com a pessoa em fim de vida – pode contribuir positivamente para a relação profissional que é construída pelos enfermeiros. De acordo com Peplau (1990), esta relação não é imediata mas sim progressiva, evoluindo ao longo de um total de quatro etapas (*orientação, identificação, exploração e resolução*) que muitas vezes se sobrepõem. Neste percurso, é essencial que tanto as pessoas doentes como os enfermeiros desenvolvam determinadas tarefas psicológicas, mas cabe aos enfermeiros a responsabilidade de analisarem e compreenderem o seu próprio comportamento para poderem ajudar o outro na identificação das suas necessidades. Ainda que as teorias de Hildegard Peplau e Patricia Benner não sejam contraditórias, a primeira defende que alguns desafios surgem inevitavelmente, de forma independente da experiência (Peplau, 1990) e o trabalho de proximidade com a morte pode ser considerado um deles.

Conclui-se que o luto profissional dos enfermeiros que trabalham em cuidados paliativos é uma problemática do domínio da Enfermagem, que deve ser investigada pelos seus profissionais para seu próprio benefício e para que as implicações da sua atividade profissional possam ser socialmente divulgadas e debatidas. As teorias de Benner, Swanson e Peplau permitem um enquadramento dos resultados obtidos neste estudo na área científica da enfermagem e contribuem, por isso, para a sua apropriação pelos enfermeiros. Também o uso do humor, tanto entre profissionais como com as pessoas doentes, surge como um mecanismo protetor dos indivíduos que contactam de forma íntima e prolongada com o sofrimento e deve ser, por isso, investigado o seu potencial enquanto recurso na área da saúde.

6.3. LIMITAÇÕES

A análise dos resultados já discutidos deve ter em conta um conjunto de limitações inerentes ao estudo de investigação, às opções metodológicas que se tomaram ao longo da realização do mesmo e a outras condicionantes que podem ter influenciado os resultados e a interpretação dos mesmos.

Relativamente à revisão da literatura na qual se baseou este projeto de investigação, importa assumir como limitação o facto da avaliação e decisão de inclusão ou exclusão dos artigos ter sido realizada unicamente pela investigadora. No entanto, esta opção foi assumida desde o início como a opção metodológica mais viável, tendo em conta os objetivos académicos do estudo e o tempo limite para a sua realização. Importa também realçar que se optou por incluir artigos de investigação relativos a vários contextos clínicos e não unicamente a instituições de cuidados paliativos. Este facto justifica-se pelo escasso número de artigos relativos a este contexto particular, tendo-se considerado que os resultados de outros contextos poderiam contribuir para uma visão alargada do estado do conhecimento relativamente à questão de investigação. Note-se que esta se reportava apenas a enfermeiros que cuidavam de pessoas em fim de vida, não necessariamente em instituições formais de cuidados paliativos.

No que respeita à constituição da amostra, vários procedimentos podem ter também condicionado possíveis limitações e fontes de viés:

- A necessidade de reformulação do método de acesso aos participantes – que se verificou devido ao reduzido número inicial de participantes – condicionou a impossibilidade de calcular a taxa de resposta a este estudo, uma vez que não se

conhece o número total de enfermeiros das instituições de cuidados paliativos que foram contactadas pelo investigador, nem o número total de profissionais contactados pelas instituições mediadoras;

- Uma vez que a técnica de amostragem utilizada foi não probabilística, não é possível garantir a representatividade da amostra face à população em estudo. Desta forma, os dados obtidos referem-se exclusivamente à presente amostra, não podendo ser inferidos. Este facto deveu-se não só a constrangimentos no acesso aos potenciais participantes como a limitações temporais para o desenvolvimento deste estudo;
- O contacto indireto com os enfermeiros que poderiam potencialmente constituir a amostra, através da divulgação do estudo junto dos alunos do Mestrado em Cuidados Paliativos de uma instituição de ensino superior, teve influência nas características demográficas da amostra, em particular na percentagem de enfermeiros com formação específica nesta área;
- Apesar de se ter incluído no formulário *online* uma nota em que se solicitava aos participantes que não respondessem ao mesmo, caso já o tivessem feito previamente em algum momento, não é possível garantir que nenhum enfermeiro tenha submetido mais do que uma resposta.

Também a seleção dos dois instrumentos de colheita de dados – a MSHS e a ESLP – teve como limitação o facto de se tratarem das únicas escalas disponíveis na sua versão adaptada e validada para a população portuguesa. Importa, no entanto, ter em consideração que as mesmas foram selecionadas não só pela sua adequação à problemática em estudo como pela sua qualidade científica.

CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES PARA INVESTIGAÇÕES FUTURAS

A presente dissertação de Mestrado demonstrou, numa amostra de enfermeiros que trabalham em unidades de cuidados paliativos em Portugal, que o sentido de humor e a experiência de luto profissional não são fenómenos independentes.

Os resultados deste estudo permitiram, através da verificação de um conjunto de correlações estatisticamente significativas e da sua análise interpretativa, responder à questão que conduziu todo o processo de investigação: *Qual a relação entre o sentido de humor e a intensidade da sobrecarga de luto nos enfermeiros que trabalham em unidades e equipas de cuidados paliativos?*

Demonstrou-se que, tanto as atitudes positivas face ao humor como a utilização do humor como mecanismo adaptativo para lidar com as múltiplas fontes de sofrimento e de *stress* laboral presentes nos contextos de cuidados paliativos, são fatores facilitadores do trabalho emocional dos enfermeiros, diminuindo a sobrecarga por perdas e lutos sistematicamente acumulados. De facto, ainda que a evidência científica – decorrente de estudos de investigação qualitativa – tivesse já demonstrado o valor do humor no trabalho de proximidade com a morte, estes dados não tinham ainda sido descritos sob a forma quantitativa, pelo que se considera que os mesmos constituem um contributo relevante para a compreensão do valor do humor no luto profissional dos enfermeiros.

