



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO

O Humor em Cuidados Paliativos

Cláudia Joana Alves Fernandes

Escola Superior de Saúde



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO

Cláudia Joana Alves Fernandes

O Humor em Cuidados Paliativos

Mestrado em Cuidados Paliativos

Dissertação

Trabalho efetuado sob orientação da

Professora Doutora Maria Aurora Gonçalves Pereira

Novembro de 2015

AGRADECIMENTOS

A elaboração deste trabalho não foi uma caminhada solitária. A sua concretização só foi possível graças ao apoio, incentivo e colaboração de pessoas às quais não podia deixar de agradecer.

À Professora Doutora Aurora Pereira, que foi o motor que permitiu que “levasse o trabalho a bom porto”. Pelo apoio, disponibilidade, partilha e acima de tudo compreensão, dedicação e paciência.

Aos profissionais que aceitaram fazer parte deste estudo, partilhando vivências e sentimentos, e à instituição de saúde onde decorreu o estudo, que tão bem me acolheu.

Aos meus pais, ao meu marido e aos meus amigos pela força nos momentos de desânimo.

A todos que me permitiram manter o meu sentido de humor.

O meu sincero OBRIGADA.

“Ri e o mundo rirá contigo.

Chora e o mundo, virando-te as costas, deixar-te-á a chorar.”

Charlie Chaplin

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

APCP – Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos

DGS – Direção Geral de Saúde

E.g. – *Exempli gratia*

MSHS – Multidimensional Sense of Humor Scale

OMS – Organização Mundial de Saúde

P. – Página

RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SECPAL – Sociedade Espanhola de Cuidados Paliativos

Vol. - Volume

Vs. - Versus

RESUMO

O ser humano diferencia-se dos outros seres vivos pela capacidade que possui de sorrir. Esta característica ajuda-o a enfrentar os problemas que se lhe afiguram no quotidiano da vida, sejam eles de índole pessoal, profissional, familiar ou relacional. Assim o humor, presente desde sempre, emerge como uma necessidade para o crescimento individual, e para o processo de interação/comunicação.

Definido como um modo de agir e surgindo em grande parte das interações que o ser humano vai estabelecendo, o humor faz com que as pessoas riem e fiquem bem-dispostas. Deste modo, sendo os cuidados paliativos cuidados ativos, prestados a pessoas com doença avançada e progressiva, que ameaça a vida, onde muitas vezes o sofrimento, a dor e a morte estão presentes nesta fase da vida, quisemos conhecer a perspetiva dos elementos de uma equipa de cuidados paliativos sobre o humor no âmbito da prestação de cuidados.

Para dar resposta a este desiderato, elaboramos este estudo, sustentado sobretudo num paradigma qualitativo, sendo do tipo descritivo e exploratório, com uma vertente quantitativa por forma a complementar os dados. A estratégia de recolha de dados incidiu sobre a entrevista semiestruturada, um questionário sociodemográfico e a Escala Multidimensional do Sentido de Humor (MSHS). Os dados foram analisados à luz da análise de conteúdo, com recurso ainda a técnicas de análise estatística. O estudo decorreu numa unidade de internamento de cuidados paliativos, situada no norte do país e incidiu sobre diversos profissionais de saúde que compõe a equipa, tais como médico, enfermeiros, assistente operacional, e assistente social.

Os resultados permitiram-nos observar que os profissionais atribuem vários significados ao humor, tais como: fonte de bem-estar e prazer, sorriso, alegria entre outros, todos de índole positiva. De uma maneira global, os profissionais de saúde utilizam o humor em várias situações, quer na interação com os doentes quer com os seus pares ou mesmo no quotidiano não profissional. Paralelamente evocam algumas estratégias mobilizadas para o uso do humor, desde as habilidades comunicacionais, à partilha de experiências com os seus pares.

Podemos observar que, de um modo geral, o uso do humor em cuidados paliativos poderá trazer benefícios para os doentes e as suas famílias, para os profissionais e mesmo para a equipa, referindo no entanto algumas condições que podem facilitar ou dificultar o seu uso.

Verificamos ainda que os participantes do estudo tem uma atitude pessoal positiva face ao humor, com bons índices de apreciação do mesmo, não fazendo de uma maneira geral, objeção ao seu uso, quer no quotidiano pessoal quer profissional.

Estes resultados encaminham-nos para perspetivas futuras, quer a nível da investigação, quer a nível da prática de cuidados no que concerne ao humor em cuidados paliativos.

Palavras-chave: Humor; Cuidados Paliativos; Comunicação.

Novembro, 2015

ABSTRACT

The human being differs from the other living beings by the ability to smile. This characteristic helps him to face the problems that seem to him in the daily life, whether they are personal, professional, familiar or relational. So, humor, present from always, surfaces like a need for the individual growth, and for the interaction/communication process.

Defined as a way of acting and appearing in great part of the interactions that the human being is establishing, humor makes people laugh and stay cheerful. In this way, being palliative care characterized by active care, suitable for persons with advanced and progressive disease, which threatens life, where very often the suffering, the pain and the death are present in this phase of the life, we tried to know what is the perspective of the elements of a palliative care team about using humor.

To give answer to this aim, we prepare this study supported especially in a qualitative paradigm, descriptive and exploratory type, with a quantitative aspect in order to supplement the data. The strategy for data collection focused on the semi-structured interview, a demographic questionnaire and the Multidimensional Sense of Humor Scale (MSHS). Data was analyzed by the light of the content analysis, and using statistical analysis techniques. The study took place in a palliative care unit, located in the North Portugal and contemplated several health professionals that belong to the team, such as doctor, nurses, health care assistant, and social worker.

The results enable us to understand that professionals assign several meanings to humor, such as: a source of well-being and pleasure, smile, joy among others, all of them connected with a positive nature. Globally, health professionals use humor in many situations, both in interaction with patients, with their peers or even on a non-professional daily basis. In parallel they evoke some strategies mobilized for the use of humor, from communicational skills, to the experiences shared with their peers.

We can notice that, on the whole, the use of humor in palliative care can bring benefits to patients and their families, to the professionals and even to the team, however these conditions can facilitate or hinder its use.

We could even check that study participants have a positive personal attitude about humor, with good rates of appreciation of it, not doing in a general objection to its use, both in personal and professional everyday life.

These results directed us to future perspectives, both in terms of the investigation, and in terms of the care practice.

Key words: Humor; Palliative Care; Communication.

November, 2015

INDICE GERAL

Introdução	18
Capítulo Um – OS CUIDADOS PALIATIVOS E O HUMOR	22
1. Cuidados Paliativos: filosofia, princípios e desafios	22
2. Comunicação em cuidados paliativos	26
2.1. A comunicação na equipa de Cuidados Paliativos	30
3. O Humor nas interações humanas	34
3.1. Fisiologia do humor	37
3.2. O Humor em Cuidados Paliativos	39
Capitulo Dois – PERCURSO METODOLÓGICO	44
1. Problemática e objetivos do estudo	44
2. Tipo de estudo	46
3. Contexto do estudo e participantes	48
3.1. O contexto do estudo	48
3.2. Os participantes no estudo	49
4. Procedimento de recolha de dados	50
5. Procedimento de tratamento e análise de dados	54
6. Considerações éticas	56
Capitulo Três – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS	58
1. Caracterização sociodemográfica dos participantes	58
2. Dados obtidos através da entrevista	60
2.1. Significados do Humor	62
2.2. Estratégias mobilizadas no uso do Humor	64
2.3. Situações em que é utilizado o Humor	68
2.4. Benefícios do uso do Humor em Cuidados Paliativos	70
2.5. Condições que interferem com o uso do Humor	77
3. Dados obtidos através da aplicação da escala MSHS	83
Capitulo Quatro - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	90
CONCLUSÃO	106
REFERÊNCIAS BIBLOGRÁFICAS	110

ANEXOS	116
Anexo 1 – Escala MSHS	118
Anexo 2 – Autorização para uso da escala MSHS adaptada para a realidade portuguesa	122
APÊNDICES	126
Apêndice 1 – Questionários Sociodemográfico	128
Apêndice 2 – Guião da Entrevista	132
Apêndice 3 – Matriz de redução de dados	136
Apêndice 4 – Declaração de consentimento informado	156
Apêndice 5 – Pedido de Autorização para realização do estudo	160
Apêndice 6 – Quadros síntese por áreas temáticas	164

INDICE DE QUADROS E TABELAS

Quadro 1- A percepção dos profissionais sobre o uso do humor em Cuidados Paliativos. Áreas temáticas, categorias e subcategorias	61
Tabela 1 - Análise fatorial em componentes principais: pesos de uma solução com 5 fatores da escala MSHS adaptada à realidade Portuguesa	53
Tabela 2 – Caracterização sociodemográfica dos participantes no estudo	59
Tabela 3 - Amplitude de variação, média e desvio padrão das questões relativas à aplicação da escala MSHS	83
Tabela 4 – Análise descritiva das dimensões	84
Tabela 5 - Análise de frequências da dimensão 1 – produção e uso social do humor	85
Tabela 6 - Análise de frequências da dimensão 2 – Humor adaptativo	86
Tabela 7 - Análise de frequências da dimensão 3 – Objeção ao uso do Humor	86
Tabela 8- Análise de frequências da dimensão 4 – Atitude pessoal face ao Humor	87
Tabela 9 - Análise de frequências da dimensão 5 – Apreciação do humor	87
Tabela 10 – Teste de normalidade por dimensões	88
Tabela 11 – Média de categorias por fator género	88
Tabela 12 – Comparação dimensões vs género	89

INDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Posição epistemológica de investigação segundo abordagem qualitativa e quantitativa	46
Figura 2 – Significados do humor: Categorias	62
Figura 3 – Estratégias mobilizadas no uso do humor: Categorias e Subcategorias	64
Figura 4 – Situações em que é utilizado o humor: Categorias	68
Figura 5 – Benefícios do uso do humor: Categorias e Subcategorias	70
Figura 6 – Condições que interferem com o uso do humor: Categorias e Subcategorias	77

INTRODUÇÃO

Abordar o sentido de humor, na sua multidimensionalidade é complexo, na medida em que ele produz efeito sobre os outros. Se por um lado o humor se encontra associado a emoções positivas como o riso, o bem-estar, e a alegria, comumente vemos os cuidados paliativos associados ao sofrimento e à morte. De que forma poderá o humor fazer parte dos cuidados paliativos se numa primeira análise os podemos enquadrar em polos tão distintos? Na realidade, é neste aparente contrassenso que reside o desafio.

Segundo Dean e Gregory (2004) o humor está presente na maior parte das interações humanas e as interações existentes ao nível dos cuidados de saúde não constituem exceção. Por outro lado, sabemos que os cuidados paliativos são cuidados que visam melhorar a qualidade de vida dos doentes com doença grave e/ou incurável e suas famílias, de forma a proporcionar-lhes alívio do sofrimento. Se conseguirmos através de interações humanas proporcionar algum alívio do sofrimento estaremos certamente a cumprir os princípios básicos dos cuidados paliativos. Olhando nesta perspetiva, parece existir afinal um campo de ação para o humor e o contrassenso começa a desvanecer.

Várias organizações tais como a operação nariz vermelho, os doutores palhaços entre outros, tentam cumprir através da “risoterapia” estes princípios, desenvolvendo um trabalho notável ao trazerem a alegria por onde passam. No entanto, são os profissionais de saúde que convivem com os doentes e suas famílias durante mais tempo, e é com eles que estes partilham muita da sua dor, das suas preocupações e do seu sofrimento. Para Araújo e Silva (2006), o humor é frequentemente usado para pôr a nu as preocupações acerca da morte e do processo a ela inerente. Assim, será que não faz sentido que os próprios profissionais de saúde usem o humor na sua ação profissional? Se na realidade o humor poderá ter algum poder terapêutico, porque não integrá-lo no agir profissional pautando desta forma a intervenção profissional junto de doentes, famílias e na própria equipa de saúde?

O humor é na perspetiva de José (2010, p.15) um dos caminhos que o profissional de saúde “*pode usar para demonstrar carinho, disponibilidade e consideração para com a pessoa cuidada*”. Esta afirmação vai de encontro à opinião de Watson (1988) sendo que o profissional de saúde está numa posição privilegiada para mostrar respeito, empatia e atitude calorosa com os doentes.

O conceito de humor é no entanto lato, e importa compreender de que forma os profissionais de saúde o percebem para perceber se na realidade estes tem consciência que o usam no seu quotidiano profissional, se o fazem de forma intencional e em que momentos o fazem.

Aparentemente o humor e o seu uso em contexto de saúde poderá trazer benefícios para os doentes e para as suas famílias, no entanto estes benefícios parecem não ficar limitados a estes extrapolando para a própria equipa. Hughes e Terrell (2009) defendem que o humor usado numa equipa de cuidados paliativos ajuda os elementos a redirecionar a sua perspetiva, ajuda a gerir o *stress* e ajuda a criar abordagens inovadoras na resolução de problemas e gestão de conflitos.

Perante esta realidade pareceu-nos pertinente um estudo sobre *O Humor em Cuidados Paliativos*. Assim elaboramos um estudo sustentado sobretudo num paradigma qualitativo, do tipo descritivo e exploratório, com uma vertente quantitativa por forma a complementar os dados, no sentido de tentar compreender qual a perspetiva dos elementos de uma equipa de cuidados paliativos sobre o humor, no âmbito da sua prestação de cuidados. Foi a partir desta inquietação que surgiram os seguintes objetivos:

- Perceber o significado do humor para os profissionais de uma equipa de cuidados paliativos;
- Identificar as situações em que os profissionais de saúde de uma equipa de cuidados paliativos usam o humor;
- Identificar as estratégias utilizadas pelos profissionais de saúde de uma equipa de cuidados paliativos para fazer uso do humor;
- Identificar os benefícios do humor no âmbito da intervenção em cuidados paliativos, na perspetiva dos profissionais de uma equipa de cuidados paliativos;
- Identificar as condições que interferem no uso do humor pelos profissionais de saúde de uma equipa de cuidados paliativos;
- Analisar os aspetos multidimensionais do sentido de humor dos participantes do estudo.

O presente trabalho encontra-se dividido em cinco capítulos, que consolidam o percurso da investigação. No primeiro capítulo apresentamos o enquadramento teórico que sustenta a problemática da investigação e se organiza em torno dos seus eixos principais: Os cuidados paliativos e seus princípios e desafios; A comunicação em cuidados paliativos e o Humor nas interações humanas nomeadamente em cuidados paliativos. No segundo capítulo descrevemos o percurso metodológico do estudo, referindo a sua problemática e os seus objetivos, o tipo de estudo, o seu contexto e participantes, os procedimentos de recolha e análise de dados e as considerações éticas que sustentam todo o percurso de investigação.

O terceiro capítulo diz respeito à apresentação e análise dos dados, no qual é feita a caracterização sociodemográfica dos participantes e são apresentados os dados obtidos através da entrevista e através da aplicação da escala MSHS. A estes segue-se o quarto capítulo no qual procedemos à discussão de resultados.

No quinto e último capítulo são apresentadas as conclusões, limitações e sugestões para outros estudos de investigação em torno desta temática e para a prática de cuidados.

Capítulo Um – OS CUIDADOS PALIATIVOS E O HUMOR

A elaboração de um quadro teórico ou de referência “*define a perspectiva segundo a qual o problema de investigação será abordado e coloca o estudo num contexto significativo*” (Fortin, 1999, p. 40).

Para contextualizar a temática em estudo, neste capítulo será apresentado o enquadramento teórico resultante de pesquisa bibliográfica efetuada e que assenta nos eixos estruturantes da mesma – cuidados paliativos e humor.

Faremos uma abordagem relativamente à filosofia, princípios e desafios dos cuidados paliativos. Seguidamente será abordada a comunicação e o tema do humor nas interações humanas nomeadamente no âmbito dos cuidados paliativos.

1. Cuidados Paliativos: filosofia, princípios e desafios

O aumento da esperança de vida em Portugal deve-se essencialmente à melhoria dos cuidados de saúde nos últimos 40 anos. No entanto, em paralelo com este aumento da longevidade, também se tem verificado um incremento das doenças crónicas e progressivas que, associadas a alterações na rede familiar têm causado impacto crescente na organização dos sistemas de saúde e na criação de recursos especificamente destinados a doentes crónicos. Este facto tem levado ao aparecimento de novas necessidades de saúde e sociais que requerem respostas adequadas e atempadas, capazes de satisfazer as necessidades destes doentes (Direção Geral de Saúde (DGS), 2010, p.3).

Os cuidados paliativos são uma urgência consensualmente reconhecida. A OMS (Organização Mundial de Saúde) considera-os uma prioridade das políticas de saúde. De facto tem-se constatado evolução neste aspeto nos últimos anos, quer no que concerne ao panorama internacional como nacional, nomeadamente em termos de esforços reunidos para que esta passe a ser uma questão considerada prioritária.

A prática clínica no âmbito dos cuidados paliativos implica um crescimento não apenas em termos de quantidade de recursos mas também em termos da qualidade dos mesmos. A necessidade de aperfeiçoar a prática de cuidados paliativos implica uma pesquisa fundamentada de quais serão os melhores caminhos a percorrer no sentido de evoluir para cuidados de qualidade.

A evolução da realidade dos cuidados paliativos surge com o intuito de facilitar a sua acessibilidade aumentando o número de pessoas abrangidas por este tipo de cuidados

específicos. O acesso aos cuidados paliativos segundo a Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos (APCP) (2006), deve estar assegurado para todos os doentes com doenças crónicas, sem resposta à terapêutica de intuito curativo e com prognóstico de vida reconhecidamente limitado. Neste sentido, situações como insuficiência avançada de órgão (cardíaca, renal, hepática, respiratória), a Síndrome de Imunodeficiência Adquirida em estágio terminal, as doenças neurológicas degenerativas, as demências na sua fase final, a fibrose quística, entre tantas outras, configuram doenças cujos portadores devem ter a opção de beneficiar de cuidados paliativos.

Segundo Twycross (2003, p.16) “o termo paliativo deriva do étimo latino *pallium*, que significa manto, capa. Nos cuidados paliativos, os sintomas são “encobertos” com tratamentos cuja finalidade primária ou exclusiva consiste em promover o conforto do doente”.

Querido (2005, p.70) salienta a definição de cuidados paliativos proposta pela OMS reconhecendo que estes são:

“Cuidados ativos completos, dados aos doentes cuja afecção não responde ao tratamento curativo. A luta contra a dor e outros sintomas, e a tomada em consideração dos problemas psicológicos, sociais e espirituais são primordiais. O objectivo principal dos cuidados paliativos é manter a qualidade de vida a um nível óptimo, para os doentes e para a sua família”.

Os cuidados paliativos na visão de Twycross (2003) devem respeitar alguns fundamentos básicos, tais como, o facto de se dirigirem mais ao doente do que à doença em si. Paralelamente os cuidados paliativos defendem a ortotanásia, e focam o seu ponto de ação na “reconciliação” e não na cura, centrando-se sempre no doente e na família como sendo uma unidade de cuidados.

Cerqueira (2005, p.26-27) cita Twycross afirmando que os cuidados paliativos têm como objetivos principais:

- *“Proporcionar ao doente o alívio da dor e outros sintomas;*
- *Proporcionar um sistema de apoio familiar ajudando as famílias a adaptarem-se à doença e ao luto;*
- *Proporcionar um sistema de apoio aos doentes, ajudando-os a viver de forma o mais ativa e criativa possível;*
- *Afirmar a vida, considerando a morte como um processo normal;*
- *Integrar aspetos sociais, psicológicos e espirituais, de forma que os doentes possam assumir a sua própria morte de forma tão completa e construtiva quanto possível.”*

Com base nestes objetivos devemos afirmar que a combinação de fatores físicos, existenciais e psicológicos com o sofrimento implicam uma abordagem em termos de cuidados de saúde diferenciada e multidisciplinar por técnicos com formação diferenciada na área dos cuidados paliativos (DGS, 2004, p.2).

A formação específica para quem trabalha em cuidados paliativos, é apontada por Neto (2003), como sendo de extrema importância, afirmando que a formação rigorosa, detém especificidades e envolve o controlo de sintomas, o treino em comunicação eficaz, o apoio à família e a prática interdisciplinar.

Segundo Foucault (2004), os profissionais de cuidados paliativos devem ser capazes de estabelecer uma “aliança terapêutica” com o doente e família, de forma a criar um clima da confiança.

A prestação de cuidados ao nível dos cuidados paliativos foi sintetizada por Sapeta, (2011, p.75) sob a perspectiva de que em cuidados paliativos a família e o doente constituem a “*unidade básica de tratamento*”. Cabe aos profissionais de saúde desenvolver “*uma conceção terapêutica ativa, integral e global, procurando o máximo de conforto e de qualidade de vida para ambos*”, promovendo a autonomia e a dignidade, dando importância ao ambiente e aos detalhes. Esta autora defende a ideia de que “*a essência dos cuidados paliativos é a aliança entre a equipa de cuidados, o doente e a sua família, por essa razão alicerçam-se na comunicação como o cimento que une todos os cuidados prestados pela equipa multidisciplinar, a qual está unida numa mesma missão*”.

Podemos daqui depreender que o cuidar em cuidados paliativos será por si só um desafio amplamente lançado a todos os profissionais de saúde que intervêm nesta área. Chochinov (2006) defende que a manutenção da dignidade em fim de vida deve pautar a ação dos profissionais de saúde. Para isso, os profissionais devem ter em conta preocupações do doente relacionadas com a doença, relacionadas com o “eu” e relacionadas com o meio social.

Será sempre desafiante para quem cuida, em cuidados paliativos, conseguir alterar um paradigma de cuidados exclusivamente curativo, para um paradigma cooperativo em que cuidados curativos e cuidados paliativos possam formar uma relação de simbiose e contribuir para o bem-estar de doente e família.

A propósito deste paradigma cooperativo de cuidados paliativos, Neto (2003, p.27) refere que:

“este tipo de cuidados centra-se nas necessidades (e não nos diagnósticos) deste tipo de doentes e famílias. (...) Se numa fase inicial do seu desenvolvimento podiam ser encarados como cuidados em fim de vida, o seu progressivo desenvolvimento e reconhecimento permite que os Cuidados Paliativos sejam hoje encarados como uma intervenção ativa no sofrimento, determinado pela doença crónica e perdas associadas, muito antes dos últimos dias de vida”.

Assim, cuidar em cuidados paliativos implica uma mudança nos objetivos e prioridades de cuidados, conhecimentos científicos e técnicos atualizados, mudança de atitude no que concerne à integração da família, à visão do doente como um todo e à forma como a comunicação se processa, não esquecendo nunca que os cuidados devem ser prestados não por profissionais isolados, mas sim por uma equipa multidisciplinar.

2. A comunicação em cuidados paliativos

A comunicação é definida por Alvarenga (2008) como um processo multidirecional, multidimensional, complexo e dinâmico, onde as interações entre os sujeitos são sempre diferentes, sendo composto pela partilha de informação, atitudes e emoções.

Na realidade, comunicar mais não é do que pôr em comum, ou estar em relação com o outro. Comunicar é ser capaz de transmitir ao outro aquilo que se tem, sente ou sabe, ou seja informação, sentimento, pensamento, ideia ou opinião.

Pereira (2005, p.63) defende que a comunicação constitui o “*elemento básico da vida social a partir da qual se constituem e legitimam as relações sociais, o saber disponível nas interações e o processo de socialização que gera as identidades individuais*” e aponta o seu uso como sendo de extrema importância para a prática de cuidados de saúde com qualidade.

Pensar em cuidados paliativos sem pensar em comunicação seria inviável. Esta capacidade de pôr em comum doente, família e profissional de saúde torna-se condição *sine qua non* para a prática de cuidados paliativos.

A comunicação é encarada por Querido, [et al] (2010), como sendo um intercâmbio dinâmico processado através de canais sensório-precetores que permitem ir além da oralidade. A comunicação implica adaptação a uma realidade mutável, que envolve o doente, a família e a equipa de saúde, e é responsável pela conquista de uma relação interpessoal autêntica, sendo fulcral para atender com qualidade todas as dimensões de um doente/família em sofrimento assegurando sempre a preservação da dignidade.

Uma equipa de cuidados paliativos deverá valorizar e tratar além da dor outros sintomas presentes e que concorram para agravar o sofrimento. Para isso, deverão pautar toda a sua ação num padrão de comunicação e informação culturalmente sensível, por forma a permitir ao doente a expressão livre dos seus sentimentos medos e angústias, valorizando sempre a disponibilidade, os silêncios, a empatia, e compreensão e todos os aspetos da linguagem não-verbal (Sapeta, 2011).

Como já foi dito, a comunicação vai mais além do que a oralidade. A forma como se diz é tão importante como aquilo que se diz. A linguagem corporal bem como a paralinguagem, nomeadamente a qualidade da voz e o uso de segregados vocais constituem aspetos da comunicação não-verbal dotados de extrema importância.

É desta abrangência que surge a complexidade da comunicação. Na realidade, aquilo que se verifica é que este processo é bem mais complexo do que o simples ato de dar

uma informação. A forma como a mensagem é passada e o contexto em que esta interação decorre são fatores que podem influenciar todo o processo de comunicação.

Para que seja estabelecida uma aliança terapêutica, e para obter e fornecer informação terapêutica básica, é fundamental o uso de uma técnica de comunicação eficaz.

É nesta medida que o profissional de saúde deve escolher uma linguagem simples e clara ajustada às circunstâncias e adaptada à pessoa e às suas reações. Desta forma consegue criar uma relação terapêutica com o doente/família, salientando que a escolha das palavras no quotidiano do profissional de saúde é de primordial importância (Fonseca, 2012).

Twycross (2003) defende que uma comunicação eficaz tem como objetivos principais reduzir a incerteza, melhorar os relacionamentos e indicar ao doente e à sua família uma direção. O uso de uma comunicação disfuncional entre profissionais de saúde e doente pode “minar” toda uma relação terapêutica e os efeitos podem também ser alargados à família deste.

A Sociedade Espanhola de Cuidados Paliativos (SECPAL) define, no seu Guia de Cuidados Paliativos (2013), a comunicação como sendo uma ferramenta terapêutica fundamental que facilita o cumprimento do princípio da autonomia, do consentimento informado, da confiança mútua, da segurança e da informação que o doente necessita para ser ajudado e para se ajudar a si mesmo.

Uma comunicação adequada entre equipa/doente/família é, na opinião de Trincão (2009) da maior importância pelo grande impacto na modulação da experiência vital e psicológica do doente e sua família. Assim a comunicação efetiva entre doentes, famílias e prestadores de cuidados é uma componente essencial da assistência em cuidados paliativos (Querido [et al], 2010).

Para que o processo comunicativo seja adequado e efetivo entre profissional de saúde e doente, Buckman (2011) sugere um protocolo de cinco passos, cujo cumprimento auxilia esta premissa. A este protocolo deu o nome de protocolo CLASS, que corresponde a uma componente básica da uma comunicação eficaz num encontro entre o profissional e o doente/família. Os itens que compõem este protocolo são:

C – *Context*, ou contexto da ação - Deverá ser valorizado o ambiente ou espaço físico em que decorre a entrevista ou a consulta e engloba ele próprio cinco aspetos principais a serem cumpridos: **Otimizar o espaço físico**, garantindo privacidade, conforto e o máximo à vontade para doente e família; **Linguagem corporal** cuidada adotando uma postura de abertura e de disponibilidade; **Contacto visual** estabelecido com o doente e

sua família respeitando no entanto momentos de tensão em que para o doente possa ser mais confortável a quebra deste, desviando o olhar; **Toque terapêutico** nomeadamente em sítios específicos como as mãos (o toque deve ser usado com moderação e deve ser avaliada constantemente a interpretação/reação do doente, não permitindo nunca o desconforto); **Apresentação/início da entrevista** começar a conversa com um aperto de mão será aconselhável, o profissional deverá sempre garantir que o doente compreendeu quem ele é e qual o seu papel.

L – *Listening skills*, ou capacidade de escuta. – O profissional de saúde deve ser capaz de demonstrar que está na ação em modo de escuta, para isso deverá fazer **uso de questões abertas** que permitam ao doente expor de forma clara a sua opinião e os seus sentimentos. Deve ainda fazer uso dos **silêncios**, o profissional de saúde poderá usar o silêncio como forma de incentivar o doente a expor os seus sentimentos. Paralelamente, se o doente está a falar não deve ser interrompido, e se necessário o profissional deve ser capaz de respeitar o silêncio do doente e compreendê-lo. O profissional deve demonstrar que está interessado no que o doente está a dizer, e deverá ir clarificando aquilo que o doente interroga.

A – *Acknowledgment of patient's emotions*, ou reconhecimento das emoções do doente. - O profissional deve ser capaz de demonstrar que identificou as emoções que o doente tentou transmitir, bem como a causa dessas mesmas emoções através de questões e respostas empáticas.

S – *Strategy for clinical management* ou estratégias de gestão clínica. – O profissional deverá conseguir apresentar ao doente um conjunto de estratégias clínicas e as decisões deverão ser tomadas em consonância com a vontade do doente.

S – *Summary* ou Sumário. – O profissional deve fazer uma conclusão geral onde englobe os aspetos principais da entrevista, permitindo ao doente colocar questões e abrindo espaço para nova consulta.

O uso deste protocolo deve ser alargado a toda a equipa na medida em que uma comunicação adequada não se situa apenas na esfera de competência do psicólogo ou do enfermeiro, mas também de toda a equipa multidisciplinar que cuida do doente e família (Aparício, 2008).

Para Querido [et al] (2010), existem competências básicas da comunicação em cuidados paliativos que deverão estar sempre presentes numa equipa. A escuta ativa, compreensão empática, feedback, bem como aspetos da comunicação não-verbal como a linguagem corporal e para-verbal ou paralinguagem são aspetos da comunicação a ter

em conta quando se pretende comunicar no verdadeiro sentido da palavra. Importa assim esmiuçar estes conceitos:

Escuta ativa - implica ouvir, descodificar, interpretar e responder criando um verdadeiro diálogo que permite um duplo sentido na comunicação. Escutar transcende o ouvir, porque nos surge como um ato voluntário, que implica a globalidade do profissional em relação com a globalidade do doente (Lazure, 1994). A mesma autora reconhece a escuta ativa como sendo um processo complexo mas no entanto fundamental para a compreensão do doente, no sentido de apreender o contexto e os sentimentos relacionados com a linguagem verbal e não-verbal.

A escuta ativa implica não interromper, olhar nos olhos, demonstrar disponibilidade, não fazer julgamentos ou gestos de valoração. Implica seguir o ritmo das necessidades do doente, não seguindo a “hábito arraigado” da atual cultura de saúde de pressupor o que o doente necessita, em vez de o escutar ou de lhe perguntar primeiro (Sapeta, 2011).

Compreensão empática – para que esta competência surja torna-se necessário ser capaz de estar em contacto próximo com o outro no momento de nos colocarmos no seu lugar, mas sempre com a consciência de que se trata de um problema do outro. O profissional deve ser capaz de demonstrar compreensão pelo que o doente está a sentir, não dando lugar no entanto para mistura de papéis. Deverão ser usadas expressões como “Não estou no seu lugar mas compreendo a sua dor” ou “é natural que se sinta nervoso dada a situação”.

Feedback – permite o controlo da eficácia da comunicação e possibilita perceber a intenção do recetor e da sua reação. Para Pereira (2005), é através do feedback que o individuo ajusta e regula o seu comportamento, sendo este essencial para o desenvolvimento de comportamentos e atitudes mais eficazes.

Estas competências básicas aliadas ao protocolo de CLASS, quando aplicadas na interação com o doente e família em contexto de cuidados paliativos podem influenciar positivamente a comunicação e ser a chave para obter o sucesso também ao nível do eficaz controlo de sintomas.

Desta forma, um processo de comunicação eficaz afigura-se então como sendo fundamental quando se aborda o cuidado ao doente paliativo, podendo mesmo, na perspetiva de Alvarenga (2008) influenciar de forma positiva o controlo de sintomas físicos e emocionais. Em oposto, a ausência de uma comunicação eficaz poderá comprometer todo o processo terapêutico, nomeadamente no que concerne aos cuidados paliativos. A comunicação apresenta-se assim como “*um dos pilares principais em cuidados paliativos, funcionando como uma estratégia terapêutica de intervenção no*

sofrimento e controlo de sintomas associados à doença avançada e terminal” (Querido [et al] 2010, p.483).

Ao contribuir para o controlo de sintomas, o impacto em termos de qualidade de vida para o doente faz da comunicação uma ferramenta imprescindível em cuidados paliativos. Uma comunicação eficaz afeta, positivamente, o estado de ânimo do doente, a sua adequação psicológica à situação e a sua qualidade de vida, sendo fundamental para a relação terapêutica (Silva, 2008).

Almeida (2009), defende que existe uma relação próxima entre uma boa comunicação e a prestação de apoio emocional. Uma comunicação adequada permite uma tomada de decisão devidamente informada e consciente e além de trazer um maior entendimento geral, também permite melhor qualidade de vida e uma melhor experiência relativamente à perceção dos cuidados recebidos. Assim, a comunicação torna-se fundamental a uma melhor prestação em cuidados paliativos.

2.1. A comunicação na equipa de Cuidados Paliativos

A comunicação dota-se, como já foi explícito, de especial importância na relação entre o profissional de saúde e o doente, no entanto também entre pares ela se torna imprescindível.

