



**Politécnico
Castelo Branco**

Escola Superior de Saúde
Dr. Lopes Dias

TRABALHO FINAL DE CURSO DE LICENCIATURA EM ENFERMAGEM

A Hierarquização dos Cuidados versus A Assistência Integral, nas Necessidades Humanas Fundamentais

Ana Teresa Santos Rodrigues Pousada | 20211321

André Gonçalo Calado Tiago | 20201408

Data

julho, 2025





**Politécnico
Castelo Branco**

Escola Superior de Saúde
Dr. Lopes Dias

A Hierarquização dos Cuidados versus A Assistência Integral, nas Necessidades Humanas Fundamentais

Ana Teresa Santos Rodrigues Pousada | 20211321

André Gonçalo Calado Tiago | 20201408

Orientador

Professor Assistente Convidado Mestre André Gonçalves

Trabalho Final de Curso apresentado à Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias, do Instituto Politécnico de Castelo Branco, para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Licenciado em Enfermagem, realizado sob a orientação científica do Professor Assistente Convidado Mestre André Gonçalves, do Instituto Politécnico de Castelo Branco.

julho, 2025

Composição do júri

Presidente do júri

Professora Doutora Ângela Simões

Arguente

Mestre, Emanuel Dias Pereira

Professor Adjunto Convidado da Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias, do Instituto Politécnico de Castelo Branco

Orientador

Mestre, André Samuel Martins Gonçalves

Assistente Convidado da Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias, do Instituto Politécnico de Castelo Branco

Dedicatória

A presente redação é dedicada a todos os envolvidos no nosso percurso académico. Este trabalho é dedicado de forma especial à família, que forneceu, desde o primeiro dia de licenciatura, um apoio incondicional, fomentando em nós motivação e esperança nos momentos de maior insegurança e dificuldade, foi por vós que fomos resilientes. Aos nossos parceiros, que são o reflexo da determinação que foi demonstrada diariamente, que são o exemplo de garra e esperança. Aos amigos que permitiram encarar com alguma leveza as dificuldades deste caminho, através da escuta ativa, partilha de sentimentos e apoio sincero. Aos colegas de turma, que permitiram, de forma empática, a partilha de sentimentos, conhecimentos e experiências, tanto no campo académico como a nível pessoal. Aos docentes, pelo profissionalismo, que contribuem para o saber fazer e o saber ser, que elucidam diariamente a importância da profissão na sociedade, que fornecem exemplos e valores acerca da responsabilidade que acarreta ser-se enfermeiro. Obter a licenciatura nesta profissão foi uma ambição, pelo que é por e para todos vocês que dedicamos este trabalho, em prol de vós e dos utentes que connosco se cruzaram em contexto clínico e por todos aqueles a quem marcaremos a diferença num momento de vulnerabilidade. Este trabalho é o reflexo da gratidão que dotamos, pelo privilégio de sermos um bocadinho de cada pessoa que colaborou connosco nesta fase tão importante da nossa vida, que demarca o início de uma carreira próspera com vista à prática do cuidar. Esta dedicatória ganha forma quando recordamos as aprendizagens que durante estes anos adquirimos, que vão para além da componente técnica. Este percurso foi gratificante e acima de tudo porque nos encontrámos numa escola que atendeu às nossas necessidades e que se tornou casa, nos momentos de maior felicidade e dificuldade. A todos os profissionais de saúde e funcionários da nossa mui nobre ESALD dedicamos este trabalho, com respeito, orgulho e reconhecimento.

Agradecimentos

A realização deste trabalho final representa o desfecho de uma etapa importante nas nossas vidas, que determina o começo de uma fase profissional desafiante e enriquecedora. Este percurso acadêmico não teria sido possível sem o apoio de inúmeras pessoas às quais prestamos o mais sincero agradecimento.

A todas as pessoas importantes que influenciaram a nossa vida pessoal e acadêmica de forma intensa nesta jornada de 4 anos de faculdade a nossa gratidão explanamos. É de lágrimas derramadas e um sorriso no rosto que agradecemos aos envolvidos nas nossas dificuldades e conquistas.

Primeiramente agradecer à nossa família, que é símbolo de força e resiliência, que são a fonte de suporte ainda que distante o nosso enorme obrigado, foi por vós que nos mantivemos firmes e que nos erguemos, a nossa dificuldade foi a vossa também e com o nosso apoio mútuo pudemos vencer as batalhas enfrentadas, e hoje celebrarmos todas essas adversidades ultrapassadas com sucesso.

Aos nossos parceiros, que de corpo e alma, se dedicaram junto a nós na concretização dos nossos objetivos, a eles que nos forneceram a força diária para a obtenção do sucesso, um agradecimento a vós que valorizam e se orgulham do nosso desempenho.

A todos os amigos e colegas de curso, agradecemos a paciência e empenho, a entreaajuda demonstrada nos momentos de incerteza, foi junto a vós que em conjunto obtivemos o sucesso tão desejado.

Agradecer ao nosso orientador pedagógico, que de forma minuciosa nos acompanhou na redação do presente trabalho, que de forma assertiva nos demonstrou o caminho a percorrer, que não hesitou em dar a mão na dificuldade. A sua presença física regular em contexto clínico demonstrou o interesse em nos acompanhar e motivou-nos a efetuar com qualidade e discernimento a nossa missão. Foi a pessoa que nos concedeu certezas, que com clareza demonstrou que é possível ultrapassar as dificuldades e que o culminar das mesmas faz parte do percurso que é a nossa aprendizagem.

A nível pessoal, um agradecimento por atender às adversidades pessoais que foram atípicas e imprevisíveis, pela preocupação demonstrada em que as mesmas não condicionassem o ensino clínico e que não contribuíssem para a desmotivação na realização deste trabalho. É com um enorme reconhecimento que agradecemos a confiança capitalizada em nós, que contribuiu para a nossa evolução pessoal e profissional.

Aos profissionais de saúde que nos acolheram e nos capacitaram para a prática do cuidar, um profundo agradecimento, foram família longe de casa, gratos pela aprendizagem concedida, pela partilha de experiências, por acima de tudo terem tido presente o que é ser se estudante de Enfermagem ainda que no papel de orientadores clínicos. Todas as bases adquiridas fazem de nós futuros profissionais e orientadores conscientes da importância de transmitir para além de conhecimentos, valores e elucidar para a responsabilidade e ética profissional. Aos utentes, alvo dos nossos cuidados, um enorme obrigado pela confiança e compreensão, pela ausência de juízos de valor e pela

sinceridade que permite o nosso crescimento e a melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

É de coração cheio, de lágrimas nos olhos e de mãos a tremer que digitamos o nosso profundo e sincero obrigado, não há palavras passíveis de descrever a emoção sentida de nos encontrarmos a finalizar esta etapa tão gratificante para nós e para vós. Todo o apoio fornecido transcende a escrita, e é de difícil definição pelo que nos resta presentear-vos com este trabalho.

“O que importa não é o que a Enfermagem faz, mas como o faz. E se o faz com amor.”

Florence Nightingale

Resumo

Enquadramento: A arte do Cuidado está estritamente ligada à Enfermagem desde o seu início e foi-se profissionalizando com a evolução dos seus modelos teóricos. Por conseguinte existiu, por parte do enfermeiro, a necessidade de atender à prestação de um cuidado integral e humanizado, com vista à obtenção de ganhos em saúde, garantindo a qualidade dos cuidados prestados. É notório que uma situação de doença provoca uma marcante alteração das dinâmicas familiares, colocando em causa a satisfação das necessidades humanas, portanto é necessário avaliar as necessidades de cuidados do indivíduo, inserido na comunidade, considerando os três níveis de prevenção, tendo em conta o contexto socioeconómico e considerando ainda o sistema de saúde em que se encontra inserido. **Objetivo:** Assim, a presente redação prende-se com a reflexão sobre a hierarquização dos cuidados e o impacto da mesma na satisfação das necessidades humanas fundamentais, pelo que são abordados os conceitos de assistência integral e hierarquização dos cuidados à luz das teorias de Abraham Maslow e Jean Watson, dois teóricos cuja linha de pensamento visa a satisfação das necessidades fundamentais, suportada em teorias de Enfermagem. Este estudo tem como objetivo geral: Identificar o impacto da hierarquização das necessidades dos utentes na promoção de uma assistência integral e humanizada dos cuidados de Enfermagem. Neste sentido, foram estipulados objetivos específicos, de forma a alcançar uma resposta viável à questão de investigação formulada. **Metodologia:** A metodologia a implementar visa a revisão narrativa da literatura, de forma a sistematizar e agregar os conteúdos da temática, que se encontram fragmentados em estudos dispersos pela área científica. A pesquisa foi efetuada na base de dados B-On e PubMed, da qual resultou a extração de quinze artigos publicados nos últimos cinco anos. De seguida procedeu-se à seleção dos mesmos recorrendo à abordagem PRISMA, para demonstração metodológica, um recurso utilizado por muitos autores em revisões sistemáticas e narrativas da literatura. Posteriormente, foi efetuada uma análise minuciosa do total de artigos que se inclui na revisão, com o intuito de contextualizar o objeto de estudo e identificar os conceitos a abordar sobre a temática, bem como as correntes teóricas que derivam dos diversos estudos analisados. **Resultados e Discussão:** Enquanto Maslow propõe uma abordagem hierárquica, útil em contextos críticos, Watson defende um cuidado integral, centrado em todas as dimensões do indivíduo. A literatura demonstra que a Enfermagem contemporânea requer uma articulação entre a técnica e humanização, de forma a garantir a prestação de cuidados eficientes, atendendo à dignidade e singularidade do utente. **Conclusão:** Em suma, é crescente a preocupação, por parte dos enfermeiros, em atender a todas as dimensões do cuidar, o que requer a elaboração de um plano de cuidados personalizado, fundamentado numa base teórica que vise a prestação de cuidados de saúde de excelência. Deste modo, o enfermeiro requer competências, nomeadamente um olhar integral e técnico-científico que garanta a humanização dos cuidados. Adicionalmente, são integradas e propostas futuras linhas de investigação relacionadas com a temática.