Considera-se também que, através do enquadramento desta problemática na ciência de Enfermagem, com recurso a modelos e teorias de referência, conseguiu demonstrar-se que esta é uma área de interesse para a Enfermagem, na qual importa investir em termos de investigação e educação. De facto, o reconhecimento do humor como um recurso importante para a saúde das pessoas doentes e dos profissionais que delas cuidam, pode ser impulsionador de novas práticas, gerando alternativas no cuidado à pessoa em fim de vida e melhorando a sobrecarga associada ao trabalho com esta população.

Em contextos de prestação de cuidados paliativos, onde a inevitabilidade da morte está sempre presente, esta não tem necessariamente que se sobrepor às possibilidades de desenvolvimento positivo que emergem para as pessoas em fim de vida e para os profissionais de saúde. A evidência científica apresentada ao longo deste trabalho demonstra que, de facto, o sofrimento e o humor estão longe de ser realidades mutuamente exclusivas.

Espera-se que os resultados deste estudo constituam um ponto de partida para outros projetos de investigação nesta área. Tendo em conta a evidência científica atualmente (in)disponível, seria profícua a realização de um estudo desta natureza com uma amostra representativa da população, que permitisse a confirmação dos dados verificados nesta amostra, bem como a sua generalização.

Apesar das experiências de luto se caracterizarem pela sua natureza íntima e individual e serem, por isso, preferencialmente alvo de investigação qualitativa, o investimento em estudos de natureza quantitativa poderia ser igualmente relevante na identificação de padrões de comportamento e na avaliação dos resultados de determinadas intervenções implementadas a título experimental junto de enfermeiros e pessoas em fim de vida.

Recomenda-se ainda a realização de investigação sobre o luto profissional em contextos distintos dos de cuidados paliativos mas onde as perdas são igualmente frequentes, nomeadamente com enfermeiros que trabalham em unidades de cuidados intensivos. Um estudo nesta área poderia contribuir para a verificação e análise comparativa dos efeitos da filosofia de intervenção vigente – interventiva no seu expoente máximo ou paliativa – nos cuidados de enfermagem, nos enfermeiros, na gestão dos processos de luto e no uso do sentido do humor entre profissionais e com as pessoas em situação de doença crítica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABIVEN, M. 2001. Para uma morte mais humana - experiência de uma unidade hospitalar de cuidados intensivos. Loures : Lusociência, 2001. ISBN 972-8383-25-8.

ADRIAANSEN, M. e ACHTERBERG, T. 2008. The content and effects of palliative care courses for nurses: a literature review. *International Journal of Nursing Studies*. 45, 2008, pp. 471-485.

ADRIAANSEN, M., ACHTERBERG, T. e BORM, G. 2005. Effects of a postqualification course in palliative care. *Journal of Advanced Nursing*. 2005, Vol. 49(1), pp. 96-103.

ARIÈS, P. 1975. Sobre a história da morte no ocidente desde a idade média. Lisboa : Teorema, 1975. ISBN 978-972-695-948-9.

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE CUIDADOS PALIATIVOS. Equipas de Cuidados Paliativos. Web site da Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos. [Online] [Citação: 1 de Setembro de 2014.] <http://www.apcp.com.pt/cuidadospaliativos/equipasdecuidadospaliativos.html>.

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE CUIDADOS PALIATIVOS. 2006. Formação de Enfermeiros em Cuidados Paliativos - Recomendações da APCP. Web site da Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos. [Online] Março de 2006. [Citação: 13 de Setembro de 2014.] http://www.apcp.com.pt/uploads/Recomendacoes-Formacao_em_CP.pdf.

ASTEDT-KURKI, P. e ISOLA, A. 2001. Humor between nurse and patient, and among staff: analysis of nurses' diaries. *Journal of Advanced Nursing*. 2001, Vol. 35(3), pp. 452-458.

ASTEDT-KURKI, P. e LIUKKONEN, A. 1994. Humour in Nursing Care. *Journal of Advanced Nursing*. 1994, Vol. 20, pp. 183-188.

ASTEDT-KURKI, P., et al. 2001. Importance of humour to client-nurse relationships and client's well-being. *International Journal of Nursing Practice*. 2001, Vol. 7, pp. 119-125.

BAQUERO, B., ESTEVE, A. e PARRA, S. 2000. Una aproximación terapéutica al humor en el cuidado paliativo. *Atención Primaria*. 2000, Vol. 26, pp. 58-62.

BECK, C. 1997. Humor in nursing practice: a phenomenological study. *International Journal of Nursing Studies*. 1997, Vol. 34(5), pp. 346-352.

BENNER, P. 1982. From Novice to Expert. *The American Journal of Nursing*. 1982, Vol. 82(3), pp. 402-407.

BOROD, M. 2006. SMILES - Toward a better laughter life: A model for introducing humor in the palliative care setting. *Journal of Cancer Education*. 2006, Vol. 21(1), pp. 30-34.