As equipas de cuidados paliativos são sempre constituídas por diversos profissionais com o objetivo comum de controlar os sintomas do corpo, da mente, do espírito e sociais, que possam angustiar a pessoa na sua finitude, isto é, quando a morte se aproxima. Todos os profissionais que compõem a equipa devem estar centrados no bem-estar do doente e família.

Taquemori e Sera (2008, p. 56) defendem que “*na interdisciplinaridade há reciprocidade, enriquecimento mútuo, com tendência à horizontalização das relações de poder entre as áreas envolvidas, permitindo a troca entre áreas de conhecimento*”. No entanto, trabalhar em cooperação com outras áreas não significa trabalhar sem conflitos, uma vez que estes são inevitáveis e universais.

Para que se alcance um efetivo e eficaz trabalho numa equipa de cuidados paliativos, e para que estes conflitos surjam o menos frequentemente possível, Taquemori e Sera (2008, p. 56) defendem a existência de pré requisitos a cumprir por todos os elementos de uma equipa de cuidados paliativos. Assim, numa equipa de cuidados paliativos deverá existir:

- “*Consenso e clareza nos objetivos e estratégias propostos*” pela equipa e para a equipa.
- “*Reconhecimento da contribuição pessoal específica de cada membro da equipa e distribuição de tarefas*”. Desta forma os profissionais sentem-se valorizados e sabem quais os aspetos da sua ação que devem ser melhorados.
- “*Competência de cada membro na sua área e uma comunicação efetiva entre os mesmos*”. Este aspeto dota-se de fundamental importância, por exemplo, no controle da dor considerada como multidimensional, assim como outros sintomas;
- “*Coordenação competente e apropriada para a estrutura e função da equipa*”. Deve existir um líder, que “norteie” a ação da equipa de forma eficaz, sempre com a capacidade de unir os elementos em prol de um objetivo comum.
- “*Procedimentos para avaliação da efetividade e qualidade dos esforços da equipa*”. A existência de indicadores positivos poderá servir como força motriz impulsionando os colaboradores a alcançar metas propostas.
- “*Facilitação do processo de luto não só para a família e amigos do doente mas também para os membros da equipa*”. Os profissionais de saúde podem beneficiar com esta medida nomeadamente para prevenção de *burnout*.

A comunicação surge assim, mais uma vez, como peça chave no desempenho das funções de todos os elementos da equipa, não só no relacionamento com o doente e sua família mas também no desenvolvimento de relações interpessoais entre os diversos profissionais que compõe a equipa.

Os profissionais de uma equipa de cuidados paliativos deverão utilizar de forma táctica e criativa tanto as palavras como os silêncios, uma vez que ambos poderão funcionar como ferramentas imprescindíveis para sustentar o processo terapêutico. O uso destes elementos permite aliviar, descarregar, reconhecer, observar e compreender o outro empaticamente, e o seu uso indevido pode bloquear e comprometer todo o processo de relação interpessoal e mesmo intra equipa (Wainer, 2009). A partir das palavras e dos silêncios o profissional vai construindo relações de confiança com os doentes, com os familiares e com os seus pares.

Esta gestão de palavras e silêncios que levará a uma comunicação eficaz deverá ser levada a cabo por todos os membros de uma equipa de cuidados paliativos. Alvarenga (2008) também sustenta que a comunicação na equipa de cuidados paliativos é fundamental para o relacionamento intra equipa e para o bom acompanhamento do

doente. As estratégias terapêuticas deverão ser consertadas pela equipa, de acordo com objetivos comuns e realistas, com o sentido da manutenção da dignidade, do respeito e da autonomia do doente.

A coesão de uma equipa é fundamental quando estamos a falar de cuidados paliativos, à semelhança do que também acontece em outras áreas da saúde onde a interdisciplinaridade é perentória. Uma seleção criteriosa dos membros da equipa, uma adequada formação interdisciplinar e o apoio institucional são alicerces basilares para a construção de equipas bem-sucedidas (Paice, 2011).

A SECPAL (2013) afirma que a comunicação eficaz permite a necessária coordenação entre a equipa de cuidados, família e doente. Uma boa comunicação na equipe de saúde reduz significativamente o *stress* gerado na atividade diária. Uma família com acesso fácil à informação sobre o que está a acontecer é mais adequada com o doente, gerando assim menos conflitos.

A qualidade da comunicação interdisciplinar interfere com o relacionamento da equipa com os doentes, na medida em que as dificuldades de comunicação intra equipa implicam sérios problemas, com impacto negativo na prestação de saúde em cuidados paliativos (Silva, 2008). Estes problemas poderão surgir devido à falta de tempo que a equipa tem para se reunir e discutir as necessidades individuais dos doentes, bem como para articular com outras equipas, nomeadamente de cuidados de saúde primários e/ou domiciliárias, comprometendo por vezes o processo de continuidade dos cuidados prestados.

Para ultrapassar esta problemática Silva (2008) sugere, como estratégias para melhorar a comunicação interdisciplinar, o uso de uma documentação escrita entre os profissionais e serviços, usando terminologias de uso comum e encontros periódicos entre si.

O sucesso de uma equipa passa por reservar algum tempo para a reflexão em conjunto. Nestas sessões os profissionais deverão refletir sobre o que foi ou não realizado e o que está a atormentar ou a preocupar cada elemento. Seguidamente deve ser elaborado um plano de ação conjunto para colmatar essa necessidade e intervir com o grupo para que esse plano passe para a prática. A comunicação e a reflexividade são a alma do bom trabalho em equipa, uma vez que cultivam a auto consciência encorajando os membros a assumirem responsabilidade, focando-os para alcançar objetivos comuns (West, 2004).

A boa relação entre todos os profissionais de uma equipa passa pela adequada comunicação entre eles. Uma das vantagens identificada quando existe uma boa comunicação e uma relação aberta intra equipa é a capacidade de gestão do *stress*. Hughes e Terrell (2009) sustentam que estabelecer relações sólidas e laços fortes entre

os membros de uma equipa é uma das formas mais duradouras de construir tolerância ao *stress*. Para isso deverá existir tempo, esforço, flexibilidade, confiança, comunicação adequada e, de vez em quando, uma dose de perdão.

Os mesmos autores defendem que o conhecimento do outro em situação de quotidiano permite-nos reconhecer quando algum elemento da equipa está a gerir o stress de forma menos eficaz, ou quando poderá eclodir uma situação de conflito no seio da equipa. Para isso reiteram a existência de nove componentes essenciais a ter em conta no relacionamento entre os elementos de uma equipa: a paciência, a compreensão da perspectiva do outro, a atenção que dedicam ao problema, a comunicação colaborativa e eficaz, a empatia, a assertividade, o estilo adotado para a resolução de conflitos ser uniforme, a gratidão/reconhecimento e o humor.

Assim, a comunicação dota-se de especial importância quando estamos a falar de uma equipa de cuidados paliativos, nomeadamente ao nível da resolução de conflitos. A resolução de conflitos deverá sempre passar pela cordialidade de entendimento, e pela prevenção de comportamentos negativos tais como autoritarismo, derrotismo, distração, e fuga à culpa (Paice, 2011). A comunicação, a compreensão e o humor parecem assim surgir como fulcrais no desenvolvimento de equipas de cuidados paliativos sustentadas.

3. O Humor nas interações humanas

O termo humor vem do grego “*húmus*” e na Grécia antiga, era usado para aludir aos fluidos que percorrem o corpo e mantêm o ser humano vivo. Segundo os antigos tratados de medicina, a saúde ou *eucrasia* dependia do equilíbrio entre esses fluidos. Assim pode inferir-se que o conceito de humor aparece intrinsecamente relacionado ao conceito de equilíbrio.

Recorrendo ao Dicionário da Língua Portuguesa (2013), a palavra humor é definida como sendo um “modo de agir que faz com que as outras pessoas riem e fiquem bem-dispostas” ou como uma “disposição de ânimo ou estado de espírito”.

Presente ao nível das interações humanas, o humor consiste numa forma de comunicação espontânea e contextual, que se caracteriza pelo uso de expressões verbais, faciais e risos. Dean e Gregory (2004) admitem mesmo que o humor impregna todos os aspetos do comportamento humano, pensamento e realidade sociocultural.

Assim, o humor tem um papel central no âmbito das interações humanas, na medida em que é um componente básico da vida social e confere sentido à comunicação de sentimentos e opiniões. A existência de um conceito tão lato em torno do humor despertou a curiosidade de filósofos, psicólogos, sociólogos, antropólogos, de forma a tentar descobrir a sua natureza, os seus efeitos, as suas causas e a sua utilidade (José, 2008).

A teorização sobre o tema do humor levou à conceção de três teorias fundamentais (Wooten, 2009):

- Teoria da superioridade - sustenta que as pessoas riem dos menos afortunados para sentirem superioridade;
- Teoria da incongruência - sustenta que é necessário um choque súbito ou conflito para produzir o riso;
- Teoria da libertação - sustenta que o propósito do humor é fornecer alívio das tensões e conflitos sociais.

A evolução do riso e do humor na espécie humana deveu-se também, na perspetiva de Francescato (2004), ao efeito que estes têm sobre os outros, por razões sociais. O humor pode funcionar com um gatilho para despoletar a gargalhada e o riso, e todos os mecanismos implícitos nesse processo poderão estar intimamente relacionados com a sensação de bem-estar.

Na perspetiva psicológica de Martin (2007), o processo humoroso pode ser dividido em quatro componentes essenciais:

- Contexto social: o humor é fundamentalmente uma experiência social. É mais frequente o indivíduo rir quando está acompanhado do que quando está só. Uma experiência humorosa ou mesmo o riso, pode surgir num momento de solidão mas apenas associada à leitura ou à observação de algo como um filme ou um programa de televisão ou pela evocação de um acontecimento humoroso. Como tal, a capacidade de rir quando o indivíduo está sozinho, sem qualquer estímulo ou influência do exterior, pode parecer algo descontextualizado, pois quando isto acontece deve estar associado a um evento ou situação de contexto de interação social.
- Processo cognitivo: para além de ocorrer num contexto social, o humor para ser produzido implica conhecimento. É necessário que o indivíduo processe a informação proveniente do exterior ou da memória e brinque com as ideias, palavras ou ações de forma criativa. O indivíduo tem de ter capacidade perceptiva quer para realizar humor, quer para o assimilar e compreender de forma adequada quando proveniente de fontes externas.
- Resposta emocional: a resposta que o indivíduo tem ao humor não é apenas intelectual, na medida em que a perceção do humor implica uma resposta emocional. Tal como a alegria, o ciúme ou o medo, o humor ocorre em resposta a determinados tipos de avaliações do ambiente social e físico, e compreende uma resposta emocional que é induzida por um determinado conjunto de avaliações, ou seja, a perceção de que um evento ou situação pode ser incongruente, engraçado ou divertido.
- Expressão comportamental do riso: à semelhança de outras emoções, a alegria, o sorriso e o riso acompanham o humor. O riso será em última instância uma forma de expressar alegria. Tal como o humor, também o riso só faz sentido enquanto experiência social. O indivíduo ri para comunicar aos outros que o humor está presente, que está alegre. Se não existir ninguém para demonstrar a alegria não faz sentido rir.

O humor pode ser classificado quando à sua função, como positivo e negativo (José, 2008). O humor positivo ou bom humor é empático e está intrinsecamente relacionado com a alegria, a esperança e a criatividade e tem como principal objetivo aumentar a proximidade entre os indivíduos, facilitando a expressão de sentimentos, constituindo assim uma mais-valia no que concerne a relacionamentos interpessoais. Por seu lado o humor negativo coloca os indivíduos numa posição que pode ser constrangedora, uma vez que usa armas como o sarcasmo, podendo levar à humilhação.

Baseado nestas duas funções, Martin (2007) apresenta quatro dimensões diferentes, dependendo da forma como as pessoas lidam com o humor, podendo este ser afiliativo, ou para melhoramento pessoal no campo do humor positivo, ou agressivo ou de desqualificação pessoal no campo do humor negativo. O humor afiliativo consiste na tendência para dizer coisas engraçadas, contar piadas, fazer brincadeiras espirituosas e espontâneas, a fim de facilitar as relações interpessoais e reduzir o *stress* sobre eles. O Humor para melhoramento pessoal ou auto potenciador é usado como ferramenta para enfrentar as emoções negativas sem nunca implicar dano para o próprio ou para outros. O humor agressivo implica esforços para se destacar não se importando com os outros, podendo surgir sob a forma de sarcasmo, crítica ou manipulação. O humor de desqualificação pessoal surge quando o indivíduo usa termos muitas vezes auto depreciativos com o propósito de divertir ou outros.

Torrabadella (2001) defende que o estado de espírito do indivíduo pode variar desde o extremo inferior até ao superior, sendo que ambos os polos são indesejáveis. O polo inferior implica dor, irritabilidade ou tristeza, e o superior poderá implicar um otimismo excessivo carente de autocrítica. O bom humor consiste na capacidade de o indivíduo se manter dentro da zona de ânimo moderadamente positiva, no entanto a capacidade de o usar não surge por acaso, e pode ser cultivada desde os primeiros anos de vida resultando da convivência familiar e da forma como a família se organiza perante dificuldades ou problemas.

O bom humor ou, mais concretamente o humor afiliativo, poderá servir para ajudar o indivíduo a enfrentar a realidade. Torrebadella (2001) afirma que quando se dispõe de bom humor, trivializam-se as deficiências da realidade e o indivíduo é até capaz de brincar consigo mesmo. O bom humor é provocado pela abertura à experiência, à capacidade de estar satisfeito consigo próprio e por um pensamento adequado e consciente. Como resultado, este faz com que o indivíduo se aperceba da forma como pensa e sente e com que tome decisões de forma consciente sobre factos e atitudes nas interações.

As vantagens inerentes a quem goza de bom sentido de humor parecem não ficar por aqui. Capela (2011) cita John Morreall afirmando que:

“A pessoa que tem sentido de humor, não só é mais descontraída perante situações potencialmente stressantes, como também as compreende de forma mais flexível. Mesmo aquele em cujo ambiente não ocorram muitas coisas, a sua imaginação e criatividade vão afastá-lo da rotina mental permitindo desfrutar de si mesmo, evitar o aborrecimento e a depressão.”

Num contexto de dor e sofrimento, o uso do bom humor, a alegria e mesmo do riso podem ser formas de aliviar a tensão, a ansiedade e a insegurança, servindo como mecanismo de *coping*. O uso de mecanismos de *coping* como o humor permite aos indivíduos evitar alguns conflitos e verbalizar e demonstrar sentimentos e opiniões que são difíceis de expor sem o uso deste mecanismo (Araújo e Silva, 2006). Martin (2007) aborda a perspectiva psicanalista de Sigmund Freud e afirma que o humor permite, por vezes, fazer face a situações difíceis ou a vivência de emoções negativas, podendo por isto ser considerado como um mecanismo de defesa. O humor era visto por Freud como um meio de libertar energia do sistema nervoso.

Apesar destas vantagens, nem todos os indivíduos exibem aptidão para gozar rotineiramente de bom humor. Muitas vezes, ser bem-humorado é uma característica pessoal que marca a identidade de um indivíduo. Vulgarmente associa-se o sentido de humor a quem facilmente graceja, conta anedotas ou a quem consegue encontrar um fator humorístico em factos que comumente seriam sérios para a maioria das pessoas. No entanto, quem goza desta capacidade pode não gozar forçosamente de bom humor. Para que isso aconteça, esta competência deve manter-se na sua atitude perante a vida e na sua interação com os outros independentemente da situação. Parece ser aqui que reside a diferença entre ser um cómico ou gozar espontaneamente de bom humor.

Não seria possível abordar a temática do humor sem passar pelo humor negro. Visto à partida como tendo uma conotação negativa torna-se pertinente desconstruir esta ideia. Quando falamos em situações geradoras de *stress* ou de grande tensão, o humor negro pode ser usado com um escape. Quando usado apenas intra equipa, o humor negro pode surgir como forma de aliviar *stress* e prevenir o *burnout* (José, 2002).

3.1. Fisiologia do humor

Rir parece mesmo ser muitas vezes o melhor remédio. Uma boa gargalhada, acompanhada de pensamentos positivos, segundo Francescato (2004), melhora o equilíbrio entre simpático e parassimpático, provoca a distensão da musculatura voluntária e involuntária, trava o estado de ansiedade, diminui o ritmo cardíaco e re-oxigena completamente o organismo, desperta a mente e as emoções, até o indivíduo ficar em condições de reencontrar a vontade de viver.

Assim, podemos inferir que uma das principais funções do humor positivo passa pela capacidade de gerar saúde, ou pelo menos melhorá-la. A salutogénese ou a capacidade de gerar saúde foi uma teoria desenvolvida por um sociólogo americano-israelita, Aaron

Antonovsky (1987) que centrou o seu trabalho nas áreas da saúde e bem-estar. A salutogénese que significa na sua essência criação de saúde, pretende explicar quais os fatores que permitem ao indivíduo manter-se saudável em oposição à sobejamente conhecida patogénese, à luz da qual se pretende compreender quais os fatores que levam a que um indivíduo fique doente.

Antonovsky (1987) identificou elementos intrínsecos ao ser humano, que designa por recursos pessoais, que funcionam como escudo protetor. Desses recursos o mais importante é o sentido de coerência, que é a junção de três capacidades, a capacidade que o ser humano tem de enfrentar os estímulos provenientes do exterior (capacidade de compreensão), a capacidade que o indivíduo tem para satisfazer as necessidades ou exigências geradas por esses estímulos (capacidade de gestão) e a capacidade que o indivíduo tem de retirar desses acontecimentos algo positivo e que possa ser usado no decurso da sua vida (capacidade de investimento).

O *stress* pode ser um desses estímulos de que Antonovsky falava. A existência de *stress* em doses pequenas pode contribuir para uma melhoria do estado de alerta e ser útil. No entanto, este despoletar constante de uma resposta fisiológica do organismo a um elemento stressor pode, quando crónica, contribuir para alterações da saúde como hipertensão, hipercolesterolemia, asma, lombalgias, depressão, insónias entre outras.

As emoções positivas, em especial o humor, na perspetiva de Torrabadella (2001, p.100), diminuem o *stress* por várias vias, exemplificando que *“um dos problemas gerados pela adrenalina segregada em situações de stress é que quando esta chega ao sangue, se converte em cortisol, e entorpece a ação do sistema imunitário. Pois bem, recentemente demonstrou-se que o riso reduz substancialmente os níveis de cortisol”*.

Santos (2011), aponta como estratégias utilizadas para lidar com o *stress* o uso do humor e a aceitação da situação geradora de *stress*. Assim, sendo o humor uma estratégia de combate ao *stress* poderá contribuir para uma melhoria da saúde e bem-estar do indivíduo, quando devidamente utilizado. O humor como fator anti-*stress* funciona como *stress* positivo que consiste numa situação neurológica em que se observa descida da adrenalina e aumento das beta-endorfinas no sangue.

Parece assim existir uma relação entre a saúde e as emoções. Recentemente a investigação permitiu conhecer as bases científicas desta relação e assim se começou a compreender a sua enorme importância. Torrabadella (2001) defende que estímulos positivos particularmente desencadeados pelo humor melhoram o nível de oxigenação (nomeadamente através do riso) influenciando a resistência ao *stress*, infeções e cancro. Cada vez que o indivíduo ri, o organismo liberta endorfinas como as catecolaminas que o

colocam em estado de vigília. A autora cita um estudo de Norman Cousins que revelou que 10 minutos consecutivos de riso permitiam a doentes crónicos um alívio da dor em cerca de 2 horas, provavelmente também induzido pelo efeito da libertação de endorfinas provocada pelo riso. Paralelamente, o riso tem uma incidência duradoura e positiva no sistema parassimpático, contribuindo assim para uma diminuição da tensão arterial, e regularização do processo digestivo e da respiração, tem ainda efeitos notáveis no metabolismo do colesterol, e melhora as funções do baço.

Também a nível do sistema imunitário o humor é associado a níveis elevados de Imunoglobulina A, G e M bem como ao aumento das células Natural Killer.

Silberman, em 1986, realizou um estudo exploratório junto de um grupo de idosos institucionalizados num lar. A experiência realizada consistia no seguinte: durante cerca de 6 semanas, os idosos que tinham necessidade de usar analgésicos regularmente, tiveram a oportunidade de ver durante três dias consecutivos um vídeo com a duração de vinte minutos. Metade dos idosos viram uma comédia, outra metade viu um drama. Seguidamente foram analisados o número de pedidos de analgésicos efetuados pelos idosos. Os resultados deste estudo revelaram que em comparação com o grupo que tinha visto o vídeo dramático, o grupo da comédia reduziu notavelmente o número de pedidos de analgésicos, confirmando assim que a sua perceção da dor se atenuara. Além desta situação, pode confirmar-se que os idosos pertencentes ao grupo da comédia mostraram após a experiência sentimentos mais positivos para com a vida quotidiana (Francescato, 2004).

Os processos emotivos e cognitivos afiguram-se desta forma cruciais no que concerne à perceção da dor. O humor parece assim permitir à pessoa tornar-se mais capaz de enfrentar o *stress* e encontrar melhores alternativas ou, pode até influenciar a esfera cognitiva e emocional. O sentido de humor aparece assim conotado como mecanismo fisiológico para alcançar o bem-estar psíquico e físico.

3.2. O Humor em Cuidados Paliativos

Desde a Grécia antiga que o termo “humor” era usado por médicos na altura em que os humores (fluidos corporais) eram os grandes responsáveis pela saúde quer emocional quer física dos indivíduos. William Shakspeare defendia que o riso dava saúde e que o humor era a fórmula para barrar o caminho a mil prejuízos e alongar a vida.

Atualmente, a saúde é vista como fruto da interação entre o indivíduo e o seu meio ambiente. Fatores fisiológicos, ambientais e comportamentais podem influenciar a saúde dos indivíduos. Os serviços de saúde são locais privilegiados de comunicação e

interações interpessoais, e como tal o humor pode, dependendo dos intervenientes, facilmente estar presente.

A um profissional de saúde torna-se mais pertinente gozar de bom humor do que ser um cómico, e isso, mais do que fazer rir os outros, implica a manutenção de uma atitude adequada perante o outro e que não seja apenas um processo de frases cómicas engenhosas ou previamente ensaiadas. Exige ter um estado de espírito que impregna todos os pensamentos, correspondendo a uma interpretação da vida, nomeadamente uma aceitação da situação do outro com a qual se mantém uma atitude de ânimo positiva.

Como já vimos anteriormente, a comunicação é fundamental para a construção de uma relação terapêutica sólida, e como tal é imprescindível quando se importa o humor para esta relação entre o profissional de saúde e o doente. No entanto, Foucault (2004) cita Watson quando refere a existência de quatro atitudes adicionais que o profissional de saúde deverá apresentar para que possa desenvolver uma relação terapêutica, são elas a empatia, a autenticidade, a humildade e o respeito caloroso.

A empatia permite ao profissional de saúde compreender os sentimentos do doente, sem se colocar no seu lugar, dando a perceber ao doente essa mesma compreensão. West (2004, p.50) afirma que *“a empatia é a capacidade de ler, ser sensível e compreender as emoções das outras pessoas, [...] sendo por isso uma forma de consciência social”*. Sem autenticidade a empatia não é possível. A autenticidade baseia-se na honestidade que o profissional de saúde transmite na interação com o doente, consistindo na conformidade entre aquilo que o profissional pensa e sente e aquilo que transparece para o doente/família.

A humildade, em cuidados paliativos, passa pela capacidade que o profissional tem de aceitar que os seus conhecimentos não serão dirigidos para curar o doente e que nesta relação com o doente o profissional é capaz de reconhecer os seus limites bem como as suas forças. Esta capacidade é também importante na relação com os seus pares. Só com humildade o profissional de saúde consegue compreender a importância do papel dos outros elementos da equipa multidisciplinar para o doente.

O respeito caloroso consiste em apresentar uma abertura de espírito incondicional às vivências da pessoa que está a ser tratada. Esta abertura faz com que cada doente possa viver esta relação terapêutica de forma a sentir-se à vontade para se exprimir. Para isso o profissional deve cultivar uma abertura às diferenças individuais, sociais, étnicas e religiosas do outro (Foucault, 2004).

O humor pode ser uma das formas que o profissional usa para demonstrar compreensão, carinho e o respeito caloroso. José, (2002) usa mesmo a expressão “o humor é quente”, defendendo que através dele, o profissional de saúde consegue amenizar o ambiente instalado ao redor do doente e usá-lo para que este não se sinta constrangido.

Na vida de um profissional de saúde, o humor pode ser um recurso extremamente útil em muitas ocasiões. Uma brincadeira, desde que oportuna, poderá eliminar barreiras e suavizar tensões em qualquer situação, podendo também inclusive contribuir para reforçar o grupo e o espírito de equipa. O humor num grupo de trabalho poderá contribuir para fomentar a iniciativa e a criatividade e diluir as tensões negativas intragrupo (Torrebadella, 2002).

Devemos, no entanto, ter em conta a subjetividade do humor. Aquilo que pode parecer engraçado e interpretado como sendo “bom humor” por uns, pode aos olhos de outros parecer desadequado e desproporcional. Isto pode ser gerador de conflitos e, para o evitar, deve ter-se sempre em conta o contexto, a situação, os sujeitos e estar atento à reação do outro. Provavelmente, o humor que ajuda no processo terapêutico é aquele que permite a instauração de relações pessoais positivas. A comunicação tem assim um papel fundamental nas interações entre profissional de saúde e o doente/família permitindo beneficiar de um humor saudável.

Parece-nos assim fundamental partilhar a opinião de Gores (2010) quando defende que é no terreno que os enfermeiros, os psicólogos e os médicos entre outros profissionais de saúde, aliam conhecimentos científicos ao humor e ao cuidar, combinando assim o melhor de dois mundos de forma a alcançar cuidados de excelência.

Se na globalidade dos cuidados de saúde o humor está presente enquanto mais-valia da comunicação, porque não pensar nele também em termos de cuidados paliativos?

Para Dean e Gregory (2004) o humor e o riso estão presentes nos cuidados paliativos, à semelhança do que acontece em todas as interações humanas. Deve no entanto considerar-se que em cuidados paliativos, o indivíduo defronta um dos limites mais radicais para a nossa sociedade que é a morte. O humor em cuidados paliativos tem de ser capaz de transpor esta barreira, apresentando-se quase sob a forma de desafio.

Apesar de doentes e famílias em cuidados paliativos terem constantemente a sombra da morte eminente a pairar sobre as suas cabeças, o uso do humor enquanto recurso externo ou interno pode não se revelar necessariamente desadequado, podendo mesmo ser benéfico. Apesar de poderem existir barreiras no que concerne ao uso do humor em cuidados paliativos (nomeadamente desconhecimento do *background* do próprio doente e da forma como este encara a doença ou mesmo o desconhecimento do estado da

própria doença) a verdade é que o humor funciona como um facilitador da comunicação, permitindo a proximidade e a expressão de emoções.

Uma equipa de cuidados paliativos deve ter em mente que não é fácil humanizar experiências como a dor, o sofrimento, a perda e a morte. Fazer uso do humor positivo entre doentes, equipa e familiares permite que sejam criadas relações terapêuticas que facilitam a diminuição do mau estar intrínseco à gravidade das situações clínicas vivenciadas em momentos de crise, protegendo a dignidade de quem experiencia a morte de perto. O humor é frequentemente usado para pôr a nu as preocupações acerca da morte e do processo a ela inerente (Araújo e Silva, 2006).

Tal como acontece em outras áreas da saúde, também em cuidados paliativos é impetuoso considerar o doente como sendo um ser único e multidimensional, não descurando as componentes biológica, social, espiritual e emocional. Para isso os profissionais devem fazer uso de uma comunicação eficaz tal como já foi explanado anteriormente, sendo esta essencial ao uso do humor.

O uso do humor pela “graça” em cuidados paliativos poderá ser perigoso e ter impacto negativo no doente e ou na família. Para evitar esses perigos e conseqüentemente o seu impacto nefasto, para além da empatia, da capacidade de conhecimento do outro e da comunicação assertiva, os profissionais de saúde que trabalham em cuidados paliativos devem ser dotados de capacidades técnicas específicas. Este facto é corroborado por Sapeta que afirma que perante o sofrimento do outro é necessário saber trabalhá-lo de forma efetiva e as boas intenções não são suficientes, apesar de serem um pré-requisito essencial. *“Não se trata de ser boas pessoas, ou especialmente carinhosos, mas efectivos, trabalhar com critérios terapêuticos”* (Sapeta, 2011, p. 59).

Doentes e famílias em cuidados paliativos vivem os dias assombrados por situações limite, intercalando sentimentos antagónicos como a esperança, a tristeza e desalento. Tal implica que os profissionais que com eles lidam devam desenvolver uma postura adequada e consigam estabelecer uma verdadeira relação terapêutica. A respeito disto, Foucault (2004), defende que a qualidade da relação terapêutica que o profissional de saúde consegue estabelecer com o doente/família faz toda a diferença quando se pretende estabelecer um clima de confiança, revelando-se essencial para a satisfação das necessidades particulares dos indivíduos. O “eu terapêutico” implica uma sensibilidade relativamente ao que o outro vive, estando atento aos seus próprios sentimentos enquanto responsável pela prática de cuidados de saúde.

A relação terapêutica é também vista como fundamental por Twycross (2003) que considera que as interações entre profissional e doente no âmbito dos cuidados

paliativos, devem ser vistas como um “encontro de especialistas”, uma vez que o doente é especialista na forma como vivencia a sua doença e a sua evolução e os sintomas por ela implícitos e o profissional de saúde é um perito no âmbito de saber dar uma resposta efetiva em termos de diagnóstico, tratamento e ajuda global.

O estabelecimento da relação terapêutica pode passar pelo uso do humor por parte do profissional quer seja aplicado ao doente quer seja aplicado à família. O humor é, segundo Araújo e Silva (2006; p. 672) *“um componente valioso da comunicação e do cuidado compassivo em cuidados paliativos... contudo nunca deve ferir a dignidade humana e deve ser utilizado com muito cuidado em situações de crise e ansiedade”*.

Para Penson (2005), o humor deve ser usado com mestria e cuidado quando se discutem assuntos como diagnóstico inicial, progressão da doença ou cuidados em fim de vida. Não existem regras definitivas, mas o humor deve ser introduzido na relação de saúde de forma lenta e gradual, à medida que o doente vai respondendo e usando também ele o humor. Se a resposta do doente ao uso do humor for negativa mesmo numa fase inicial, o profissional deve mudar de estratégia, caso contrário pode mantê-lo.

Também no seio da equipa de cuidados paliativos, nomeadamente na relação com os pares, o uso do humor pode revelar-se benéfico. Já vimos que o uso de humor negro por exemplo poderá funcionar como mecanismo antistress. Quando a equipa usa este tipo de humor entre os seus elementos, apesar de poder parecer “maldoso” aos olhos de alguém externo, este vai funcionar como um “desligar da realidade” e serve para relevar alguns aspetos que poderiam passar a patológicos se reprimidos.

Hughes e Terrell (2009) defendem que o humor usado numa equipa ajuda os elementos a redirecionar a sua perspetiva, ajuda a gerir o *stress* e ajuda a criar abordagens inovadoras na resolução de problemas e gestão de conflitos.

Assim, o uso do humor em cuidados paliativos dota-se de especial significado não só na relação dos profissionais, enquanto indivíduos, com os doentes e família mas também na sua relação com os seus pares.

Capítulo Dois – PERCURSO METODOLÓGICO

A fase metodológica passa por “*precisar como o fenómeno em estudo será integrado num plano de trabalho que ditará as atividades conducentes à realização da investigação*” (Fortin, 2009, p.131).

Tomando por base este princípio, neste capítulo, apresentamos a descrição do percurso metodológico que norteou o presente trabalho, desde a temática e objetivos do estudo, o contexto e participantes, passando pelos procedimentos de recolha e de tratamento e análise de dados, ressaltando por último as questões éticas tomadas em consideração durante todo o percurso de investigação.

1. Problemática e objetivos do estudo

Quando se pensa em cuidados paliativos pensa-se, quase sempre, em cuidados prestados a pessoas com doença incurável e/ou prognóstico limitado no tempo, estando associado a estados de ânimo/sentimentos negativos. Por outro lado, o humor é frequentemente associado a um estado de ânimo positivo, o que nos remete para conceitos como o riso ou a alegria. Sendo o humor considerado uma estratégia importante no âmbito do cuidar, questionamo-nos sobre o seu uso em cuidados paliativos.

Dean e Gregory (2004) atribuem aos efeitos positivos do humor ao nível das relações interpessoais desenvolvidas no âmbito da saúde uma importância indubitável. Para Du Pré (2009) os doentes valorizam mais a relação interpessoal do que as competências técnicas. Para este autor, os doentes esperam dos profissionais de saúde um pouco mais do que apenas serem bons técnicos. Esperam alguém em quem possam confiar e com quem possam estabelecer uma relação empática, caso contrário o processo terapêutico poderá ficar comprometido.

É neste sentido que nos parece pertinente tentar conhecer a opinião dos profissionais de saúde sobre o uso do humor nas suas interações no dia-a-dia, no âmbito dos cuidados paliativos, quer seja em relação aos seus pares, quer seja no relacionamento com o doente/família.

Considerando estes factos, haverá espaço para o humor no seio de uma equipa que lida com estes doentes e suas famílias? Haverá espaço para o humor na relação desta equipa com estes doentes?