Palavras-chave: Necessidades Humanas Fundamentais, Cuidado Integral, Hierarquização dos Cuidados de Enfermagem, Humanização dos Cuidados, Teorias de Enfermagem

Abstract

Background: The art of caring has been closely linked to nursing since its inception and has become more professional as its theoretical models have evolved. Consequently, nurses have needed to provide comprehensive, humanized care in order to achieve health gains and guarantee the quality of the care they provide. It is clear that illness causes a marked change in family dynamics, jeopardizing the satisfaction of human needs. It is therefore necessary to assess the care needs of the individual, inserted in the community, considering the three levels of prevention, taking into account the socio-economic context and also considering the health system in which they are inserted. **Objective:** This article reflects on the hierarchization of care and its impact on the satisfaction of fundamental human needs. The concepts of comprehensive care and hierarchization of care are addressed in the light of the theories of Abraham Maslow and Jean Watson, two theorists whose line of thought aims to satisfy fundamental needs, supported by nursing theories. The general aim of this study is to identify the impact of hierarchizing users' needs on the promotion of comprehensive and humanized nursing care. In this sense, specific objectives were stipulated in order to achieve a viable answer to the research question formulated. **Methodology:** The methodology to be implemented is a narrative review of the literature, in order to systematize and aggregate the contents of the subject, which are fragmented in studies scattered throughout the scientific area. The search was carried out in the B-On and PubMed databases, which resulted in the extraction of fifteen articles published in the last five years. They were then selected using the PRISMA approach for methodological demonstration, a resource used by many authors in systematic and narrative literature reviews. Subsequently, a thorough analysis of the total number of articles included in the review was carried out, with the aim of contextualizing the object of study and identifying the concepts to be addressed on the subject, as well as the theoretical currents that derive from the various studies analysed. **Results and Discussion:** While Maslow proposes a hierarchical approach, useful in critical contexts, Watson advocates comprehensive care, focused on all dimensions of the individual. The literature shows that contemporary nursing requires an articulation between technique and humanization, in order to guarantee the provision of efficient care, taking into account the dignity and uniqueness of the patient. **Conclusion:** In short, there is a growing concern on the part of nurses to attend to all the dimensions of care, which requires the development of a personalized care plan, based on a theoretical foundation aimed at providing excellent healthcare. In this way, nurses require skills, namely a comprehensive and technical-scientific approach that guarantees the humanization of care. In addition, future lines of research related to the subject are integrated and proposed.

Keywords: Fundamental Human Needs, Comprehensive Care, Hierarchization of Nursing Care, Humanization of Care, Nursing Theories

Índice Geral

1.	Introdução	1
2.	Necessidades Humanas Fundamentais	4
3.	Modelos teóricos de Enfermagem	6
3.1	Abraham Maslow e a sua influência na Enfermagem	7
3.1.1	A Hierarquização dos Cuidados.....	7
3.1.2	Pirâmide das Necessidades Humanas	7
3.2	Jean Watson e a sua influência na Enfermagem.....	8
3.2.1	Cuidado Humano	8
3.2.2	Teoria do Cuidado Humano	10
3.3	Contributos da Teoria de Jean Watson e Abraham Maslow para a prestação de cuidados de Enfermagem.....	12
4.	Metodologia.....	15
5.	Resultados da Revisão da Literatura.....	19
5.1	Implicações da não satisfação das NHF's.....	20
5.2	Benefícios terapêuticos na resposta às necessidades comprometidas	20
5.3	As Dimensões do Cuidar: O olhar integral em Saúde Pública	21
5.4	O Cuidado Integral em Enfermagem	22
5.5	Estratégias para a promoção de um cuidado integral.....	23
5.6	O contributo do Processo de Enfermagem como instrumento na identificação das NHF's.....	24
5.7	Estabelecimento de uma relação terapêutica	24
5.8	A Importância da criação de um ambiente terapêutico	25
5.9	O Cuidado Humano com base no Perfil de Competências do Enfermeiro	26
5.10	O compromisso do enfermeiro na prática de cuidados de excelência.....	27
5.11	A Humanização dos Cuidados de Enfermagem	28
5.12	Limitações para a prática de um cuidado humanizado	29
5.13	O Impacto do Modelo Biomédico na Promoção de um Cuidado Integral	30
5.14	A Fundamentação Teórica das práticas desenvolvidas: O impacto na qualidade dos cuidados.....	31
6.	Discussão dos Resultados	33
7.	Educação para a Saúde	39
8.	Conclusão	41
9.	Referências Bibliográficas	43
	APÊNDICES	46

Apêndice I – Temas e Subtemas Identificados.....	47
Apêndice II – Tabela de autores utilizados	48
Apêndice III – Pedido de autorização para a realização da sessão de educação para a saúde	49
Apêndice IV – Convocatória dirigida para a sessão de educação para a saúde	51
Apêndice V – Planeamento da sessão de educação para a saúde.....	52
Apêndice VI – PowerPoint de suporte para sessão de educação para a saúde.....	59
Apêndice VII – Folheto Informativo sobre a importância de dar resposta a todas as necessidades fundamentais do utente	62
ANEXOS	63
Anexo I – As 14 Necessidades Humanas Básicas de Virginia Henderson	64
Anexo II – Modelo de Maslow	65
Anexo III – Os 10 Fatores de Cuidar.....	66

Índice de Figuras

Figura 1 – Fluxograma como metodologia utilizada	18
---	-----------

Lista de Abreviaturas, Siglas e Acrónimos

ABCDE - *Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure*

CRIMI - Centro de Responsabilidade Integrada de Medicina Interna

EPE - Entidade Publica Empresarial

NHF's - Necessidades Humanas Fundamentais

PE - Processo de Enfermagem

RNL - Revisão Narrativa da Literatura

UCCI - Unidade Cuidados Continuados Integrados

UCSP - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

1. Introdução

Nas últimas décadas, tem-se verificado uma preocupação crescente sobre as práticas de Enfermagem visando a melhoria dos cuidados prestados, pelo que se verifica que é uma questão pertinente para o sistema de saúde, para os gestores e para os profissionais a garantia de cuidados de saúde de qualidade, de forma integral e humanizada. Desta forma, é imprescindível abordar a influência das teorias de Enfermagem na prática do cuidar, uma vez que estas fornecem alicerces para o exercício profissional. Para além desta vertente, importa refletir acerca do papel que a investigação acarreta na prestação de cuidados de saúde baseados na evidência científica e o seu contributo na satisfação das necessidades fundamentais do utente alvo de cuidados (Renghea et al., 2022).

A Enfermagem é entendida como uma arte e uma ciência sujeita a constante evolução de conhecimentos, que para além da progressão na área científica, também tem evoluído na sua vertente humanística da arte do cuidar. São as teorias de Enfermagem que desempenham um papel preponderante na evolução da profissão de Enfermagem, (Watson, 1999), pelo que este trabalho procura abordar esta temática, contrapondo duas teorias que propõem, por um lado a hierarquização dos cuidados (A Hierarquia das Necessidades de Abraham Maslow) e por outro, a prestação de um cuidado integral (Teoria do Cuidado Humano de Jean Watson). Ambas as teorias abordam a importância da satisfação das necessidades humanas fundamentais (NHF's), no seguimento da temática principal a abordar intitulada como: "Fundamentos de Enfermagem: Cuidar nas Necessidades Humanas Fundamentais". Segundo a literatura, existe uma lacuna sobre a aplicabilidade das teorias na prática de Enfermagem e a sua relevância clínica limitada, o que tem levantado questões sobre a funcionalidade destas para a prática moderna e sobre a influência das mesmas no exercício da profissão com segurança e eficácia. Constata-se o declínio na publicação de teorias de Enfermagem ao longo do tempo, potenciando o receio de que as mesmas fiquem carentes de atualização, de forma a acompanhar a sua matriz identitária, que se encontra em constante metamorfose a nível técnico e científico, que requer fundamentos que guiem a prática e sustentem o ensino académico e clínico. Assim sendo, a reflexão sobre a prática e o ensino da Enfermagem exige uma constante associação com os fundamentos teóricos que sustentem a identidade da profissão, especialmente num contexto de saúde, em que os avanços técnico-científicos impõem novas exigências. Diversos autores destacam a importância de manter as teorias de Enfermagem atualizadas e integradas à prática clínica, como forma de preservar o rigor conceptual em que deve assentar a profissão (Afonso, et al., 2024a).

As teorias de Enfermagem, segundo Mudd et al., (2020), são encaradas como cruciais para apoiar a autonomia profissional e para fornecer uma justificativa para a prática, pelo que, enquanto estudantes de Enfermagem, é crucial que se comece desde logo a fundamentar as intervenções de Enfermagem com base nos teóricos e fazendo referência à bibliografia existente. Atendendo a esta definição e ao que alguns autores mencionam sobre a temática parece-nos de interesse científico e sobretudo de utilidade clínica abordar esta temática neste contexto de trabalho final, sendo indiscutível que os cuidados de Enfermagem prestados têm em vista a satisfação das NHF's do utente. Com base no que os diversos autores referem, que vai de encontro à nossa perspetiva do cuidar, deve constar na nossa prática clínica a visão de um cuidado integral de forma a garantir a humanização dos cuidados. Adabanya et al., (2023) destacam que a resposta às NHF's

deve ser guiada por uma perspetiva holística, que valorize a totalidade do ser humano no seu contexto de vida, contribuindo decididamente para a construção de um ambiente terapêutico mais humanizado.

Ao explorar teorias distintas, abordamos conceitos díspares, segundo Renghea et al., (2022) e com base no conceito integral, os cuidados de saúde integrais são um conceito amplamente utilizado no planeamento e organização dos cuidados de Enfermagem. Os autores referem ser um tema de grande atualidade, ainda que se encontre profundamente enraizado na teoria e nos modelos de Enfermagem desde o seu início como ciência. Por este motivo, os diversos estudos que existem acerca desta temática encontram-se dispersos, cada teórico é abordado de forma isolada o que faz com que sejam escassos os artigos que abordem na íntegra duas ou mais teorias, a associação entre as mesmas ou até as suas divergências. Outra das lacunas identificadas na literatura é o facto de existirem estudos que abordam as necessidades humanas básicas não satisfeitas para utentes com determinada patologia e não existirem estudos complementares que visem respostas e estratégias, com base em teorias de Enfermagem, para a resolução do problema identificado Ljubičić et al., (2023). O profissional de Enfermagem deve estar em constante revisão dos conhecimentos e procedimentos atuais, pelo que a literatura deve acompanhar estas problemáticas e deve fornecer aos enfermeiros resoluções para a melhoria dos cuidados prestados. Outro dos motivos que conduz ao estudo deste tema é o facto de na literatura não existir uma definição clara e consensual que descreva estes conceitos sob a forma de uma revisão narrativa da literatura (RNL). Esta revisão procura explorar a temática e problematização de lacunas, não podendo ser de outro modo, uma vez que de acordo com Santos et al., (2020) a RNL é definida como uma modalidade de investigação abrangente, em que se descreve e discute um assunto específico, do ponto de vista teórico ou conceptual e segundo Hübner (2020), é caracterizada por se escrever acerca de um único tema, não necessariamente novo, inédito, em que o requisito mínimo é que o mesmo seja abordado com precisão, clareza e encadeamento lógico e que seja um tema de relevância social e científica. Assim sendo e de forma a adquirir conhecimentos sobre o que outros autores mencionam acerca desta temática, houve a necessidade de efetuar uma pesquisa exaustiva de fontes bibliográficas fidedignas que sustentem esta redação.