BRENNAN, F. 2007. Palliative Care as an international human right. *Journal of Pain Symptom Manage*. 2007, Vol. 33(5), pp. 494-499.

BUCKLEY, J. e HERTH, A. 2004. Fostering hope in terminally ill patients. *Nursing Standard*. 2004, Vol. 19(10), pp. 33-41.

BUGLASS, E. 2010. Grief and bereavement theories. *Nursing Standard*. 2010, Vol. 24 (41), pp. 44-47.

CAIN, C. 2012. Integrating dark humor and compassion: identities and presentations of self in the front and back regions of hospice. *Journal of Contemporary Ethnography*. 2012, Vol. XX(X), pp. 1-27.

CANN, A. e ETZEL, K. 2008. Remembering and anticipating stressors: positive personality mediates the relationship with sense of humor. *Humor*. 2008, Vol. 21(2), pp. 157-178.

CAPELAS, M. L. 2009. Cuidados Paliativos: Uma proposta para Portugal. *Cadernos de Saúde*. 2009, Vols. 2, Nº 1, pp. 51-57.

CAPELAS, M. L. 2014. Indicadores de Qualidade para os serviços de cuidados paliativos. Lisboa : Universidade Católica Portuguesa, 2014. ISBN 978-972-54-0408-9.

CENTRE FOR REVIEWS AND DISSEMINATION. 2009. *Systematic Reviews: CRD's guidance for undertaking reviews in health care*. York : University of York, 2009. ISBN 978-1-900640-47-3.

CHAN, W. e TIN, A. 2012. Beyond knowledge and skills: self-competence in working with death, dying, and bereavement. *Death Studies*. 2012, Vol. 36, pp. 899-913.

CHICK, N. e MELEIS, A. I. 1986. *Transitions: a nursing concern*. [autor do livro] P. L. Chin. *Nursing Research Methodology*. Boulder, CO : Aspen Publications, 1986, pp. 237-257.

CHINERY, W. 2007. Alleviating stress with humour: a literature review. *Journal of Perioperative Practice*. 2007, Vol. 17(4), pp. 172-182.

CONSELHO NACIONAL DE ÉTICA PARA AS CIÊNCIAS DA VIDA. 2013. Parecer sobre declaração de interesse e conflito de interesses em saúde e investigação biomédica. Web site de CNECV. [Online] Julho de 2013. [Citação: 19 de Setembro de 2014.]

http://www.cneqv.pt/admin/files/data/docs/1374593931_Parecer%2072%20CNECV%202013.pdf.

COUSINS, N. 1979. *Anatomy of an illness*. New York : W. W. Norton & Company, Inc., 1979.

COWAN, D., NORMAN, I. e COOPAMAH. 2005. Competence in nursing practice: a controversial concept - a focused review of literature. *Nurse Education Today*. 2005, Vol. 25, pp. 355-362.

DEAN, R. e GREGORY, D. 2004. Humor and laughter in palliative care: an ethnographic investigation. *Palliative and Supportive Care*. 2004, Vol. 2, pp. 139-148.

DEAN, R. e GREGORY, D. 2005. More than trivial - strategies for using humor in palliative care. *Cancer Nursing*. 2005, Vol. 28(4), pp. 292-300.

DEAN, R. e MAJOR, J. 2008. From critical care to comfort care: the sustaining value of humour. *Journal of Clinical Nursing*. 2008, Vol. 17(8), pp. 1088-1095.

DEAN, R. 1998. Occupational stress in hospice care: causes and coping strategies. 1998. 1998, Vol. 15, pp. 151-154.

DELALIBERA, M., COELHO, A. e BARBOSA, A. 2011. Validação do instrumento de avaliação do luto prolongado para a população portuguesa. *Acta Médica Portuguesa*. 2011, Vol. 24, pp. 935-942.

DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE. 2004. Programa Nacional de Cuidados Paliativos - Circular Normativa de 13.7. 2004.

DOKA, K. 2002. *Disenfranchised grief: new directions, challenges and strategies for practice*. Illinois : Research Press, 2002.

DOKA, K. 1987. Silent sorrow: grief and the loss of significant others. *Death Studies*. 1987, Vol. 11(6), pp. 455-469.

DUGGLEBY, W. e WRIGHT, K. 2004. Elderly palliative care cancer patient's descriptions of hope-fostering strategies. *International Journal of Palliative Nursing*. Julho de 2004, Vol. 10 (7), pp. 352-359.

EKEDAHL, M. e WENGSTROM, Y. 2006. Nurses in cancer care - coping strategies when encountering existential issues. *European Journal of Oncology Nursing*. 2006, Vol. 10, pp. 128-139.

ESPINOSA, L., et al. 2010. ICU nurses' experiences in providing terminal care. *Critical Care Nursing*. 2010, Vol. 33(3), pp. 273-281.

EUROPEAN ASSOCIATION FOR PALLIATIVE CARE. 2007. Budapest Commitments - a framework for palliative care development. 2007.

EUROPEAN ASSOCIATION FOR PALLIATIVE CARE; INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR PALLIATIVE CARE; WORLDWIDE PALLIATIVE CARE ALLIANCE; HUMAN RIGHTS WATCH. 2013. The Prague Charter. 2013.

FESSICK, S. 2007. The use of a staff retreat with a grief counsellor for inpatient medical oncology nurses to assist with bereavement and coping. *Oncology Nursing Forum*. 2007, Vol. 34(2), p. 529.