Estas questões relativas ao uso do sentido de humor em cuidados paliativos, apesar de serem em parte curiosidades pessoais, decorreram da experiência profissional, articulada com o estado da arte e motivaram a realização deste estudo.

O ponto de partida de qualquer investigação em ciências sociais passa pela elaboração de uma questão de investigação ou pergunta de partida. Através desta pergunta o investigador deve tentar exprimir aquilo que pretende determinar no final da sua investigação. A pergunta de partida é o fio condutor de toda a investigação e implica clareza, exequibilidade e pertinência (Quivy e Campenhodt; 2003).

A questão de investigação que descreve este estudo é: **“Qual a perspetiva dos elementos de uma equipa de cuidados paliativos sobre o humor no âmbito da prestação de cuidados?”**

Para dar resposta a esta questão, surgiram objetivos bem definidos, com a finalidade de centralizar os domínios do estudo e canalizar todo o processo de investigação num sentido estrito e inequívoco. Assim, foram definidos para esta dissertação os seguintes objetivos:

- Perceber o significado do humor para os profissionais de uma equipa de cuidados paliativos;
- Identificar as situações em que os profissionais de saúde de uma equipa de cuidados paliativos usam o humor;
- Identificar as estratégias utilizadas pelos profissionais de saúde de uma equipa de cuidados paliativos para fazer uso do humor;
- Identificar os benefícios do humor no âmbito da intervenção em cuidados paliativos, na perspetiva dos elementos de uma equipa de cuidados paliativos;
- Identificar as condições que interferem no uso do humor pelos profissionais de saúde de uma equipa de cuidados paliativos;
- Analisar os aspetos multidimensionais do sentido de humor dos participantes do estudo.

Os objetivos do estudo bem como escolha da temática abordada, surgiram tal como já foi dito, a partir de uma inquietação pessoal, tendo como base questões que remetem para a prática diária dos cuidados de enfermagem mas também para uma forma de estar na vida.

Foi a partir destes objetivos e desta temática que tomamos as opções metodológicas que seguidamente apresentamos e que permitiram orientar a realização do estudo.

2. Tipo de estudo

Face à problemática e aos objetivos apresentados, este estudo sustentou-se sobretudo num paradigma qualitativo, de natureza descritiva e exploratória. Fortin (2009) afirma que o objetivo da investigação qualitativa é descobrir e explorar os aspetos da ação do ponto de vista dos participantes, interpretando o fenómeno no seu meio natural.

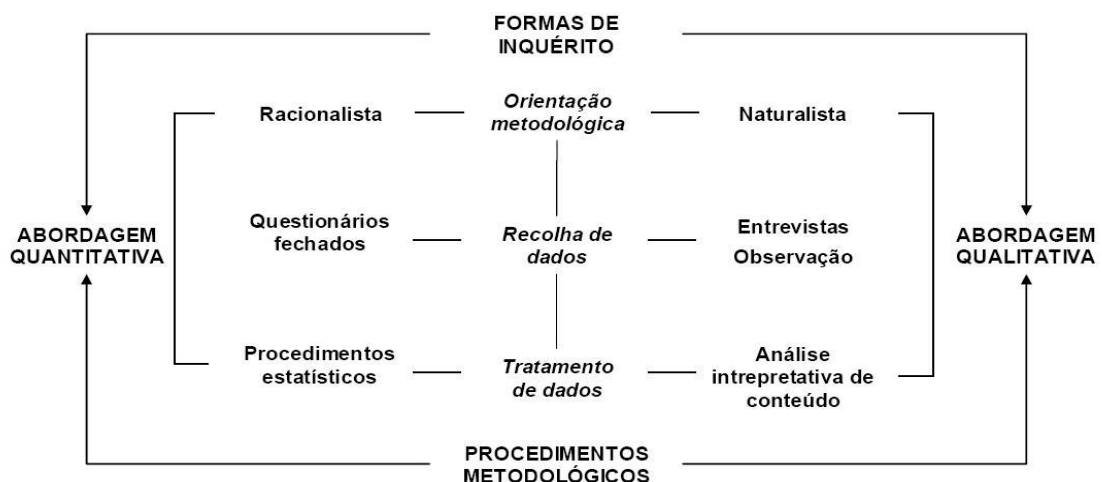
No sentido de melhorar e aprofundar a problemática do estudo, este teve também uma vertente quantitativa.

A abordagem quantitativa apesar de ter como objetivo partilhado com a abordagem qualitativa compreender melhor os fenómenos, procura conhecê-lo do exterior, ou seja de uma forma objetiva (Fortin, 2009).

Para Morais e Neves (2007) o uso de diferentes métodos de análise torna-se útil na investigação, uma vez que se dirigem para diferentes tipos de questões. As mesmas autoras defendem que ambas as abordagens podem ser usadas quer de forma sequencial quer de forma paralela e podem ser usadas na mesma fase ou em fases distintas de um mesmo estudo. Neste caso, o uso de uma abordagem quantitativa teve como objetivo principal complementar os dados obtidos através da abordagem qualitativa.

Na figura 1 pode observar-se a posição epistemológica que pode ser assumida na investigação, com aspetos das abordagens quantitativa e qualitativa.

Figura 1 – Posição epistemológica da investigação. Morais e Neves, 2007



Podemos afirmar tratar-se de um estudo descritivo, uma vez que este “consiste em descrever simplesmente um fenómeno ou um conceito relativo a uma população, de modo a estabelecer as características desta população” (Fortin, 1999, p.164). Podemos ainda dizer que este é um estudo de carácter exploratório uma vez que existe a necessidade de identificar aspetos centrais do uso do humor em contexto de cuidados paliativos, na perspetiva de quem cuida. Fortin (1999) Esta autora defende ainda que os estudos descritivo-exploratórios visam classificar, descrever ou concetualizar uma situação ou fenómeno.

Como tal, este considera-se um estudo de natureza qualitativa do tipo descritivo e exploratório, apoiado em três instrumentos distintos de recolha de dados, a entrevista, um questionário sociodemográfico e a aplicação da Escala Multidimensional do Sentido de Humor (MSHS).

3. Contexto do estudo e participantes

Neste ponto vamos proceder à apresentação do contexto e dos participantes no estudo. Face aos objetivos e problemática do estudo, e após o traçar o desenho da investigação pareceu-nos adequado que este decorresse numa unidade de cuidados paliativos, e que os participantes no estudo fossem profissionais de saúde a desempenhar funções neste âmbito.

3.1. O contexto do estudo

A investigação decorreu numa unidade de internamento de cuidados paliativos, localizada no Norte do País. Esta escolha teve em conta questões geográficas (proximidade do local de trabalho/residência da investigadora, o que facilita o processo de recolha de dados) e também as características físicas e organizativas desta unidade, adequando-se aos objetivos delineados para o estudo.

Esta unidade de cuidados paliativos funciona num edifício de arquitetura moderna, onde existe também uma unidade de cuidados continuados de média e de longa duração. A gestão das três unidades está a cargo da mesma direção.

Ainda em termos arquitetónicos, a unidade de cuidados paliativos é um espaço com luz natural que integra uma sala de convívio ampla e salas de enfermagem e de apoio. É de salientar a existência de um espaço chamado “pórtico da vida”, criado com o objetivo de permitir à família ter um momento de privacidade, recolha e introspeção imediatamente após a morte do seu familiar.

A unidade de cuidados paliativos dispõe de 10 quartos individuais dotados de casa de banho privativa.

No que concerne aos recursos humanos, fazem parte da instituição (unidades de média, longa duração e cuidados paliativos) 23 enfermeiros 22 assistentes operacionais, 2 assistentes sociais e 1 médico. Deste universo, 7 enfermeiros são considerados fixos na unidade de cuidados paliativos (6 dos quais com formação avançada em cuidados paliativos) constituindo uma “equipa base” de enfermagem a prestar cuidados nesta unidade. Estes enfermeiros que constituem a “equipa base” podem no entanto ser pontualmente destacados para prestarem serviços nas outras unidades da instituição com diferentes tipologias. Os assistentes operacionais exercem funções em todas as tipologias de forma indiferenciada. Este facto é referido pelos profissionais como uma mais-valia na prevenção de situações de *burnout*. Por turno estão destacados para a

unidade de cuidados paliativos 1 enfermeiro e 1 auxiliar, sendo que no turno da manhã está também presente a enfermeira chefe.

A referenciação dos doentes a esta unidade faz-se exclusivamente através da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), e através do aplicativo da RNCCI, sendo posteriormente colocados pela equipa coordenadora regional por ordem de chegada dos pedidos.

Apesar de ser uma unidade dotada de quartos individuais, a permanência de familiares/acompanhante de referência não é permitida durante 24 horas. Por vezes, em situações de morte iminente, é permitido aos familiares permanecer para além do horário regulamentar. Pernoitar não é permitido pela direção salvo raras exceções, ao contrário do que acontece em outras unidades da mesma tipologia.

3.2. Os participantes no estudo

A população acessível ao investigador são os funcionários da instituição selecionada. No entanto, em conjunto com a enfermeira chefe foi escolhido um conjunto de participantes.

Deste modo, a seleção dos participantes foi realizada usando uma técnica de amostragem não probabilística intencional, que Fortin (1999, p.209) classifica como sendo uma amostragem por seleção racional, na medida que esta escolha teve por base *“a construção de uma amostra de sujeitos em função do seu caráter típico”*.

Assim, os participantes do estudo são profissionais de saúde de uma equipa de cuidados paliativos que foram integrados neste tendo em conta os seguintes critérios de inclusão:

- Todos os elementos de enfermagem que compõe a “equipa base” da unidade de cuidados paliativos;
- Elementos de enfermagem que não pertencendo à “equipa base” da unidade de cuidados paliativos, prestaram cuidados nesta unidade durante o período de recolha de dados, com maior assiduidade;
- Assistentes operacionais com mais turnos atribuídos na unidade de cuidados paliativos;
- Assistente social e médico que mais frequentemente trabalham na unidade de cuidados paliativos.

Foram excluídos do estudo os profissionais de saúde que não prestam cuidados na unidade de cuidados paliativos, apesar de pertencerem à mesma instituição.

Considerando estes critérios, neste estudo participaram um total de 15 profissionais de saúde (N=15), dos quais 5 são assistentes operacionais, 8 enfermeiros, um médico e uma assistente social.

4. Procedimento de recolha de dados

Para seleccionar os instrumentos de recolha de dados, o investigador deve, de acordo com Fortin (2009), considerar fatores como: *“os objetivos do estudo, o nível de conhecimento que o investigador tem sobre as variáveis, a possibilidade de obter medidas apropriadas às definições conceituais e a fiabilidade e validade dos instrumentos de medida”*. (Fortin, 1999, p. 240)

Considerando estes princípios, foram seleccionados, conforme já referido, três métodos distintos de recolha de dados, o questionário sociodemográfico, a entrevista, e a escala MSHS.

O Questionário Sociodemográfico

O questionário consiste em *“colocar a um conjunto de inquiridos, geralmente representativo de uma população, uma série de perguntas relativas à sua situação social, pessoal e profissional, às suas opiniões, à sua atitude em relação a opções ou questões sociais, às suas expectativas ou ao seu nível de conhecimentos ou de consciência de um determinado acontecimento ou problema”* (Quivy e Campenhodt, 2003 p.188).

Neste estudo, optamos pelo uso de um questionário construído por nós, e de auto preenchimento, com o intuito de caracterizar os participantes no que concerne ao género, à idade, à categoria profissional, ao grau académico e à experiência profissional em anos (apêndice 1).

A entrevista

A entrevista, quando devidamente realizada, permite ao investigador obter informações e elementos de reflexão ricos e matizados (Quivy e Campenhodt, 2003). Fortin (1999) defende que a entrevista pretende responder a três objetivos principais: servir como método exploratório de forma a examinar conceitos, relações entre variáveis e conceber hipóteses; servir de instrumento de medida principal numa investigação e servir de complemento a outros métodos.

Enquanto técnica de recolha de dados, *“a entrevista é bastante adequada para a obtenção de informações acerca do que as pessoas sabem, creem, esperam, sentem ou*

desejam, pretendem fazer, fazem ou fizeram, bem como acerca das suas explicações ou razões a respeito das coisas precedentes” (Gil, 2008, p. 109).

No decorrer da entrevista, privilegia-se o contacto direto entre o investigador e os profissionais de saúde. Desta forma estabelece-se uma verdadeira troca, na qual o entrevistado pode expressar as suas perceções, interpretações e experiências e o investigador deve permitir essa expressão evitando no entanto o afastamento dos objetivos da investigação.

Atendendo à natureza e objetivos do estudo, optou-se pelo uso da entrevista semidirigida, por forma a facilitar um contexto favorável para a descrição das experiências profissionais garantindo simultaneamente algum controlo sobre o decorrer da entrevista. Assim, tentamos atender a vários aspetos do sentido de humor na perspetiva dos profissionais de saúde de uma equipa de cuidados paliativos.

Quivy e Campenhoudt (2003, p. 192-193) defendem que no decorrer de uma entrevista semidirigida, o investigador deve deixar o entrevistado *“falar abertamente, com as palavras que desejar e pela ordem que lhe convier. O investigador esforçar-se-á simplesmente por reencaminhar a entrevista para os objetivos cada vez que o entrevistado deles se afastar”*.

Esta técnica, não sendo totalmente aberta permite ao investigador, obter a informação que pretende por parte do entrevistado. Para isso elaborou-se um guião com base nos objetivos previamente definidos e na pesquisa bibliográfica efetuada (apêndice 2).

Foram realizadas um total de 15 entrevistas, aos vários elementos que integram a equipa multidisciplinar e que foram selecionados para o estudo. Todas as entrevistas foram gravadas em formato áudio tendo-se posteriormente procedido à sua transcrição para formato digital, tendo sido solicitada permissão para efetuar essa gravação.

Antes da realização da entrevista aos profissionais de saúde da equipa de cuidados paliativos selecionada, foi realizado um pré teste da mesma a dois enfermeiros e a um assistente operacional de um serviço de cirurgia de um hospital do norte do país, com o objetivo de perceber a clareza e a pertinência das questões, não tendo sido necessário proceder a alterações.

Aplicação da escala MSHS

Com a aplicação da escala MSHS, pretendeu-se compreender a perceção subjacente ao conceito do humor para cada um dos participantes bem como identificar outros aspetos multidimensionais do sentido de humor.

Para os autores da escala, o sentido de humor é multidimensional, e a sua apreciação, seja ela cognitiva ou emocional, varia muito em função da personalidade e vivência de cada um (Thorson e Powell, 1993).

A versão original da escala MSHS denominada de *Multidimensional Sense of Humor Scale* teve como base para a sua construção o modelo multidimensional do *repertório humorístico* de Thorson e Powell (1993). A versão original da escala aborda 4 dimensões do sentido de humor: *produção e uso social do humor, humor adaptativo, apreciação do humor, atitude pessoal face ao humor* (Thorson e Powell, 1993).

A versão original foi adaptada para a realidade portuguesa por Helena José e Pedro Parreira em 2008 numa amostra formada por 208 sujeitos. Foi esta versão adaptada para a realidade portuguesa que utilizamos neste estudo (anexo 1).

Apesar da escala MSHS se encontrar publicada, foi solicitada autorização aos autores para o seu uso, tendo a mesma sido concedida (anexo 2).

A versão da escala MSHS validada para a população portuguesa é constituída por 24 itens que avalia os aspetos multidimensionais do sentido de humor, considerando cinco dimensões. Na análise fatorial das respostas ao instrumento, os 4 primeiros fatores encontrados são praticamente sobreponíveis aos fatores encontrados por Thorson e Powell (1993) no entanto esta análise revelou para a versão portuguesa uma dimensão adicional, denominada “*objeção ao uso do humor*”, como pode ser comprovado na tabela 1.

À dimensão “produção e uso social do humor” correspondem os itens de 1 a 11 mais o item 18. À dimensão “humor adaptativo” correspondem os itens 12 a 14 mais o item 17. À dimensão “objeção ao uso do humor” correspondem os itens 15, 16 e 21. À dimensão “atitude pessoal face ao humor” correspondem os itens 22, 23 24 e à dimensão “apreciação do humor” correspondem os itens 19 e 20.

Tabela 1 – Análise fatorial em componentes principais: pesos de uma solução com 5 fatores da escala MSHS adaptada à realidade Portuguesa.

Item	Loading
Factor 1: Produção e uso social do humor (0,93)	
7. Outras pessoas dizem-me que eu digo coisas engraçadas	0,79
9. Eu consigo surpreender e pôr as pessoas a rir à gargalhada	0,79
3. Os meus ditos inteligentes divertem os outros	0,78
2. Eu consigo dizer as coisas de um modo que faz as pessoas rir	0,78
10. Eu consigo aliviar uma situação de tensão dizendo algo engraçado	0,76
1. Eu sou visto pelos meus amigos como uma pessoa com sentido de humor	0,74
11. Eu até consigo ter algum controlo sobre um grupo, quando uso humor	0,73
6. Estou confiante de que consigo fazer outras pessoas rir	0,73
4. As pessoas olham para mim, para que diga coisas engraçadas	0,73
5. Eu uso o humor para entreter os meus amigos	0,71
18. Eu consigo usar piadas inteligentes para me ajudar a adaptar a muitas situações	0,59
8. Às vezes vêm-me à cabeça piadas ou histórias engraçadas	0,57
Factor 2: Humor adaptativo (0,84)	
12. O humor ajuda-me a lidar com as coisas	0,70
14. Lidar com as coisas com humor é uma elegante forma de adaptação	0,67
13. Piadas inteligentes ou uso de humor ajudam-me a gerir situações difíceis	0,67
17. Usar o humor ajuda-me a sentir mais à vontade	0,66
Factor 3: Objeção ao uso do humor (0,63)	
15. Tentar gerir situações através do uso do humor é realmente estúpido	0,74
16. O humor é uma péssima forma de lidar com as coisas	0,73
21. Chamar a alguém "comediante" é um verdadeiro insulto	0,61
Factor 4: Atitude pessoal face ao humor (0,74)	
22. Eu não gosto de cómicos	0,87
24. Fico desconfortável quando alguém está a dizer piadas	0,75
23. Pessoas que dizem piadas são maçadoras	0,64
Factor 5: Apreciação do humor (0,71)	
19. Eu aprecio as pessoas que gerem humor	0,82
20. Eu gosto de uma boa piada	0,82

Principal Components Extraction with Varimax Rotation and Kaiser Normalization
Nota: Alpha de Cronbach entre parêntesis; * variância explicada.

Fonte: José e Parreira, 2008. P. 13

Este instrumento é apresentado sob a forma de uma escala de Likert de 5 pontos, que varia entre 1 (discordo totalmente) e 5 (concordo totalmente). Maioritariamente os itens são apresentados sob uma forma positiva (e.g. “o humor ajuda-me a lidar com as coisas”), no entanto 6 itens são apresentados negativamente (e.g. “o humor é uma péssima forma de lidar com as coisas”) e assinalados com uma marca (*).

A recolha de dados teve lugar na própria unidade de saúde e decorreu durante os meses de Novembro e Dezembro de 2013. A entrevista foi realizada aos profissionais de saúde da equipa de cuidados paliativos, e decorreu na unidade de saúde, numa sala própria com ambiente calmo, e de forma individual, encontrando-se presentes apenas a investigadora e o participante em questão. Numa primeira fase foi efetuada a apresentação do estudo, bem como os seus objetivos e garantida a confidencialidade e anonimato dos dados, tendo sido solicitada autorização a cada um dos participantes para o uso dos mesmos. Seguidamente foram apresentados os instrumentos de recolha de dados tendo-se iniciado o processo pela entrevista. Após a entrevista foram fornecidos o questionário e a escala para auto preenchimento.

Os instrumentos de auto preenchimento foram respondidos na sua totalidade, como tal foram considerados válidos para análise. Podemos assim considerar que obtivemos um grau de retorno de 100%.

5. Procedimento de tratamento de dados

Os dados recolhidos através das entrevistas foram tratados à luz da análise de conteúdo, que Bardin (2008, p.44) define como:

“um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens.”

A metodologia da análise de conteúdo proposta por Bardin (2008) aponta quatro etapas ou fases fundamentais que devem ser seguidas de forma sequencial pelo investigador:

1. Organização da análise – engloba a *pré análise* (fase de organização dos dados propriamente dita e tem como objetivo operacionalizar e sistematizar ideias iniciais), a *exploração do material* (aplicação de operações de codificação, decomposição ou enumeração) e a *fase de tratamento dos resultados* (os dados são tratados de maneira a serem significativos e válidos).
2. Codificação – corresponde a uma transformação dos dados, por recorte, agregação e enumeração de forma a atingir uma representação do conteúdo ou da sua expressão. Os dados em bruto são agregados em unidades, permitindo uma descrição exata das características do conteúdo.
3. Categorização – diz respeito a uma operação de classificação dos elementos que constituem um conjunto por diferenciação à qual se segue o reagrupamento seguindo critérios previamente definidos. Esta fase tem como objetivo principal que seja realizada a passagem dos dados em bruto a dados organizados. Para que esta categorização seja considerada efetiva devem estar presentes qualidades como a *exclusão mútua* (cada elemento não pode existir em mais do que uma divisão), a *homogeneidade* (num mesmo conjunto categorial só pode funcionar uma dimensão de análise), a *pertinência* (considera-se que está presente quando uma categoria está adaptada ao material de análise escolhido e pertence ao quadro teórico definido), a *objetividade e a fidelidade* (as diferentes partes da mesma grelha categorial devem ser codificadas da mesma maneira mesmo quando submetidas a várias análises), e a *produtividade* (um conjunto de categorias é considerado produtivo quando origina resultados férteis em índices de interferência, em hipóteses novas e em dados exatos).

4. Inferência – consiste na interpretação controlada da informação, podendo remeter ou apoiar-se nos elementos construtivos da comunicação: mensagem e seu código ou canal, emissor e recetor. Inferência significa indução a partir dos factos.

Após a recolha de dados, a fase de organização dos mesmos surge como preliminar à análise propriamente dita (Fortin, 2008).

Assim, após a realização das entrevistas onde foi efetuada a sua gravação em formato áudio, foi realizada a transcrição integral do registo do encontro (*verbatim*), contendo desta forma o *corpus* de análise.

O *corpus* de análise é composto por um total de 15 entrevistas. As entrevistas foram codificadas através de uma letra identificativa da categoria profissional do entrevistado (E – enfermeiro, A – assistente operacional, M – médico, AS – assistente social), seguido de um número correspondendo à ordem cronológica da sua realização.

Da análise dos dados recolhidos através da entrevista desenvolveu-se um conjunto de áreas temáticas, respetivas categorias e subcategorias de codificação tendo em conta unidades de significação ou seja excertos das entrevistas que configuram um significado àquela categoria ou subcategoria e que se encontram expressas num quadro de redução de dados (apêndice 3).

Os questionários que permitiram efetuar a caracterização sociodemográfica dos participantes e a aplicação da escala MSHS foram codificados da mesma forma que as entrevistas. Os dados obtidos destes instrumentos de recolha de dados foram tratados pelo programa informático SPSS (Statistical Packaged for the Social Sciences - versão 20), tendo-se procedido à construção de uma base de dados, e posteriormente, ao seu tratamento estatístico.

Foi efetuada uma análise exploratória/descritiva dos dados obtidos através do questionário e da escala MSHS, que incidiu sobre a frequência, a média, o desvio-padrão e os valores mínimo e máximo de cada uma das dimensões e das frequências absolutas de cada um dos itens que correspondem a cada uma das dimensões.

Usou-se ainda um teste de normalidade e um t-test independente não paramétrico numa tentativa de compreender a se o género influenciava a perceção que os participantes tinham do humor em qualquer das dimensões.

6. Considerações éticas

Em todo e qualquer estudo de investigação deverão estar assegurados determinados princípios éticos. Fortin, (1999, p.114) define ética como sendo *“a ciência da moral e a arte de dirigir a conduta. (...) Subjacente á conduta humana, desenvolveram-se preceitos e leis provenientes das normas e de um sistema de valores para orientar os julgamentos, as atitudes e os comportamentos das pessoas, grupos e sociedades”*.

Nunes (2005, p. 4) nomeia seis princípios éticos que devem ser considerados em investigação, tendo por base as diretrizes emanadas pelo International Council of Nurses em 1996,

- Beneficência - *«fazer o bem» para o próprio participante e para a sociedade. Note-se aqui, o primado da pessoa humana.*
- Avaliação da maleficência - *sob o princípio de «não causar dano», e portanto, avaliar os riscos possíveis e previsíveis.*
- Fidelidade – *o princípio de «estabelecer confiança» entre o investigador e o participante do estudo ou sujeito de investigação.*
- Justiça – *o princípio de «proceder com equidade» e não prestar apoio diferenciado a um grupo, em detrimento de outro.*
- Veracidade – *segundo o princípio ético de «dizer a verdade», informando sobre os riscos e benefícios. Associa-se ao consentimento livre e esclarecido.*
- Confidencialidade – *o princípio de «salvaguardar» a informação de carácter pessoal que pode reunir-se durante um estudo.*

Nunes, (2005, p.4), afirma que *“a pedra angular de uma investigação eticamente sólida é o consentimento fundamentado, que designaríamos de livre e esclarecido.”* A obtenção do consentimento escrito livre e esclarecido da parte dos sujeitos é fundamental à manutenção da ética na conduta da investigação.

Os participantes do estudo assinaram o consentimento informado (apêndice 4) tendo sido esclarecidos os seus direitos de participação ou não no estudo, podendo a qualquer momento desistir da sua participação, sendo que todos os propostos aceitaram a participação no estudo de forma voluntária. No sentido de garantir expressamente o sigilo e anonimato dos participantes ao longo de todo o estudo, foram codificados todas as entrevistas e questionários.

Fortin, 1999, defende que seja utilizado um conjunto de códigos de identificação conhecidos pelo investigador, impedindo assim a identificação dos sujeitos por qualquer leitor do relatório final, bem como que o procedimento de colheita de dados ocorra em ambiente privado. Pensa-se que estes princípios foram respeitados, na medida em que foram utilizadas estratégias para esse fim.

No sentido de atender a estes pressupostos, e antecedendo o processo de recolha de dados, em Agosto de 2013, foi efetuado um pedido de autorização escrito para realizar a investigação ao presidente da comissão executiva da unidade de cuidados paliativos em causa (ver apêndice 5), o qual obteve parecer favorável.

Estes pressupostos éticos, considerados básicos e fundamentais para a realização de um estudo isento e credível foram considerados ao longo de todo o estudo, garantindo ao investigador que as suas crenças e valores não influenciassem decisões complexas que pudessem surgir no decurso do estudo, respeitando sempre as opiniões e crenças dos participantes do estudo.

Capítulo Três - APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Neste capítulo vamos proceder à apresentação e análise dos dados obtidos através da aplicação dos instrumentos utilizados.

Para Teixeira (2003, p.197) é possível tratar os dados quantitativa e qualitativamente em simultâneo. Como exemplo dessa possibilidade menciona-se o uso da estatística descritiva para suportar uma interpretação dita subjetiva.

Assim, de forma a facilitar a visualização dos dados obtidos através de cada um dos instrumentos esta apresentação será feita separadamente e com recurso a quadros, tabelas e figuras. Começamos por apresentar os dados relativos à caracterização sociodemográfica dos participantes, segue-se a apresentação dos dados obtidos através da entrevista semiestruturada e por último, a apresentação dos dados obtidos através da aplicação da escala MSHS.

1. Caracterização sociodemográfica dos participantes

O questionário permitiu-nos, tal como previamente referido, obter a caracterização sociodemográfica dos participantes no estudo, como pode ser comprovado na tabela 2.

Assim, dos 15 participantes, 6 são do género masculino e 9 do género feminino. Quanto à faixa etária, 7 participantes tem idades compreendidas entre os 21 e os 30 anos e 5 tem idades compreendidas entre os 31 e os 40 anos. Relativamente à experiência profissional, 13 participantes executam a sua atividade profissional há um período de tempo que varia dos 0 e 5 anos, isto pode justificar-se pelo facto de ser uma unidade nova, cujos profissionais são em grande parte recém-formados ou, no caso dos assistentes operacionais, antes de trabalharem na unidade exerciam profissões que não no âmbito da saúde. Dos 15 participantes, 7 tem uma pós graduação/especialização em cuidados paliativos.

Tabela 2 – Caracterização Sociodemográfica dos participantes no estudo (N=15)

	Nº de profissionais (ni)
Género	
Masculino	6
Feminino	9
Idade	
21 - 30 anos	7
31 - 40 anos	5
41 - 50 anos	1
> 51 anos	2
Experiência profissional	
Entre 0 e 5 anos	13
Entre 11 e 15 anos	1
Mais de 20 anos	1
Categoria profissional	
Assistente operacional	5
Enfermeiro	8
Médico	1
Assistente social	1
Grau académico	
9º ano ou menos	1
Secundário	4
Bacharelato / Licenciatura	2
Pós graduação / especialização	7
Doutoramento	1

2. Dados obtidos através da entrevista

Neste ponto, serão descritos os dados obtidos através das entrevistas realizadas junto dos profissionais de saúde.

Da análise dos discursos dos participantes emergiram um conjunto de áreas temáticas – *Significados de Humor; Estratégias mobilizadas no uso do humor; Situações em que é utilizado o Humor; Benefícios do uso do Humor; Condições que interferem com o uso do Humor* – e respetivas categorias e subcategorias, tal como pode ser observado no quadro 1. A opinião dos profissionais de saúde, permitiu-nos desta forma compreender aquele que é o cerne do estudo – *O Humor* – em cuidados paliativos.

Com base nos dados obtidos através das entrevistas foram também elaborados quadros síntese de cada área temática que serviram de apoio na posterior análise dos dados podendo estes ser consultados no apêndice 6.

Quadro 1 – A percepção dos profissionais sobre o uso do humor em Cuidados Paliativos

Área Temática	Categoria	Subcategoria
Significados do humor	Atitude positiva	
	Fonte de bem-estar / prazer	
	Forma de estar na vida	
	Brincar	
	Carinho	
	Alegria	
	Sorriso	
Estratégias mobilizadas no uso do humor	Habilidades comunicacionais	Capacidade de conhecer e interpretar o outro
		Manifestações de afeto
		Uso do riso
		Feedback
		Empatia
	Ser assertivo	
Partilha de experiências na equipa		
Situações em que é utilizado o humor	Momentos que envolvem emotividade	
	Passagem de turno	
	Relação com a equipa	
	Interação com os doentes	
	Quotidiano	
Benefícios do uso do humor	Para doentes / famílias	Despoleta sorrisos
		Promove adesão ao plano terapêutico
		Facilita a relação
		Promove o bem-estar / ânimo
		Efeito terapêutico
		Alivia o sofrimento
		Alivia o medo e a ansiedade
	Para o profissional	Promove bem-estar individual
		Sensação de missão cumprida
		Gestão de sofrimento
		Facilita a abordagem ao doente
	Para a equipa	Estratégia de <i>coping</i>
		Favorece a deteção de problemas
Favorece o trabalho em equipa		
Condições que interferem com o uso do humor	Facilitadoras	Equipa jovem
		Bem-estar do profissional
		Características pessoais
		Relação de equipa
	Dificultadoras	Medo da reação do doente / família
		Imagem profissional
		Estado de consciência do doente
		Incapacidade de comunicar
		Aproximação ao fim de vida do doente

Para que os dados obtidos sejam mais facilmente percebidos a sua apresentação segue as áreas temáticas expostas no quadro anterior.

2.1. Significados do Humor

Da análise dos discursos produzidos pelos profissionais de saúde, emergiram os seguintes significados de humor: **Atitude positiva**; **Fonte de bem-estar/prazer**; **Forma de estar na vida**; **Brincar**; **Carinho**; **Alegria**; **Sorriso**, conforme se pode observar na figura 2.

Figura 2. Significados do humor: categorias.



A maioria dos entrevistados refere-se ao humor como sendo uma **atitude positiva** pessoal e individual.

"[o humor] Para mim é algo de positivo..." (A1)

"acho que o humor pode ser uma atitude positiva e divertida perante a vida". (M1)

"humor é uma pessoa que tem de ser capaz de ver o lado positivo ou mais engraçado em tudo". (E6)

Para além de encararem o humor como uma atitude positiva, os entrevistados consideram que este pode ser uma **fonte de bem-estar/prazer**, tal como é corroborado nas seguintes afirmações:

"Humor é algo que nos diverte, é algo que nos dá prazer, que nos faz sentir bem". (M1)

"[humor significa] bem-estar". (E4)

"Trazer boa disposição para conseguir pôr a outra pessoa bem-disposta em geral". (E7)

Um entrevistado considera que o humor é uma **forma de estar na vida per si**, outro associa-o a **brincadeira**, e um outro considera que o humor será uma forma de manifestar **carinho**:

"...quando se fala em humor lembro-me logo de uma forma de estar na vida (...) acho que é uma das formas de estar em cuidados paliativos" (E1)

"Humor lembra-me sempre (...) divertir e brincar" (E6)

" [o Humor] é uma comunicação do nosso bem-estar para com os outros que se repercute (...) numa palavra de aconchego, de amizade e de carinho." (E4)

É de salientar que grande parte dos entrevistados (8) acrescenta a palavra **alegria** ao significado pessoal do humor.