Segundo Ljubiyiy et. al. (2023), e com base no conceito de hierarquização, o conhecimento sobre as categorias da hierarquia de necessidades de Maslow fornece ao enfermeiro capacidade de satisfazer as necessidades comprometidas do utente. Segundo Afonso et al., (2024a), e com base no conceito de cuidado humano, a teoria de Jean Watson contribui para a formação e cuidado em Enfermagem, atendendo à importância de os profissionais de Enfermagem desenvolverem capacidade de atender às necessidades humanas relacionadas com a componente corpo-mente-espírito, considerando todas as dimensões do utente. Deste modo é notória a pertinência da abordagem destes teóricos e desta temática, essencialmente face à especificidade da mesma, uma vez que se constata a escassez de bibliografia que oponha os dois teóricos.

Esta revisão é realizada no âmbito da unidade curricular, Estágio VI, com vista à obtenção do grau de Licenciado em Enfermagem. Este estágio ocorreu nas instituições de saúde de cuidados de saúde primários, nomeadamente na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) da Sertã e ainda em contexto de internamento no Centro de

Responsabilidade Integrada de Medicina Interna (CRIMI), do Hospital Amato Lusitano, ambos pertencentes à Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, EPE, e na Unidade de Cuidados Continuados Integrados (UCCI), de Vila de Rei.

Assim sendo, a presente redação pressupõe uma abordagem aprofundada sobre esta temática, de forma a abordar os conceitos de hierarquização e cuidado integral, pelo que foi formulada a seguinte questão de investigação: “Qual o impacto da hierarquização das necessidades dos utentes na promoção de uma assistência integral e humanizada dos cuidados de Enfermagem?”.

Atendendo ao tema selecionado e à questão concebida, propõe-se como objetivo geral: Identificar o impacto da hierarquização das necessidades dos utentes na promoção de uma assistência integral e humanizada dos cuidados de Enfermagem. Como objetivos específicos determina-se: a) Compreender a influência que a hierarquização das necessidades humanas fundamentais exerce sobre a prestação de cuidados de forma integral e humanizada; b) Explorar a importância da prestação de uma assistência integral na satisfação das necessidades humanas fundamentais; c) Debater as limitações existentes na hierarquização das necessidades em prol do cuidado integral; d) Examinar teorias de Enfermagem e a sua importância na humanização dos cuidados; e) Identificar metodologias que permitem a valorização integral do cuidado aos utentes.

Estruturalmente, este trabalho rege-se segundo as etapas de um processo de investigação, pelo que primeiramente, encontra-se presente a introdução da temática, seguida da fase conceptual onde está incluída a revisão da literatura, que integra o enquadramento conceptual e o quadro teórico de referência, que contempla os modelos teóricos selecionados, com base na bibliografia existente. Em seguida, é apresentada a metodologia utilizada, o desenho de estudo e ainda a apresentação dos resultados e a discussão dos mesmos, este último procura reunir a informação comum e relevante dos artigos selecionados e a reflexão acerca dos mesmos. Para finalizar, encontra-se descrita a sessão de ensino implementada e a justificação da elaboração da mesma e a sua relevância clínica, que valida o trabalho desenvolvido e a temática explorada. Este subcapítulo antecede as considerações finais, onde se aborda inicialmente o sucesso na concretização dos objetivos propostos, de seguida, os principais resultados obtidos e o contributo dos mesmos para a teoria e prática de Enfermagem. De seguida as limitações deste estudo e as dificuldades enfrentadas durante a realização desta RNL, e por último, as propostas futuras para novas abordagens e investigações futuras.

2. Necessidades Humanas Fundamentais

A Enfermagem exerce um papel fundamental na promoção da satisfação das NHF's da pessoa dependente através da componente técnica e relacional que o enfermeiro possui. É através da utilização objetiva das diferentes teorias dos cuidados que o profissional de saúde consegue atender às necessidades essenciais do utente com necessidades comprometidas (Agudelo-Cifuentes et al., 2022a). É indiscutível que os teóricos de Enfermagem impulsionaram este conceito e motivaram à sua relevância na prática do cuidar. Este conceito surgiu a partir do momento em que a profissão passou a olhar para o utente não apenas como alguém a ser tratado, mas como uma pessoa com múltiplas dimensões que exigem uma assistência integral. Virginia Henderson contribuiu significativamente ao sistematizar as necessidades humanas, que designou como "As 14 Necessidades Humanas Básicas" (Anexo I), propondo ao enfermeiro considerar não só necessidades ditas como fisiológicas e vitais como respirar, comer e eliminar, bem como dimensões que podem ter um carácter mais subjetivo como comunicar ou aprender (Ljubičić et al., 2023).

Ainda que na presente redação não seja abordada esta teórica, é imprescindível nomeá-la uma vez que as teorias de Maslow e Watson possuem indícios da sua influência. Embora as teorias analisadas possuam uma base mais filosófica e relacional comparativamente a Henderson, todas elas partem do mesmo princípio, atender às necessidades humanas do utente, encarando como um ser complexo, que abarca diversas dimensões, valores e crenças. Virginia Henderson no centro da sua teoria visou que o cuidado se tornasse verdadeiramente humano, um alicerce que deve ser tido em conta pelo enfermeiro quando se aborda o termo necessidades humanas fundamentais (Santos et al., 2020). Reavivar a teoria de Henderson é necessário perante as evidências científicas atuais da prestação de cuidados que se regem pela satisfação de necessidades essencialmente básicas, em termos físicos. Atualmente verifica-se uma alteração terminológica, o termo "necessidades básicas" surgiu com enfoque nas funções biológicas vitais, muito utilizado em teorias como a de Abraham Maslow, que organizou essas necessidades numa pirâmide hierárquica com base na urgência de cada uma para a sobrevivência humana. No entanto, com o amadurecimento da prática de Enfermagem, sobretudo a partir da perspetiva holística proposta por Jean Watson, reconheceu-se que reduzir as necessidades humanas ao plano físico-biológico era insuficiente. A teórica afirmou que a pessoa não é apenas um corpo a funcionar, é também um ser que possui emoção, afeto, espiritualidade, identidade, pertença. Deste modo, tem ocorrido uma mudança de paradigma, ganhando robustez a designação de "necessidades fundamentais", que inclui todas as dimensões do ser humano e reconhece que mesmo necessidades emocionais, relacionais ou espirituais podem ser tão prioritárias quanto as fisiológicas, dependendo do contexto. Na literatura que foi analisada, Afonso et al., (2024b) e Prescott et al., (2024) referem a importância de considerar as dimensões subjetivas e espirituais como parte do cuidado, contrariando a ideia de uma hierarquização rígida centrada no domínio biológico. Assim, a substituição do termo não é apenas semântica, mas epistemológica, retratando uma nova perspetiva acerca do cuidar em Enfermagem (Santos et al., 2020).

Para Afonso et al., (2024a), uma das grandes limitações do cuidado atual é justamente a sua tendência para ignorar necessidades menos visíveis como o sentido de pertença, a comunicação autêntica ou a autoestima. O estudo aponta que integrar uma abordagem

como a de Henderson pode ajudar os profissionais a prestar cuidados mais coerentes e humanizados (Afonso et al., 2024b). O compromisso com o cuidado baseado nas necessidades humanas exige, por isso, mais do que conhecimento técnico. Exige disponibilidade para ver e escutar o que muitas vezes não é dito, mas sentido. Exige também uma prática que valorize tanto a hidratação como o sono, tanto a higiene como a comunicação, tanto o andar como o rezar.

A literatura tem evidenciado que na prática clínica nem sempre os profissionais estão despertos para todas as necessidades que podem carecer de intervenção. Por vezes, os serviços estão organizados para responder às urgências do corpo como o controlo da dor, o tratamento de uma ferida, a administração de um injetável, atender à sintomatologia em detrimento da identificação de necessidades como a compreensão, respeito, vínculo, escuta, entre outros (Zhang et al., 2022).

Abordar este conceito é sinónimo de falar da essência do cuidado, permitindo ao enfermeiro refletir sobre a sua prática e sobre o modo como devem atuar com base num modelo que vá além da biologia, reconhecendo o ser humano como um todo (Renghea et al., 2022).

3. Modelos teóricos de Enfermagem

A Enfermagem é entendida como uma arte e uma ciência em constante evolução, tanto no campo dos conhecimentos científicos como na sua dimensão humanista, relacionada com a arte de cuidar. Neste contexto, as Teorias de Enfermagem assumem um papel preponderante, contribuindo significativamente para o desenvolvimento da profissão. As teorias constituem uma base essencial para a prestação de cuidados, tanto a pessoas saudáveis como àquelas com enfermidades. Para melhor compreender a influência destas teorias no Processo de Enfermagem (PE), é fundamental entender que, como defende Watson, “a Teoria é um conjunto imaginativo de conhecimentos, ideias e experiências, a qual procura explicar um determinado fenómeno”. (Evangelista, et al., 2020, p.2). A construção de uma Teoria de Enfermagem depende da inter-relação dos quatro conceitos do Metaparadigma e de outros elementos que a teórica considera essenciais à descrição e compreensão do seu modelo. Esta construção assenta também em pressupostos que são assumidos como verdadeiros e em postulados que sustentam a estrutura da teoria. Uma teoria bem fundamentada permite o desenvolvimento de um conhecimento aprofundado sobre o cuidar centrado na pessoa humana, garantindo a sua transmissão e aplicabilidade tanto na prática clínica como no ensino da Enfermagem.