FINGLEY, C. 1995. Compassion fatigue as a secondary traumatic stress disorder: an overview. [autor do livro] C. R. Fingley. *Compassion fatigue: coping with secondary traumatic stress in those who treat the traumatized*. New York : Brunner-Routledge, 1995, pp. 1-20.

FOOT, H. e McCREADDIE, M. 2006. Humour and laughter. [autor do livro] O. Hargie. *The handbook of communication skills*. Routledge, London : s.n., 2006, pp. 293-322.

FORTIN, M., CÔTÉ, J. e FILION, F. 2009. *Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação*. Loures : Lusodidacta, 2009. ISBN 978-989-8075-18-5.

FRANCIS, L., MONAHAN, K. e BERGER, C. 1999. A laughing matter? The uses of humor in medical interactions. *Motivation and Emotion*. 1999, Vol. 23(2), pp. 155-174.

FRIAS, C. 2008. O Enfermeiro com a Pessoa em fim de vida na construção do Cuidar. *Referência*. 2008, Vol. 6, pp. 57-67.

GEROW, L., et al. 2010. Creating a curtain of protection: nurses' experiences of grief following patient death. *Journal of Nursing Scholarship*. 2010, Vol. 42(2), pp. 122-129.

GIBSON, L. 2004. Good grief: moving from grief to comic relief. *Urologic Nursing*. 2004, Vol. 24(5), pp. 446-447.

GREENBERG, M. 2003. Therapeutic play: developing humor in the nurse-patient relationship. *Journal of the New York State Nurses Association*. 2003, Vol. 34(1), pp. 25-31.

GREENSTREET, W. 2004. Why nurses need to understand the principles of bereavement theory. *British Journal of Nursing*. 2004, Vol. 13(10), pp. 590-593.

- HENOCH, I., et al. 2013. Training intervention for health care staff in the provision of existential support to patients with cancer: a randomized, controlled study. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2013, Vol. 46(6), pp. 785-794.
- HERTH, K. 1990. Fostering hope in the terminally-ill people. *Journal of Advanced Nursing*. 1990, Vol. 15, pp. 1250-1259.
- HESBEEN, W. 1997. Cuidar no hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar. Loures : Lusociência, 1997. ISBN 972-8383-11-8.
- HIGGINS, P. e MOORE, S. 2000. Levels of theoretical thinking in nursing. *Nursing Outlook*. 2000, Vol. 48(4), pp. 179-183.
- HOPKINSON, J., HALLETT, C. e LUKER, K. 2005. Everyday death: how do nurses cope with caring for dying people in hospital. *International Journal of Nursing Studies*. 2005, Vol. 42, pp. 125-133.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA. 2014. Enfermeiras/os (N.º) por Local de trabalho (NUTS - 2002) e Sexo; Anual (2013). Web site do Instituto Nacional de Estatística. [Online] 10 de Outubro de 2014. [Citação: 12 de Outubro de 2014.] http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0007751&contexto=bd&selTab=tab2.
- JOHNSON, P. 2002. The use of humor and its influences on spirituality and coping in breast cancer survivors. *Oncologic Nursing Forum*. 2002, Vol. 29(4), pp. 691-695.
- JOSÉ, H. e PARREIRA, P. 2008. Adaptação para Português da Escala Multidimensional do Sentido de Humor. *Revista Referência*. 2008, Vol. 6, pp. 7-18.
- JOSÉ, H. 2002. Humor nos cuidados de enfermagem: vivências de doentes e enfermeiros. Loures : Lusociência, 2002.
- JOSÉ, H. 2006. Humor: Que papel na saúde? Uma revisão da literatura. *Pensar Enfermagem*. 2006, Vol. 10(2), pp. 2-18.
- JOSÉ, H. 2010. Resposta humana ao humor: Humor como resposta humana. Loures : Lusociência, 2010. ISBN 978-972-8930-56-1.
- JOSÉ, H. 2008. Resposta humana ao humor: quando o humor integra o agir profissional dos enfermeiros. Tese apresentada para o grau de doutor em Enfermagem. s.l. : Universidade de Lisboa, 2008.

- JOSÉ, H., et al. 2007. A factor-analytic study of the multidimensional sense of humor scale with a portuguese sample. *North American Journal of Psychology*. 2007, Vol. 9(3), pp. 595-610.
- KNIGHT, C. 1996. *Laughing at death: the ultimate paradox*. [autor do livro] F. Biley e C. Maggs. *Contemporary issues n nursing*. New York : Churchill Livingstone, 1996, pp. 3-30.
- KOVÁCS, M. 2010. Sofrimento da equipa de saúde no contexto hospitalar: cuidado do cuidador profissional. *O Mundo da Saúde*. 2010, Vol. 34(4), pp. 420-429.
- KRALIK, D., VISENTIN, K. e LOON, A. 2006. Transition: a literature review. *Jornal of Advanced Nursing*. 2006, Vol. 55(3), pp. 320-329.
- KUBLER-ROSS, E. e WORDEN, W. 1977. Attitudes and experiences of death worshop attendees. *Omega*. 1977, Vol. 8(2), pp. 91-106.
- LAMBERT, V. A. e LAMBERT, C. E. 2008. Nurses' workplace stressors and coping strategies. *Indian Journal of Palliative Care*. 2008, Vol. 14(1), pp. 38-44.
- LANGLEY-EVANS, A. e PAYNE, S. 1997. Light-hearted death talk in palliative day care context. *Journal of Advanced Nursing*. 1997, Vol. 26, pp. 1091-1097.
- LAZARUS, R. e FOLKMAN, S. 1984. *Stress, appraisal and coping*. New York : Springer Publishing Company, Inc., 1984. p. 141.
- MACHADO, M., et al. 2011. *A morte e o morrer em Portugal*. Coimbra : Almedina, 2011. ISBN 978-972-40-4570-2.
- MAGALHÃES, J. C. 2009. *Cuidar em fim de vida*. Lisboa : Coisas de Ler, 2009. ISBN 978-989-8218-07-0.
- MARQUES DA GAMA, G. 2013. *O luto profissional dos enfermeiros*. Tese apresentada para obtenção do grau de doutor em Enfermagem. s.l. : Universidade Católica Portuguesa, 2013.
- MARQUES DA GAMA, G., BARBOSA, F. e VIEIRA, M. 2011. Escala de Sobrecarga de Luto Profissional (SLP): construção e validação. *Cadernos de Saúde*. 2, 2011, Vol. 4.
- MARTIN, R., et al. 2003. Individual differences in uses of humor and their relation to psychological well-being: development of the humor styles questionnaire. *Journal of Research in Personality*. 2003, Vol. 37, pp. 48-75.