" [o humor] Para mim é (...) alegre... é alegria". (A1)

"...falar em humor é falar em alegria." (M1)

"Quando me fala em humor eu penso logo em alegria, boa disposição, vem-me logo à mente essas palavras." (AS1)

" [o humor] lembra-me logo ser alegre, bem-disposto." (A3)

" [o humor é] talvez alegria, mesmo que a gente não a tenha, pronto, temos que mostrar que estamos felizes que há alegria e que está tudo muito bem, é entrar e sempre com cara alegre..." (A5)

"Penso que é ser uma pessoa divertida, tentar conversar mas sempre com uma alma alegre, porque nós aqui temos mesmo de enfrentar as coisas com alegria." (A2)

O **Sorriso** é para quatro entrevistados, indicativo do que significa o humor.

" [o Humor] é (...) por norma um sorriso (...)." (E4)

"Humor lembra-me sempre sorriso (...)." (E6)

"Quando penso em sentido de humor penso sempre em sorrisos." (E3)

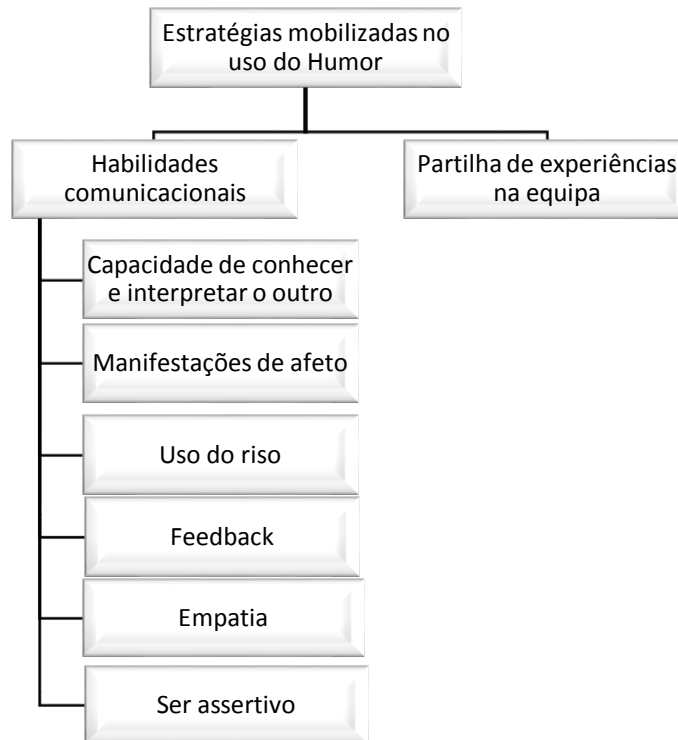
"Sentido de humor é fazer o outro sorrir, principalmente isso." (E7)

Em jeito de síntese, e considerando o discurso dos entrevistados, o humor assume significados positivos. Os participantes consideram que o humor significa uma atitude positiva, fonte de bem-estar/prazer, forma de estar na vida associando-lhe conceções como brincadeira, carinho, alegria ou sorriso.

2.2. Estratégias mobilizadas no uso do Humor

As opiniões dos participantes, relativamente às estratégias que mobilizam para o uso do humor na sua intervenção junto da pessoa em situação paliativa e dos seus pares são diversas e foram agrupadas em duas categorias: **Habilidades comunicacionais** e **Partilha de experiências na equipa** (figura 3).

Figura 3 - Estratégias mobilizadas no uso do Humor: categorias e subcategorias



Relativamente às **Habilidades comunicacionais**, estas derivam para seis subcategorias: *capacidade de conhecer e interpretar o outro*; *manifestações de afeto*; *uso do riso*; *feedback*; *empatia*; *ser assertivo*.

A *capacidade de conhecer e interpretar o outro*, foi apontada por grande parte dos enfermeiros e pelo médico entrevistado e está alicerçada nas seguintes unidades de análise:

"...das vezes que usei o humor perante as famílias, nunca fui mal interpretada, mas também atendi à relação que consegui estabelecer antes." (E1)

"Se vemos que a pessoa ficou de certa forma melindrada com a nossa intervenção acho que aí é altura de esclarecer "peço desculpa era só para ver e lhe conseguia retirar um sorriso" e aí também já percebemos a personalidade da pessoa". (E1)

"Tento mesmo com as famílias ter uma abordagem calma e conhecê-las primeiro [antes de usar o humor]". (E6)

"...eu acho que inicialmente faço tantas perguntas e tento conhecer tão bem os utentes que, apesar de ser animada, (...), vou entrar a sorrir e ser o mais simpática que eu conseguir ser, para criar aquele laço e só depois passar à ação, no sentido de verbalizar a brincadeira, e acho que quando verbalizo uma brincadeira já me sinto completamente à vontade". (E2)

"...vou conquistando aos bocadinhos e vou vendo até onde posso chegar" [no uso do humor]. (E3)

" O humor pode vir após uma fase de confiança, não numa fase inicial." (M1)

"...temos de ver o tipo de pessoa que é e como é que ele se sente animicamente para ver se podemos entrar ou não com sentido de humor ". (E7)

" Temos de ter a certeza que a pessoa aceita [o uso do humor], temos de a conhecer porque se não acontecer pode até ser prejudicial. " (E8)

" Para mim isso [uso do humor] só é possível quando conhecemos a pessoa e a pessoa nos conhece a nós e aí sentimo-nos a vontade para extravasar isso para essa forma". (E8)

A *manifestação de afeto*, foi outra habilidade enunciada apenas por assistentes operacionais, como se pode comprovar nas seguintes afirmações:

" [no meu trabalho uso o sentido de humor] Sempre, sempre. E se vejo um doente triste, vou para a beira dele, converso, abraço, beijo..." (A2)

"... O doente está ali e merece carinho. E os doentes sentem quando os profissionais são assim [mais distantes e sem uso do humor], isso até prejudica o doente e bastante." (A5)

O *uso do riso*, surge como habilidade comunicacional como é visível nas seguintes afirmações:

"...dizer uma brincadeira, desde que adequada ao contexto cultural cria até uma empatia, a terapia do riso é importante em paliativos" (M1)

"A ideia de contar uma piada ou uma anedota não deixa de ser uma forma de usar uma arma terapêutica, de forma alegre e inteligente". (M1)

"...tentar trazer factos mais animados, tentar procurar até situações anteriores que tivemos com aquela pessoa que possam trazer recordações melhores " (E6)

O *feedback*, foi referido pelos entrevistados como sendo uma importante habilidade comunicacional, a considerar quando se usa o humor. Tal é corroborado pelas seguintes afirmações:

"...eu acho importante o sentido de humor, e depois temos de perceber também que ... se conseguimos resgatar um sorriso... muito bem, é sinal que a pessoa aceitou e entendeu. " (E1)

" Por norma tento sempre perceber como é que ele sente, há aquele doente que o próprio discurso dá para ver se podemos interagir mais ou menos, depende um pouco das respostas que ele dá, se são respostas mais abertas ou mais fechadas, se só nos responde sim ou não, é porque não quer muito falar e se não que falar também não vai achar piada que eu vá para lá tentar fazê-lo rir. Se por outro lado é um doente que vai interagindo connosco ao longo do diálogo, se calhar também podemos ir tentando brincar um bocadinho para ver o feedback que obtemos e explorar. " (E7)

" Estabelecendo uma relação empática e sabendo se há um feedback positivo no sentido de perceber se a pessoa vai interpretar bem o meu sentido de humor, a minha animação, o meu sorriso, a minha energia, até que ponto ela interpreta bem essa situação, não é? Se eu fizer uma brincadeira, ou mandar uma piada, se houver um feedback positivo essa situação é mais facilitada e proporciona-se mais vezes. Mas claro, sempre estudando o outro lado". (E2)

A *empatia* enquanto habilidade comunicacional necessária aquando do uso do humor, foi expressa da seguinte forma:

"...o humor é uma arma poderosa na construção de laços de empatia" (E1)

"A nível de enfermeiro/utente também se aplica muito isso [o sentido de humor]. Acho que criamos uma empatia grande porque realmente quando há um internamento longo, eles acabam por ser nossos amigos (silencio) e se calhar, erradamente ou não, quase nossos familiares ". (E2)

"E nota-se muito que é importante na arte do cuidar o estar com o outro, os sorrisos e a empatia nesta arte dos cuidados paliativos" (E3)

"Eu acho é que só pode ser usado [o humor] quando houver um certo grau de empatia. Antes do humor tem de vir adaptação, o médico tem de conseguir criar uma empatia com o doente por forma a que o humor possa ter um terreno fértil para atuar." (M1)

“Acima de tudo tem de haver empatia, a partir do momento em que somos empáticos com as pessoas vamos ser sempre bem entendidos [quando usamos o humor.”] (E7)

O ser assertivo, foi outra das habilidades que emergiram, sendo referida desta forma pelos profissionais de saúde:

“Se calhar dizemos é de forma diferente, dizemos a mesma coisa mas para o utente temos mais cuidados com as palavras que utilizamos ou como brincamos” (E3)

“...se mantivermos um tom de voz assertivo e correto acho que eles conseguem compreender bem, tudo depende do tom de voz, da maneira como falamos e como dizemos as tais piadas ou brincadeiras”. (E3)

“... temos de ter cuidado com a maneira como falamos, temos que mostrar boa disposição e tentar brincar um bocadinho com eles, mas com cuidado. Porque podemos ferir o doente, às vezes eles podem não tolerar alguma brincadeira que a gente diga, nem é a brincadeira é a maneira como se fala.” (A3)

" O objetivo é ir sempre bem-humorada, claro que se vamos para uma conferência familiar abordar a família no sentido de eles perceberem bem a situação em que está o doente...se calhar a forma como se aborda não tem propriamente de haver um ar pesaroso, mas tem de se saber usar as palavras certas, e fazer compreender que efetivamente que o familiar pode estar a entrar naquela situação, para que eles também possam ter o seu tempo de saber lidar com o momento. " (E5)

Outra das estratégias a que os profissionais de saúde mobilizam no uso do humor é a **partilha de experiências na equipa**, como está refletido nos seguintes excertos:

"... temos o hábito de quando há uma morte de um utente transmitimos sempre isso e depois lembramos alguma coisa que possamos ter brincado com ela, e entramos mesmo ao pormenor e em termos de equipa conseguimos brincar." (A1)

"E o facto de nós falarmos abertamente de tudo... (silêncio) Mesmo quando há um óbito, não passamos esse quarto à frente. Falamos na mesma do óbito, como aconteceu, como degradou... E se calhar eu ao partilhar com quem me compreende mais porque também vive esses momentos comigo, eu consigo libertar-me mais e voltar a ser o animada que sou, sim porque eu acho que sou!" (E2)

"Encontro o sentido de humor na equipa, digamos assim, não tanto por uma sinergia, se calhar a equipa em si não tanto, mas cada um com a sua individualidade e o seu sentido de humor acabamos por interligar-nos e partilhar experiências" (E4)

"Nós em equipa temos o hábito de partilhar. Partilhar sentimentos, emoções que vivenciamos em cada turno, quando é um turno mais complicado, quando há situações de urgência, tentamos partilhar com o colega que vem a seguir o que é que aconteceu, o que fizemos, o que sentimos, brincadeira... porque é uma forma de nos sentirmos mais aliviados." (...) "o facto de vir um colega a seguir para partilhar e desabafar era bom. Ajuda bastante". (E7)

2.3. Situações em que é utilizado o Humor

Da análise dos dados, obtivemos diferentes situações em que os profissionais consideram utilizar o humor. Estas foram agrupadas nas seguintes categorias: **momentos que envolvem emotividade, passagem de turno, relação com a equipa, interação com os doentes e quotidiano**, como é evidenciado na figura 4.

Figura 4 - Situações em que é utilizado o humor: categorias e subcategorias.



Na voz dos participantes, estes recorrem ao humor nos **momentos que envolvem emotividade**, tal como pode ser observado através dos seguintes excertos:

"...tenho noção de que em situações de carga, e vou dizer emocional, recorremos muitas vezes ao humor." (E1)

"na altura que vem a partida [morte] ...uma pessoa vai um bocadinho a baixo. Só que nasce em nós uma força tão grande, e então a gente fala para o doente que parte como se ele tivesse vivo, como se estivesse a ouvir. Depois começamos a trabalhar, vem o colega a gente abraça-se, sorri, tentamos mesmo conversar, rir... e com a família, na altura que vem a família a gente conversa, abraça-se, por vezes vem as lágrimas aos olhos mas tentamos dar a volta por cima e começamos a rir, a dizer uma brincadeira"... (A2)

Três entrevistados consideram que a **passagem de turno** é uma das situações em que utilizam o humor:

"...porque nós passamos mesmo estes pormenores, ao ponto de dizer "eu até disse esta piada", isso faz parte da nossa passagem de turno" (E1)

"Sim [tenho por habito rir], em geral com os utentes, com a família e mesmo a nível de trabalho com os colegas... acho que foi visível na passagem de turno" (E2)

"E na passagem de turno comentamos isso mesmo [momento de humor com doente], são palavras diferentes mas no fundo dizemos o mesmo". (E3)

Um elemento entrevistado refere utilizar o humor aquando da **relação com a equipa**:

"O humor também faz parte do dia-a-dia entre grupos profissionais nomeadamente entre nós, a chefe, os médicos que por aqui passam"... (E1)

Dois enfermeiros também se referiram à **interação com os doentes** como uma das situações em que utilizam o humor:

"...às vezes eles ouvem e nós dizemos mesmo a eles próprios e eles riem-se, é normal... ainda no outro dia brincávamos com um doente que tem uma PEG e coloca batatas fritas no leite para comer pela PEG! (risos) e nós brincamos com ele. E ele aceita e brinca". (E3)

"Esse senhor foi o que mais me marcou de todos. E realmente ele conseguia fazer humor comigo pela forma como ele falava (sorriso) a disponibilidade, e eu também conseguia rir com ele". (E8)

Dois dos profissionais entrevistados consideram que usam o humor no **quotidiano**:

"Acho que o bom humor deve ser sempre usado, standardizado, não só na vida pessoal mas também na vida profissional e associativa e institucional". (M1)

"Eu acredito que não devemos deixar de ser nós próprios para sermos profissionais! E pratico isso todos os dias. Desde que as coisas sejam feitas com profissionalismo tudo tem o seu lugar na relação com o doente e o sentido de humor cabe aí, também tem o seu lugar." (E6)

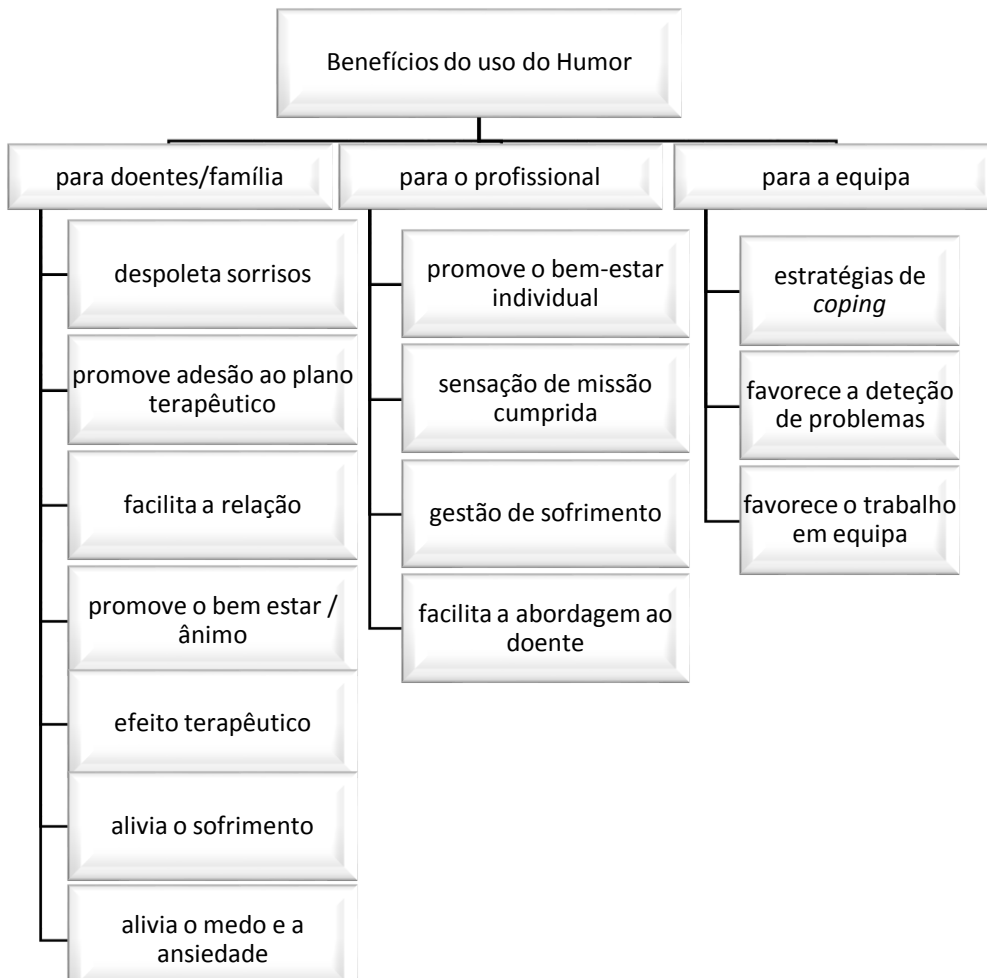
Em suma, dos discursos emergiram algumas situações em que os profissionais utilizam o humor, sobretudo a nível profissional, no entanto ele também pode ser extensível ao quotidiano de cada um.

2.4. Benefícios do uso do humor

Relativamente a esta área temática os dados recolhidos permitiram-nos perceber que são diversos os benefícios do humor e que estes se podem centrar a três níveis:

benefícios para os doentes/família; benefícios para o profissional; benefícios para a equipa. Cada uma destas categorias integra diversas subcategorias, tal como pode ser observado na figura 5:

Figura 5 - Benefícios do uso do Humor em Cuidados Paliativos: Categorias e Subcategorias.



Através dos discursos foi possível identificar sete subcategorias no que concerne aos **benefícios do uso do humor para os doentes/famílias**. Assim, para dois entrevistados o humor tem a capacidade de *despoletar sorrisos*, como pode ser observado nos seguintes excertos:

"[após momento de riso com o doente] no fundo é um problema que ele tem, é um problema que se tornou num momento de graça não é? (...) rimo-nos e isso é bastante importante" (E2)

"Surpreendidos positivamente, ficamos. Porque há situações que nós não estamos à espera. Ficamos muito contentes porque de tanto que brincamos com eles, porque muitas vezes eles dão um sorriso mas não tem força para mais." (E3)

Os entrevistados consideram ainda que o uso do sentido de humor *promove adesão ao plano terapêutico*:

"Se tivermos a ideia que o humor é uma arma terapêutica, quer seja individual ou familiar ou de grupo ou ate institucional, eu julgo que é benéfica e que é mais um instrumento de trabalho que pode levar-nos a atingir os nossos fins terapêutico, neste conceito mais abrangente". (M1)

"Muitas vezes eles estão renitentes na prestação de cuidados de uma forma geral, se nós às vezes fizermos essa abordagem de forma diferente, com algum humor, com alguma brincadeira (brincadeira aqui não no sentido de infantilizar!) mas brincar um bocadinho com a situação, tentar fazer uma abordagem um bocadinho mais leve, acho que eles aderem muito mais, conseguimos no fundo levar o utente a aderir muito melhor aos cuidados que tem de ser prestados". (E5)

"A ideia que eu tenho e que se vai verificando é que o doente até fica muito melhor com alguém que tem essa postura profissional do que alguém que vai ali e que obriga e que está ali com essa postura sisuda eles ficam muito mais contrariados em aderir aos cuidados e isso é evidenciado pelas famílias e doentes." (E5)

Alguns dos entrevistados consideram também que o humor pode contribuir para *facilitar a relação* com os doentes/famílias:

"Quando é aquele doente que já está naquela fase mesmo terminal, mas ainda nos entende, (...) a gente ouve-os, eles [doentes] começam com brincadeiras... nós rimo-nos, abraçamo-nos (...)" (A2)

"...todos eles [familiares], à sua maneira, referem que é importante nos estarmos lá e brincarmos com eles [doentes]. Porque é mesmo essa a palavra que eles dizem... brincar". (E3)

"Notamos que por vezes numa fase inicial as famílias estão mais sisudas e não tão abertas realmente a esse bom espírito que se pode proporcionar mas posteriormente muitas delas acabam por incutir esse próprio espírito e participar e ser elementos ativos nesse bom humor mesmo para com o utente". (E4)

“ [com o uso do humor pelos profissionais] Elas [as famílias] ficam mais apelativas, falam mais, são capazes de se abrir mais e até dão dicas de como ele se sente melhor, como o devemos tratar e isso ajuda porque até podemos depois pensar “olha com este doente já posso falar mais abertamente sobre isto ou sobre aquilo”. (A5)

A maioria dos entrevistados (8) expressa através dos seus discursos que o uso do humor em cuidados paliativos *promove o bem-estar/ânimo:*

“Eles [os doentes] já trazem uma dor, um peso interior, que um sorriso, uma brincadeira, uma palavra bonita, que os tire um pouco dessa escuridão será sempre bem-vindo.” (A1)

“...se formos entrar também numa situação demasiado séria eles [os doentes] não tem onde se agarrar, e no fundo ter esperança também é ter um bocadinho de animo não é, para alegrar aquele dia que foi vencido, conquistado. Eu sem dúvida sou apologista do bom humor, sem dúvida.” (E2)

“noto que na maior parte dos casos com que lido que é muito importante para eles [o uso do humor por parte dos profissionais]. Claro que depende das características individuais de cada doente, mas na maior parte, na generalidade é muito importante, eles sentem-se melhor.” (E3)

“Eu acho que pela parte da nossa chefia de enfermagem e mesmo pela parte da chefia da unidade de cuidados continuados, eles também acham que isso [o uso do humor] contribui para o bem-estar dos doentes”. (E3)

“...acho que é muito bom [usar o humor no quotidiano profissional], acho que anima o doente, puxa o doente para cima (...) já me disseram, algumas famílias que gostavam que as pessoas [profissionais de saúde] mostrassem assim alergia, também é bom para o doente...” (A3)

“Acontece-me várias vezes conseguir transmitir alegria e brincar de uma forma como piadas por exemplo e consigo animar os doentes”. (A4)

“por vezes chego à conclusão que temos doentes com sentido de humor, com fácies de alegria e bem estar, mais evidentes numa unidade de cuidados paliativos do que numa unidade de media duração. (...) Acho que para mim, faz sentido pensar que eles [os doentes] sentem esse bem-estar [resultante do humor usado pelos profissionais], querem esse bem-estar e são realmente mais felizes com quem lhes proporciona esse bem-estar.” (E4)

O médico da equipa defende que o humor poderá ter um *efeito terapêutico* no doente:

"E aí sim o humor pode até permitir, e sobretudo em paliativos, criar algum espaço de ninguém, onde se possa depois ter um benefício terapêutico. Porque eu acho que o humor é terapêutico". (M1)

"Os paliativos em contexto de controlo de sintomas, de fases terminais da doença acabam por ter uma catarse do que foi a sua vivência e portanto algum sentido de humor em relação àquilo que é todo o seu percurso de vida, o humor funciona como uma forma de terapia". (M1)

O humor pode contribuir para o *alívio do sofrimento e alívio do medo e da ansiedade* dos doentes/famílias, na visão de alguns profissionais da equipa, como é evidenciado no seguintes excertos:

"Tentamos lidar com o doente com normalidade. Para que ele também não sinta que está aqui poucos dias... tentamos lidar com normalidade, a brincar, a conversar (...) e então conversamos com o doente com normalidade, como se não houvesse nada." (A2)

"...às vezes as pessoas mais deprimidas ou num estado emocional mais em baixo, consigo pô-las um pouco mais animadas para elas não estarem a pensar no sofrimento e na gravidade da doença". (A4)

"...depende do estado clínico de cada doente mas normalmente as pessoas acham bem que nós sejamos sempre sorridentes e brinquemos com os doentes, porque só assim é que eles se afastem um bocadinho do pensamento doença e do estado clínico". (A4)

"A questão do humor aqui é libertar um bocadinho esse sentimento pesado e lidar com as pessoas de forma natural, não deixando de lhes dar atenção e de valorizar aquilo que elas sentem. A abordagem deve ser mais leve, mais alegre se calhar, do que estar a abordar as coisas com aquele ar muito sério muito pesado, que acho que não ajuda em nada, quem está a trabalhar e sobretudo o próprio doente que se sente (silêncio) sofre mais com isso". (E5)

"...se for com boa disposição e com este ar brincalhão de alguma forma mais leve, eles acabam um pouco por se esquecer e libertar algum do medo e da ansiedade que tem naquele momento, que é inevitável". (E5)

Para além dos benefícios enunciados para o doente/família, na perspetiva dos participantes, o uso do humor também pode ter **benefícios para o profissional**. Um dos

benefícios apurados para quem cuida foi o facto de funcionar como *promotor de bem-estar*:

"A pessoa sente-se bem com a equipa ao ponto de fazermos essas transmissões e passarmos essas coisas, acho que até nos faz bem" (A1)

"Eu acho que se calhar a parte de eu ser uma pessoa animada, ajuda-me a viver com mais garra e mais força. Acho que me ajuda a ultrapassar melhor as dificuldades das unidades de cuidados paliativos... Dá-me mais força para viver, para viver bem, e mais feliz". (E2)

"Passa pelo sentido da própria vida, somos mais felizes quando nós nos rimos de nós próprios e isso é importante." (M1)

"...e acho que humor é isso, acaba por ser uma ferramenta que serve para nós nos sentirmos melhor connosco próprios e conseguirmos passar aos outros esse bem-estar". (E6)

Foi ainda referido como benefício para os profissionais a *sensação de missão cumprida*, como está expresso nas seguintes afirmações:

"[o humor em equipa funciona] Como um cumprimento de missão também. Muitas vezes partilhando estas coisas, dizendo a pessoa fez isto ou aquilo ou e quando ele disse isto ou aquilo?! Acho que é uma forma de concluir uma passagem da pessoa que esteve connosco" (A1)

"...porque muitas vezes eles dão um sorriso mas não tem força para mais , há dias que eles conseguem e isso é muito reconfortante para nós". (E3)

Da análise das entrevista salienta-se ainda o facto de três enfermeiros considerarem que o humor poderá ser usado na *gestão de sofrimento*:

"Eu posso dizer uma grande asneira, às vezes até digo "nem vais acreditar naquilo que eu vou dizer mas eu vou dizer porque preciso de dizer e eu acho que tu me vais entender" e se calhar até nos vamos rir daquilo que eu vou dizer. Porque é como dizem os espanhóis a maior "tonteria" que existe, mas eu precisei de dizer porque precisei de ultrapassar aquele obstáculo para voltar a ser eu digamos assim, para voltar a ser mais profissional." (E2)

" [o humor] Pode aligeirar situações complicadas e o peso emocional de determinado momento, e ajudar a libertar um pouco desde que não seja usada para denegrir uma pessoa". (E5)

"Nós também somos humanos e sentimos aquilo que as pessoas estão a sentir, sentimos as dificuldades e isso acaba por ser uma estratégia que usamos para nos distanciarmos, acabamos por usar isso para criar talvez uma situação até diferente daquela que está a acontecer." (E6)

Alguns enfermeiros ressaltam que o humor *facilita a abordagem ao doente*, o que pode está explícito nas seguintes frases significativas:

"...eu posso ser profissional, ter sentido de humor e não me tornar amiga, mas eu acho que ao haver sentido de humor, se eu me sinto à vontade para brincar e para usar essa animação se calhar eu vou-me aproximar um bocadinho mais mesmo a nível pessoal". (E2)

"...considero sim que [o humor] é um elemento fundamental para o estabelecimento da relação interpessoal e para uma comunicação eficaz com os utentes". (E4)

"...em cuidados paliativos é muito importante, uma palavra resulta melhor do que uma prática ou uma técnica. Acho que uma pessoa mais sisuda vai pôr o doente mais constrangido e não terá tão bons resultados." (E6)

"[se o profissional usar o humor] irá ser mais fácil comunicar, vamos sentir-nos mais à vontade, e quanto mais à vontade estamos mais fácil se torna trabalhar". (E6)

"...penso que o doente quando vê boa disposição, disponibilidade e empatia, vai ser mais fácil conversar mais, expor aquilo que sente connosco" (...) "Se calhar neste momento e com os doentes que temos consigo isso. O facto de ir bem-disposta e de tentar fazer rir traz-me ganhos diretos na relação com os doentes" (E7)

Para os participantes, o uso do humor também poderá trazer **benefícios para a equipa** como um todo. A maior parte dos entrevistados refere que o uso do humor pode funcionar como *estratégia de coping*:

"[O Humor] pode ser um escape principalmente para a dimensão desta unidade e destes cuidados sem dúvida". (E1)

“Por vezes digo aos colegas: “não devia dizer esta piada mas até era giro porque sei se nos vamos rir”. É óbvio que nos precisamos de libertar desse comentário porque nos passou pela cabeça e no fundo” (E2)

“...os problemas são ultrapassados com brincadeiras [em equipa], esse peso emocional acaba por não ser sentido de forma tão forte que nos leve a ficar depressivos”. (A4)

“[o uso do humor pela equipa] pode funcionar como um escape ao burnout, sem dúvida! Porque às vezes acabamos de nos rir de situações que nos fazem aliviar. Situações psicologicamente pesadas.” (E3)

“[quando falo em humor] falo de um sentimento e emoção, falo de inteligência, adaptação, gestão de burnout”. (M1)

“...isso [uso do humor em equipa] normalmente são estratégias que usamos para nos abstrairmos e para nos afastarmos do lado mau e nos sentirmos mais confortáveis para enfrentarmos alguma situação”. (E6)

“Na nossa profissão acho que todos os profissionais o fazem, é normal, às vezes não é que seja uma piada de mau gosto mas é brincar com uma situação, acho que é benéfico para a equipa porque a partilha desses momentos para nós é um momento de descontração entre nós”. (E7)

Alguns participantes acreditam que o humor intraequipa favorece a deteção de problemas e favorece o trabalho em equipa.

"Percebemos perfeitamente quando um elemento está fragilizado. Isto também é um indicador de que se está a passar qualquer coisa com aquele colega, está na altura de ele quebrar um bocadinho, e ir para outro serviço, ir às compras, sair, arejar e viver lá fora e não viver aqui dentro, e é o humor que também nos diz isso. Quando temos um colega que está em burnout, o humor dá-nos essa resposta." (E1)

“...quando as pessoas [colegas] não sorriem logo ou não brincam nota-se, principalmente naquelas pessoas que são bem-dispostas se um dia vem mais sérias deteta-se logo.” (A3)

“Nós mantemos sempre o estado anímico positivo, até porque facilita, acho que sempre se disse, no quotidiano das pessoas que a boa energia traz boa energia”. (E2)

“...uma boa disposição entre toda a gente dá sempre um animo bom dentro da equipa”. (A3)

"...eu acho benéfico [uso do humor em equipa], talvez não seja essencial mas certamente irá favorecer o trabalho para todos, além do ambiente ser melhor". (E6)

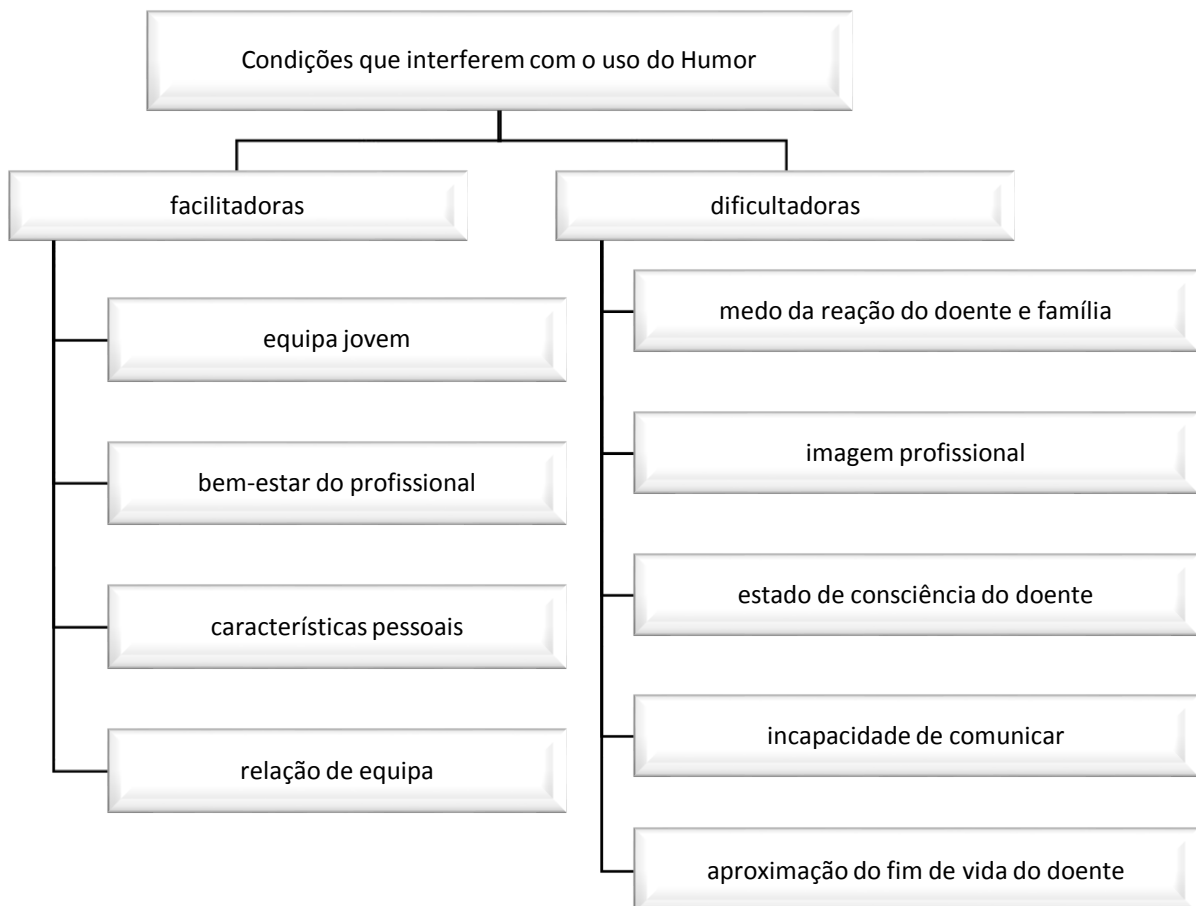
Em síntese, são diversos os benefícios do humor na voz dos participantes do nosso estudo, considerando que estes se veiculam quer para o doente, quer para o próprio profissional, quer para a equipa.