O modo como se cuida não acontece de forma ocasional, sem propósito terapêutico e fundamento teórico, na retaguarda de cada gesto clínico, de cada cuidado, cada decisão clínica e cada relação terapêutica, existe um modelo teórico de referência que sustenta a prática, ainda que de forma implícita. Estes modelos de Enfermagem funcionam como guia orientador. Segundo Meleis uma teoria de Enfermagem é definida como: “...uma conceitualização articulada e comunicada da realidade projetada ou descoberta (fenómeno central e relacionamentos) na Enfermagem com a finalidade de descrever, explicar, prever ou prescrever o cuidado de Enfermagem.” (Meleis, 1991, p.41).

A teoria de Jean Watson tem sido amplamente referida como um modelo que transforma o cuidado em algo mais profundo e significativo, pelo que é um modelo teórico de referência que não reduz o cuidado à execução de tarefas, encarando a arte de cuidar como um relacionamento de fundo terapêutico que visa a dignidade, o afeto e o reconhecimento da pessoa como ser único e complexo, carente de cuidados de saúde humanizados. Quando o enfermeiro adota este tipo de modelo teórico, pode considerar-se que a profissão de Enfermagem ganha forma e significado (Adabanya et al., 2023).

Afonso et al., (2024a) demonstram que quando se integra o modelo de Watson na formação dos profissionais, há um impacto real na forma como os cuidados são prestados. Este facto pode explicar a necessidade de recorrer à exploração de teóricos de referência durante a formação do enfermeiro, de forma a humanizar o cuidado, fomentando desde logo no profissional a responsabilidade relacional aquando da prestação de cuidados de saúde. É de salientar que nem todos os contextos favorecem a aplicação de modelos centrados na pessoa. Renghea et al., (2022) alertam que a predominância de modelos técnico-procedimentais ainda é uma realidade em muitos serviços e que nestes cenários o foco excessivo na doença e na eficácia técnica, que é o mensurável em termos de indicadores, pode afastar o enfermeiro da essência do cuidar, daí a importância de não desvalorizar os referenciais teóricos.

Prescott et al., (2024) defendem que só através de modelos que integrem a autorreflexão, o *mindfulness* e a consciência ética é possível prestar cuidados verdadeiramente humanos, e que a qualidade do cuidar não depende apenas da aplicação de normas ou protocolos, mas da capacidade de refletir sobre os mesmos e de explorar novos modelos de Enfermagem.

No estudo de Zhang et al., (2022), ocorre a discussão sobre a qualidade do cuidado prestado face ao modelo adotado. Os autores defendem que os modelos baseados no utente e não apenas nos objetivos clínicos são os que geram ambientes mais seguros, respeitadores e satisfatórios para ambas as partes, impulsionando para a obtenção de ganhos em saúde, que, por conseguinte, refletem-se na adesão ao tratamento, na comunicação e até nos indicadores objetivos de saúde. Até mesmo Mudd et al., (2020), ao visitar as grandes teorias da Enfermagem, mostra como os modelos vão moldando a história e a evolução da profissão, o modo como cada paradigma surge e influencia a prática do cuidado.

Em suma, os modelos de Enfermagem são muito mais do que construções teóricas, são um guia orientador para o enfermeiro, acerca das formas de estar na prática, de cuidar e de se posicionar diante da vulnerabilidade do outro. Pode-se afirmar que escolher um modelo é, em última instância, escolher o modo de ver o ser humano e, por conseguinte, reflete a qualidade do cuidado prestado.

3.1 Abraham Maslow e a sua influência na Enfermagem

3.1.1 A Hierarquização dos Cuidados

Ao longo da história da Enfermagem diversos referenciais teóricos têm sido utilizados para organizar e orientar a prática do cuidar. Entre eles, destaca-se a teoria de Abraham Maslow, que propõe uma hierarquização das necessidades humanas, estruturada numa pirâmide que parte das necessidades fisiológicas até alcançar a autorrealização. Esta abordagem tem sido adotada como instrumento de priorização dos cuidados, sobretudo em contextos de urgência e emergência. No entanto, os artigos como os de Yang et al., (2023), Zhang et al., (2022); Adabanya et al., (2023), evidenciam que, embora esta hierarquização seja útil do ponto de vista diagnóstico, pode limitar a perceção do enfermeiro sobre a totalidade da pessoa cuidada, sobretudo quando negligencia dimensões emocionais, relacionais e espirituais que também carecem de intervenção. Assim sendo, torna-se necessário refletir sobre a influência desta teoria na prática de Enfermagem. A hierarquização dos cuidados é encarada com o facto de uma necessidade ter de ser satisfeita para que a necessidade seguinte possa ser do mesmo modo satisfeita. Portanto, a gratificação de uma necessidade inicial faz com que a imediatamente seguinte assuma agora importância, captando atenção e recursos até que esta seja também satisfeita, e o processo se repita (Cavalcanti et al., 2019).

3.1.2 Pirâmide das Necessidades Humanas

Pensar nas necessidades humanas é, de certa forma, olhar para aquilo que nos sustenta, move e inquieta enquanto seres vivos e sociais. Abraham Maslow, há várias

décadas, organizou uma forma de pensar essas necessidades que ainda hoje continua a ser discutida. Agrupou-as em cinco grandes blocos (Anexo II) — necessidades fisiológicas, de segurança, de pertença, de estima e, por fim, de autorrealização — como explicam (Kovačević et al., 2023). A ideia era simples: ninguém se pode preocupar em encontrar sentido para a vida se ainda está a lutar para comer ou dormir em segurança.

Na base da pirâmide de Maslow estão as necessidades mais urgentes e físicas. Coisas básicas como o alimento, o sono, o abrigo. São estas que, como lembra Cavalcanti et al., (2019), se manifestam logo no início da vida e nos acompanham até ao fim. Sem elas, o resto torna-se quase irrelevante. Só depois de satisfeitas é que entra em jogo a segurança, não apenas no sentido literal, mas no sentimento de estabilidade que nos permite baixar a guarda e respirar com algum alívio. Abraham Maslow associava essa fase à necessidade de nos sentirmos protegidos e seguros num mundo por vezes imprevisível (Evangelista et al., 2020).

Passado esse patamar, há algo mais subtil, mas igualmente necessário: o sentir que pertencemos. Que fazemos parte de um grupo, que alguém nos reconhece, que temos com quem contar. Esta necessidade de pertença, que Cavalcanti et al., (2019) destacam como essencial à saúde emocional, não é apenas afetiva, é também uma necessidade estrutural de ligação. Sem ela, instala-se um tipo de vazio que nem sempre é fácil de descrever, mas que se sente.

Segundo Maslow, no cimo da pirâmide está algo mais abstrato, mas que, para muitos, é o que realmente dá sentido a tudo o resto: a autorrealização. Esse espaço em que a pessoa começa a viver de forma mais alinhada com o que é, com o que acredita, com o que sente que deve fazer com a vida que tem.

Apesar de propor esta sequência, o teórico nunca foi rígido. Como recordam (Kovačević et al., 2023), ele reconhecia que as necessidades mais básicas, como as fisiológicas e as de segurança, nunca deixam de ter peso. Em tempos difíceis, elas voltam a impor-se com força. Mas também é verdade que, quando essas estão garantidas, há um impulso natural para olhar mais longe para procurar sentido, ligação, realização. E talvez esteja aqui uma das chaves mais delicadas do cuidar em Enfermagem: conseguir ver para além do evidente, perceber que há necessidades que não se dizem, mas que pedem, silenciosamente, para serem atendidas.

3.2 Jean Watson e a sua influência na Enfermagem

3.2.1 Cuidado Humano

O conceito de Cuidado Humano, para Watson, representa o ideal moral da Enfermagem, baseado no respeito pela dignidade e preservação da humanidade. O cuidar é entendido como uma experiência mútua entre quem cuida e quem é cuidado, potenciando a autonomia, a coparticipação, a esperança e a empatia no utente. Segundo Watson, cuidados eficazes são aqueles que consideram o estilo de vida e o ambiente da pessoa, promovendo a saúde e o crescimento pessoal e familiar. Neste contexto, destaca-se o campo da Relação Transpessoal, que se afasta da lógica mecanicista e valoriza uma abordagem mais espiritual e integral da pessoa, reconhecendo o seu "estar no mundo".

(Watson, 2008). Embora o conhecimento técnico-científico continue a ser necessário, Watson reforça a importância de incorporar a metafísica na prática, defendendo uma ciência do cuidado voltada para a preservação da humanidade (Watson, 2008; Zhang et al., 2022a). Assim, o Processo de Enfermagem deve ser orientado pelas necessidades humanas em todas as suas dimensões (Afonso et al., 2024b; Adabanya et al., 2023).

Como outras teorias de Enfermagem, a de Watson integra os quatro conceitos do Metaparadigma: a Saúde, definida como a harmonia entre mente, corpo e alma, dependendo da congruência entre o Eu percebido e o Eu experienciado; a Pessoa, vista como um ser espiritual e magnífico, com três dimensões interligadas influenciadas pelo Eu; a Enfermagem, entendida como uma ciência e disciplina humana, composta por conhecimento, valores, filosofia e ação, onde o enfermeiro é um coparticipante na relação cuidativa; e o Ambiente, tratado de forma implícita, mas compreendido como um espaço físico e não físico que deve promover conforto e envolvimento ético e intencional por parte do profissional. (Watson, 2008; Afonso et al., 2024a).

Para além destes, Watson introduz outros conceitos relevantes como o Campo Fenomenológico, a Harmonia-Desarmonia, o Cuidado Transpessoal, a Dimensão Espiritual, a Ocasão do Cuidado, a Metafísica, o Mal-Estar, o Tempo do Cuidar e a Alma. Estes elementos complementam a sua visão holística do cuidar e fundamentam os dez Fatores de Cuidar que estruturam a sua prática: a formação de um sistema de valores humanísticos-altruístas; a estimulação da fé e esperança; a sensibilidade para consigo e com os outros; o desenvolvimento de uma relação de ajuda e confiança; a expressão de sentimentos positivos e negativos; a utilização criativa do processo de resolução de problemas; a promoção do ensino-aprendizagem transpessoais; a criação de um ambiente sustentador e protetor; o auxílio na satisfação das necessidades humanas; e a abertura à espiritualidade e à experiência existencial (Watson, 1999).