- McCREADDIE, M. e WIGGINS, S. 2007. The purpose and function of humour in health, health care and nursing: a narrative review. *Journal of Advanced Nursing*. 2007, Vol. 61 (6), pp. 584-595.
- McCREIGHT, B. 2004. Perinatal grief and emotional labour: a study of nurses' experiences in gynae wards. *International Journal of Nursing Studies*. 2004, Vol. 42, pp. 439-448.
- MELEIS, A. e TRANGENSTEIN, P. 1994. Facilitating transitions: redefinition of the nursing mission. *Nursing Outlook*. 1994, Vol. 42(6), pp. 255-259.
- MELEIS, A. 1985. *Theoretical nursing: development and progress* . Philadelphia : J. B. Lippincott, 1985.
- MERCADIER, C. 2004. *O trabalho emocional dos prestadores de cuidados em meio hospitalar - o corpo âmago da interação prestador de cuidados-doente*. Loures : Lusociência, 2004. ISBN 972-8383-82-7.
- MOK, E. e CHIU, P. C. 2004. Nurse-patient relationship in palliative care. *Journal of Advanced Nursing*. 2004, Vol. 48(5), pp. 475-483.
- MOORE, K. 2008. Is laughter the best medicine? Research into the therapeutic use of humour and laughter in nursing practice. *Whitireia Nursing Journal*. 2008, Vol. 15, pp. 33-38.
- MWANGI-POWELL, F., PEREIRA, J. e SPENCE, C. 2003. The Cape Town Declaration: home-grown solutions for sub-saharian Africa. *Journal of Palliative Medicine*. 2003, Vol. 6(3), pp. 341-343.
- NATIONAL HOSPICE AND PALLIATIVE CARE ASSOCIATIONS. 2005. *Korea Declaration*. Seoul, Korea : s.n., 2005. Report of the second global summit of National Hospice and Palliative Care Associations.
- OLSSON, H., et al. 2002. The essence of humour and its effects and functions; a qualitative study. *Journal of Nursing Management*. 2002, Vol. 10, pp. 21-26.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS. 2014. *Dados Estatísticos a 31-12-2013*. Ordem dos Enfermeiros. [Online] Janeiro de 2014. [Citação: 1 de Outubro de 2014.] <http://www.ordemenfermeiros.pt/membros/DadosEstatisticos/2013/index.html>.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS. 2006. *Investigação em Enfermagem: Tomada de Posição*. http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_26Abr2006.pdf. [Online] 2006. [Citação: 18 de Junho de 2012.]

- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. 2002. <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>. World Health Organization. [Online] 2002. [Citação: 1 de Outubro de 2014.]
- PACHECO, S. 2004. Cuidar a pessoa em fase terminal - perspectiva ética. Loures : Lusociência, 2004. 972-8383-30-4.
- PAIS RIBEIRO, J. L. 2008. Metodologia de Investigação em Psicologia e Saúde. Porto : Legis Editora/Livpsic, 2008. ISBN 978-989-8148-16-2.
- PEPLAU, H. E. 1990. Relaciones interpersonales en enfermería. Mallorca : Salvat Editores, 1990. ISBN 84-345-1673-X.
- PINTO, M. H., et al. 2011. O cuidado de enfermagem ao paciente oncológico fora de possibilidade de cura: percepção de um grupo de profissionais. *Cogitare Enfermagem*. 2011, Vol. 16(4), pp. 647-653.
- REDINBAUGH, E., et al. 2001. Health care professionals' grief: a model based on occupational style and coping. *Psycho-Oncology*. 2001, Vol. 10, pp. 187-198.
- RICKERSON, E., SOMERS, C. e ALLEN, C. 2005. How well are we caring for caregivers? Prevalence of grief-related symptoms and need for bereavement support among long-term care staff. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2005, Vol. 30(3), pp. 227-233.
- ROBINSON, V. 1991. Humor and the health professions: the therapeutic use of humor in health care. 2th edition. Thorofare : Slack Incorporated, 1991.
- SANTOS, M. E. e CAPELAS, M. L. 2011. Investigação em Cuidados Paliativos em Portugal. *Cadernos de Saúde*. 2011, Vols. Nº 1, Vol. 4, pp. 63-69.
- SAPETA, P. 2011. Cuidar em fim de vida: o processo de interacção enfermeiro doente. Loures : Lusociência, 2011. 978-972-8930-69-1.
- SAUNDERS, C. 2000. The evolution of palliative care. *Patient Education and Counseling*. 2000, Vol. 41, pp. 7-13.
- SAVAGE, L. e CANODY, C. 1999. Life with a left ventricular assist device: the patient's perspective. *American Journal of Critical Care*. 1999, Vol. 8(5), pp. 340-343.
- SCHLAIRET, M. 2009. End-of-life nursing care: statewide survey of nurses' education needs and effects of education. *Journal of Professional Nursing*. 2009, Vol. 25(3), pp. 170-177.