2.5. Condições que interferem com o uso do humor

Quando questionados sobre os aspetos que interferem no uso do humor, os participantes expressam que existem condições que facilitam e outros que poderão dificultar o seu uso.

O uso do humor pode estar sujeito à influência de um conjunto de condições externas que interferem com o seu uso, e estas podem ser consideradas como **facilitadoras** ou **dificultadoras**, como pode ser observado na figura 6.

Figura 6 – Condições que interferem com o uso do Humor: categorias e subcategorias.



Relativamente às condições **facilitadoras** do uso de humor identificaram-se as seguintes subcategorias: *equipa jovem, bem-estar do profissional, características pessoais e relação de equipa*.

Ser uma *equipa jovem* foi referido por dois entrevistados como sendo um aspeto que facilita o uso do humor, como se pode verificar nos seguintes excertos:

"Então nós aplicamos muito isso [manter animo positivo], não sei se é por ser uma equipa jovem"... (E2)

"...neste caso trabalhamos numa equipa muito jovem e conseguimos brincar (...) porque somos um grupo jovem e conseguimos dar força uns aos outros". (A4)

Outro aspeto facilitador do uso do humor referido por grande parte dos participantes é o *bem-estar do profissional*, como está explícito nas seguintes afirmações:

"...toda a equipa, estando com bem-estar físico e pessoal a todos os níveis, tem utilizado o humor". (E1)

"O sentido de humor... bem a pessoa tem de estar de bem consigo própria, não é? (...) temos de nos sentir bem connosco próprios para podermos depois transmitir essa mensagem de conforto e de alegria" (AS1)

"...se a gente estiver bem-disposta consegue animar a pessoa, agora se estiver mal disposta não consegue". (A3)

" A estratégia passa por eu estar bem-disposto e os problemas de casa ou de fora daqui não podem interferir aqui". (A4)

"...quando aqui estou, não sinto grande dificuldade porque procuro abstrair-me um pouco não em termos profissionais mas em termos pessoais. E tento também para mim próprio trazer o lado bom, para poder passar esse lado bom às pessoas". (E6)

"...acredito também por experiência que muitas vezes resulta, uma pessoa que está bem-disposta acaba por contagiar o ambiente à sua volta, como tal acredito que possa ter mais benefícios do que malefícios" (E6)

Segundo os participantes do estudo, as *características pessoais* como a espontaneidade, ser extrovertido e animado, entre outras também podem contribuir como facilitadores do uso do humor:

“[o uso do Humor] é espontâneo. Mas não é só com os doentes. Doentes, famílias e colegas...é uma forma de estar na vida. E Não é só aqui.” (E1)

“Eu, ao ser uma pessoa extrovertida, não mudei a minha personalidade nos 5 anos em que trabalho em cuidados paliativos... sempre mantive o meu sentido de humor e a minha animação” (...) “acho que também tem muito a ver com a nossa personalidade”. (E2).

“Eu (...) normalmente abordo logo as pessoas com um sorriso porque automaticamente sou assim”. (E3)

“É importante termos humor até connosco, sem isso é difícil lidar com o stress que estas situações geram. Eu julgo que todos os profissionais de saúde, em especial do âmbito de cuidados paliativos, devem praticar o bom humor.” (M1)

“Eu particularmente acho que sou uma pessoa com sentido de humor, tenho capacidade e acho que é fundamental sabermos-nos rir de nós próprios, mesmo das nossas dificuldades” (E6)

A *relação de equipa* na perspetiva dos participantes afigura-se também como um fator facilitador aquando do uso do humor:

“entre nós somos uma boa equipa, conseguimos comunicar...e em termos de equipa conseguimos brincar”. (A1)

“Então nós aplicamos muito isso [manter ânimo positivo] (...) mas acho que também ... é por nos darmos bem uns com os outros.” (E2)

“Com os colegas, se calhar brincamos mesmo como fazemos com os amigos.” (E3)

“Já aconteceram algumas situações em que as famílias e alguns utentes tiveram oportunidade de se manifestarem acerca da competência e das qualidades dos profissionais... Eles fazem questão de dizer que é uma boa equipa, bem-disposta, que lidam muito bem com as situações.” (E5)

“Neste momento já tenho uma relação bastante próxima [com a equipa], se calhar no início não o faria, mas neste momento, consigo estabelecer um momento de humor e às vezes um humor negro.” (E1)

No que concerne às condições **dificultadoras** do uso de humor, identificaram-se as seguintes subcategorias: *medo da reação do doente/família, imagem profissional, estado*

de consciência do doente, incapacidade em comunicar, aproximação do fim de vida do utente.

O medo da reação do doente/família aquando do uso do humor é visível nas seguintes unidades de significação:

“Não parti logo para o humor, podiam pensar que estava a ser irónica, podiam pensar que estava a gozar... Essa gestão do humor tem de ser mais cautelosa.” (E1)

“Dada a situação atual socioeconómica que atravessamos as pessoas estão mais sensíveis e o humor sarcástico pode funcionar ao contrário do que se pretende e as pessoas serem mal interpretadas.” (M1)

“Claro que temos sempre aquela família que lhe causa estranheza o bom humor, o bem-estar, o sentido de felicidade com que se trabalha numa unidade de cuidados paliativos, porque estamos a lidar com utentes em fase terminal e isso talvez lhes cause estranheza ou algum mau estar.” (E4)

“Porque uma grande percentagem dos doentes em cuidados paliativos são doentes deprimidos e tentar qualquer tipo de humor pode até não ser bem visto...” (E7)

“...há determinado sorriso que pode ser interpretado como ironia. E a pessoa acaba por encarar isso como uma afronta. Temos de ver bem como gerimos a situação.” (E8)

A *imagem profissional* é referida pelos participantes no estudo como um parâmetro a ter em conta aquando do uso do humor com utentes e famílias, como pode ser observado nas seguintes afirmações:

“Tem de haver um grau de confiança e o humor não pode ser descontextualizado, senão torna-se muito prejudicial para a relação. O humor como arma terapêutica tem de ser inserido, porque se não cria-se uma banalização e até um desrespeito para com o profissional de saúde.” (M1)

“...as pessoas às vezes acham que por sorrirmos mais não somos tão sérios, mas eu acredito que sim, um bem-disposto pode ser um profissional de excelência.” (E6)

“Eu, penso que o que acaba por acontecer é que se for em excesso [o humor], as pessoas podem ficar com a ideia que somos mais relaxados, que não somos tão profissionais.” (E6)

“...a parte do sentido de humor e da boa disposição pode não ser bem entendida por parte dos familiares, muitos questionam como é que trabalhamos aqui e conseguimos andar bem-dispostos.” (E7)

Um enfermeiro aborda a questão do *estado de consciência* do utente e como este pode contribuir para dificultar o uso do humor:

“...até porque muitas vezes eles estão num nível de consciência em que se houver sentido de humor e se for possível haver sentido de humor, dependendo do estado de consciência, nós só vamos aplicar ou não a nível familiar, não é?” (E2)

A *incapacidade de comunicar* por parte do doente também é frisada por dois participantes:

“Temos utentes com quem conseguimos comunicar e brincar e eles comunicam muito bem, com esses é fácil, com os outros que não temos resposta é mais difícil.” (A1)

“...os doentes são mais acamados e calados não dizem muito, gosto mais da média [unidade de média duração] porque as pessoas falam e eu gosto de brincar, gosto que as pessoas falem respondam.” (A3)

Muitos participantes encaram a *aproximação ao fim de vida do doente* como sendo uma condicionante ao uso do humor:

“Na minha opinião, quando estamos a lidar com uma família que está fragilizada, e o doente também, ai tem de ser regrado [o humor].” (E1)

“Eu penso que os doentes, na sua maioria, aqui, não tem bem o sorriso porque aqueles que estão conscientes para sorrir também estão conscientes sobre a sua situação, e sabem qual é a sua situação de saúde e não tem propriamente vontade de rir.” (AS1)

“Claro que por vezes é difícil [o uso do humor] porque sabemos que aquela pessoa está numa situação complicada.” (E6)

“...depende da situação, como ele está, como se encontra, não vamos chegar ali “ahhh tudo bem”? quando vemos que o doente está a ir embora. Se não eles pensam “então como é?”” (A5)

"...muitas vezes o doente entra e o que se vai vendo é mais a degradação, vai tendo perdas quase diárias por vezes e é mais difícil interagir e ter um bom sentido de humor com esse doente que se vê diariamente a perder as suas capacidades." (E7)

Em síntese, na perspetiva dos participantes neste estudo, no decorrer do processo de cuidados existem condições externas e internas, que facilitam ou dificultam o processo do uso do humor por parte dos profissionais na sua interação com o outro. Fatores como ser uma equipa jovem, o bem-estar do profissional, características pessoais e relação de equipa favorecem o uso do sentido de humor. Por sua vez, fatores como o medo da reação do doente ou da família, o estado de consciência do doente, a incapacidade de comunicar ou a aproximação do fim de vida do doente poderão dificultar o uso do humor por parte dos profissionais.

3. Dados obtidos através da aplicação da escala MSHS

Neste ponto vamos apresentar os dados obtidos através da escala MSHS. Conforme já foi referido, a aplicação desta escala teve como principal finalidade complementar e enriquecer os dados obtidos através da entrevista.

Obtivemos um grau de retorno de 100% dos instrumentos entregues (n=15). Os resultados obtidos revelaram concordância com os parâmetros propostos pelo que todas as respostas foram consideradas válidas.

Tal como previamente descrito, a escala MSHS corresponde a um total de 24 itens, apresentado sob a forma de uma escala tipo Likert de 5 pontos e varia de 1 (discordo totalmente) a 5 (concordo totalmente). Os resultados obtidos foram analisados de forma a avaliar a distribuição das respostas ao longo da escala, pelo que foram calculadas a média, o desvio padrão, o mínimo e o máximo para cada item, conforme apresentado na tabela 3.

Tabela 3 – Amplitude de variação, média e desvio padrão das questões relativas à aplicação da escala MSHS

Item	Mínimo e Máximo	Média	Desvio Padrão
1 - Eu sou visto pelos meus amigos como uma pessoa com sentido de humor	4-5	4,20	0,414
2- Eu consigo dizer as coisas de um modo que faz as pessoas rir	2-5	3,80	0,676
3- Os meus ditos inteligentes divertem os outros	2-4	3,53	0,743
4- As pessoas olham para mim, para que diga coisas engraçadas	1-4	3,00	0,926
5- Eu uso o humor para entreter os meus amigos	3-5	3,87	0,640
6 -Estou confiante de que consigo fazer outras pessoas rir	3-4	3,87	0,352
7 - Outras pessoas dizem-me que eu digo coisas engraçadas	3-5	3,93	0,594
8 - Às vezes vêm-me à cabeça piadas ou histórias engraçadas	3-5	4,07	0,704
9- Eu consigo surpreender e pôr as pessoas a rir à gargalhada	2-4	3,60	0,632
10 - Eu consigo aliviar uma situação de tensão dizendo algo engraçado	3-4	3,60	0,507
11 - Eu até consigo ter algum controlo sobre um grupo, quando uso humor	3-4	3,60	0,507
12 - O humor ajuda-me a lidar com as coisas	4-5	4,20	0,414
13 - Piadas inteligentes ou uso de humor ajudam-me a gerir situações difíceis	3-5	4,13	0,516
14- Lidar com as coisas com humor é uma elegante forma de adaptação	3-5	3,87	0,516
15 - Tentar gerir situações através do uso do humor é realmente estúpido *	3-5	4,00	0,756
16- O humor é uma péssima forma de lidar com as coisas *	4-5	4,47	0,516
17 - Usar o humor ajuda-me a sentir mais à vontade	3-4	3,60	0,507
18 - Eu consigo usar piadas inteligentes para me ajudar a adaptar a muitas situações	3-5	3,60	0,632
19 - Eu aprecio as pessoas que geram humor	3-5	4,27	0,594
20 - Eu gosto de uma boa piada	4-5	4,40	0,507
21 - Chamar a alguém “comediante” é um verdadeiro insulto *	2-5	3,93	0,884
22 - Eu não gosto de cómicos *	2-5	4,00	1,069
23 - Pessoas que dizem piadas são maçadoras *	3-5	4,27	0,704
24 - Fico desconfortável quando alguém está a dizer piadas *	3-5	4,33	0,617

* itens invertidos

A análise da tabela 3 permite-nos verificar que o valor mais baixo e como tal correspondente a níveis de aceitação do humor menos elevados corresponde ao item 4, que corresponde à afirmação: “as pessoas olham para mim, para que diga coisas engraçadas”. Pode ainda constatar-se que apenas relativamente ao item 4 foi obtida a classificação 1 “discordo totalmente” todos os restantes itens apresentam amplitudes de resposta entre 2 e 5. Os valores médios de resposta elevados indicam uma boa aceitação e apreciação do humor.

Dado o facto da dimensão da amostra ser reduzida (n=15) optou-se por não se realizar a análise fatorial. Assim foram consideradas as dimensões propostas pelos autores da escala MSHS (Thorson e Powell (1993)) e validada por José e Parreira (2008) adaptada à realidade portuguesa. Assim foram consideradas as cinco dimensões principais consideradas pelos autores, sendo elas: Produção e uso social do humor, Humor adaptativo, Objeção ao uso do humor, Atitude pessoal face ao humor e Apreciação do humor.

Previamente, aquando da apresentação deste instrumento procedemos à discrição de cada uma dimensões em termos dos itens que as compõe, no entanto convém agora salientar que os itens 15,16, 21, 22, 23, 24 foram tratados sempre como itens invertidos ao longo da análise.

Foi efetuada uma análise descritiva dos dados obtidos à luz das dimensões apresentadas pelos autores da escala adaptada para a realidade portuguesa, podendo as mesmas ser consultadas na tabela 4.

Tabela 4 – Análise descritiva das dimensões

	Produção e uso social do humor	Humor adaptativo	Objeção ao uso do humor	Atitude pessoal face ao humor	Apreciação do humor
N	15	15	15	15	15
Média	3,72	3,95	4,13	4,20	4,33
Desvio Padrão	0,31	0,33	0,53	0,64	0,52
Mínimo	3,00	3,50	3,00	3,33	3,50
Máximo	4,25	4,75	5,00	5,00	5,00

Os dados revelam que a dimensão 1 – produção e uso social do humor - apresenta uma média de 3,72, que revela que os participantes do estudo consideram ser indivíduos bem-humorados e que usam o humor no seu quotidiano com os seus pares, fazendo um

uso social do mesmo, salientando-se no entanto o facto de ser a dimensão com valor médio mais baixo.

Fazendo uma análise das frequências obtidas nesta dimensão constituída por 12 itens (tabela 5), podemos observar que 80% (n=12) participantes concorda que é visto pelos outros como sendo uma pessoa com sentido de humor (item 1), 73% (n=11) concorda que consegue dizer coisas de modo que faça as pessoas rir (item 2). Podemos constatar que apenas no item 4 – “as pessoas olham para mim para que diga coisas engraçadas” obteve uma resposta de discordo totalmente, 3 participantes responderam que discordavam e 6 (40%) não concordam nem discordam, esta situação aconteceu também no estudo dos autores da escala onde este item obteve resultados mais próximos da discordância. No item 8 “às vezes vem-me à cabeça piadas ou histórias engraçadas”

26,7% dos participantes (n=4) concorda totalmente e 53,3% (n=8) concorda com a afirmação.

Tabela 5 – Análise de frequências da dimensão 1 – produção e uso social do humor

Dimensão 1 - Produção e uso social do humor										
	Concordo totalmente		Concordo		Não concordo nem discordo		Discordo		Discordo totalmente	
	n _i	f _i	n _i	f _i	n _i	f _i	n _i	f _i	n _i	f _i
Item 1	3	20,0	12	80,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Item 2	1	6,7	11	73,3	2	13,3	1	6,7	0	0,0
Item 3	0	0,0	10	66,7	3	20,0	2	13,3	0	0,0
Item 4	0	0,0	5	33,3	6	40,0	3	20,0	1	6,7
Item 5	2	13,3	9	60,0	4	26,7	0	0,0	0	0,0
Item 6	0	0,0	13	86,7	2	13,3	0	0,0	0	0,0
Item 7	2	13,3	10	66,7	3	20,0	0	0,0	0	0,0
Item 8	4	26,7	8	53,3	3	20,0	0	0,0	0	0,0
Item 9	0	0,0	10	66,7	4	26,7	1	6,7	0	0,0
Item 10	0	0,0	9	60,0	6	40,0	0	0,0	0	0,0
Item 11	0	0,0	9	60,0	6	40,0	0	0,0	0	0,0
Item 18	1	6,7	7	46,7	7	46,7	0	0,0	0	0,0

A dimensão 2 – Humor adaptativo – corresponde à forma como os indivíduos fazem uso do humor para se adaptarem às diferentes situações do quotidiano. Os resultados revelam que na globalidade os participantes apresentam uma média de 3,95 na dimensão – Humor adaptativo.

A análise das frequências obtidas em cada item da dimensão 2, revela que nenhum dos participantes, em qualquer dos itens discorda ou discorda totalmente com as afirmações. Ao item 12 “o humor ajuda-me a lidar com as coisas”, 80% (n=12) dos participantes responde concordar e 73% (n=73,3%) dos participantes afirma concordar que “piadas

inteligentes ou uso do humor o ajudam a gerir situações difíceis” (item 13) e que “lidar com as coisas com humor é uma elegante forma de adaptação” (item 14). 60% (n=9) concorda que “usar o humor ajuda-me a sentir mais à vontade” (item 17), conforme pode ser observado na tabela 6.

Tabela 6 - análise de frequências da dimensão 2 – Humor adaptativo

Dimensão 2 - Humor adaptativo								
	Item 12		Item 13		Item 14		Item 17	
	n _i	f _i	n _i	f _i	n _i	f _i	n _i	f _i
Concordo totalmente	3	20,0	3	20,0	1	6,7	0	0
Concordo	12	80,0	11	73,3	11	73,3	9	60,0
Não concordo nem discordo	0	0,0	1	6,7	3	20,0	6	40,0
Discordo	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0
Discordo totalmente	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0

A dimensão 3 – Objeção ao uso do humor – constituído exclusivamente por afirmações que foram colocadas na negativa, logo considerados itens invertidos, podemos observar que os participantes não apresentam objeção ao sentido de humor, pois apresentam uma média de 4,13 (tabela 4).

A análise das frequências obtidas em cada item da dimensão 3, mostram que 56,3% (n=8) concorda ou concorda totalmente (26,7% n=7) da afirmação “o humor é uma péssima forma de lidar com as coisas” (item 16*). À afirmação “tentar gerir as situações através do uso do humor é realmente estúpido” (item 15*), 46,7% (n=7) dos participantes concorda com esta e 26,7% (n=4) concorda totalmente ou não concorda nem discorda desta. Relativamente ao item 21* “chamar alguém de comediante é um verdadeiro insulto” obteve-se uma maior dispersão de resultados, variando desde discordo até concordo totalmente, como pode ser verificado na tabela 7.

Tabela 7 - análise de frequências da dimensão 3 – Objeção ao uso do Humor

Dimensão 3 - Objeção ao uso Humor						
	Item 15*		Item 16*		Item 21*	
	n _i	f _i	n _i	f _i	n _i	f _i
Concordo totalmente	4	26,7	7	46,7	4	26,7
Concordo	7	46,7	8	56,3	7	46,7
Não concordo nem discordo	4	26,7	0	0,0	3	20,0
Discordo	0	0,0	0	0,0	1	6,7
Discordo totalmente	0	0,0	0	0,0	0	0,0

* item invertido

Na dimensão 4 – Atitude pessoal face ao humor - ao item 22* corresponde a afirmação “Eu não gosto de cómicos”, ao item 23* “as pessoas que dizem piadas são maçadoras” e ao item 24* corresponde a afirmação “Fico desconfortável quando alguém está a dizer piadas”. A análise a cada um dos itens mostra que de uma maneira global os participantes não se identificam com estas afirmações, como pode ser observado na tabela 8. A média desta dimensão é de 4,2 o que demonstra que os participantes apresentam na globalidade uma atitude positiva face ao humor.

Tabela 8- análise de frequências da dimensão 4 – Atitude pessoal face ao Humor

Dimensão 4 - Atitude pessoal face ao Humor						
	Item 22*		Item 23*		Item 24*	
	n _i	f _i	n _i	f _i	n _i	f _i
Concordo totalmente	6	40,0	6	40,0	6	40,0
Concordo	5	33,3	7	46,7	8	53,3
Não concordo nem discordo	2	13,3	2	13,3	1	6,7
Discordo	2	13,3	0	0,0	0	0,0
Discordo totalmente	0	0,0	0	0,0	0	0,0

* item invertido

A dimensão 5 – Apreciação do humor – corresponde à capacidade de cada indivíduo tem de apreciar positivamente o sentido de humor. Esta dimensão apresenta uma média de 4,33, valor médio mais alto obtido comparativamente com as outras dimensões. Estes resultados apontam para um positiva apreciação do humor por parte dos participantes.

A análise dos itens que compõe esta dimensão “Eu aprecio pessoas que geram humor” (item 19) e “Eu gosto de uma boa piada” (item 20) mostram que 60% dos participantes concorda com as afirmações e 33,3% e 40% concordam totalmente com as afirmações que correspondem aos itens 19 e 20 respetivamente, como pode ser observado na tabela 9.

Tabela 9 - análise de frequências da dimensão 5 – Apreciação do humor.

Dimensão 5 - Apreciação do Humor				
	Item 19		Item 20	
	n _i	f _i	n _i	f _i
Concordo totalmente	5	33,3	6	40,0
Concordo	9	60,0	9	60,0
Não concordo nem discordo	1	6,7	0	0,0
Discordo	0	0,0	0	0,0
Discordo totalmente	0	0,0	0	0,0

Uma vez explorados os dados relativos às várias dimensões da escala, pareceu-nos interessante tentar compreender se existiam variáveis que influenciavam a resposta dos participantes.

Assim, considerando a diminuída dimensão da amostra foi efetuado um teste de normalidade através do teste de Shapiro-Wilk para tentar compreender se o género dos participantes teria influência sobre cada uma das dimensões (tabela 10).

Tabela 10 – teste de normalidade por dimensões

	Género	Shapiro-Wilk
		Sig.
Produção e uso social do humor	masculino	0,258
	feminino	0,187
Humor adaptativo	masculino	0,737
	feminino	0,008
Objeção ao uso do humor	masculino	0,659
	feminino	0,083
Atitude pessoal face ao humor	masculino	0,331
	feminino	0,129
Apreciação do humor	masculino	0,035
	feminino	0,003

Analisando a tabela 10, podemos observar que nas dimensões “humor adaptativo” e “apreciação do humor” $p < 0,05$ logo não seguem uma distribuição normal, como tal os pressupostos não estão assegurados. Assim, aplicou-se um t-test independente não paramétrico, o Mann-Whitney (tabelas 11e 12)

Tabela 11 – Média de categoria fator género

	Género	n_i	Postos de média	Soma de classificações
Produção e uso social do humor	masculino	6	6,50	39,00
	feminino	9	9,00	81,00
Humor adaptativo	masculino	6	6,83	41,00
	feminino	9	8,78	79,00
Objeção ao uso do humor	masculino	6	7,25	43,50
	feminino	9	8,50	76,50
Atitude pessoal face ao humor	masculino	6	7,58	45,50
	feminino	9	8,28	74,50
Apreciação do humor	masculino	6	6,00	36,00
	feminino	9	9,33	84,00

Tabela 12 – Comparação dimensões vs. Gênero

	Produção e uso social do humor	Humor adaptativo	Objeção ao uso do humor	Atitude pessoal face ao humor	Apreciação do humor
Mann-Whitney U	18,000	20,000	22,500	24,500	15,000
Z	-1,068	-0,879	-0,543	-0,304	-1,567
Asymp. Sig. (2-tailed) <i>p</i>	0,285	0,379	0,587	0,761	0,117

Após a realização deste teste constatamos que o valor de *p* do teste bilateral, para todas as dimensões é sempre superior a 0,05, violando o nível de significância determinado ($p \leq 0.05$), levando assim a inferir a igualdade das médias, não havendo, como tal, diferenças estatisticamente significativas entre homens e mulheres em qualquer das dimensões.

Em suma, da análise dos dados provenientes da escala MSHS foram avaliadas as várias dimensões do humor, tratados os dados relativos a cada uma dessas dimensões e tentamos compreender se fatores como o gênero teriam influência sobre as várias dimensões, e de uma maneira global podemos dizer que os participantes têm uma boa aceitação e apreciação do humor.

Capítulo Quatro - DISCUSSÃO DE RESULTADOS

Uma vez efetuada a revisão bibliográfica relativa aos eixos estruturantes objeto de estudo, a explanação da metodologia seguida e a apresentação dos dados obtidos, torna-se agora fundamental fazer uma discussão dos resultados. Assim, neste ponto iremos proceder à discussão dos resultados considerando a perspectiva de autores que se debruçaram sobre esta temática e a nossa própria opinião e reflexão.

Fortin (1999, p.85) refere-se a esta fase da investigação como sendo o espaço para o investigador discutir “(...) os resultados do seu estudo, à luz de trabalhos anteriores, do quadro conceptual ou teórico e dos métodos de investigação utilizados no estudo”. Nesta discussão pretende-se ainda colocar em evidência os aspetos que permitiram dar resposta aos objetivos previamente propostos.

Tal como foi efetuado no capítulo anterior, também a discussão de resultados será explanada de acordo com as áreas temáticas encontradas decorrentes da análise dos dados obtidos através da entrevista: “significados do humor”, “estratégias mobilizadas no uso do humor”, “situações em que é utilizado o humor”, “benefícios do uso do humor” e “condições que interferem com o uso do humor”. Os dados obtidos através da escala MSHS serão ainda discutidos de forma integrada nesta mesma análise por áreas temáticas, complementando desta forma os dados provenientes da entrevista à medida que se justificar. Este cruzamento de dados e esta integração dos aspetos multidimensionais do sentido de humor obtidos através da escala MSHS permitiram-nos enriquecer de alguma forma a informação obtida através da entrevista.

Significados do Humor

Para Robinson (1991), o humor é um conceito para o qual não é possível encontrar uma definição precisa. Tentar encontrar uma definição universal para o humor poderá ser tão difícil quanto encontrar uma teoria ou linguagem universais. Paralelamente o humor é algo individual, e situacional ou seja é vivido pessoalmente por cada um, e o que é considerado humoroso para uns pode não ser interpretado da mesma forma para outros, sendo variável de acordo com a situação em causa.

Também os entrevistados atribuem vários significados ao conceito de humor. Grande parte descreve-o como sendo indicativo de uma **atitude positiva**. Martin (2007, p.17), afirma que “hoje em dia, o humor é uma expressão genérica com uma conotação socialmente desejável, geralmente positiva”. Efetivamente quando se fala em bom humor

este aparece irremediavelmente associado à presença de uma atitude positiva perante as situações.

Os entrevistados consideram que o humor pode ser considerado uma **fonte de bem-estar ou prazer**. Pinheiro (2011, p.8) partilha desta opinião quando define o humor como sendo *“a possibilidade de obter prazer apesar da presença de afectos ou emoções desagradáveis, porquanto permite a suspensão ou supressão destes últimos”*. Segundo José (2008), o significado de humor passa ainda por ser um constructo que surge intimamente ligado ao bem-estar, sendo considerado um fenómeno complexo de natureza claramente individual, e a utilização de humor tem impacto no bem-estar das pessoas.

Ao humor é também atribuído o significado de **forma de estar na vida, brincadeira e carinho**. Estes significados vão de encontro à opinião de José (2008, p.115) que no seu estudo conclui que para a sua amostra *“o humor é contagioso, é alegria, anedotas, boa disposição brincadeira (...)”*.

Grande parte dos entrevistados emprega efetivamente a palavra **alegria** quando se quer referir ao sentido de humor. Esta opinião é partilhada por Araújo e Silva (2006, p.672) quando no seu estudo, definem o humor como sendo *“uma forma de comunicação espontânea e contextual, caracterizada por expressões verbais, faciais e riso. O bom humor e a alegria, representados pelo riso, são capazes de aliviar a tensão num contexto de dor e sofrimento”*. A alegria, enquanto traço de personalidade poderá estar associada ao uso do sentido de humor. Também José (2008) cita Kruse e Prazak e afirma que o humor é um forte objeto de estudo, já que é uma experiência humana fundamental, associada à alegria e à esperança, e por isso à saúde.

Alguns entrevistados consideram o **sorriso** como parte integrante do humor. Interessa referir que os participantes que apontam este facto são todos enfermeiros com idades compreendidas entre os 21 e os 30 anos. A este respeito Dean e Gregory (2004) defendem também que o humor pode servir inúmeras funções. Para estes autores, o humor em circunstâncias diversas consegue gerar resultados ou *“outcomes”*, variando desde um esboçar de um sorriso até à gargalhada passando pelo riso simples, todas elas tendo a capacidade de *“iluminar a atmosfera”*. Esta opinião é corroborada por Teixeira (2009), quando afirma que as emoções positivas e o sorriso podem ser encarados do ponto de vista evolutivo como um mecanismo que facilita as relações sociais na medida em que promove sentimentos agradáveis nos outros.

Os dados provenientes da escala MSHS mostram-nos também que os participantes do estudo apresentam uma atitude positiva face ao uso do humor, uma vez que na análise desta dimensão (atitude pessoal face ao uso do humor) se obteve uma média de 4,2.

Assim, da análise dos dados conseguimos evidenciar que o conceito de humor para os participantes no estudo é lato, tendo-lhe sido atribuídos vários significados, todos eles de índole positiva e que de uma maneira geral os participantes apresentam uma atitude positiva no que concerne ao uso do humor.

Estratégias mobilizadas no uso do Humor

Os discursos dos participantes permitiram-nos identificar estratégias mobilizadas pelos profissionais de saúde no uso do humor aquando da sua intervenção junto de doentes, família e restante equipa. Estas estratégias passam tanto pelo uso de **habilidades comunicacionais** como pela **partilha de experiências na equipa** e são consideradas pelos entrevistados como necessários para que o humor possa acontecer.

O uso do humor sem uma comunicação adequada pode ser perigoso. Dos discursos dos participantes podemos inferir que o profissional de saúde deverá fazer uso de várias habilidades comunicacionais para que o humor possa ser adequado na prática de cuidados, nomeadamente no âmbito dos cuidados paliativos.

Os profissionais de saúde entrevistados reforçam a importância do *conhecimento do outro* antes de usar livremente o sentido de humor. Para Cooper e Gosnell (2015, p. 68), uma correta perceção do doente e da situação ou do contexto em que este está inserido, permite ao profissional de saúde ter pistas que o levem a prever como o doente poderá responder ao uso do humor. De uma maneira global, o profissional de saúde deverá conhecer bem o doente e a família antes de usar o humor.

José (2002) considera que “*conhecer a pessoa*” é um processo de importância vital para o processo de tomada de decisão em saúde uma vez que o conhecimento do outro e o envolvimento no seu cuidado constitui uma parte intrínseca do raciocínio clínico. Só quando um profissional de saúde conhece e é capaz de prever a reação do outro pode passar para uma dimensão não material e usar o humor na prática de cuidados.

Em termos comunicacionais, o *feedback* é também referido por três enfermeiras todas com pós graduação em cuidados paliativos e cuja faixa etária se situa entre os 21 e os 30 anos sendo que todas elas apontaram também a importância de conhecer o outro antes do uso do humor como fulcral. O *feedback* parece estar assim, aparentemente, relacionado com a capacidade de conhecer e interpretar o outro. É também a acreditar

nesta perspectiva que Bitti e Zani (1997, p. 31) defendem que o *feedback* é um elemento fundamental para que a comunicação seja eficaz ainda que para isso devam co-existir a capacidade de compreender que existe uma perspectiva do outro e a capacidade de ter presente essa mesma perspectiva durante a interação comunicativa.