Estes fatores assentam sobre postulados que orientam a compreensão da pessoa como um ser integral, onde corpo, mente e alma coexistem, com experiências que transcendem o tempo e o espaço físico. Watson defende que o espírito existe por si mesmo, que o cuidar interessado e envolvente é essencial às relações humanas, e que encontrar sentido é mais importante do que apenas encontrar soluções. A totalidade de cada momento vivido constitui um campo de fenómenos único, que deve ser reconhecido pelo enfermeiro (Watson, 1999).

Cuidar é, antes de tudo, um encontro entre pessoas, que vai muito para além do protocolo ou da técnica. O cuidado humano em Enfermagem nasce da presença, da escuta e do gesto que reconhece no outro mais do que um diagnóstico: reconhece uma história, uma fragilidade, uma dignidade. É precisamente neste terreno relacional e ético que a prática do enfermeiro se distingue de uma atuação puramente funcional, e é nesse contexto que a Teoria do Cuidado Humano de Jean Watson se afirma como um dos alicerces desta abordagem. Para a autora, cuidar implica não apenas executar procedimentos, mas estar verdadeiramente com o outro, entregando-se à relação terapêutica com intencionalidade, autenticidade, disponibilidade e respeito profundo pela experiência singular de cada pessoa (Watson, 2008). Esta visão encontra eco nos estudos de Afonso et al., (2024a), que evidenciam como a integração desta teoria na formação profissional favorece o desenvolvimento de competências relacionais fundamentais, transformando o cuidar numa prática mais consciente, mais sensível e mais próxima. Elementos como a presença, o toque ou a palavra certa, quando surgem no momento oportuno, tornam-se expressões

concretas de um cuidado profundamente humano. Complementarmente, Prescott et al., (2024) reforçam que o desenvolvimento de práticas como a autorreflexão e o *mindfulness* é essencial para que o enfermeiro se mantenha emocionalmente presente, mesmo em contextos de elevada exigência, sendo que essa presença, feita de equilíbrio entre técnica e empatia, permite que o cuidado vá além da intervenção física, acolhendo também o silêncio, a escuta e o vínculo com o outro. No mesmo sentido, Guerrero-Castañeda (2023) afirmam que o cuidado só se torna verdadeiramente terapêutico quando incorpora uma postura ética, compassiva e aberta, defendendo que a escuta sem julgamento é, por si só, uma forma de intervir que humaniza profundamente a prática clínica.

No entanto, como alertam Zhang et al., (2022a), a realidade dos contextos clínicos continua a ser marcada por uma lógica que privilegia resultados mensuráveis e protocolos rígidos, o que muitas vezes compromete dimensões fundamentais do cuidar, como o respeito pela individualidade, o tempo partilhado ou o conforto emocional. Recuperar o cuidado humano, segundo o autor, torna-se então um gesto de resistência frente à mecanização crescente dos serviços de saúde. Esta ideia é igualmente defendida por Ljubičić et al., (2023), que, ao abordar o cuidado prestado a pessoas com deficiência, destaca que a ausência de um olhar verdadeiramente humano compromete não só a eficácia das intervenções, mas também o bem-estar subjetivo e a dignidade de quem é cuidado. Nestes contextos, o cuidado humanizado deixa de ser visto como algo complementar e passa a ser reconhecido como uma necessidade ética incontornável.

Assim, compreender o cuidado humano é entender que ele se concretiza na forma como o enfermeiro se faz presente, como escuta, como acolhe e como respeita a totalidade da pessoa à sua frente. É reconhecer que, para além do corpo, há um mundo interior que também precisa de atenção. Cuidar humanamente é, no fundo, transformar a relação em espaço de cura, onde a técnica serve, mas é a presença que verdadeiramente sustenta.

3.2.2 Teoria do Cuidado Humano

A Teoria do Cuidado Humano de Jean Watson pode ser compreendida como uma teoria de base filosófica, dado que assenta no desenvolvimento do conhecimento em Enfermagem a partir de conceitos fundamentais, pressupostos e postulados, complementados por dez fatores de cuidar considerados essenciais para a prática profissional de qualidade. A construção da sua teoria foi influenciada por diversos pensadores, desde teóricos e filósofos até psicólogos e profissionais da saúde (Watson, 1999).

A autora clarifica os pressupostos que sustentam a sua teoria, destacando que o cuidar e o amor são energias psíquicas universais, pilares fundamentais da humanidade. Alimentar estas necessidades humanas é essencial ao desenvolvimento civilizacional e à contribuição da Enfermagem para a sociedade. Cuidar de si próprio é visto como um pré-requisito para cuidar do outro. A Enfermagem, historicamente ligada ao cuidar humano, enfrenta hoje o desafio de preservar essa essência face aos avanços tecnológicos e às pressões institucionais. Watson acredita que apenas através de relações interpessoais autênticas é possível expressar e praticar eficazmente o cuidado humano, sendo este o verdadeiro contributo moral, social e científico da profissão para o mundo (Watson, 2008; Afonso et al., 2024a).

No âmbito do ensino, a Teoria do Cuidado Humano tem proporcionado aos estudantes de Enfermagem a capacidade de compreender profundamente as necessidades e preocupações dos utentes, promovendo uma prática profissional de excelência, que respeita todas as suas dimensões físicas, emocionais, sociais, espirituais e existenciais.

O estudo e a caracterização da Teoria do Cuidado Humano possibilitam uma compreensão aprofundada da visão de Jean Watson sobre a prestação de cuidados em Enfermagem, evidenciando a sua relevância para o desenvolvimento do pensamento crítico dos estudantes no contexto da prática clínica. Esta teoria destaca-se pelas vantagens que oferece em ambiente clínico, nomeadamente pela valorização da relação transpessoal e pela atenção dedicada à dimensão espiritual do cuidado. Embora nem sempre seja aplicada de forma sistemática na prática profissional, a Teoria do Cuidado Humano deve ser incorporada no ensino da Enfermagem, com o objetivo de relembrar aos estudantes que os cuidados de saúde não devem ser executados de forma automatizada. Pelo contrário, é essencial que cada intervenção seja adaptada às necessidades singulares de cada utente, promovendo o equilíbrio entre o corpo, a mente e a alma (Zhang et al., 2022; Afonso et al., 2024a).

A teoria do cuidado desenvolvida por Jean Watson apresenta uma abordagem holística da Enfermagem, destacando que uma intervenção cuidadosa, intencional e centrada na pessoa contribui significativamente para o processo de cura e para a preservação da integridade do ser humano. Watson propõe um modelo denominado cuidado humano, que se baseia numa relação subjetiva e interativa entre o enfermeiro e o utente, marcada por um envolvimento mútuo, onde ambos partilham, de forma consciente ou inconsciente, as suas experiências de vida. Esse modelo, inserido na chamada Escola do Cuidar, apoia-se em fundamentos filosóficos como a fenomenologia, o existencialismo e as ciências humanas, sendo estruturado em torno de dez elementos que orientam a prática do cuidado: a formação de um sistema de valores humanístico-altruísta, a estimulação da fé-esperança, o desenvolvimento da sensibilidade para si e para os outros, o desenvolvimento de uma relação de ajuda e confiança, a aceitação da expressão de sentimentos positivos e negativos, a aplicação sistemática do método científico na resolução de problemas, a promoção do ensino-aprendizagem interpessoal, a criação de um ambiente físico, mental, sociocultural e espiritual sustentador, o auxílio com a gratificação das necessidades humanas e a aceitação das forças existenciais e fenomenológicas (Watson, 2009).

Watson defende que a prática de Enfermagem deve ter o cuidado como princípio central, articulando razão e sensibilidade sobre uma base filosófica e científica. O objetivo não é apenas promover a cura, mas também valorizar a realização pessoal e profissional de quem cuida. Para isso, são indispensáveis a comunicação eficaz, a empatia e o conhecimento técnico. Além dos fatores direcionados para cuidar, Watson estabelece dez pressupostos fundamentais que sustentam a sua proposta de intervenção: o cuidar e o amor como forças universais; a necessidade de sermos cuidadores como condição para a sobrevivência da humanidade; a influência da ideologia do cuidar na evolução da Enfermagem como profissão; o comportamento humano como expressão de vontade para cuidar e amar; a necessidade de tratar de si com dignidade antes de cuidar dos outros; a centralidade do cuidar na prática da Enfermagem; a sua desvalorização histórica no sistema de saúde; a urgência de preservar e valorizar o cuidar; o seu caráter intersubjetivo e relacional; e o compromisso moral e científico da profissão com os ideais do cuidar (Watson, 2009).

Ainda segundo Watson, (2009), o cuidado é o princípio ético fundamental da Enfermagem, alicerçado numa troca subjetiva entre quem cuida e quem é cuidado. Esta interação vai além da intervenção física, alcançando as dimensões emocionais e existenciais do indivíduo. Segundo a autora, Watson coloca o cuidado no centro da relação interpessoal, numa vivência única e profundamente significativa. O conceito de cuidado transpessoal é central nesse modelo, representando uma forma de encontro em que dois mundos espirituais se fundem, transcendendo o tempo, o espaço e a experiência individual. Nessa perspetiva, o enfermeiro entra na experiência do outro e vice-versa, sendo ambos afetados pelo vínculo estabelecido. A relação transpessoal, de acordo com Watson, (2009), depende de vários fatores: o compromisso com a dignidade humana, a intencionalidade do enfermeiro ao reconhecer a subjetividade do outro, a capacidade de identificar sentimentos e condições íntimas, a habilidade para compreender como o outro está no mundo e, por fim, da própria história de vida do enfermeiro, marcada pelo seu crescimento, maturidade e desenvolvimento enquanto ser cuidador. A arte do cuidar transpessoal, assim, é vista como um meio de comunicação profunda e libertação emocional, sustentada por uma participação total do enfermeiro no ato de cuidar.

Em síntese, a teoria de Jean Watson sobre o cuidado humanizado enfatiza a importância de uma conexão genuína entre profissional e utente, superando o cuidado físico e alcançando o campo emocional e espiritual. Esse cuidado, centrado na pessoa, reforça vínculos de confiança e respeito e transforma o espaço de Enfermagem num ambiente mais acolhedor e significativo. Watson lembra-nos que cuidar é mais do que intervir, é reconhecer a totalidade do outro com empatia, dignidade e presença autêntica.