- SCHOLL, J. C. 2007. The use of humor to promote patient-centered care. *Journal of Applied Communication Research*. 2007, Vol. 35(2), pp. 156-176.
- SCOTT, T. 2007. Expression of humour by emergency personnel involved in sudden deathwork. *Mortality*. 2007, Vol. 12(4), pp. 350-364.
- SILVA, A. P. 2007. Enfermagem Avançada: um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. *Servir*. Janeiro-Abril de 2007, Vols. 55 (1-2), pp. 11-20.
- SRUTHERS, J. 1999. An investigation into community psychiatric nurses' use of humor during client interactions. *Journal of Advanced Nursing*. 1999, Vol. 29(5), pp. 1197-1204.
- STEINHAUSER, K. E., et al. 2000. Factors considered important at the end of life by patients, family, physicians, and other care providers. *JAMA*. 2000, Vol. 284(19), pp. 2476-2482.
- STROEBE, M. e SCHUT, H. 2010. The dual process model of coping with bereavement: a decade on. *OMEGA*. 2010, Vol. 61(4), pp. 273-289.
- STROEBE, M. e SCHUT, H. 1999. The dual process model of coping with bereavement: rationale and description. *Death Studies*. 1999, Vol. 23(3), pp. 197-224.
- SUMNERS, A. 1990. Professional nurses' attitudes towards humor. *Journal of Advanced Nursing*. 1990, Vol. 15(2), pp. 196-200.
- SWANSON, K. 1991. Empirical development of a middle range theory of caring. *Nursing Research*. 1991, Vol. 3, pp. 161-166.
- THORSON, J. e POWELL, F. 1993a. Development and validation of a multidimensional sense of humor scale. *Journal of Clinical Psychology*. 1993a, Vol. 49 (1), pp. 13-23.
- THORSON, J. e POWELL, F. 1993b. Sense of humor and dimensions of personality. *Journal of Clinical Psychology*. 1993b, Vol. 49(6), pp. 799-809.
- TOMITA, T. e KITAMURA, T. 2002. Clinical and research measures of grief: a reconsideration. *Comprehensive Psychiatry*. 2002, Vol. 43(2), pp. 95-102.
- TWYXCROSS, R. 2003. *Cuidados Paliativos*. Lisboa : Climepsi, 2003. ISBN 972-796-093-6.
- VILLALOBOS, M. 2007. Teoría de enfermería: un camino de herradura? *Aquichan*. 2007, Vol. 7(2), pp. 161-173.

WALLERSTED, B. e ANDERSHED, B. 2007. Caring for dying patients outside special palliative care settings: experiences from a nursing perspective. *Scandinavian Journal of Caring Science*. 2007, Vol. 21, pp. 32-40.

WENZEL, J., et al. 2011. Working through grief and loss: oncology nurses' perspectives on professional bereavement. *Oncology Nursing Forum*. 2011, Vol. 38(4), pp. 272-282.

WESSEL, E. e RUTLEDGE, D. 2005. Home care and hospice nurses' death and caring for the dying. Effects of palliative care education. *Journal of Palliative Care Education*. 2005, Vol. 7(4), pp. 212-218.

WESTBURG, N. 2003. Hope, laughter and humor in residents and staff at an assisted living facility. *Journal of Mental Health Counseling*. Janeiro de 2003, Vol. 25 (1), pp. 16-32.

WILKINSON, S., GAMBLES, M. e ROBERTS, A. 2002. The essence of cancer care: the impact of training on nurses' ability to communicate effectively. *Journal of Advanced Nursing*. 2002, Vol. 40(6), pp. 731-738.

WILSON, J. e KIRSHBAUM, M. 2011. Effects of patient death on nursing staff: a literature review. *British Journal of Nursing (BJN)*. 2011, Vol. 20(9), pp. 559-563.

WRIGHT, P. e HOGAN, N. 2008. Grief theories and models: applications to hospice nursing practice. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*. 2008, Vol. 10, pp. 350-358.

Anexos

ANEXO I
Parecer da Comissão de Ética da UCP



PARECER

A Comissão de Ética do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, na sua reunião plenária do dia 24 de Maio de 2013 procedeu à análise, numa perspectiva ética, do pedido de parecer sobre o projecto denominado "O Humor e o Luto nos Enfermeiros de Cuidados Paliativos" – projecto de Inês da Cunha Baetas Robalo Nunes.

Analisado do ponto de vista ético o projecto de tese não suscita objecções à sua realização.

Foi, em consequência deliberado, por unanimidade, que não se identificam objecções éticas que impeçam a aprovação deste projecto.