Dois dos participantes evocam o uso de *manifestações de afeto* como estratégia mobilizada no uso do humor. De facto, também José (2005) refere que o humor pode criar um encontro mais humano permitindo um ambiente positivo nutrido pelo calor e carinho transmitido pelo profissional que usa o humor durante a sua prática. Interessa salientar que as manifestações de afeto foram verbalizadas apenas por assistentes operacionais e que estes entrevistados constituem os únicos participantes do estudo cuja faixa etária é superior a 51 anos.

Também o *uso do riso* é apontado como estratégia mobilizada aquando do uso do humor, funcionando como uma habilidade comunicacional, captando a atenção do doente. A este propósito, Dean e Gregory (2004, p.142) defendem que o *uso do riso* em cuidados paliativos poderá ter um “*efeito magnético*” no doente, pelo que também o riso deva ser considerado uma estratégia no uso do humor.

É importante que o profissional de saúde saiba rir *com* o doente e não rir *do* doente (Cooper e Gosnell, 2015, p.68), e é nesta perspectiva que os profissionais apontam também a capacidade de *ser assertivo* como de extrema importância quando se usa o humor. Ser assertivo é para West (2004) deixar bem claro ao outro quais são as suas verdadeiras reações perante o seu comportamento.

O sentido de humor de um profissional de saúde está “*associado a outras virtudes que facilitam as relações sociais, como é o caso da empatia, ou seja capacidade de se relacionar com confiança interpessoal*” (Teixeira, 2009, p.2). A empatia é realçada por José (2005) como sendo uma das condições mais importantes dentro do contexto do cuidado e do humor. A empatia surge na voz de cinco participantes do estudo como estratégia mobilizada no uso do humor, todos eles com pós graduação em cuidados paliativos.

Para os profissionais de saúde envolvidos no estudo a partilha de experiências funciona também como rampa de lançamento no uso do sentido de humor. Assim, a par das habilidades comunicacionais, também a partilha de experiências é conotada como uma estratégia mobilizada no uso do humor. A partilha de experiências surge como uma estratégia na medida em que os profissionais de saúde entrevistados consideram que estes momentos deixam espaço para que o humor possa acontecer, criando uma espécie de cumplicidade entre si.

A partilha de experiências aproxima as pessoas nivelando papéis (José, 2005) criando condições para o humor ocorrer. José (2008) salienta que a expressão do humor se faz pela partilha de histórias, analogias, experiências ou até mesmo gestos. Para esta autora a partilha de experiências humorosas produz efeitos que se mantêm para além do momento em que ocorrem favorecendo a relação dos intervenientes e deixando espaço para que o humor possa de novo ter lugar.

Assim, para o uso do humor, os profissionais de saúde mobilizam um conjunto de estratégias que vão desde habilidades comunicacionais como o riso, o feedback e o conhecimento do outro até à partilha de experiências no seio da equipa e com os seus pares.

Situações em que é utilizado o Humor

No quotidiano profissional dos elementos da equipa de cuidados paliativos, existem vários momentos que são considerados por eles propícios para o uso do humor.

José (2008) considera que a boa disposição e o humor devem ser estimulados na prática de enfermagem utilizando para isso todos os momentos de interação pessoal, como as passagens de turno. A autora salienta a importância do uso do humor, sob a forma de anedotas ou de gracejar com situações vivenciadas diariamente, para que o humor integre o agir profissional em todos os seus domínios.

Analisando os discursos dos participantes no estudo, podemos observar que momentos como **a relação com a equipa** e **a passagem de turno** são situações em que se considera o uso do humor, indo de encontro à opinião da autora supracitada.

O humor na equipa de profissionais de saúde é visto por West (2004) como um sinal positivo, de confiança e à vontade por parte dos membros da equipa, uma vez que cria um sentimento de comunidade aliviando a tensão e estimulando o pensamento criativo.

Monteiro (2011) fala da existência de um humor afiliativo, ou seja há por parte dos profissionais de saúde uma tendência para contar anedotas e ser engraçado de forma espontânea e natural, tendo como objetivo divertir os outros, facilitar as relações interpessoais e reduzir a tensão. Também os participantes no estudo referem que na **interação com os doentes** e em **momentos que envolvem emotividade**, o uso do humor é muitas vezes uma realidade.

Os participantes no estudo não deixaram no entanto de referir que o uso do humor extrapola a esfera profissional, considerando que também no seu **quotidiano** pessoal o uso do humor está constantemente presente.

A análise descritiva dos dados obtidos através da aplicação da escala MSHS mostra que de facto os participantes apresentam níveis elevados de apreciação do humor, uma vez que obtivemos um valor médio de 4,33 na dimensão “*apreciação do humor*”. Salientamos, no entanto, o facto de a dimensão “*produção e uso social do humor*”, que retrata o uso do humor por parte dos profissionais no quotidiano social ser a dimensão que apresenta um valor médio mais baixo (3,72). Estes dados vão de encontro aos resultados obtidos da análise das entrevistas na medida que dos 15 entrevistados, apenas dois referem usar o humor no quotidiano e apenas um afirma que o humor significa “uma forma de estar na vida”. Isto poderá querer dizer que os entrevistados apreciam mais o humor do que o usam ou produzem no seu quotidiano. No entanto, de uma maneira global, ainda que não explanado nos discursos, os participantes apresentam níveis elevados de apreciação do humor e do seu uso social.

Desta forma, conseguimos compreender que os participantes do estudo identificam vários momentos/situações em que utilizam o humor quer seja no seu quotidiano pessoal e/ou profissional, quer na sua relação com os doentes e/ou com os seus pares.

Benefícios do uso do humor

De acordo com os discursos dos participantes foi possível identificar benefícios a três níveis distintos: benefícios para os doentes/famílias, benefícios para o profissional e benefícios para a equipa como um todo.

Ao nível dos **doentes/famílias**, os profissionais afirmam que o humor pode ter a capacidade de *despoletar sorrisos e promover a adesão ao plano terapêutico* exercendo desta forma um *efeito terapêutico per si*. Esta perspetiva é defendida por Wooten (2009, p.239) quando afirma que o uso do sentido de humor “poderá ajudar a embelezar o que é feio, a tolerar o desagradável, lidar com o imprevisto e sorrir perante o intolerável”. O humor apresenta-se assim com a capacidade de alterar uma realidade ou pelo menos minorar os efeitos da doença e do prognóstico. Um estudo de Estudo de Astedt-Kurki, citado por José (2005) mostra-nos que o humor ajuda a lidar com situações difíceis, oferecendo um momento para parar e conseguir uma nova perspectiva da situação ou até alterar uma situação de vida, permitindo ao doente mostrar as suas emoções, mantendo a dignidade.

Assim, o humor é apontado como sendo uma forma de *promover o bem-estar/ânimo* do doente. A este propósito, Wooten 2009, afirma que o sentido de humor dá-nos a possibilidade de “encontrar regozijo e experiências agradáveis mesmo em situações

adversas”. Mesmo em situações de doença, o sentido de humor pode trazer benefício para os doentes na medida em que a situação pode ser encarada de um ponto de vista positivo promovendo assim a melhoria no ânimo do doente.

A doença, o prognóstico e a carga emocional muitas vezes a estas inerentes são adversidades que podem conduzir a mudanças a vários níveis quer individuais, quer sociais, e o humor parece ter um papel fundamental na adaptação dos doentes e famílias a estas realidades. Nobre (2013, p.35) é da opinião que estas adversidades quando encaradas com humor capacitam o doente para “encontrar um sentido positivo para a situação vivida, traduzindo-se no seu crescimento interior”.

Este sentido positivo contribui certamente para o bem-estar do doente promovendo um *alívio do sofrimento* inerente à situação vivida. Dois assistentes operacionais e um enfermeiro entrevistados apontam o alívio do sofrimento como sendo um dos benefícios do humor para os doentes internados na unidade e respetivas famílias. O humor tem a capacidade de alterar o carácter de uma situação negativa. Para doentes e famílias o humor e o riso podem proporcionar um “momento de pausa ou interregno no sofrimento da doença, do sofrimento ou de tristeza” (Dean e Gregory 2004, p.143).

A doença terminal tem associado um conjunto de problemas que determinam sofrimento de intensidades variáveis para aqueles que as vivem. Em cuidados paliativos, o sofrimento é um problema central para doentes e para aqueles que os acompanham. Neto (2010) defende que o sofrimento transcende os aspetos físicos da doença na medida em que é “vivido por pessoas e não por corpos” e os cuidados paliativos não pretendem assumir um “domínio pleno do sofrimento”, pretendem antes aliviar o mesmo através de técnicas que implicam um conhecimento do doente e na compreensão das dimensões do sofrimento por parte do profissional.

O humor assume-se assim como importante no alívio do sofrimento do doente em cuidados paliativos. Podemos afirmar que o turbilhão de emoções que assola doentes do foro paliativo bem como as suas famílias passa não só pelo sofrimento. Santos F. (2011) refere que os sintomas como o medo, a ansiedade, a raiva, a tristeza e angústia interferem diretamente na qualidade de vida do doente do foro paliativo.

O *alívio do medo e da ansiedade* dos doentes é outros dos benefícios do humor apontados pelos profissionais de saúde. Para Monteiro (2011, p. 3) o humor permite fazer face a situações difíceis, como a vivência de emoções negativas (e.g., medo, tristeza, raiva). José (2005) aborda um estudo realizado por Astedt-Kurki em 2001 no qual o

humor é referido como sendo uma ajuda na ansiedade dos doentes. Nesta revisão da literatura, a mesma autora descreve outro estudo desenvolvido por Greenberg em 2003 no qual o humor surge como alívio da ansiedade dos doentes, reduzindo o desconforto sentido por estar num ambiente temido e como ajuda no estabelecimento e suporte da relação enfermeiro/doente (José, 2005, p. 7).

Também os entrevistados apontam o humor como *facilitador da relação* entre profissional/doente, trazendo benefícios para as duas partes envolvidas na relação.

Desta feita, podemos dizer que além do doente, também **para o profissional** existem benefícios do uso do humor. Os profissionais de saúde, deverão estabelecer com o doente uma relação terapêutica, situada num espaço de interação no qual o profissional demonstra aquilo que é e se orienta num modelo centrado no doente e família bem como nas suas necessidades, percepções e emoções. Desta forma o profissional é capaz de mobilizar os recursos do doente na resolução de problemas, oferecer suporte, apoiar e envolver-se na gestão de cada crise ou problema (Sapeta, 2011).

Os dados levam-nos a inferir que existe de facto na relação profissional/doente um benefício no uso do humor para ambas as partes. Se por um lado a capacidade de rir com os outros em situações complexas permite aos doentes sentirem mais confiança, estarem mais sensíveis à intervenção do outro e até descentrarem-se da situação que estão a viver, ao mesmo tempo, o humor permite aos profissionais adquirirem uma sensação de estarem a trabalhar “em conjunto” com o doente, assentando essa relação em verdade e abertura para com o outro (José, 2012).

Este trabalhar em conjunto, com o doente com base na verdade, facilitado pelo uso do humor vai de encontro ao que os nossos dados demonstram. No nosso estudo, quatro enfermeiros, todos da mesma faixa etária (21-30 anos) consideram que efetivamente o humor pode funcionar como benefício para os profissionais na medida em que *facilita a abordagem ao doente*.

Em cuidados paliativos e nomeadamente quando há uma sensação de finitude ou proximidade da morte, os doentes sentem que os profissionais de saúde se interessam e preocupam verdadeiramente, demonstrando disponibilidade. Esta visão é defendida por Nobre (2013) que afirma ainda que esta atitude permite o desenvolvimento de uma relação de confiança que facilita a abertura, a expressão de sentimentos, palavras e a entrega do doente.

Relações verdadeiras resultam em relações terapêuticas com vantagens para todos os intervenientes e o uso do humor contribui para que os profissionais lidem com os doentes de forma sincera. Esta reciprocidade pode contribuir para que surja uma *sensação de missão cumprida*.

Os profissionais entrevistados referem que o humor poderá contribuir para que alcancem esta sensação de missão cumprida na medida em que em situações de sofrimento, a disponibilidade, a proximidade, a capacidade de escuta, o olhar, o toque, o sorriso e, sobretudo, “*o não esconder as próprias emoções fazem parte de um gradiente do cuidar, onde o conceito de tempo submerge na ação*” (Real, 2000 p.17). Através do desenvolvimento dos próprios sentimentos o profissional pode de um modo sensível, interagir com os outros. Real (2000) afirma que quando o profissional apura a sua sensibilidade, torna-se mais autêntico, e desta forma adquire uma satisfação profissional e pessoal.

Nobre (2010 p.221) defende que a atenção que o profissional de saúde oferece à pessoa doente, muitas vezes expressa através de emoções positivas como o humor e o sorriso, contribui para que este partilhe a sua ansiedade e angústia refletindo-se num bem-estar e paz interior que não é exclusivo do doente mas antes partilhado pelo profissional de saúde na medida em que esta relação permite a ambas as partes um crescimento mútuo. A autora defende ainda que é neste bem-estar partilhado que o profissional de saúde encontra o sentido da sua existência enquanto profissional e as suas atitudes terapêuticas encontram a sua fonte.

A análise dos dados do nosso estudo revela que também os profissionais de saúde entrevistados consideram que o humor pode trazer benefícios em termos da *promoção do seu bem-estar individual*. É interessante salientar que esta situação é apontada por médico, enfermeiros e assistentes operacionais, levando a inferir que é transversal a todas estas classes profissionais.

Esta sensação de bem-estar pode no entanto ser abalada na medida em que, em cuidados paliativos, os profissionais de saúde lidam com situações de sofrimento e dor, tendo a morte como elemento constante e presente. Kovács (2008) afirma que a dificuldade em lidar com os problemas levantados durante a sua convivência diária com os doentes, familiares e outros profissionais de saúde tem contribuído para gerar situações de stresse de difícil resolução. O sentimento trazido muitas vezes por essas

situações, traduz-se em impotência, dificuldade em lidar com o sofrimento, frustração e revolta.

Para os participantes no nosso estudo, o humor pode ser uma das formas alcançadas para auxiliar o profissional de saúde a fazer uma correta *gestão do sofrimento* por forma a evitar situações de rutura pessoal. Na realidade, o humor pode ser usado de forma terapêutica, para ajudar a manter a harmonia e afinidade entre as pessoas e pode, também, ser usado pelos profissionais para lidar com incidentes considerados desconfortáveis (José, 2005) ou geradores de *stress* no processo de relacionamento com doente e família. O humor é considerado por Wooten (2009, p.241) “*uma energia circulante que envolve e liga corpo mente e espírito*” permitindo ao profissional de saúde alcançar de novo o equilíbrio que o convívio com a angústia e o sofrimento podem eventualmente abalar.

Sabemos no entanto, que os cuidados paliativos enfatizam o trabalho em equipa favorecendo propostas de trabalho cooperativas e não individuais. Desta forma se o bem-estar dos elementos pode ser individualmente abalado pelo convívio constante com *stress* e sofrimento, também a equipa como um todo deve ser capaz de alcançar estratégias que evitem estados de *burnout* ou desgaste dos seus elementos uma vez que estes podem ramificar para outros elementos da equipa. O trabalho em equipa multidisciplinar e as discussões dos procedimentos em grupo são para Kovács (2008) aspetos que diminuem os riscos da Síndrome de *Burnout* em cuidados paliativos.

É neste sentido que os participantes encontram benefícios no uso do humor **para a equipa**. Para seis participantes (cinco enfermeiros e uma assistente operacional) o humor pode servir como *estratégia de coping* no seio da equipa multidisciplinar. O humor consegue oferecer à equipa uma “*espécie de pausa na intensidade do quotidiano de cuidados diminuindo as pressões exercidas pelas situações mais exigentes no local de trabalho*” (Dean e Gregory 2004, p.143). Em cuidados paliativos, o humor é frequentemente utilizado como mecanismo de *coping* por forma a mudar uma perspetiva, aliviar tensão e reconquistar controlo sobre a situação. “*O humor pode ser utilizado para rir sobre situações embaraçosas ou desconfortáveis*” (Wooten, 2009 p. 242).

Os participantes no nosso estudo referem diversas vezes em que usam o humor entre si para dar uma leveza a situações de tensão ou que envolvem emotividade usando, para isso, momentos de partilha como a passagem de turno. Enfrentar situações de grande tensão com “*o ar leve, outorgado pelo sentido de humor ajuda os profissionais a*

desempenhar o seu trabalho originando contexto terapêuticos mais habitáveis” para toda a equipa (Wainer 2009, p. 436).

Salientamos o facto de no estudo realizado pelos autores da MSHS, (Thorson e Powell, 1993) as mulheres parecem ter menos capacidade para gerar humor do que os homens, contudo usam-no mais, como mecanismo de *coping*, do que estes. Assim também no nosso estudo dos seis participantes que referiram usar o humor como mecanismo de *coping* quatro são mulheres, corroborando o resultado alcançado por Thorson e Powell (1993).

Este dado fez com que nos interrogássemos se o fator género teria influência no uso do humor de uma maneira geral, por parte dos participantes. A análise estatística dos dados obtidos através da escala MSHS demonstrou que em nenhuma das dimensões da escala havia diferença estatística valorizável entre os géneros, levando a concluir que em qualquer das dimensões, o género não parece influenciar o resultado, logo não influencia o sentido de humor. Devemos no entanto salvaguardar o facto destes dados dizerem respeito a um número pequeno de participantes, devendo por isso estes resultados dizer respeito apenas a esta amostra não devendo ser feitas generalizações.

Os dados demonstram ainda que outro dos benefícios do uso do humor para a equipa passa pelo facto de *favorecer a deteção de problemas* bem como o *trabalho em equipa*. Esta situação é apresentada também por José (2005) quando cita um estudo de Sheldon (1996) no qual se defende que o humor suaviza o ambiente no local de trabalho proporcionando terreno fértil para a cooperação e deteção de problemas entre os elementos da equipa. O uso do humor não agressivo, piadas, histórias ou mesmo a gíria criam nas equipas, segundo West (2004), um ambiente positivo dotando-as de uma identidade própria, encorajando os seus membros a preocuparem-se uns com os outros.

Esta perspetiva é partilhada por Dean e Gregory (2004) quando abordam no seu estudo momentos em que os profissionais de saúde de uma equipa de cuidados paliativos usavam entre si o humor. O humor funcionava como forma de se sentirem apoiados e ao mesmo tempo renovados, e aumentava exponencialmente o espírito de coesão entre a equipa. Estes autores defendem que rir em conjunto cria uma coesão que leva os membros da equipa a unirem-se como um grupo e fazerem face de forma eficaz às dificuldades que podem surgir individualmente ou como grupo.

Assim, além de ter funções terapêuticas, e exercer benefícios para doentes, famílias e profissionais, o humor, permite alcançar um sentido de comunidade, servindo para

reforçar e energizar a equipa de profissionais de saúde no sentido em que proporciona um meio de suporte mutuo para todos os elementos.

Condições que interferem com o uso do humor

Em cuidados paliativos o humor não deve ser usado indiscriminadamente. Cada individuo e cada grupo são dotados de uma personalidade e cultura próprias inferindo-lhe a sua própria identidade. Cada pessoa e cada grupo terão também a sua forma de lidar com o humor, e com o sentido de humor dos outros.

Cada individuo tem, relativamente ao humor, as suas piadas próprias e usa-se delas para fazer face a situações de crise individuais ou do próprio grupo. Isto possibilita que cada pessoa ria de si própria, das suas imperfeições e do que lhe acontece (José, 2005). No entanto, em cuidados paliativos, o uso do humor deverá ser considerado “estratégico” (Wainer, 2009) por parte dos profissionais.

No nosso estudo evidenciam-se um conjunto de condições que interferem com o uso do humor por parte dos profissionais, sendo que algumas destas facilitam o seu uso e outras são considerados “entraves”, dificultando e condicionando negativamente a sua aplicação.

Os dados levam-nos a depreender que a equipa encontra, no quotidiano, várias condições que são **facilitadoras** acabando por influenciar positivamente o uso do humor.

Dois profissionais entrevistados afirmam que o facto de ser uma *equipa jovem* facilita o uso do humor perante o doente, inferindo que a idade os deixa mais “à vontade” para terem uma intervenção humorosa em contexto profissional. Na realidade, esta ideia contraria aquilo que é apresentado na pesquisa bibliográfica realizada. Para que um profissional de saúde possa usar o humor “com segurança” é-lhe exigida alguma perícia, tal como está patente num estudo de Greenberg (2003) que mostra que humor pode ser um comportamento de um enfermeiro perito, marcando a sua ação e contribuindo para essa perícia. E é também nesse sentido que José (2005) defende que só à medida que os profissionais vão “amadurecendo” na profissão, vão alcançando a capacidade de se libertar da tensão do cumprimento das tarefas mais “rotineiras” e passam a ser capazes de se ligar a novas dimensões dos cuidados como o uso do humor.

Esta divergência, entre os nossos dados e a bibliografia, poderá dever-se ao facto de os profissionais que o referiram serem eles próprios jovens e identificarem-se com o uso do humor. Podemos afirmar que estamos perante uma equipa efetivamente jovem e pouco

experiente, na medida em que 46,7% dos entrevistados (n=7) tem entre 21 e 30 anos, e 86% dos entrevistados (n=13) tem entre 0 e 5 anos de experiência profissional.

Paralelamente, estamos perante uma equipa que, de uma maneira geral, não apresenta objeção ao uso do sentido de humor e que aprecia o seu uso tal como podemos observar nos dados obtidos através da escala MSHS. Assim podemos considerar que sendo o uso do humor recorrente no quotidiano da equipa e sendo esta uma equipa jovem, os participantes atribuem à idade essa facilidade no uso do humor. No entanto a realidade é que os participantes aliam ao fator idade outras condições que facilitam o uso do humor no quotidiano profissional tais como o *bem-estar do profissional* e as *características pessoais*.

A idade dos participantes, por si só, não deve ser um fator isolado pois todas as características pessoais podem favorecer o uso do sentido de humor. A capacidade que um profissional tem de gerar empatia poderá ser uma das características pessoais que concorrem positivamente para o uso do humor. Monteiro (2011, p. 8) cita um estudo de Hampes (2010) no qual o uso do humor é relacionado com a empatia. Neste estudo foi possível identificar correlação entre ambos obtendo resultados positivos entre uma dimensão empática emocional e um uso do sentido de humor afiliativo e integrador na sua relação com os outros.

Como já vimos a cultura e a personalidade de cada um podem estar na base de uma atitude mais ou menos humorosa no quotidiano profissional, no entanto este profissional deve também ele gozar de bem-estar para poder usar esse humor na interação com doentes, familiar e colegas. José (2008, p. 44) concorda que o profissional de saúde não deverá ter receio de deixar *“emergir as dimensões lúdicas e alegres da sua personalidade”* uma vez que desta forma está a promover o uso terapêutico do “seu eu” no contacto com os doentes.

Podemos dizer, como já vimos, que a relação de equipa sai fortalecida com o uso do humor mas por outro lado o facto de termos uma equipa coesa é, na perspetiva dos participantes, uma das condições que facilita o uso do humor por si. Em ambientes de trabalho “pesados”, onde por vezes existam conflitos pessoais e laborais, o uso do humor pode ser mal interpretado. Por seu lado, equipas coesas e com sentido de identidade positivo, no qual os seus membros se sentem mutuamente apoiados, facilmente utilizam o humor (West, 2004) quer entre si, quer na relação que exercem com os doentes e famílias.

Se por um lado existem condições como já vimos que são consideradas como ajudas ou incentivos para o uso do humor pelos profissionais no âmbito dos cuidados paliativos, outras há que se afiguram como **dificultadoras** ou inibidoras dessa mesma habilidade.

Os profissionais entrevistados focam o receio em verem a sua *imagem profissional* “beliscada” pelo uso do humor, e os dados revelam que o medo da reação do doente ou família perante o uso do humor em cuidados paliativos dificulta o seu uso. Wooten (2009) defende no entanto que é possível manter profissionalismo e ainda assim adotar uma postura humorosa quer com a equipa quer com o doente. Para isso, o profissional deve fazer notar as suas competências e deixar gradualmente o humor emergir. Na realidade, este autor defende que “*o sentido de humor não serve para substituir o cuidado, o profissionalismo e o respeito, no entanto ele servirá para salientar estas qualidades*” (Wooten, 2009 p. 244).

A receptividade ao humor depende em grande parte do conhecimento que se vai adquirindo sobre o outro, prevendo assim qual será a reação do outro ao uso do humor. Este medo pode no entanto subsistir se pensarmos que uma reação negativa ou uma má interpretação por parte do doente e família podem interferir com a atividade laboral em si, sendo potencialmente gerador de pressões.

O contexto em que se desenvolvem os cuidados de saúde, os cuidados paliativos, implica contacto direto com situações de fim de vida. Desta forma, a *aproximação do fim de vida* do doente é apontada com sendo limitadora do uso do humor. Partilhando desta visão, Wainer (2009) afirma que o uso do sentido de humor e uma intervenção humorosa por parte do profissional de saúde torna-se menos adequada nos momentos próximos da morte do paciente nomeadamente no contacto com os seus familiares. Assim, o aproximar da morte, enquanto situação limite, poderá inibir o uso do humor quer por respeito, quer por profissionalismo quer por identificação com o momento de pesar.

Muitas vezes, mesmo não estando em fim de vida eminente, os doentes de cuidados paliativos sofrem *alterações do estado de consciência* o que não facilita a interação. Sabemos que para fazer uso do humor deve haver uma comunicação eficaz entre as partes envolvidas, e muitas vezes os doentes do foro paliativo estão *incapazes de comunicar*. Os dados apontam para que estas duas situações, alteração do estado de consciência e a incapacidade de comunicar (que podem surgir em simultâneo ou não) condicionem negativamente o uso do humor.

As barreiras linguísticas bem como a incapacidade de verbalizar os seus sentimentos e emoções, na opinião de Dean e Gregory (2004) impedem a comunicação e por isso inibem o humor. No que concerne ao momento que antecede imediatamente a morte, a equipa de profissionais de saúde não deve usar o humor no entanto defendem que mesmo neste momento, algumas famílias poderão escolher o uso de um humor “agradável e amável” como forma de evocar momentos felizes do familiar à beira da morte.

A dificuldade na receção de estímulos externos é apontada por José (2008) como um dos motivos que podem levar à anulação da capacidade de estabelecer uma ação humorosa. Estados mentais como a confusão, a paranoia ou a depressão inibem o humor (Stuart e Laraia citado por José, 2008) pelo que o seu uso implica uma avaliação cuidada.

Neste sentido, salientamos que o facto de estarmos num contexto *suis generis* como é o contexto paliativo, tem certamente influência na forma como os profissionais utilizam o humor bem como no momento em que o fazem. Nesta relação do profissional com o doente e a sua família há de facto condições que ajudam ao uso do humor como a coesão da equipa e a boa relação dos elementos e há outras que o condicionam como agravamento do estado do paciente em termos de consciência e a sombra da morte eminente.

Concluída que está a discussão dos resultados em que procuramos fazer uma análise integradora dos dados obtidos através dos diversos instrumentos de recolha de dados e sustentada em vários estudos e ideias de vários autores e no nosso próprio olhar, de seguida vamos apresentar as conclusões do estudo.

CONCLUSÃO

Fazer investigação tendo subjacente o tema do humor revelou-se um desafio no verdadeiro sentido da palavra, já que este é um fenómeno complexo, com algum grau de subjetividade e cuja apreciação varia de acordo com as vivências individuais, sendo o significado de humor único para cada indivíduo. Na realidade uma mesma situação poderá revelar-se humorosa para um indivíduo e não para outro e o mesmo indivíduo pode, em alturas de vida diferentes, considerar a mesma situação humorosa ou não. Podemos assim dizer que o humor pode variar de acordo com a perceção de cada indivíduo e com o significado que este lhe atribui.

O desafio aumenta quando pensamos que a investigação passou pelo estudo do humor num contexto específico, como os cuidados paliativos. Os cuidados paliativos são cuidados ativos e globais prestados a doentes com doença grave e/ou incurável e às suas famílias, sendo estes proporcionados por uma equipa multidisciplinar (Twycross, 2003). Num panorama de doença grave e incurável foi desafiante colocar os profissionais a pensar em humor.

O humor integra desde sempre as interações humanas. Sendo os cuidados paliativos um terreno fértil no que concerne às interações, o humor parece estar também presente. Foi neste contexto que levamos a que os profissionais de uma equipa de cuidados paliativos refletissem sobre o tema do humor ajudando-nos a compreender qual a sua perspetiva relativa ao seu uso no âmbito da prestação de cuidados em cuidados paliativos. Este foi o principal foco do nosso trabalho.

Tendo em conta os objetivos por nós formulados relativamente a este estudo, os resultados obtidos conduziram-nos a algumas conclusões que passamos a apresentar.

Para os participantes do estudo, foram diversos os significados atribuídos ao humor, todos eles de índole positiva. O humor é visto como uma forma de estar na vida, uma atitude positiva e até como uma fonte de bem-estar e prazer, o que nos leva a inferir que o humor é percecionado pelos profissionais de saúde de cuidados paliativos como algo positivo e benéfico.

No entanto, o uso do humor não deve ser aleatório, muito menos em cuidados paliativos. A subjetividade do humor faz dele um “terreno movediço” onde o profissional de saúde deve fazer-se valer de estratégias que permitam o seu uso “em segurança”, quer com os doentes e famílias, quer com os seus pares. Assim torna-se fundamental que o profissional de saúde use habilidades comunicacionais como a assertividade, a empatia e

o feedback na sua interação com o doente e família. Paralelamente, um conhecimento do outro e uma interpretação do momento que este está a viver, revelam-se fundamentais para que o profissional não corra o risco de ser mal interpretado quando usa o humor. Um desconhecimento do outro ou da forma como este irá reagir a uma brincadeira poderá pôr em risco todo o processo terapêutico, infligindo uma relação futura ensombrada por este momento.

Podemos verificar que na partilha de experiências na equipa, os profissionais encontram uma estratégia para cimentar as relações intergrupais podendo também usar o humor com maior segurança. O uso do humor numa equipa de saúde cujos elementos não se conhecem bem entre si pode ser perigoso, levando a más interpretação e até a conflitos laborais. Assim, a partilha de experiências fortalece a relação permitindo aos profissionais fazerem uso do humor entre si.

E de facto é aquando do relacionamento com os pares e intra equipa que os profissionais de saúde usam o humor. Momentos como a passagem de turno ou mesmo o quotidiano pessoal e profissional são considerados oportunos para o uso do humor por parte dos profissionais. No entanto o humor pode, mesmo em cuidados paliativos, ser usado pelos profissionais de saúde nos momentos de interação doentes e famílias. A interação com os doentes poderá tornar-se um momento privilegiado para o uso do humor por parte do profissional de saúde trazendo benefícios notórios para a relação terapêutica.

É neste âmbito que, os dados obtidos nos permitem concluir que, o uso do humor em contexto de cuidados paliativos pode, de facto, trazer benefícios quer para os doentes e suas famílias, quer para os profissionais, quer para a própria equipa.

O uso do humor em contexto de cuidados paliativos serve para que o doente possa experienciar um alívio do sofrimento, da dor e da ansiedade tantas vezes associado aos doentes deste foro, podendo fazer despoletar sorrisos mesmo em momentos de maior emotividade. Podemos ainda concluir que o humor pode ter no doente um efeito terapêutico e ser ele próprio promotor de bem-estar.

Considera-se que o humor facilita a relação entre o profissional de saúde e o doente coadjuvando a adesão do último ao plano terapêutico proposto. E é também nesta medida que podemos concluir que o próprio profissional de saúde beneficia com o uso do humor. O profissional de saúde vê assim, pela via do humor, um meio facilitador da abordagem ao doente.

Os dados apontam para que o profissional de saúde saia beneficiado do uso do humor, na medida em que o seu próprio bem-estar possa ser melhorado, uma vez que o humor propicia uma sensação de missão cumprida e um equilíbrio fundamental na gestão do sofrimento do outro, tantas vezes experienciado.

Os benefícios do humor não se ficam por aqui. Os dados apontam para que o uso do humor no seio da equipa de paliativos sirva como estratégia de *coping*, favoreça o trabalho em equipa e a deteção de problemas, na medida em que o humor promove a boa relação entre os elementos da equipa, permitindo que estes se importem uns com os outros e se suportem mutuamente em situações de maior fragilidade ou instabilidade emocional. É nesta medida que faz sentido dizer que na equipa de cuidados paliativos, o humor, poderá servir para prevenir o *burnout* dos seus elementos.

Podemos concluir que existem condições que interferem com o uso do humor em cuidados paliativos quer sejam facilitadoras quer sejam dificultadoras. Fatores como o bem-estar do profissional e a boa relação que este estabelece com a equipa concorrem para que o humor possa ter lugar. Por outro lado podemos concluir que momentos como a aproximação do fim de vida e a incapacidade do doente comunicar constituem entraves para o uso do humor por parte dos profissionais.

No entanto o uso do humor parece ser inibido pelo medo que o profissional tem de ser mal interpretado aquando do seu uso, quer pela reação do doente e da família quer pelo facto de aparentemente o humor poder ser associado a uma imagem de “pouco profissionalismo”. Podemos concluir que esta ideia parece subsistir pelo facto de se tratar de uma equipa jovem e com experiência limitada no tempo no que concerne ao cuidar em cuidados paliativos.