3.3 Contributos da Teoria de Jean Watson e Abraham Maslow para a prestação de cuidados de Enfermagem

De acordo com Afonso et al., (2024b), as contribuições educacionais da Teoria do Cuidado Humano destacam a efetivação do processo de Enfermagem por meio do resgate e definição de conceitos de envolvimento. Reflexões sobre a formação em Enfermagem centrada no paciente, pautadas na Teoria do Cuidado Humano, corroboram a evolução do conhecimento científico da Enfermagem, visto que a produção de conhecimento aprimora a prática assistencial.

Os debates mais recentes sobre o comportamento da equipa de Enfermagem durante o cuidado individual ao utente concentram-se em estabelecer espaços de conexão humana com o paciente, proporcionando um momento de cuidado transpessoal e incorporação do Processo *Clinical Caritas*, como consciência intencional, atenção plena, gratidão, propósito e espiritualidade durante o processo de cuidado de Enfermagem. A Teoria do Cuidado Humano de Watson contribui para a formação e o cuidado em Enfermagem, e o Processo *Clinical Caritas*, pode ser útil para as diferentes possibilidades de prática e ensino. A Enfermagem deve integrar uma linguagem simples e transformadora durante a prática, e o cuidado transpessoal pode ser um indicador positivo para a concretização de um cuidado empático e holístico, como referido em Afonso et al., (2024b).

Segundo o autor, este Processo *Clinical Caritas* foi concebido por Watson no âmbito da Teoria do Cuidado Humano, que visa um cuidado humanizado, relacional e ético. Este

processo visa a criação de um ambiente promotor do cuidado, permitindo o envolvimento de ambos os intervenientes, utente e enfermeiro, de forma a estabelecer uma relação terapêutica transpessoal, que representa um processo de cuidar que vai além dos modelos tradicionais e estáticos de Enfermagem, uma vez que este Processo exige que o enfermeiro se encontre desperto para questões espirituais e as dimensões existenciais que envolvem o utente (Evangelista, 2020). Assim sendo a teórica estabeleceu os 10 Fatores de Cuidar (Anexo III), como guia orientador da prática de Enfermagem, dado que é segundo a teórica os 10 passos para a prestação de um cuidado que vise a empatia, apreço e amor pelo próximo (Watson, 1999).

A teoria da hierarquia das necessidades de Maslow defende que existem cinco níveis diferentes de necessidades, havendo diferenças significativas na urgência dessas necessidades em diferentes períodos. Durante a hospitalização, os pacientes tendem a manifestar maior urgência relativamente às necessidades fisiológicas, de segurança, de pertença e de afeto, seguidas das necessidades de estima e de autorrealização. Além disso, as necessidades do nível seguinte só surgem quando as necessidades do nível anterior são efetivamente satisfeitas. Com a mudança de paradigma nos conceitos médicos, satisfazer o maior número possível de níveis de necessidade dos pacientes tornou-se o objetivo do trabalho clínico de Enfermagem. Assim, os cuidados de Enfermagem devem começar pelo nível mais básico, dando prioridade à satisfação das necessidades fisiológicas dos pacientes e de forma sistemática satisfazer as necessidades dos diferentes níveis dos pacientes, proporcionando-lhes serviços de Enfermagem direcionados e eficazes na prática clínica (Zhang et al., 2022; Adabanya et al., 2023).

No estudo de Zalenski et al., (2006) mostraram que esta intervenção de Enfermagem aliviou as emoções negativas dos utentes internados nos serviços de cardiologia, restaurou a sua capacidade para as atividades da vida diária, melhorou a qualidade de vida, encurtou o tempo de hospitalização e incentivou os pacientes a recuperarem e a receberem alta o mais rapidamente possível.

Os planos de Enfermagem baseados na teoria da hierarquia das necessidades de Maslow proporcionam serviços personalizados com base nas necessidades específicas de cada paciente, abrangendo vários aspetos, como necessidades psicológicas, fisiológicas, espirituais, sociais e culturais, acompanhados de medidas de Enfermagem lógicas. Com objetivos de intervenção bem definidos, estas medidas têm boa previsibilidade, pertinência e fiabilidade, o que permite responder eficazmente às necessidades fisiopatológicas dos pacientes (Zhang et al., 2021).

Segundo o estudo de Zhang et al., (2021) a satisfação com os cuidados de Enfermagem no grupo de investigação foi superior à do grupo de controlo. Isto sugere que o plano de Enfermagem baseado na hierarquia das necessidades de Maslow pode também aprofundar o reconhecimento do trabalho de Enfermagem por parte dos utentes.

Fazendo o contraponto com a teoria de Jean Watson, e de acordo com Afonso et al., (2024b), as contribuições educacionais da Teoria do Cuidado Humano destacam a efetivação do processo de Enfermagem por meio do resgate e definição de conceitos de envolvimento. Reflexões sobre uma formação em Enfermagem centrada no paciente, pautadas nesta teoria, têm vindo a consolidar a evolução do conhecimento científico da profissão, uma vez que a produção de saber fortalece e qualifica a prática assistencial. Nos

debates mais recentes sobre o comportamento das equipas de Enfermagem durante o cuidado individual ao utente, o foco tem estado em criar espaços de conexão humana, promovendo momentos de cuidado transpessoal e incorporando o Processo *Clinical Caritas*, o qual inclui dimensões como consciência intencional, atenção plena, gratidão, propósito e espiritualidade, como parte integrante do processo terapêutico.

Neste sentido, a Teoria do Cuidado Humano de Watson surge como uma ferramenta essencial para a formação e a prática clínica, sendo o Processo *Clinical Caritas*, uma proposta útil tanto para o ensino como para o exercício profissional. A Enfermagem deve adotar uma linguagem acessível, mas transformadora, na relação com o utente, sendo o cuidado transpessoal um elemento fundamental para alcançar um cuidar empático, ético e verdadeiramente holístico (Afonso et al., 2024a). Em paralelo, a teoria da hierarquia das necessidades de Maslow defende a existência de cinco níveis de necessidades humanas, hierarquizados de acordo com a sua urgência em diferentes fases da vida em que as necessidades superiores apenas emergem quando as mais básicas são previamente satisfeitas. Segundo Zhang et al., (2022), as intervenções de Enfermagem, com base neste modelo, por serem lógicas e bem definidas, apresentam elevada pertinência e previsibilidade, respondendo de forma eficaz às necessidades fisiopatológicas dos utentes.

4. Metodologia

Este trabalho tem por base uma RNL, desenvolvida com o propósito de compreender de que forma o tema em estudo tem sido abordado. Procurou-se, desde logo, adquirir conhecimentos sobre o que outros autores mencionam acerca desta temática, o que implica a necessidade de efetuar uma pesquisa exaustiva e seleção de fontes bibliográficas, de forma a obter artigos científicos fidedignos e plausíveis de sustentar o grande tema geral em estudo: Fundamentos de Enfermagem: Cuidar nas Necessidades Humanas Fundamentais. Dada a importância de reunir conhecimento sólido e atualizado que sustente este estudo foi efetuada uma análise minuciosa dos artigos, com o intuito de contextualizar o objeto de estudo e identificar os conceitos a abordar sobre a temática, e procurou-se ainda selecionar as correntes teóricas que derivam dos diversos estudos analisados. Para a análise e reflexão dos mesmos, recorreu-se à pesquisa bibliográfica através de bases de dados como a Biblioteca B-on e o PubMed, dos quais resultou a extração de informação de dissertações/teses de mestrado, artigos científicos, de revisão e investigação e publicações académicas.

Para a seleção dos artigos, foi adotado um método de pesquisa estruturado, com recurso a várias palavras-chave, Para efetuar esta seleção de artigos recorreu-se a termos de pesquisa nomeadamente: *“comprehensive assistance”*, *“fundamental human needs”*, *“care”*, *“maslow’s hierarchy of needs”*, *“integrated care”*, *“patient care”*, *“human care theory”* e de forma a relacionar os diversos conceitos, utilizou-se operadores booleanos como *“AND”*, *“OR”*, *“NOT”*, e um operador de truncatura como o asterisco de forma a obter todas as palavras em que a raiz da palavra fosse a mesma, especificamente *“Nurs*”*. Estas palavras-chave vão, inevitavelmente, de encontro aos conceitos que integram o título atribuído ao trabalho final: *“A Hierarquização dos Cuidados versus A Assistência Integral, nas Necessidades Humanas Fundamentais”* e ainda a todo o contexto que envolve esta temática e são utilizados em inglês uma vez que a generalidade das bases de dados científicas mais reputadas e idóneas obriga habitualmente ao depósito de trabalhos científicos neste idioma, o mesmo não acontecendo com outras línguas. O horizonte temporal de pesquisa estipulado correspondeu aos últimos cinco anos de forma a obter literatura recente acerca da temática em estudo.

A pesquisa bibliográfica realizou-se através da pesquisa avançada que permite funcionar como critérios de forma a filtrar os resultados obtidos, para que ocorra uma seleção mais precisa dos mesmos. Este método permite otimizar tempo na pesquisa e garantir uma seleção personalizada dos artigos, de modo a alcançar mais qualidade e pertinência dos mesmos. Deste modo, determinou-se um critério temporal que visa a inclusão de estudos publicados nos últimos cinco anos, em língua inglesa. Foi ordenada a pesquisa de acordo com a relevância, no sentido descendente e as datas de pesquisa decorreram entre os dias 28 de abril e 19 de maio de 2025.

De um modo geral, a metodologia de trabalho selecionada rege-se pelo modelo PRISMA que consiste num fluxograma de seleção estratégica, funcionando de guia de filtragem. Este método permitiu agregar artigos das duas bases de dados selecionadas e excluir os artigos duplicados, antigos e que não são de interesse para a temática. Esta metodologia foi adotada pelo facto de ser uma abordagem metodológica rigorosa e transparente, utilizada por diversos autores aquando da realização de uma RNL. A escolha

deste modelo foi, portanto, fortemente influenciada por estudos anteriores que o utilizaram com sucesso, nomeadamente Renghea et al., (2022), que ao sistematizar o conceito de cuidado integral em Enfermagem, aplicaram o modelo de forma exemplar, facilitando a exclusão e inclusão de estudos de forma clara e justificada, bem como o estudo de Afonso, et al. (2024b). Pode-se afirmar que nos inspirámos na forma como os autores justificam a exclusão de estudos que, apesar de conterem termos relevantes, não se alinhavam com o conceito de cuidado integral no contexto da prática de Enfermagem.