Lisboa, 24 de Maio de 2013

Dr.ª Paula Martinho da Silva
(Presidente da Comissão)

ANEXO II
Email de Apresentação do Projeto de Investigação

Exmos. Senhores,

Chamo-me Inês Robalo Nunes e encontro-me neste momento a realizar o meu Mestrado em Enfermagem Avançada na Universidade Católica Portuguesa. Tenho como objetivo a elaboração de uma dissertação sobre a influência do sentido de humor no luto profissional dos enfermeiros que trabalham em Cuidados Paliativos.

Este projeto é orientado pela Professora Doutora Helena José e coorientado pelo Professor Doutor Manuel Luís Capelas.

Para a elaboração do mesmo, venho por este meio solicitar a vossa preciosa colaboração.

A amostra para este projeto deve ser constituída por enfermeiros que trabalhem em Serviços e Equipas de Cuidados Paliativos.

A colheita de dados será feita através de um formulário eletrónico, sendo recolhidos alguns dados demográficos e solicitado o preenchimento de duas escalas – a Escala de Sobrecarga de Luto Profissional e a Escala Multidimensional do Sentido de Humor.

Desta forma, a colaboração a que apelo consistiria em:

1. Informar-me do **número total de enfermeiros** que trabalham em Cuidados Paliativos na vossa instituição;
2. **Dar a conhecer o projeto** que envio em anexo a esses mesmos enfermeiros para que possam deliberar sobre o seu desejo de participar;
3. **Recolher os contactos dos enfermeiros** interessados em participar, preenchendo a tabela que envio igualmente em anexo (preferencialmente, utilizando letras maiúsculas por forma a facilitar a correta leitura dos endereços). A esses enfermeiros, será posteriormente enviado um *link* para que possam responder a um formulário *online*.

Estou naturalmente disponível para qualquer esclarecimento que tomem por necessário ou conveniente.

Agradeço antecipadamente a atenção dispensada.

Com os meus melhores cumprimentos,

Inês Robalo Nunes
Telemóvel: 919307912
Email: inesrobalonunes@gmail.com

A sua colaboração é essencial para o sucesso deste projeto!

O Humor e o Luto nos Enfermeiros que trabalham em Cuidados Paliativos

Inês Robalo Nunes
E-mail: inesrobalonunes@gmail.com
Telemóvel: 919307912

Para que serve este estudo?

Para conhecer a influência do sentido de humor no luto dos enfermeiros que trabalham em Cuidados Paliativos.

Em que consiste a minha participação?

Em preencher, de forma anónima e confidencial um formulário online que inclui:

- Questões demográficas
- A Escala de Sobre carga de Luto Profissional
- A Escala Multidimensional do Sentido de Humor.

Como posso participar?

1. Escreva o seu endereço de correio eletrónico na tabela seguinte - **utilize letras maiúsculas;**
2. Receberá um e-mail com um *link* de acesso ao formulário online;
3. No final do estudo, receberá os resultados.

Muito Obrigada!

ANEXO III
Formulário de Colheita de Dados

O Humor e o Luto nos Enfermeiros de Cuidados Paliativos

Este estudo, que me encontro a desenvolver no âmbito do Mestrado em Enfermagem Avançada da Universidade Católica Portuguesa, é orientado pela Professora Doutora Helena José e co-orientado pelo Professor Doutor Manuel Luís Capelas.

Tem como objetivo compreender como o sentido de humor é utilizado na gestão dos processos de luto de âmbito profissional pelos enfermeiros que cuidam pessoas em fim de vida. Para recolha dos dados elaborou-se o formulário que em seguida se apresenta e ao qual venho pedir que responda.

Os dados recolhidos são anónimos e confidenciais. Não existem respostas certas ou erradas. Responda por isso com a maior sinceridade.

O preenchimento do formulário tem a duração previsível de 10 minutos.

A sua colaboração é realmente essencial para o sucesso deste projeto!

Antecipadamente grata,

Inês Robalo Nunes

Contactos:

inesrobalonunes@gmail.com

919307912

*Obrigatório

1. Se concorda em participar neste estudo, assinale, por favor, a caixa de verificação:

*

Marcar tudo o que for aplicável.

Eu compreendo a informação acima descrita e aceito participar neste estudo.

Questões Demográficas

Por favor, responda às seguintes questões:

2. Género: *

Marcar apenas uma oval.

Feminino

Masculino

3. Idade: *

.....

4. Há quanto tempo trabalha em Cuidados Paliativos? *

Por favor, especifique a unidade de tempo utilizada (ex: 6 meses/ 10 anos)

.....

5. Em que região do país se encontra a instituição de Cuidados Paliativos onde trabalha? *

Marcar apenas uma oval.

- Minho
- Trás-os-Montes
- Douro Litoral
- Beira Alta
- Beira Litoral
- Beira Baixa
- Estremadura
- Ribatejo
- Alto Alentejo
- Baixo Alentejo
- Algarve
- Região Autónoma da Madeira
- Região Autónoma dos Açores

6. Qual a tipologia do serviço ou equipa onde presta Cuidados Paliativos? *

Marcar tudo o que for aplicável.

- Internamento
- Equipa Intra-hospitalar
- Hospital de Dia
- Apoio no domicílio
- Outra:

7. Qual a sua categoria profissional? *

Marcar apenas uma oval.

- Enfermeiro
- Enfermeiro Graduado
- Enfermeiro Especialista
- Enfermeiro-Chefe
- Enfermeiro-Supervisor
- Enfermeiro Principal

8. Teve acesso a formação específica em Cuidados Paliativos? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não

9. Em caso afirmativo, assinale por favor a categoria da formação que realizou:

Caso seleccione a opção Outra, especifique qual e a sua duração
Marcar apenas uma oval.