Paralelamente os dados levam-nos a concluir que aparentemente, o género dos profissionais de saúde não influencia o uso do humor nem a sua apreciação de uma maneira geral.

Este é também o momento em que iremos apontar algumas limitações que sentimos no decorrer deste estudo e paralelamente sugerir e lançar novos desafios ainda nesta área para a investigação e para a prática.

Sentimos que algumas limitações se prenderam com o facto de os dados quantitativos dizerem respeito a uma amostra populacional pequena. Os dados obtidos através da escala MSHS poderão não ser suficientes para fazer generalizações ao nível do

panorama nacional dos cuidados paliativos. Por este motivo lançamos o desafio de elaborar um estudo mais alargado, que permita perceber se fatores como a idade, a categoria profissional ou mesmo o nível académico influenciam a forma como os profissionais de saúde vêem o humor e a forma como o usam no seu quotidiano profissional.

Outra das limitações que encontramos no decorrer da investigação prendeu-se com a não observação dos profissionais de saúde na prática diária de cuidados. Era nossa intenção acrescentar a observação ao processo de recolha de dados, em momentos chave como a prestação de cuidados, as conferências familiares ou as passagens de turno, no entanto o fator tempo impediu-nos de o fazer, pelo que este é também outro dos desafios que lançamos para futuras investigações.

Parece-nos ainda relevante tentar auscultar os doentes e famílias, no sentido de perceber qual é a perceção destes relativamente ao uso do humor por parte dos profissionais de saúde que os cuidam. Interrogamo-nos se também os familiares partilham desta visão positiva relativa ao uso do humor por parte dos profissionais de saúde em contexto de cuidados paliativos. Desta forma, outra das sugestões que deixamos para futuras investigações passa por incluir as famílias e os doentes no processo de investigação. Consideramos que esta informação servirá sem dúvida de complemento à visão obtida no presente estudo, enriquecendo-o.

O desafio que propomos para a prática de cuidados prende-se com o desenvolvimento de formações em serviço no âmbito do humor, bem como a implementação de estratégias que estimulem o uso do humor em cuidados paliativos.

Apesar das dificuldades e limitações acreditamos que os resultados obtidos permitem-nos compreender como é usado o humor pelos profissionais de saúde em cuidados paliativos e refletir sobre esta temática. Consideramos que existe um vasto campo de investigação no que concerne aos estudos do humor e ao seu uso no âmbito dos cuidados paliativos. Esperamos ter trazido algum contributo nesta área através da realização deste trabalho e despertar a curiosidade do tema de tal forma que a investigação permita associar de forma vinculativa aos cuidados paliativos expressões positivas como sorriso, confiança e acima de tudo Humor.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, S. (2008). A morte faz falar. Optimizar a comunicação em cuidados paliativos para otimizar os cuidados em fim de vida. Lisboa: Faculdade de Psicologia e Ciências de Educação da Universidade de Lisboa. Dissertação de mestrado
- Alvarenga, M. (2008). A comunicação na transferência do doente em cuidados curativos para cuidados paliativos. Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa - Dissertação de mestrado.
- Antonovsky, A. (1987). Unravelling the mystery of health: how people manage stress and stay well. San Francisco: Jossey-Bass.
- Aparício, M. (2008). A satisfação dos familiares de doentes em cuidados paliativos. Lisboa: Faculdade de medicina da universidade de Lisboa. Dissertação de mestrado.
- Araújo, M. e Silva, M. (2006). A Comunicação com o Paciente em Cuidados Paliativos: Valorizando a Alegria e o Optimismo. In Revista Escola Enfermagem Universidade de São Paulo; Vol. 41, nº4 (2006), p. 668-674.
- Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos – Organização de Serviços de Cuidados Paliativos: Critérios de Qualidade para Unidades de cuidados paliativos.[Em linha]. Lisboa, 2006. [consultado em 21 de Abril de 2014]. Disponível na WWW: <URL:http://www.apcp.com.pt/uploads/Criterios_de_Qualidade-2006.pdf>.
- Bardin, L. (2008) – Análise de conteúdo. Lisboa: edições 70, LDA. ISBN: 978-972-44-1506-2
- Bitti, P. e Zani B. (1997). A comunicação como processo social. 2ª edição. Lisboa: Editorial Estampa
- Buckman, R. (2011) – communication skills. In: Emanuel, L. e Librach, S. – Palliative care – core and skills and clinical competencies. 2nd Ed. Missouri: Elsevier inc. (2011). ISBN 978 – 1-4377-1619-1. P-30 – 55.
- Capela, R. (2011) – Riso e bom humor que promovem a saúde. In Revista Simbio-Logias, São Paulo. Vol. 4, nº 6 (2011), p. 176 -184.
- Cerqueira, M. (2005) – O Cuidador e o doente paliativo. Coimbra: Formasau, formação e saúde, LDA. ISBN: 972-8485-49-2
- Chochinove, H. (2006). Dying, Dignity and New Horizons in Palliative End-of-Life Care. In CA Cancer Journal for Clinicians,(2006) Volume 56, nº 2, pp . 84 -103.

- Cooper, K. e Gosnell, K. (2015) – Foundations of nursing. 7th Edition. Canada: Elsevier mosby
- Dean, R. A. e Gregory, D. M. (2004) - Humor and laughter in palliative care: An ethnographic investigation. In Palliative & Supportive Care (2004) nº.2, p. 139-148.
- Deschamps, Chantal (1993), L'approche phénoménologique en recherche, Montreal: Guérin éditeur, p. 18, 54, 63.
- Direcção-Geral da Saúde (2004). Programa Nacional de Cuidados Paliativos. [Em linha]. Lisboa, 2006. [consultado em 15 de Abril de 2013]. Disponível na WWW: <URL:http://www.hsm.min-saude.pt/contents/pdfs/cuidados_continuados_integrados/Programa%20Nacional%20de%20Cuidados%20Paliativos.pdf>
- Direcção Geral da Saúde (2010). Programa Nacional de Cuidados Paliativos. [Em linha]. Lisboa, 2006. [consultado em 15 de Abril de 2013]. Disponível na WWW: <URL:http://udcpplanaltomirandes.files.wordpress.com/2011/08/programa_nacional_cuidados_paliativos1.pdf>
- DuPré, A. (1998). Humor and the healing arts: A multimethod analysis of humor use in health care. [Em linha]. Lisboa, 2006. [consultado em 15 de Abril de 2013]. Disponível na WWW:<URL:http://books.google.pt/books?id=RWRC2R6Dj5AC&printsec=frontcover&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false>
- Flick, U. (2005) - Métodos qualitativos na investigação científica. Lisboa: Monitor LDA. ISBN: 972-9413-67-3
- Fonseca, R. (2012). Comunicação de más notícias em contexto de urgência. Coimbra: escola superior de enfermagem de Coimbra. Dissertação de mestrado
- Fortin, M. (1999). O Processo de Investigação. Lisboa: Lusociência.
- Fortin, M. (2009). Fundamentos e etapas do processo de investigação. Loures: Lusodidacta.
- Foucault, C. (2004). A Arte de Tratar em Cuidados Paliativos. Lisboa: Instituto Piaget.
- Francescato, D. (2004). Rir é uma coisa séria. Barcelos: Companhia Editora do Minho.
- Gil, A. (2008) – Métodos e técnicas de pesquisa social. 6ª edição. São Paulo: editora Atlas S.A.. ISBN 978-85-224-5142-5
- Gores, M.A. (2010) – Addicted to laughter: Humor in Hospitals by Patients and Staff. Arisona, USA: Wheatmark. ISBN 978-1-60494-329-0

- Greenberg, M. (2003). - Therapeutic play: developing humor in the nurse-patient relationship. In *Journal of the New York State Nurses Association*. Vol. 34, nº1 (2003), p. 25-31.
- Hughes, M. e Terrell, J. (2009) - A inteligência emocional de uma equipa: Compreendendo e desenvolvendo comportamentos de sucesso. Montijo: Editora Smartbook. ISBN: 978-989-95970-3-7
- Humor in infopédia (2013) [em linha]. Porto: Porto Editora, 2003-2013. [consultado em 19, Maio, 2013]. Disponível na www: <URL: <http://www.infopedia.pt/lingua-portuguesa/humor>>.
- José, H. (2002). - Humor nos Cuidados de Enfermagem: Vivências de doentes e Enfermeiros. Loures: Lusociência.
- José, H. (2005). - Humor: que papel na saúde. In *Revista pensar enfermagem* 10, 2º semestre 2006. p.1-18.
- José, H. (2008). - Resposta Humana ao Humor: Quando o humor integra o agir profissional dos enfermeiros. Lisboa: Universidade de Lisboa. Tese de Doutoramento em Enfermagem.
- José, H. (2010). - Resposta Humana ao Humor: Humor como resposta Humana. Loures: Lusociência.
- José, H. (2012) - Humor: a holistic care and a promoting children's health. In *Journal of nursing*. Vol. 6, p. 2551-2555
- José, H. e Parreira, P. (2008). - Adaptação para Português da Escala Multidimensional do Sentido de Humor (MSHS). In *Referência*, Vol. 6, p.7-18.
- Jose H. , Parreira P. et al (2007) - A Factor-Analytic Study of the Multidimensional Sense of Humor Scale with a Portuguese Sample. In *North American Journal of Psychology*, Vol. 9, Nº. 3, p. 595-610.
- Kovács, M. (2008) – Cuidando do Cuidador Profissional. In: Arantes, A. Et Al. - *Cuidado Paliativo*. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (2008) ISBN 978-85-89656-15-3. p. 92-100.
- Martin, R. A. (2007). - *The Psychology of Humor*. USA: Elsevier. ISBN 978-0-12-372564-6
- Martin, R. A. et al. (2003). - Individual differences in uses of humor and their relation to psychological well-being: development of the humor styles questionnaire. In *Journal of Research in Personality*, (2003) Vol. 37(1), p. 48-75.

- Monteiro, M. (2011) - Humor e prazer perante a alegria e o infortúnio dos outros: Identificação empática, contágio emocional ou prazer malicioso? Lisboa: Instituto universitário de Lisboa. Dissertação de mestrado
- Morais, A. M. e Neves, I. P. (2007). - Fazer investigação usando uma abordagem metodológica mista. Lisboa: Universidade de Lisboa
- Neto, I. (2003) - Cuidados Paliativos: O Desafio para Além da Cura. In Revista Portuguesa de Clínica Geral. N.º 9 (2003), p.27 – 29.
- Neto, I. (2010). - Princípios e filosofia dos cuidados paliativos In: Barbosa A, Neto I. (ed.) Manual de Cuidados Paliativos 2ª ed. Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos / Centro de Bioética da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; p. 1-33.
- Nobre, C. (2013) - A experiência da pessoa com dor crónica do foro oncológico. Lisboa: Instituto de ciências da saúde - Universidade Católica Portuguesa. Tese doutoramento.
- Nunes, L. (2005) - Ética na investigação em Enfermagem, Comunicação-Mesa Redonda: Ética na Prática de Enfermagem, XXVI Congresso Português de Cardiologia, Porto, p. 1-8
- Paice, J. (2011) - The interdisciplinary team. In: Emanuel, L. e Librach, S. – Palliative care – core and skills and clinical competencies. 2nd Ed. Missouri: Elsevier inc. (2011). ISBN 978 – 1-4377-1619-1. P-540 – 550.
- Peixoto, H. (2011) – O Enfermeiro e a doença oncológica: intervenção e importância do apoio psicológico emocional. Porto: Universidade Fernando Pessoa. Dissertação de mestrado
- Pereira, M. (2005). Comunicação de más notícias em saúde e gestão do luto: Contributos para a formação em Enfermagem. Porto: Universidade do Porto - Faculdade de Psicologia e de Ciências de Educação. Tese de Doutoramento
- Pereira, M. (2008) - Comunicação de más notícias em saúde e gestão do luto. Coimbra: Formasau.
- Pinheiro, M. (2011) - Um Estudo Exploratório sobre o Sentido de Humor e as suas relações com a Culpa, a Vergonha e a Depressão. Lisboa: Faculdade de psicologia da universidade de Lisboa. Dissertação de mestrado
- Querido, A. (2005). - A esperança em cuidados Paliativos. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa. Dissertação de mestrado

- Querido A, Salazar H, Neto IG (2010). - Comunicação. In: Barbosa A, Neto I (ed.) Manual de Cuidados Paliativos 2ª ed. Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos / Centro de Bioética da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; p.461-485
- Quivy, R. e Campenhoudt, L. (2003). - Manual de Investigação em Ciências Sociais. Lisboa: Gradiva.
- Real, A. (2000) - O tempo e o cuidar em enfermagem. In Nursing, Lisboa. nº146, 2000. pp.16-17
- Robinson, V. (1991) - Humor and the health professions: the therapeutic use of humor in health care, 2th ed. Thorofare: Slack Incorporated
- Santos, F. (2011) – Cuidados paliativos: Diretrizes, humanização e alívio de sintomas. São Paulo: editora Atheneu. p. 3-42
- Santos, M. (2011). - Factores individuais que condicionam a saúde. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa, 2011. Tese de mestrado.
- Sapeta, P. (2011). - Cuidar em fim de vida: O processo de interacção enfermeiro-doente. Loures: Lusociência
- Sheldon, L. (1996) - An analysis of the concept of humour and its application to one aspect of children's nursing. In Journal of Advanced Nursing, Vol. 24 (1996), p. 1175 – 1183.
- Silva, M. (2008) – Falando da Comunicação. In: Arantes, A. Et Al. - Cuidado Paliativo. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (2008) ISBN 978-85-89656-15-3. p. 33 – 43.
- Sociedad Española de Cuidados Paliativos (2013) – Guía de Cuidados Paliativos. [Em linha]. 2013 [consultado em 15 de Abril de 2013]. Disponível na WWW: <URL: <http://www.secpal.com/guia-cuidados-paliativos-1>>
- Stuart, G. e Laraia, M. (2006) - Enfermería psiquiátrica: principios y prácticas. 8ª ed. Madrid: Elsevier
- Taquemori, L. e Sera, C. (2008) - Interface Intrínseca: Equipe Multiprofissional. In: Arantes, A. Et Al. - Cuidado Paliativo. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (2008) ISBN 978-85-89656-15-3. p. 55-57.
- Teixeira, E. (2003) – Análise de dados na pesquisa científica. In Revista Desenvolvimento em questão. Editora Unijuí. Ano 1, Nº.2 (2003), p.177-201

- Teixeira, R. (2009) – Humor tem tudo a ver com saúde. [Em linha]. Brasília, 2013 [consultado em 13 de Dezembro de 2014]. Disponível na WWW: <URL <http://www.icbneuro.com.br/paginas/pdf/artigos/humor.pdf>>
- Thorson, J. e Powell, F. (1993) – Sense of humor and dimensions of personality. *Journal of Clinical Psychology*. Vol. 49, n.º 6, p. 799-809.
- Tincão, V. (2009). - Comunicação intrafamiliar sobre o final de vida e a morte. Lisboa: faculdade de medicina da universidade de Lisboa. Tese de mestrado
- Torrabadella, P. (2001). - Como desenvolver o sentido de humor: As chaves da alegria interna. Lisboa: Círculo de Leitores
- Torres, A. Et al. (2010) - Validación de la escala del Sentido del Humor en población mexicana [Em linha]. Brasília, 2010 [consultado em 13 de Janeiro de 2014]. Disponível na WWW: <URL <http://www.psicologiacientifica.com/escala-del-sentido-del-humor-validacion-mexico/>>
- Twycross, R. (2003). - Cuidados paliativos, 2ª ed. Lisboa: Climepsi editores.
- Winer, R. (2009). Sobre Acciones, silêncios y un sentido de humor particular en un equipo de cuidados paliativos. In *Revista de Antropología Iberoamericana*. Madrid: Antropólogos Iberoamericanos en Red. ISSN: 1695-9752 Vol. 4, nº 3. (2009). p. 409-442
- West, M. (2004). – Os segredos para uma gestão de equipas de sucesso. Lisboa: plátano editora. ISBN- 972-770-288-0
- Wooten, P. (2009) - Humor, laughter and Play. In Dossey, [et al.]. - *Holistic Nursing: a handbook for practice*, 5th edition. Burlington: American Holistic nurses association, 2009; p. 307 – 327.

ANEXOS

**Anexo 1 –
Escala MSHS**

	Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
B1 -Eu sou visto pelos meus amigos como uma pessoa com sentido de humor	1	2	3	4	5
B2 - Eu consigo dizer as coisas de um modo que faz as pessoas rir	1	2	3	4	5
B3 - Os meus ditos inteligentes divertem os outros	1	2	3	4	5
B4 - As pessoas olham para mim, para que diga coisas engraçadas	1	2	3	4	5
B5 - Eu uso o humor para entreter os meus amigos	1	2	3	4	5
B6 -Estou confiante de que consigo fazer outras pessoas rir	1	2	3	4	5
B7 - Outras pessoas dizem-me que eu digo coisas engraçadas	1	2	3	4	5
B8 - Às vezes vêm-me à cabeça piadas ou histórias engraçadas	1	2	3	4	5
B9 - Eu consigo surpreender e pôr as pessoas a rir à gargalhada	1	2	3	4	5
B10 - Eu consigo aliviar uma situação de tensão dizendo algo engraçado	1	2	3	4	5
B11 - Eu até consigo ter algum controlo sobre um grupo, quando uso humor	1	2	3	4	5
B12 - O humor ajuda-me a lidar com as coisas	1	2	3	4	5
B13 - Piadas inteligentes ou uso de humor ajudam-me a gerir situações difíceis	1	2	3	4	5
B14 - Lidar com as coisas com humor é uma elegante forma de adaptação	1	2	3	4	5
B15 - Tentar gerir situações através do uso do humor é realmente estúpido	1	2	3	4	5
B16 - O humor é uma péssima forma de lidar com as coisas*	1	2	3	4	5
B17 - Usar o humor ajuda-me a sentir mais à vontade	1	2	3	4	5
B18 - Eu consigo usar piadas inteligentes para me ajudar a adaptar a muitas situações	1	2	3	4	5
B19 - Eu aprecio as pessoas que geram humor	1	2	3	4	5
B20 - Eu gosto de uma boa piada	1	2	3	4	5
B21 - Chamar a alguém “comediante” é um verdadeiro insulto*	1	2	3	4	5
B22 - Eu não gosto de cómicos*	1	2	3	4	5
B23 - Pessoas que dizem piadas são maçadoras*	1	2	3	4	5
B24 - Fico desconfortável quando alguém está a dizer piadas*	1	2	3	4	5

*itens invertidos

Thorson & Powell, (1993) e adaptado para a realidade portuguesa por Helena José e Pedro Parreira (2007)

Anexo 2 –

Autorização Para uso da escala MSHS adaptada para a realidade portuguesa

Estimada Cláudia

Bom dia,

Em primeiro lugar agradeço o seu contacto e congratulo-me pela escolha do tema. Muito já se avançou no estudo do humor e sua relação com a saúde e cuidados de saúde, estando hoje em condições de fazermos estudos experimentais e de validação do humor enquanto intervenção, aliás estudos que já estão a ser desenvolvidos. (...)

Acerca da utilização da escala, ela está publicada, portanto pode utilizar sem restrições, gostaria, apenas, que me comunicasse os resultados.

Continuação de bom trabalho e muito sucesso.

Aguardo os seus resultados

Saudações académicas

Helena José, PhD

APÊNDICES

Apêndice 1 –
Questionário Sociodemográfico

Questionário

Correspondente à entrevista nº _____

I PARTE - Dados de identificação e Caracterização dos participantes

A1 - Idade:

1	< 20 anos	
2	21 – 30 anos	
3	31 – 40 anos	
4	41 – 50 anos	
5	> 51 anos	

A2 - Sexo:

1	Masculino	
2	Feminino	

A3 - Grau Académico:

1	9º ano ou menos	
2	Secundário	
3	Bacharelato/Licenciatura	
4	Pós graduação/ especialização	
5	Mestrado	
6	Doutoramento	

A4 – Categoria Profissional

1	Assistente operacional	
2	Enfermeiro	
3	Médico	
4	Outra	

A5 – Experiência profissional em anos

1	Entre 1 e 5 anos	
2	Entre 6 e 10 anos	
3	Entre 11 e 15 anos	
4	Entre 16 e 20 anos	
5	Mais de 20 anos	

Apêndice 2 –
Guião da Entrevista

GUIÃO DA ENTREVISTA

I Parte - Acolhimento	
<p>Objetivo: Informar o entrevistado</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Identificação do investigador; ▪ Informar acerca do tema e da sua pertinência e dos objetivos do estudo; ▪ Garantir a confidencialidade e anonimato; ▪ Solicitar autorização para a participação no estudo e gravação da entrevista.
II Parte – Caracterização do entrevistado	
<p>Objetivo: Caracterizar o entrevistado</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Idade ▪ Género <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino ▪ Formação académica ▪ Função desempenhada
III Parte – Objetivos/questões orientadoras	
Objetivos Específicos:	Questões orientadoras
<ul style="list-style-type: none"> • Perceber o significado do humor para os profissionais de uma equipa de cuidados paliativos; • Identificar as situações em que os profissionais de saúde de uma equipa de cuidados paliativos usam o humor; • Identificar as estratégias utilizadas pelos profissionais de saúde de uma equipa de cuidados paliativos para fazer uso do humor; • Identificar os benefícios do humor no âmbito da intervenção em cuidados paliativos; • Identificar as condições que interferem no uso do humor pelos profissionais de saúde de uma equipa de cuidados paliativos; 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ O que significa para si ter sentido de humor? ▪ Usa o sentido de humor na sua interação com os doentes e famílias? ▪ Parece-lhe benéfico usar o sentido de humor na sua relação com doentes paliativos? ▪ Costuma rir com os doentes/famílias? ▪ Quando considera estar a usar o humor que estratégia implementa? Qual a abordagem que faz em termos humorísticos ao doente e família? ▪ Alguma vez foi “mal interpretado” por usar o humor em contexto de cuidados paliativos, ou o uso do humor alguma vez resultou numa vivência negativa? ▪ O que pode contribuir para que use ou não o humor enquanto profissional de cuidados paliativos?
IV Parte – Fecho da Entrevista	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Agradecer a colaboração do entrevistado e referir a importância da sua participação no estudo; ▪ Resumir os aspetos essenciais abordados durante a entrevista; ▪ Dar a oportunidade ao entrevistado de acrescentar mais algum aspeto que tenha ficado por referir durante a entrevista. 	

**Apêndice 3 –
Matriz de redução de dados**

Área Temática	Categoria	Unidades de registo
Significados do humor	Atitude Positiva	"[o humor]Para mim é algo de positivo (...). A1 "acho que o humor pode ser uma atitude positiva e divertida perante a vida". M1 "humor é uma pessoa que tem de ser capaz de ver o lado positivo ou mais engraçado em tudo". E6
	Forma de estar na vida	"quando se fala em humor lembro-me logo de uma forma de estar na vida (...) acho que é uma das formas de estar em cuidados paliativos" E1
	Brincar	"Humor lembra-me sempre sorriso, divertir e brincar" E6
	Carinho	" [o Humor]é uma comunicação do nosso bem estar para com os outros que se repercute (...), numa palavra de aconchego, de amizade e de carinho." E4
	Fonte de bem-estar / prazer	"Humor é algo que nos diverte, é algo que nos dá prazer, que nos faz sentir bem". M1 "[humor significa] bem-estar". E4 "trazer boa disposição para conseguir por outra pessoa bem disposta em geral". E7
	Alegria	"[o humor]Para mim é (...) alegre... é alegria". A1 "falar em humor é falar em alegria" M1 "Quando me fala em humor eu penso logo em alegria, boa disposição, vem-me logo á mente essas palavras." AS1 "[o humor é] Sobretudo, lidar com as situações do dia a dia, colocando alguma boa disposição, mas também dar algum sentido às situações, não numa perspectiva tão negativa. " E5 "[o humor] lembra-me logo ser alegre, bem disposto" A3 "[o humor é]talvez alegria, mesmo que a gente não a tenhamos, pronto temos que mostrar que estamos felizes que há alegria e que está tudo muito bem, é entrar e sempre com cara alegre..." A5 " (sorriso) [o sentido de humor é] Desde logo animação" E2 "Penso que é ser uma pessoa divertida, tentar conversar mas sempre com uma alma alegre, porque nós aqui temos mesmo de enfrentar as coisas com alegria" A2
	Sorriso	" [o Humor]é (...) por norma um sorriso." E4 "Humor lembra-me sempre sorriso, divertir e brincar" E6 "Quando penso em sentido de humor penso sempre em sorrisos"E3 "Sentido de humor é fazer o outro sorrir, principalmente isso" E7

Área temática	Categoria	Subcategoria	Unidades de registo
Estratégias mobilizadas do uso do humor	Habilidades comunicacionais	Capacidade de conhecer e interpretar o outro	<p>"das vezes que usei o humor perante as famílias, nunca fui mal interpretada, mas também atendi à relação que consegui estabelecer antes." E1</p> <p>"Se vemos que a pessoa ficou de certa forma melindrada com a nossa intervenção acho que aí é altura de esclarecer "peço desculpa era só para ver e lhe conseguia retirar um sorriso" e aí também já percebemos a personalidade da pessoa".E1</p> <p>"Se hoje com um determinado utente sei que estou à vontade e posso ter essa brincadeira, amanhã ou logo à tarde á não posso falar assim porque o utente já não está nessa condição. Portanto aqui, cabe-nos adequar o momento em que podemos ir por uma brincadeira e até serve para aliviar essa dor ou essa mágoa e outra em que se calhar estamos aqui e devemos aproveitar o momento enquanto estamos juntos" A1</p> <p>"Tento mesmo com as famílias ter uma abordagem calma e conhecê-las primeiro [antes de usar o humor]" E6</p> <p>"eu acho que inicialmente faço tantas perguntas e tento conhecer tão bem os utentes que, apesar de ser animada, (...), vou entrar a sorrir e ser o mais simpática que eu conseguir ser, para criar aquele laço e só depois passar à ação, no sentido de verbalizar a brincadeira, e acho que quando verbalizo uma brincadeira já me sinto completamente à vontade" E2</p> <p>"vou conquistando aos bocadinhos e vou vendo até onde posso chegar"[no uso do humor]. E3</p> <p>"Quando conhecemos as pessoas e sabemos como tocar e como falar com eles é muito fácil, e com os familiares. Na primeira impressão é sempre mais complicado ... mas depois de criar um vínculo com o doente e com a família é muito mais fácil." E3</p> <p>"O humor pode vir após uma fase de confiança, não numa fase inicial. " M1</p> <p>"temos de ver o tipo de pessoa que é e como é que ele se sente animicamente para ver se podemos entrar ou não com sentido de humor ".E7</p> <p>" Temos de ter a certeza que a pessoa aceita [o uso do humor], temos de a conhecer porque se não acontecer pode até ser prejudicial. "E8</p> <p>"Para mim isso [uso do humor] só é possível quando conhecemos a pessoa e a pessoa nos conhece a nós e ai sentimo-nos a vontade para extravasar isso para essa forma". E8</p>

Área temática	Categoria	Subcategoria	Unidades de registo
Estratégias mobilizadas no uso do humor	Habilidades comunicacionais	Manifestações de afeto	" [no meu trabalho uso o sentido de humor] Sempre, sempre. E se vejo um doente triste, vou para a beira dele, converso, abraço, beijo..." A2 "doente está ali e merece carinho. E os doentes sentem quando os profissionais são assim [mais distantes e sem uso do humor], isso até prejudica o doente e bastante até." A5
		Uso do riso	"E as pessoas acham que as unidades de cuidados paliativos são demasiado sérias. Eu por mim tinha quadros nas paredes aqui da unidade, geralmente quando as pessoas entram na unidade sabem que sou eu que estou a trabalhar, porque eu ponho música, eu ponho incensos, ligo televisões"... E2 "dizer uma brincadeira, desde que adequada ao contexto cultural cria até uma empatia, a terapia do riso é importante em paliativos" M1 "A ideia de contar uma piada ou uma anedota não deixa de ser uma forma de usar uma arma terapêutica, de forma alegre e inteligente". M1 "tentar trazer factos mais animados, tentar procurar até situações anteriores que tivemos com aquela pessoa que possam trazer recordações melhores " E6
		Feedback	"eu acho importante o sentido de humor, e depois temos de perceber também que ... se conseguimos resgatar um sorriso... muito bem, é sinal que a pessoa aceitou e entendeu. " E1 "Por norma tento sempre perceber como é que ele sente, há aquele doente que o próprio discurso dá para ver se podemos interagir mais ou menos, depende um pouco das respostas que ele dá, se são respostas mais abertas ou mais fechadas, se só nos responde sim ou não, é porque não quer muito falar e se não quer falar também não vai achar piada que eu vá para lá tentar fazê-lo rir. Se por outro lado é um doente que vai interagindo connosco ao longo do diálogo, se calhar também podemos ir tentando brincar um bocadinho para ver o feedback que obtemos e explorar. " E7 "Estabelecendo uma relação empática e sabendo se há um feedback positivo no sentido de perceber se a pessoa vai interpretar bem o meu sentido de humor, a minha animação, o meu sorriso, a minha energia, até que ponto ela interpreta bem essa situação, não é? Se eu fizer uma brincadeira, ou mandar uma piada, se houver um feedback positivo essa situação é mais facilitada e proporciona-se mais vezes. Mas claro, sempre estudando o outro lado" E2

Área temática	Categoria	Subcategoria	Unidades de registo
Estratégias mobilizadas no uso do humor	Habilidades comunicacionais	Empatia	<p>"A nível de enfermeiro/utente também se aplica muito isso [o sentido de humor]. Acho que criamos uma empatia grande porque realmente quando há um internamento longo, eles acabam por ser nossos amigos (silencio) e se calhar, erradamente ou não, quase nossos familiares ". E2</p> <p>"o humor é uma arma poderosa na construção de laços de empatia" E1</p> <p>Acima de tudo tem de haver empatia, a partir do momento em que somos empáticos com as pessoas vamos ser sempre bem entendidos [quando usamos o humor] E7</p> <p>"Eu acho que nós cada vez mais temos de ser mais humanos porque a nível profissional conseguimos desenvolver com técnicas... mas a nível humano ... se nós não formos humanos no nosso trabalho não vamos ser humanos a nível pessoal nem em nenhuma fase da nossa vida! E nota-se muito que é importante na arte do cuidar o estar com o outro, os sorrisos e a empatia nesta arte dos cuidados paliativos" E3</p> <p>"eu acho é que só pode ser usado [o humor] quando houver um certo grau de empatia. Antes do humor tem de vir adaptação, o medico tem conseguir criar uma empatia com o doente por forma a que o humor possa ter um terreno fértil para atuar" M1</p>
		Ser assertivo	<p>Se calhar dizemos é de forma diferente, dizemos a mesma coisa mas para o utente temos mais cuidados com as palavras que utilizamos ou como brincamos" E3</p> <p>..." temos de ter cuidado com a maneira como falamos, temos que mostrar boa disposição e tentar brincar um bocadinho com eles mas com cuidado. Porque podemos ferir o doente, às vezes eles podem não tolerar alguma brincadeira que a gente diga, nem é a brincadeira é a maneira como se fala." A3</p> <p>"o objetivo é ir sempre bem humorada, claro que se vamos para uma conferência familiar abordar a família no sentido de ele perceber bem a situação em que está o doente,...se calhar a forma como se aborda não tem propriamente de haver um ar pesaroso, mas tem de se saber usar as palavras certas, e fazer compreender que efetivamente que o familiar pode estar a entrar naquela situação, para que eles também possam ter o seu tempo de saber lidar com o momento. " E5</p> <p>"se mantivermos um tom de voz assertivo e correto acho que eles conseguem compreender bem, tudo depende do tom de voz, da maneira como falamos e como dizemos as tais piadas ou brincadeiras". E3</p>

Área temática	Categoria	Unidades de registo
Estratégias mobilizadas no uso do humor	Partilha de experiências na equipa	<p>"E o facto de nós falarmos abertamente de tudo, mesmo quando há um óbito não passámos esse quarto à frente. Falamos na mesma do óbito, como aconteceu, como degradou... E se calhar eu ao partilhar com quem me compreende mais porque também vive esses momentos comigo, eu consigo libertar-me mais e voltar a ser o animada que sou, sim porque eu acho que sou!" E2</p> <p>"... temos o habito de quando há uma morte de um utente transmitimos sempre isso e depois lembramos alguma coisa que possamos ter brincado com ela, e entramos mesmo ao pormenor e em termos de equipa conseguimos brincar" A1</p> <p>"Encontro o sentido de humor na equipa, digamos assim, não tanto por uma sinergia, se calhar a equipa em si não tanto, mas cada um com a sua individualidade e o seu sentido de humor acabamos por interligar-nos e partilhar experiências" E4</p> <p>"nós em equipa temos o hábito de partilhar. Partilhar sentimentos, emoções que vivenciamos em cada turno, quando é um turno mais complicado, quando há situações de urgência, tentamos partilhar com o colega que vem a seguir o que é que aconteceu, o que fizemos, o que sentimos, brincadeira... porque é uma forma de nos sentirmos mais aliviados."(...) "o facto de vir um colega a seguir para partilhar e desabafar era bom. Ajuda bastante". E7</p>