Inicialmente surgiram inúmeros artigos que abordavam esta temática, contudo nem todos tendo em conta a área da saúde, pelo que se excluíram, de antemão, alguns artigos e uma vez que esta área é vasta e não abarcava apenas a Enfermagem ainda foi possível estreitar mais o campo de pesquisa. Assim sendo, a pesquisa cuidada e criteriosa, permitiu identificar 15 estudos relevantes e metodologicamente válidos. Este levantamento teve como objetivo reunir contributos significativos que permitissem enquadrar teoricamente o tema, clarificar os conceitos em análise e identificar as principais correntes de pensamento associadas à prática de Enfermagem.

Como referem Renghea et al., (2022), a ausência de uma definição clara e consensual do conceito levou à necessidade de um processo de triagem criterioso, que filtrasse conteúdos duplicados, genéricos ou não centrados na prática clínica. Este raciocínio foi igualmente aplicado ao nosso trabalho, onde partimos de um universo muito alargado de estudos e fomos afinando os critérios até chegar a um conjunto coerente e alinhado com os objetivos do estudo.

O nosso fluxograma seguiu essa lógica, começámos por identificar vários milhares de registos, aplicámos filtros automáticos e manuais, lemos resumos, avaliámos a sua elegibilidade e, por fim, integrámos os estudos que realmente contribuíam para a análise do impacto da hierarquização dos cuidados na assistência integral. Esta escolha metodológica reforça a credibilidade do estudo e assegura que os resultados apresentados assentam numa base de evidência sólida e cuidadosamente selecionada.

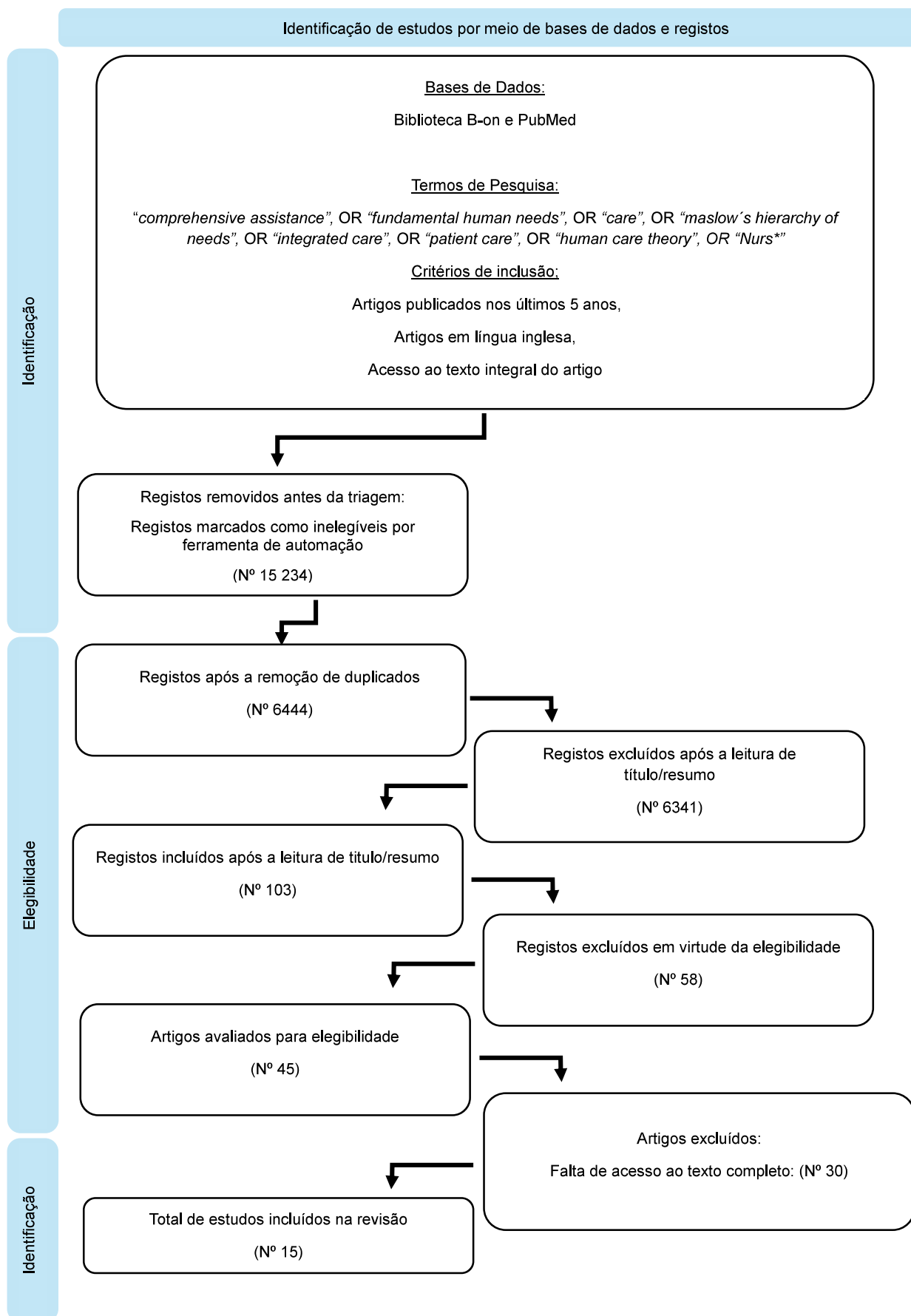
Este processo permitiu agregar artigos provenientes de duas bases de dados, excluindo estudos duplicados, antigos e que não se revelavam relevantes para a temática. Inicialmente, foram encontrados inúmeros artigos sobre o tema; no entanto, muitos deles não pertenciam à área da saúde ou tinham origem em fontes não verificadas, o que justificou a sua exclusão. Adicionalmente, uma vez que a temática abrange áreas diversas, mas o foco era a Enfermagem, foi possível estreitar ainda mais os critérios.

No início, a pesquisa bibliográfica devolveu vários milhares de registos, oriundos das bases de dados PubMed e Biblioteca B-on. A grande maioria foi excluída automaticamente, por não cumprir os critérios mínimos definidos pelas ferramentas de triagem (duplicações, irrelevância temática, entre outros). Após esta filtragem inicial, restaram 6444 artigos, que foram submetidos a uma análise mais detalhada.

Seguiu-se uma leitura atenta dos títulos e resumos. Muitos estudos, embora à partida pudessem parecer relevantes, não tinham ligação direta com a hierarquização dos cuidados ou a assistência integral, tendo sido 6341 artigos excluídos nesta fase, ficando 103 para análise posterior.

Na fase seguinte, dedicada à elegibilidade, foram excluídos 58 artigos, uma vez que, apesar de inicialmente parecerem adequados, revelaram-se genéricos ou afastados da prática de Enfermagem quando lidos na íntegra. Prosseguiu-se com a leitura completa de 45 artigos, dos quais 30 foram excluídos por não estarem acessíveis em texto completo. No final deste processo, foram incluídos 15 artigos na revisão. Pela sua atualidade, relevância e fundamentação teórica, foram considerados adequados para sustentar a análise desenvolvida ao longo deste estudo. Desta forma, encontra-se agregado de seguida o fluxograma que permite uma visualização mais intuitiva do método utilizado.

Figura 1 – Fluxograma como metodologia utilizada



5. Resultados da Revisão da Literatura

Este capítulo visa a apresentação dos conteúdos e a relação dos mesmos a partir da análise crítica e reflexiva da literatura selecionada. Os resultados obtidos encontram-se organizados de acordo com as principais temáticas identificadas (Apêndice I), o que possibilita uma maior compreensão sobre a temática em estudo. Já os artigos onde foi possível identificar as diferentes temáticas encontram-se organizados de acordo com o ano e o autor (Apêndice II).

Cuidar não é apenas executar procedimentos é estar presente, escutar, compreender, respeitar. A arte do cuidar nasce do encontro entre dois seres humanos: um que precisa, outro que se oferece. E é nesse encontro, silencioso ou cheio de palavras, que a Enfermagem encontra a sua essência. (Afonso et al., 2024b). Nos primeiros tempos, o cuidar estava intrinsecamente ligado ao instinto, à compaixão e ao gesto empírico. Com o avanço das ciências da saúde, o cuidar passou a ser também técnico, racional, padronizado. Mas nem por isso perdeu a sua dimensão sensível apenas a escondeu, por vezes, sob camadas de rotinas e protocolos. Zhang et al., (2022). Jean Watson veio recuperar esse lado perdido. Para ela, cuidar é um ato intencional, espiritual e ético. Não se limita a tratar sintomas, envolve reconhecer o outro na sua totalidade, com tudo o que sente, teme e espera (Adabanya et al., 2023). Esta perspetiva fez com que muitos profissionais redescobrissem o valor da presença e da escuta ativa na prática diária.

Afonso et al., (2024b) defendem que o verdadeiro cuidar exige que o enfermeiro vá além do plano físico. É preciso disponibilidade emocional, empatia e consciência ética para que o cuidado se torne algo que transforma não apenas alivia. Nesse mesmo sentido, Zhang et al., (2022a) reforça que o cuidado técnico, quando desprovido de relação, pode ser eficaz, mas nunca será completo. A arte do cuidar está em equilibrar ciência e sensibilidade, numa prática que respeite tanto o corpo quanto a história do utente (Zhang et al., 2022a). Esse percurso permitiu à Enfermagem afirmar-se como ciência do cuidar, sem nunca abdicar do que a torna única: a capacidade de estar com o outro com sensibilidade e empatia.

Prescott et al., (2024) acrescentam que o cuidar, para ser arte, exige consciência de si. Um profissional que cuida sem escutar a sua própria vulnerabilidade corre o risco de se distanciar, de automatizar. O cuidado precisa de pausa, de presença, de reflexão e isso é cada vez mais urgente num tempo de pressa. Hoje, a Enfermagem reconhece que o cuidar é técnico, sim, mas também ético, afetivo, relacional. É por isso que se fala em plano de cuidados e não em plano de tarefas. Porque cada intervenção carrega a possibilidade de vínculo, de alívio, de sentido. E se a arte do cuidar evoluiu, foi porque os enfermeiros souberam resistir à desumanização e continuar a cuidar com presença, com toque, com palavra. A técnica pode ser aprendida em laboratório, mas o cuidar, esse aprende-se na relação, com cada pessoa, em cada momento.