Mestrado em Cuidados Paliativos

Outra:

10. Na sua prática em Cuidados Paliativos, já experienciou a morte de uma ou mais pessoas de quem tenha cuidado? *

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não *Pare de preencher este formulário.*

ANEXO IV
Escala de Sobrecarga de Luto Profissional

Escala de Sobrecarga de Luto Profissional

Todos os dias no nosso trabalho lidamos com sentimentos dos doentes e das suas famílias. O objetivo deste inquérito é estudar os nossos próprios sentimentos, como seres humanos, perante a morte de quem tratamos. Deverá ler, cuidadosamente, cada afirmação e depois decidir até que ponto concorda ou discorda dela. Algumas questões são específicas, outras são muito gerais relativamente à nossa experiência de vida.

Tente responder às questões unicamente dentro do contexto do seu serviço. Coloque um círculo nos números 1-5, usando a chave de respostas. É importante que responda a todos os itens para que os resultados possam ser validados.

- 1- Discordo Totalmente
- 2- Discordo
- 3- Concordo um pouco
- 4- Concordo
- 5- Concordo Totalmente

1. Após a morte do meu doente tenho saudades do tempo que passámos juntos	1	2	3	4	5
2. Sinto que estou a perder a minha liberdade	1	2	3	4	5
3. Não tenho ninguém com quem conversar	1	2	3	4	5
4. Sinto um vazio e uma tristeza com a morte do meu doente	1	2	3	4	5
5. Passo muito tempo preocupado com as coisas más que poderão acontecer	1	2	3	4	5
6. Lidar com a morte e a agonia assemelha-se a uma perda dupla...perco a proximidade com os meus doentes e a intimidade com a minha família	1	2	3	4	5
7. Os meus amigos não compreendem o processo por que estou a passar	1	2	3	4	5
8. Consigo lidar melhor com outro tipo de doentes do que com os doentes em fase terminal	1	2	3	4	5
9. Sinto-me muito triste pelo que a doença está a fazer aos meus doentes	1	2	3	4	5
10. Tenho insónias porque estou preocupado com o que está a acontecer aos meus doentes e como atuarei no dia seguinte	1	2	3	4	5
11. As pessoas que me são próximas não percebem o que estou a passar	1	2	3	4	5
12. Sinto-me tão frustrado que muitas vezes me distancio da minha família quando chego a casa	1	2	3	4	5
13. Desejava ter uma ou duas horas para mim, todos os dias, para me dedicar a interesses pessoais fora do serviço	1	2	3	4	5
14. Estou agarrado a este tipo de doentes e não consigo sair desta situação	1	2	3	4	5
15. É doloroso cuidar de doentes em fase terminal	1	2	3	4	5

ANEXO V
Escala Multidimensional do Sentido de Humor

ANEXO V
Escala Multidimensional do Sentido de Humor

Esta escala contém 24 questões. Em cada uma delas deverá assinalar o número que corresponde melhor àquilo que se adequa a si próprio. Considere para isso que a sua opinião pode variar entre 1 (Discordo Totalmente) e 5 (Concordo Totalmente). Por favor responda a todas as questões, não deixe nenhuma por responder.

1. Eu sou visto pelos meus amigos como uma pessoa com sentido de humor	1	2	3	4	5
2. Eu consigo dizer as coisas de um modo que faz as pessoas rir	1	2	3	4	5
3. Os meus ditos inteligentes divertem os outros	1	2	3	4	5
4. As pessoas olham para mim para que diga coisas engraçadas	1	2	3	4	5
5. Eu uso o humor para entreter os meus amigos	1	2	3	4	5
6. Estou confiante de que consigo fazer outras pessoas rir	1	2	3	4	5
7. Outras pessoas dizem-me que eu digo coisas engraçadas	1	2	3	4	5
8. Às vezes vêm-me à cabeça piadas ou histórias engraçadas	1	2	3	4	5
9. Eu consigo surpreender e pôr as pessoas a rir à gargalhada	1	2	3	4	5
10. Eu consigo aliviar uma situação de tensão dizendo algo engraçado	1	2	3	4	5
11. Eu até consigo ter algum controlo sobre um grupo quando uso humor	1	2	3	4	5
12. O humor ajuda-me a lidar com as coisas	1	2	3	4	5
13. Piadas inteligentes ou o uso de humor ajudam-me a gerir situações difíceis	1	2	3	4	5
14. Lidar com as coisas com humor é uma elegante forma de adaptação	1	2	3	4	5
15. Tentar gerir situações através do uso do humor é realmente estúpido	1	2	3	4	5
16. O humor é uma péssima forma de lidar com as coisas	1	2	3	4	5
17. Usar o humor ajuda-me a sentir mais à vontade	1	2	3	4	5
18. Eu consigo usar piadas inteligentes para me ajudar a adaptar a muitas situações	1	2	3	4	5
19. Eu aprecio as pessoas que geram humor	1	2	3	4	5
20. Eu gosto de uma boa piada	1	2	3	4	5
21. Chamar a alguém "comediante" é um verdadeiro insulto	1	2	3	4	5
22. Eu não gosto de cómicos	1	2	3	4	5
23. Pessoas que dizem piadas são maçadoras	1	2	3	4	5
24. Fico desconfortável quando alguém está a dizer piadas	1	2	3	4	5