Área Temática	Categoria	Unidade de registo
Situções em que é utilizado o humor	Momentos que envolvem emotividade	"tenho noção de que em situações de carga, e vou dizer emocional, recorremos muitas vezes ao humor" E1 "na altura que vem a partida [morte] ...uma pessoa vai um bocadinho a baixo. Só que nasce em nós uma força tão grande, e então a gente fala para o doente que parte como se ele tivesse vivo, como se estivesse a ouvir. Depois começamos a trabalhar, vem o colega a gente abraça-se, sorri, tentamos mesmo conversar, rir... e com a família, na altura que vem a família a gente conversa, abraça-se, por vezes vem as lágrimas aos olhos mas tentamos dar a volta por cima e começamos a rir, a dizer uma brincadeira... A2
	Passagem de turno	"...porque nós passamos mesmo estes pormenores, ao ponto de dizer "eu até disse esta piada", isso faz parte da nossa passagem de turno" E1 "E na passagem de turno comentamos isso mesmo [momento de humor com doente], são palavras diferentes mas no fundo dizemos o mesmo". E3 "Sim [tenho por habito rir], em geral com os utentes, com a família e mesmo a nível de trabalho com os colegas... acho que foi visível na passagem de turno" E2
	Relacionamento na equipa	"O humor também faz parte do dia-a-dia entre grupos profissionais nomeadamente entre nas, a chefe, os médicos que por aqui passam"... E1
	Interação com os doentes	"às vezes eles ouvem e nós dizemos mesmo a eles próprios e eles riem-se, é normal... ainda no outro dia brincávamos com um doente que tem uma PEG e coloca batatas fritas no leite para comer pela PEG! (risos) e nós brincamos com ele. E ele aceita e brinca". E3 "Esse senhor foi o que mais me marcou de todos. E realmente ele conseguia fazer humor comigo pela forma como ele falava (sorriso) a disponibilidade, e eu também conseguia com ele". E8
	Quotidiano	"Acho que o bom humor deve ser sempre usado, standardizado, não só na vida pessoal mas também na vida profissional e associativa e institucional". M1 "Eu acredito que não devemos deixar de ser nós próprios para sermos profissionais! E pratico isso todos os dias. Desde que as coisas sejam feitas com profissionalismo tudo tem o seu lugar na relação com o doente e o sentido de humor cabe aí, também tem o seu lugar" E6

Área temática	Categoria	Subcategoria	Unidades de registo
Benefícios do Uso do Humor	Para doentes/família	Despoleta sorrisos	<p>"[após momento de riso com o doente] no fundo é um problema que ele tem, é um problema que se tornou num momento de graça não é? (...) Rimo-nos e isso é bastante importante" E2</p> <p>"Surpreendidos positivamente, ficamos. Porque há situações que nós não estamos à espera. Ficamos muito contentes porque de tanto que brincamos com eles, porque muitas vezes eles dão um sorriso mas não tem força para mais." E3</p>
		Promove adesão ao plano terapêutico	<p>"Se tivermos a ideia que o humor é uma arma terapêutica, quer seja individual ou familiar ou de grupo ou ate institucional, eu julgo que é benéfica e que é mais um instrumento de trabalho que pode levar-nos a atingir a atingir os nossos fins terapêutico, neste conceito mais abrangente". M1</p> <p>"Muitas vezes eles estão renitentes na prestação de cuidados de uma forma geral, se nós às vezes fizermos essa abordagem de forma diferente, com algum humor, com alguma brincadeira (brincadeira aqui não no sentido de infantilizar!) mas brincar um bocadinho com a situação, tentar fazer uma abordagem um bocadinho mais leve, acho que eles aderem muito mais, conseguimos no fundo levar o utente a aderir muito melhor aos cuidados que tem de ser prestados". E5</p> <p>"a ideia que eu tenho e que se vai verificando é que o doente até fica muito melhor com alguém que tem essa postura profissional do que alguém que vai ali e que obriga e que está ali com essa postura sisuda eles ficam muito mais contrariados em aderir aos cuidados e isso é evidenciado pelas famílias e doentes." E5</p>

Área temática	Categoria	Subcategoria	Unidades de registo
Benefícios do Uso do Humor em Cuidados Paliativos	Para doentes/família	Facilita a relação	<p>“Quando é aquele doente que e aquele doente que já está naquela fase mesmo terminal, mas ainda nos entendem, depois começam a perder a lucidez, a gente ouve-os, eles começam com brincadeiras... nós rimo-nos, abraçamo-nos, damos beijinhos... temos doentes que nos pedem mesmo isso “dê-me um abraço...” nós damos”. A2</p> <p>“Isso é muito importante aqui no nosso trabalho porque se a gente entra num quarto e reage de uma maneira menos boa para o doente, é claro que ele se vai sentir triste, e já não se vai sentir à vontade para pedir para conversar connosco. ... Aqui as famílias vêm, vão-nos conhecendo, e há famílias que se sentem à vontade para falar connosco, para dizer uma brincadeira, olham muito à maneira como nós lidamos com o doente, muito mesmo”. A2</p> <p>“todos eles à sua maneira referem que é importante nos estarmos lá e brincarmos com eles. Porque é mesmo essa a palavra que eles dizem, brincar”. E3</p> <p>Notamos que por vezes numa fase inicial as famílias estão mais sisudas e não tão abertas realmente a esse bom espírito que se pode proporcionar mas posteriormente muitas delas acabam por incutir esse próprio espírito e participar e ser elementos ativos nesse bom humor mesmo para com o utente. E4</p> <p>[com o uso do humor pelos profissionais] Elas [as famílias] ficam mais apelativas, falam mais, são capazes de se abrir mais e ate dão dicas de como ele se sente melhor, como o devemos tratar e isso ajuda porque até podemos depois pensar “olha com este doente já posso falar mais abertamente sobre isto ou sobre aquilo”. A5</p>

Área temática	Categoria	Subcategoria	Unidades de registo
Benefícios do Uso do Humor	Para doentes/família	Promove o bem-estar / ânimo	<p>"Eles [os doentes] já trazem uma dor, um peso interior, que um sorriso, uma brincadeira, uma palavra bonita que os tire um pouco dessa escuridão será sempre bem-vinda." A1</p> <p>"as famílias gostam muito que nós demos carinho ao doente. Os familiares dizem mesmo, nós sabemos que vamos para casa e os doentes ficam bem". A2</p> <p>"se formos entrar também numa situação demasiado séria eles não tem onde se agarrar e no fundo ter esperança também é ter um bocadinho de animo não é, para alegrar aquele dia que foi vencido, conquistado. Eu sem dúvida sou apologista do bom humor, sem dúvida" E2</p> <p>"noto que na maior parte dos casos com que lido que é muito importante para eles [o uso do humor por parte dos profissionais]. Claro que depende das características individuais de cada doente, mas na maior parte, na generalidade é muito importante, eles sentem-se melhor." E3</p> <p>"...quando nós estamos uns dias fora do serviço de folga ou de férias e quando chegamos eles dizem já senti a sua falta do seu sorriso e das suas brincadeiras, faz-nos melhor, ele agora até vai sorrir mais. E os próprios doentes aqueles que conseguem comunicar que estão numa fase melhor, expressam muito essa vontade." E3</p> <p>"Nós dizíamos-lhe piadas sobre isso, ele queria muitas vezes ir a sítios que não podia ir, queria beber champanhe no copo de lavar os dentes... e era muito importante brincarmos com ele e ele não levava a mal. Era um senhor relativamente novo, consciente e orientado, e sempre gostou porque assim sentia-se mais em casa". E3</p> <p>"acho que é muito bom [usar o humor no quotidiano], acho que anima o doente, puxa o doente para cima" A3</p> <p>"já me disseram, algumas as famílias disseram que gostavam que as pessoas mostrem assim alegria, também é bom para o doente, já algumas famílias me disseram "A3</p> <p>"acontece-me várias vezes conseguir transmitir alegria e brincar de uma forma como piadas por exemplo e consigo animar os doentes". A4</p> <p>"Tenho de estar aqui de cabeça limpa e passar uma mensagem de alegria e que a pessoa esteja bem e viva dia após dia melhor do que o outro (anterior)" A4</p> <p>"por vezes chego á conclusão que temos doentes com sentido de humor, com fácies de alegria e bem estar, mais evidentes numa unidade de cuidados paliativos do que numa unidade de media duração". E4</p> <p>"Acho que para mim, faz sentido pensar que eles [os doentes] sentem esse bem-estar [resultante do humor usado pelos profissionais], querem esse bem-estar e são realmente mais felizes com quem lhes proporciona esse bem estar". E4</p> <p>"numa situação em que o doente até não está com uma disposição muito animada, uma pessoa que até se encontra num dia mais difícil, tentar pôr a pessoa mais bem disposta" E6</p> <p>"Eu acho que pela parte da nossa chefia de enfermagem e mesmo pela parte da chefia da unidade de cuidados continuados, eles também acham que isso [o uso do humor] contribui para o bem-estar dos doentes" E3</p>

Área temática	Categoria	Subcategoria	Unidades de registo
Benefícios do Uso do Humor	Para doentes/família	Efeito Terapêutico	<p>"E aí sim o humor pode até permitir, e sobretudo em paliativos, criar algum espaço de ninguém, onde se possa depois ter um benefício terapêutico. Porque eu acho que o humor é terapêutico". M1</p> <p>"Os paliativos em contexto de controlo de sintomas, de fases terminais da doença acabam por ter uma catarse do que foi a sua vivência e portanto algum sentido de humor em relação àquilo que é todo o seu percurso de vida, o humor funciona como uma forma de terapia". M1</p>
		Alivia o sofrimento	<p>"tentamos lidar com o doente com normalidade. Para que ele também não sinta que está aqui poucos dias... tentamos lidar com normalidade, a brincar, a conversar(...) e então nós conversamos com o doente com normalidade, como se não houvesse nada." A2</p> <p>"às vezes as pessoas mais deprimidas ou num estado emocional mais em baixo consigo pô-las um pouco mais animadas para elas não estarem a pensar no sofrimento e na gravidade da doença". A4</p> <p>"depende do estado clínico de cada doente mas normalmente as pessoas acham bem que nos sejamos sempre sorridentes e brinquemos com os doentes porque só assim é que eles se afastem um bocadinho do pensamento doença e do estado clínico mesmo". A4</p> <p>"A questão do humor aqui é libertar um bocadinho esse sentimento pesado e lidar com as pessoas de forma natural, não deixando de lhes dar atenção e de valorizar aquilo que elas sentem mas a abordagem ser mais leve, mais alegre se calhar, do que estar a abordar as coisas com aquele ar muito sério muito pesado, que acho que não ajuda em nada, quem está a trabalhar e sobretudo o próprio doente que se sente Sofre mais com isso". E5</p>
		Alivia o medo e a ansiedade	<p>"se for com boa disposição e com este ar brincalhão de alguma forma mais leve, eles um pouco por se esquecer e libertar algum do medo e da ansiedade que tem naquele momento acabam, que é inevitável". E5</p>

Área temática	Categoria	Subcategoria	Unidades de registo
Benefícios do Uso do Humor	Para o profissional	Promove o bem-estar individual	<p>"A pessoa sentir-se bem com a equipa ao ponto que fazermos essas transmissões e passarmos essas coisas acho que até nos faz bem" A1</p> <p>"Eu acho que se calhar a parte de eu ser uma pessoa animada, ajuda-me a viver com mais garra e mais força. Acho que me ajuda a ultrapassar melhor as dificuldades das unidades de cuidados paliativos... Dá-me mais força para viver, para viver bem, e mais feliz". E2</p> <p>"e acho que humor é isso, acaba por ser uma ferramenta que serve para nós nos sentirmos melhor connosco próprios e conseguir passar aos outros esse bem estar" E6</p> <p>"Passa pelo sentido da própria vida, somos mais felizes quando nós nos rimos de nós próprios e isso é importante" M1</p>
		Sensação de missão cumprida	<p>"[o humor em equipa funciona]Como um cumprimento de missão também. Muitas vezes partilhando estas coisas, dizendo a pessoa fez isto ou aquilo ou e quando ele disse isto ou aquilo?! Acho que é uma forma de concluir uma passagem da pessoa que esteve connosco" A1</p> <p>... "porque muitas vezes eles dão um sorriso mas não tem força para mais , há dias que eles conseguem e isso é muito reconfortante para nós". E3</p>
		Gestão de sofrimento	<p>"Eu posso dizer uma grande asneira, às vezes até digo "nem vais acreditar naquilo que eu vou dizer mas eu vou dizer porque preciso de dizer e eu acho que tu me vais entender" e se calhar até nos vamos rir daquilo que eu vou dizer, porque é como dizem os espanhóis a maior "tonteria" que existe, mas eu precisei de dizer porque precisei de ultrapassar aquele obstáculo para voltar a ser eu digamos assim, para voltar a ser mais profissional ou para saber distinguir melhor" E2</p> <p>"Não vejo mal nisso desde que a piada usada não seja usada no sentido de denegrir ou rebaixar a pessoa enquanto pessoa. Pode aligeirar situações complicadas e o peso emocional de determinado momento, e ajudar a libertar um pouco desde que não seja usada para denegrir uma pessoa". E5</p> <p>"nos também somos humanos e sentimos aquilo que as pessoas estão a sentir, sentimos as dificuldades e isso acaba por ser uma estratégia que usamos para nos distanciarmos, acabamos por usar isso para criar talvez uma situação até diferente daquela que está a acontecer" E6</p>

Área temática	Categoria	Subcategoria	Unidades de registo
Benefícios do Uso do Humor	Para o profissional	Facilita a bordagem ao doente	<p>“penso que o doente quando vê boa disposição, disponibilidade e empatia, vai ser mais fácil conversar mais expor aquilo que sente connosco” E7</p> <p>“ se calhar neste momento e com os doentes que temos consigo isso. O facto de ir bem-disposta e de tentar fazer rir traz-me ganhos diretos na relação com os doentes” E7</p> <p>“eu posso ser profissional, ter sentido de humor e não me tornar amiga, mas eu acho que ao haver sentido de humor, se eu me sinto à vontade para brincar e para usar essa animação se calhar eu vou-me aproximar um bocadinho mais mesmo a nível pessoal”. E2</p> <p>“considero sim que é um elemento fundamental para o estabelecimento da relação interpessoal e para uma comunicação eficaz com os utentes”. E4</p> <p>“Há alturas em que é difícil, quase impossível, mas há também alturas em que resulta, em que de facto com estas estratégias e com coisas mais pequenas acabamos por conhecer melhor o doente e torna-se mais fácil aceitar”. E6</p> <p>“em cuidados paliativos é muito importante, uma palavra resulta melhor do que uma prática ou uma técnica. Acho que uma pessoa mais sisuda vai por o doente mais constrangido e não terá tão bons resultados” E6</p> <p>“[se o profissional usar o humor] irá ser mais fácil comunicar, vamos sentir-nos mais à vontade, e quanto mais à vontade estamos mais fácil se torna trabalhar”. E6</p>

Área temática	Categoria	Subcategoria	Unidades de registo
Benefícios do Uso do Humor	Para a equipa	Estratégias de coping	<p>"[O Humor] pode ser um escape principalmente para a dimensão desta unidade e destes cuidados sem dúvida" E1</p> <p>"Por vezes digo aos colegas: "não devia dizer esta piada mas até era giro porque sei se nos vamos rir". É óbvio que nos precisamos de libertar desse comentário porque nos passou pela cabeça e no fundo, ok, depois eu posso dizer a piada e penso como é que eu disse isso sou mesmo má pessoa... mas disse na mesma não é? não sei se isso é muito bom, ou se é normal mas... eu ia estar a mentir se dissesse que nunca fiz uma piada "de mau gosto" mas dita sem ser com intenção pejorativa" E2</p> <p>"os problemas são ultrapassados com brincadeiras[em equipa], esse peso emocional acaba por não ser sentido de forma tão forte que nos leve mesmo a ficar depressivos". A4</p> <p>"[o uso do humor pela equipa] pode funcionar como um escape ao burnout, sem duvida! Porque às vezes acabamos de nos rir de situações que nos fazem aliviar. Situações psicologicamente pesadas." E3</p> <p>"[quando falo em humor] falo de um sentimento e emoção, falo de inteligência, adaptação, gestão de burnout M1</p> <p>"O que eu julgo é que o humor como terapia de grupo pode ser benéfico, para prevenção do burnout e da fadiga por compaixão". M1</p> <p>"na nossa profissão acho que todos os profissionais o fazem, é normal, às vezes não é que seja uma piada de mau gosto mas é brincar com uma situação, acho que é benéfico para a equipa porque a partilha desses momentos para nós é um momento de descontração entre nós". E7</p> <p>"isso [uso do humor em equipa] normalmente são estratégias que usamos para nos abstrairmos e para nos afastarmos do lado mau e nos sentirmos mais confortáveis para enfrentarmos alguma situação" E6</p>
		Favorece a deteção de problemas	<p>"Percebemos perfeitamente quando um elemento está fragilizado. Isto também é um indicador de que se está a passar qualquer coisa com aquele colega, está na altura de ele quebrar um bocadinho, e ir para outro serviço, ir às compras, sair, arejar e viver lá fora e não viver aqui dentro, e é o humor que também nos diz isso. Quando temos um colega que está em burnout, o humor dá-nos essa resposta." E1</p> <p>"quando as pessoas [colegas] não sorriem logo ou não brincam nota-se , principalmente naquelas pessoas que são bem dispostas se um dia vem mais sérias deteta-se logo" A3</p>
		Favorece o trabalho em equipa	<p>"Nós mantemos sempre o estado anímico positivo, até porque facilita, acho que sempre se disse, no quotidiano das pessoas que a boa energia traz boa energia". E2</p> <p>"uma boa disposição entre toda a gente dá sempre um animo bom dentro da equipa". A3</p> <p>"eu acho benéfico [uso do humor em equipa], talvez não seja essencial mas certamente irá favorecer o trabalho para todos, além do ambiente ser melhor". E6</p>

Área Temática	Categoria	Subcategoria	Unidades de registo
Condições que interferem com o uso do humor	Facilitadoras	Equipa Jovem	"Então nós aplicamos muito isso [manter animo positivo], não sei se é por ser uma equipa jovem"...E2 "neste caso trabalhamos numa equipa muito jovem e conseguimos brincar ...Porque somos um grupo jovem e conseguimos dar força uns aos outros". A4
		Bem-estar do profissional	"...toda a equipa, estando com bem-estar físico e pessoal a todos os níveis, tem utilizado o humor". E1 "O sentido de humor... bem a pessoa tem de estar de bem consigo própria, não é? Para depois poder, de alguma forma ajudar, nesta área específica as famílias que também precisam do apoio. E aqui temos de nos sentir bem connosco próprios para podermos depois transmitir essa mensagem de conforto e de alegria" AS1 "se a gente estiver bem disposta consegue animar a pessoa, agora se estiver mal disposta não consegue". A3 "tento andar sempre bem disposto e tento brincar com os doentes para eles ficarem um bocadinho mais animados" A4 "A estratégia passa por eu estar bem-disposto e os problemas de casa ou de fora daqui não podem interferir aqui". A4 "quando aqui estou não sinto grande dificuldade porque procuro abstrair-me um pouco não em termos profissionais mas em termos pessoais. E tento também para mim próprio trazer o lado bom, para poder passar esse lado bom às pessoas". E6 "acredito também por experiencia que muitas vezes resulta, uma pessoa que está bem disposta acaba por contagiar o ambiente à sua volta, como tal acredito que possa ter mais benefícios do que malefícios" E6

Área Temática	Categoria	Subcategoria	Unidades de registo
Condições que interferem com o uso do humor	Facilitadoras	Características pessoais do profissional	<p>"[o uso do Humor] é espontâneo. Mas não é só com os doentes. Doentes, famílias e colegas...é uma forma de estar na vida. E Não é só aqui." E1</p> <p>"Eu ao ser uma pessoa extrovertida, não mudei a minha personalidade nos 5 anos em que trabalho em cuidados paliativos... sempre mantive o meu sentido de humor e a minha animação" E2</p> <p>Então nós aplicamos muito isso [manter animo positivo], ... acho que também tem muito a ver com a nossa personalidade E2</p> <p>"[na interação com o doente] consigo rir, várias vezes e por coisas simples". E3</p> <p>"eu sou muito precavida , tenho muita precaução, normalmente abordo logo as pessoas com um sorriso porque automaticamente sou assim". E3</p> <p>"É importante termos humor até connosco, sem isso é difícil lidar com o stress que estas situações geram. Eu julgo que todos os profissionais de saúde, em especial do âmbito de cuidados paliativos deve praticar o bom humor". M1</p> <p>"Eu particularmente acho que sou uma pessoa com sentido de humor, tenho capacidade e acho que é fundamental sabermos-nos rir de nós próprios, mesmo das nossas dificuldades" E6</p> <p>Não podemos mostrar isso às vezes temos de dar a volta a nos próprios, pensar o que se passou ontem já foi, agora é hoje e é difícil mas temos de ter bom humor para conseguir lidar com os outros que estão cá e precisam de nós, porque eles sentem, as pessoas são humanas e notam a diferença. A5</p>
		Relação de equipa	<p>"entre nós somos uma boa equipa, conseguimos comunicar...e em termos de equipa conseguimos brincar". A1</p> <p>"Então nós aplicamos muito isso [manter animo positivo],... mas acho que também ... é por nos darmos bem uns com os outros" E2</p> <p>"Com os colegas, se calhar brincamos mesmo como fazemos com os amigos".E3</p> <p>"já aconteceram algumas situações em que as famílias e alguns utentes tiveram oportunidade de se manifestarem acerca da competência e das qualidades dos profissionais... Eles fazem questão de dizer que é uma boa equipa, bem-disposta, que lidam muito bem com as situações" E5</p> <p>"e o facto de sermos próximos [equipa] ajuda-nos a recuperar quando há uma quebra anímica ou assim, porque há sempre aquele abraço" E2</p> <p>"neste momento já tenho uma relação bastante próxima [com a equipa], se calhar no inicio não o faria, mas neste momento, consigo estabelecer um momento de humor e às vezes um humor negro. Por norma humor... por vezes puxamos umas piadas mais sarcásticas, porque eu sei que já me conhecem" E1</p>

Área Temática	Categoria	Subcategoria	Unidade de registo
Condições que interferem com o uso do humor	Dificuldadoras	Imagem profissional	<p>“Eu, penso que o que acaba por acontecer é que se for em excesso [o humor], as pessoas podem ficar com a ideia que somos mais relaxados, que não somos tão profissionais”. E6</p> <p>“as pessoas às vezes acham que por sorrirmos mais não somos tão sérios, mas eu acredito que sim, um bom disposto pode ser um profissional de excelência”. E6</p> <p>“Tem de haver um grau de confiança e o humor não pode ser descontextualizado, senão torna-se muito prejudicial para a relação. O humor como arma terapêutica, tem de ser inserido porque se não cria-se uma banalização e ate um desrespeito para com o profissional de saúde”. M1</p> <p>“a parte do sentido de humor e da boa disposição pode não ser bem entendida por parte dos familiares, muitos questionam como é que trabalhamos aqui e conseguimos andar bem dispostos”. E7</p>
		Medo da reação do doente/família	<p>“Porque uma grande percentagem dos doentes em cuidados paliativos são doentes deprimidos e tentar qualquer tipo de humor pode até não ser bem visto”. E7</p> <p>"Não parti logo para o humor, podiam pensar que estava a ser irónica, podiam pensar que estava a gozar... Essa gestão do humor tem de ser mais cautelosa" E1.</p> <p>“Dada a situação atual, socioeconómica que atravessamos as pessoas estão mais sensíveis e o humor sarcástico pode funcionar ao contrário do que se pretende e as pessoas serem mal interpretadas”. M1</p> <p>“...claro que temos sempre aquela família que lhe causa estranheza o bom humor, o bem-estar, o sentido de felicidade com que se trabalha numa unidade de cuidados paliativos, porque estamos a lidar com utentes em fase terminal e isso talvez lhes cause estranheza ou algum mau estar”. E4</p> <p>“Quando temos um doente mais deprimido, numa fase de negação e de revolta da doença, se entrarmos a sorrir e bem dispostos se calhar não somos bem entendidos” E7</p> <p>“há determinado sorriso que pode ser interpretado como ironia. E a pessoa acaba por encarar isso como uma afronta. Temos de ver bem como gerimos a situação”. E8</p>

Área Temática	Categoria	Subcategoria	Unidades de registo
Condições que interferem com o uso do humor	dificultadores	Estado de consciência	"Até porque muitas vezes eles estão num nível de consciência em que se houver sentido de humor e se for possível haver sentido de humor, dependendo do estado de consciência, nós só vamos aplicar ou não a nível familiar, não é"? E2
		Incapacidade de comunicar	"temos utentes com quem conseguimos comunicar e brincar e eles comunicam muito bem, com esses é fácil, com os outros que não temos resposta é mais difícil".A1 "os doentes são mais acamados e calados não dizem muito, gosto mais da média porque as pessoas falam e eu gosto de brincar gosto que as pessoas falem respondam" A3
		Aproximação ao fim de vida do doente	"Na minha opinião, quando estamos a lidar com uma família que está fragilizada, e o doente também, ai tem de ser regrado [o humor]" E1 "Eu penso que os doentes, na sua maioria, aqui não tem bem o sorriso porque aqueles que estão conscientes para sorrir também estão conscientes sobre a sua situação, e sabem qual é a sua situação de saúde e não tem propriamente vontade de rir" AS1 "Claro que por vezes é difícil porque sabemos que aquela pessoa está numa situação complicada, mas não sinto dificuldade em usar o sentido de humor." E6 "nós aqui sentimos muito a dor e o sofrimento, mas é como eu digo, nós também temos aqui e tentamos transmitir o humor necessário para aqui, não é?" A5 "depende da situação, como ele está, como se encontra, não vamos chegar ali "ahhh tudo bem"? quando vemos que o doente está a ir embora. Se não eles pensão então como é?" A5 "muitas vezes o doente entra e o que se vai vendo é mais a degradação, vai tendo perdas quase diárias por vezes e é mais difícil interagir e ter um bom sentido de humor com esse doente que se vê diariamente a perder as suas capacidades" E7

**Apêndice 4 –
Declaração de Consentimento Informado**

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

Se concordar em participar neste estudo, por favor, assine no espaço abaixo e obrigada por aceitar dar a sua imprescindível contribuição

Designação do Estudo:

O Humor em Cuidados Paliativos

Eu, abaixo-assinado, (nome completo) -----

-----, tomei conhecimento do objetivo do estudo de investigação no âmbito "Importância do sentido de humor em Cuidados paliativos", realizado pela mestrandia Cláudia Joana Alves Fernandes, a frequentar o II Curso de Mestrado em Cuidados Paliativos da Escola Superior de Saúde de Viana do Castelo, e da forma como vou participar no referido estudo. Compreendi a explicação que me foi fornecida acerca da investigação que se tenciona realizar, bem como do estudo em que serei incluído. Foi-me dada oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias, e de todas obtive resposta satisfatória.

Tomei conhecimento de que, de acordo com as recomendações da Declaração de Helsínquia, a informação ou explicação que me foi prestada versou os objetivos, os métodos, os benefícios previstos, os riscos potenciais e o eventual desconforto. Além disso, foi-me afirmado que tenho o direito de recusar a todo o tempo a minha participação no estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo para a minha pessoa.

Por isso, consinto que me seja aplicado o método proposto pela investigadora.

Data: ____ / _____ / 20__

Assinatura do participante: _____

A Investigadora responsável:

Assinatura:

**Apêndice 5 –
Pedido de autorização para realização do estudo**

Exmo. Senhor

**Presidente da Comissão Executiva da
Unidade de Cuidados Continuados
Integrados da Fundação Domus
Fraternitas – “O Poverello”**

Assunto: Pedido de autorização para efetivação do Projeto de Investigação de Mestrado

Dados do Investigador Principal:

Nome – Cláudia Joana Alves Fernandes

Habilitações - licenciatura em enfermagem e pós-graduação em enfermagem de cuidados paliativos

Instituição onde Trabalha – Centro Hospitalar do Alto Ave, EPE – unidade de Guimarães.

Mestranda do II Curso de Mestrado em Cuidados Paliativos da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana Do Castelo

Título do projeto de investigação:

Qual o lugar do sentido de humor no âmbito da intervenção em Cuidados Paliativos?

Objetivos do projeto de investigação:

Objetivo Geral: *Compreender se o sentido de humor é parte integrante do quotidiano dos profissionais de uma equipa de cuidados paliativos, aquando da interação com os utentes/Famílias.*

Objetivos específicos:

- Perceber qual o significado do humor para profissionais;
- Perceber se os profissionais utilizam o humor, na prática diária de cuidados;
- Identificar quais as estratégias de humor utilizadas pelos profissionais na prática diária de cuidados;
- Compreender e identificar quais os benefícios do uso do humor na relação dos profissionais com os utentes.

Subscrevo este pedido solicitando a V. Exa. na qualidade de Investigadora principal, autorização para a efetivação do projeto de investigação em epígrafe, a realizar em contexto do internamento na vossa instituição.

A referida colheita incidirá sobre os profissionais.

Os instrumentos de recolha de dados a utilizar serão a entrevista semi-estruturada e a observação.

Certifica-se desde já que será garantido o anonimato e a confidencialidade dos dados.

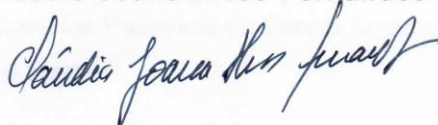
Assume-se o compromisso de após o término do referido estudo, informar a instituição dos respetivos resultados.

Remeto em anexo toda a documentação necessária à submissão ao Conselho de Administração do projeto de investigação supracitado.

Com os melhores cumprimentos,


A Investigadora Principal

Cláudia Joana Alves Fernandes



Guimarães, 28 de Novembro de 2013

Tomei conhecimento,

F. Almeida 

**Apêndice 6 –
Quadros síntese**

Significados do Humor							
Entrevistas	Atitude positiva	Fonte de bem-estar / prazer	Forma de estar na vida	Brincar	Carinho	Alegria	Sorriso
E1			X				
A1	X					X	
A2						X	
E2						X	
E3							X
M1	X	X				X	
AS1						X	
A3						X	
A4							
E4		X			X		X
E5						X	
E6	X			X			X
A5						X	
E7		X					X
E8							

Estratégias mobilizadas no uso do humor							
Entrevistas	Habilidades comunicacionais						Partilha de experiências na equipa
	Capacidade de conhecer/ interpretar o outro	Manifestações de afeto	Uso do riso	Feedback	Empatia	Ser assertivo	
E1	x			x	x		
A1	x						x
A2		x					
E2	x		x	x	x		x
E3	x				x	x	
M1	x		x		x		
AS1							
A3						x	
A4							
E4							x
E5						x	
E6	x		x				
A5		x					
E7	x			x	x		x
E8	x						

Situações em que é utilizado o humor					
Entrevistas	Momentos que envolvem emotividade	Passagem de turno	Relacionamento interdisciplinar	Interação com os doentes	Quotidiano
E1	x	x	x		
A1					
A2	x				
E2		x			
E3		x		x	
M1					x
AS1					
A3					
A4					
E4					
E5					
E6					x
A5					
E7					
E8				x	

Condições que interferem com o uso do humor									
Entrevistas	Facilitadoras				Dificultadoras				
	Equipa jovem	Bem-estar do profissional	Caraterísticas pessoais	Relação de equipa	Medo da reação do doente e família	Imagem profissional	Estado de consciência	Incapacidade de comunicar	Aproximação do fim de vida do doente
E1		x	x	x	x				x
A1				x				x	
A2									
E2	x		x	x			x		
E3			x	x					
M1			x		x	x			
AS1		x							x
A3		x						x	
A4	x	x							
E4					x				
E5				x					
E6		x	x			x			x
A5			x						x
E7					x	x			x
E8					x				

Benefícios do uso do Humor em cuidados paliativos

Entrevistas	Para doentes/ família							Para profissionais				Para a equipa		
	Despoleta sorrisos	Promove adesão ao plano terapêutico	Facilita a relação	Promove o bem-estar / ânimo	Efeito terapêutico	Alivia o sofrimento	Alivia o medo e a ansiedade	Promove bem-estar individual	Sensação de missão cumprida	Gestão de sofrimento	Facilita a abordagem ao doente	Estratégias de coping	Favorece a deteção de problemas	Favorece o trabalho em equipa
E1												x	x	
A1				x				x	x					
A2			x	x		x								
E2	x			x				x		x	x	x		x
E3	x		x	x					x			x		
M1		X			x			x				x		
AS1														
A3				x									x	x
A4				x		x						x		
E4			x	x							x			
E5		X				x	x			x				
E6				x				x		x	x	x		x
A5			x											
E7											x	x		
E8														

Quadro síntese dados demográficos														
Entrevistas	Sexo		idade				Grau académico					Experiencia em anos		
	F	M	21-30	31-40	41-50	»51	9º ano	Secundário	Licenciatura	pós Graduação	Doutoramento	1 a 5	11 a 15	»20
E1	x		x							x		x		
A1	x			x				x				x		
A2	x					x	x					x		
E2	x		x							x		x		
E3	x		x						x			x		
M1		x		x						x			x	
AS1	x			x						x		x		
A3	x			x				x				x		
A4		x	x					x				x		
E4		x	x							x		x		
E5		x			x						x			x
E6		x	x						x			x		
A5	x					x		x				x		
E7	x		x							x		x		
E8		x		x						x		x		