5.1 Implicações da não satisfação das NHF's

Diversos autores relatam a percepção de que as necessidades básicas não são adequadamente satisfeitas é um preditor significativo de menor qualidade de vida do utente e maior risco de sofrimento para si e para os seus familiares. É notório que a satisfação inadequada crónica das necessidades básicas pode aumentar a vulnerabilidade de indivíduos de risco, tanto de forma direta como indireta, e por conseguinte, conduzir a fatores de stresse agudo e crónico, tal como Zhang et al., (2022) realçam que a Enfermagem deve reconhecer a importância de dar uma resposta eficaz não apenas às necessidades fisiológicas bem como às necessidades relacionais, espirituais, emocionais, atendendo às limitações que a sua não satisfação acarreta no bem-estar e na recuperação do utente.

Assim sendo, Adabanya et al., (2023) sublinham que quando há necessidades ignoradas ou negligenciadas, o enfermeiro está a proporcionar ao utente riscos acrescidos do agravamento da sua condição clínica. Neste sentido, a atuação do enfermeiro deve ir além da intervenção técnica, promovendo um cuidado atento, sensível e adaptado à realidade de cada pessoa, de forma personalizada.

5.2 Benefícios terapêuticos na resposta às necessidades comprometidas

Responder às necessidades humanas de forma sensível e intencional não é apenas uma exigência ética em Enfermagem, mas também um elemento central para a eficácia terapêutica e para a qualidade da experiência de quem é cuidado. Quando o enfermeiro reconhece que a dor não se limita ao corpo e que o sofrimento pode ter origens emocionais, relacionais ou espirituais, cria-se espaço para um cuidado que verdadeiramente transforma. É nesse sentido que Jean Watson defende que o cuidado só se torna terapêutico quando ocorre num espaço relacional, onde o profissional está presente de forma consciente, atenta e disponível para acolher o outro com autenticidade. Essa presença, por vezes silenciosa, permite não apenas responder a necessidades objetivas, como alimentação, higiene ou repouso, mas também estar atento às carências mais subteis como o medo, a solidão, o desejo de ser escutado. (Evangelista et al., 2020; Ljubičić et al., 2023).

Afonso et al., (2024b) defendem que, quando o enfermeiro adota uma visão integral da pessoa, as necessidades comprometidas deixam de ser vistas de forma isolada e passam a ser compreendidas como um sistema interligado. O resultado é uma prática mais empática e relacional, que gera confiança, fortalece o vínculo terapêutico e melhora significativamente o prognóstico clínico, mesmo em contextos de maior complexidade.

Além disso, Prescott et al., (2024) destacam que competências como a escuta ativa e a autorreflexão devem ser desenvolvidas ao longo da formação e da prática, pois são estas que permitem ao enfermeiro identificar com precisão as necessidades do utente e intervir de forma ética e contextualizada. Essa atuação sensível não apenas enriquece a experiência subjetiva do cuidado, como promove um envolvimento mais profundo e consciente por parte do utente no seu próprio processo de saúde.

Também Zhang et al., (2022b) reforça que os benefícios terapêuticos resultam diretamente da capacidade do enfermeiro em reconhecer e responder não só às necessidades físicas, mas também às emocionais e espirituais. Quando isso acontece, o utente sente-se mais seguro, respeitado e confortável, elementos que influenciam tanto a sua recuperação clínica como a qualidade da relação estabelecida com a equipa de saúde. Em complemento, Ljubičić et al., (2023) alerta para os riscos de uma prática centrada exclusivamente na doença. Quando as dimensões psicológicas e afetivas são negligenciadas, a intervenção perde profundidade, e o utente pode sentir-se desamparado, mesmo perante cuidados tecnicamente bem executados.

Assim, responder às necessidades comprometidas não é um gesto automático ou linear, é um compromisso contínuo com o outro, que exige sensibilidade, competência e disponibilidade emocional. E é precisamente dessa presença ética e relacional que nascem os verdadeiros benefícios terapêuticos: maior adesão ao tratamento, menos sofrimento, vínculos mais fortes e, sobretudo, mais saúde e mais dignidade no processo de cuidar.

5.3 As Dimensões do Cuidar: O olhar integral em Saúde Pública

Cuidar, no contexto da saúde pública, não pode ser reduzido à prevenção de doenças nem à execução de protocolos, o verdadeiro desafio é ver o outro na sua totalidade, mesmo quando os números, os fluxos e os sistemas pressionam para que se veja apenas a queixa ou o sintoma. As dimensões do cuidar, física, emocional, social, espiritual são inseparáveis quando o objetivo é promover saúde com dignidade. Jean Watson recorda que o cuidado integral exige mais do que técnica: requer presença autêntica, escuta ativa e compromisso ético (Watson, 2008). Esta visão torna-se ainda mais urgente em contextos de saúde pública, onde o utente não é apenas um indivíduo isolado, mas alguém inserido numa comunidade, num território, num contexto socioeconómico que afeta diretamente o seu bem-estar.

Afonso et al., (2024a) reforçam que um cuidado verdadeiramente integral passa por considerar não apenas os sinais clínicos, mas também os sentidos que a pessoa atribui à sua experiência de saúde, as suas crenças, os seus medos e os seus vínculos. Cuidar torna-se, assim, mais do que intervir: é construir relação, reconhecer sofrimento, dar sentido à escuta. No estudo de Zhang et al., (2022), é evidente que muitos serviços ainda estão organizados para responder ao que é urgente e mensurável, deixando de lado necessidades mais silenciosas, mas nem por isso menos importantes como o conforto emocional, o reconhecimento, o respeito (Zhang, 2022). Esta constatação reforça a necessidade de integrar as várias dimensões do cuidado também nas práticas de saúde coletiva.

Prescott et al., (2024) sublinham que o profissional de saúde, para cuidar com qualidade, precisa desenvolver também a sua dimensão interior: refletir sobre si, praticar a empatia, cultivar a presença ética. Em saúde pública, onde o cuidado se torna muitas vezes impessoal e sistematizado, este exercício é essencial para preservar a humanidade no ato de. O estudo de Ljubičić et al., (2023), ao analisar o cuidado de pessoas com deficiência, mostra como a ausência de uma abordagem integral compromete não só a eficácia clínica,

mas também a percepção de dignidade da pessoa cuidada. Quando se ignora a dimensão social, emocional ou espiritual, o cuidado torna-se parcial, e o sofrimento tende a prolongar-se mesmo após a resolução do problema. Adabanya et al., (2023) fazem referência ao impacto do cuidado hierárquico em termos de saúde pública, e que cuidados eficazes requerem uma assistência integral das necessidades humanas, o que corrobora a convicção de Watson, ainda que reconheçam a importância da finalidade da teoria proposta por Maslow. O artigo elaborado por Hayre-Kwan et al., (2021), aborda a prática de Enfermagem durante a pandemia de COVID-19, exemplificando que não foi possível hierarquizar os cuidados, dado que era necessário atender em tempo útil e de forma simultânea múltiplas necessidades humanas afetadas.

Por isso, falar de “dimensões do cuidar” é falar daquilo que, muitas vezes, não está nos protocolos, mas está no coração do encontro clínico. É garantir que a Enfermagem, mesmo nos contextos mais técnicos ou institucionais, continue a ser feita com presença, consciência e escuta para que, além de controlar sintomas, se possa também transformar realidades.

5.4 O Cuidado Integral em Enfermagem

O cuidado integral em termos de saúde é um conceito muito utilizado no planeamento e organização dos cuidados de saúde. É um conceito muito atual, mas também muito implantado na teoria e nos modelos de Enfermagem desde os seus princípios científicos. O conceito "Cuidado Integral" é comumente utilizado para se referir às técnicas, protocolos, programas e planos de assistência integral de Enfermagem, que englobam o cuidado em todos os aspetos do indivíduo. Este facto é uma obrigação moral e ética da Enfermagem, porque se baseia na existência de uma resposta às necessidades que a doença desencadeia nas pessoas através do plano de cuidados, como um instrumento de Enfermagem ordenado que permite diagnosticar em todos os aspetos e responder às necessidades do utente (Renghea et al., 2022).

Segundo Renghea et al., (2022) os cuidados integrais devem ser personalizados, alargados à família e à sociedade, além disso, deve centrar-se nos cuidados espirituais, nas relações sociais que envolvem o utente, que são tão importantes como os cuidados técnicos. Deste modo o enfermeiro favorece o estabelecimento de um equilíbrio entre a saúde do utente, a sua autonomia pessoal e a satisfação com a sua vida em termos gerais.

No contexto contemporâneo, promover um cuidado integral exige reconhecer que os ambientes de interação humana se expandiram para além do espaço físico, incorporando dimensões digitais que também influenciam o bem-estar. Valerio-Ureña et al., (2024), ao estudar adolescentes de uma comunidade indígena Purépecha, demonstra como os ambientes digitais podem contribuir para a satisfação de necessidades humanas fundamentais, especialmente nas esferas de pertença, expressão e autoestima.

O seu estudo demonstra que o uso mediado da tecnologia pode reforçar sentimentos de identidade, promover o reconhecimento pessoal e coletivo, e favorecer a participação em redes de apoio emocional. Estes resultados sugerem que estratégias de cuidado integral não devem ignorar o potencial transformador dos recursos digitais, de forma a acompanhar a Enfermagem moderna.

Com base nesses achados, uma das estratégias recomendadas para a prática de Enfermagem é a integração consciente de ferramentas tecnológicas como plataformas de educação em saúde, grupos de apoio online e aplicações interativas que respeitem a diversidade cultural e fortaleçam o vínculo entre cuidadores e cuidados. Tais recursos, se bem utilizados, tornam-se extensões do cuidado relacional, permitindo o acompanhamento contínuo das necessidades humanas fundamentais mesmo fora do espaço clínico tradicional.

Por fim, a proposta de Valerio-Ureña (2024) evidencia que o cuidado integral passa pelo reconhecimento da pessoa no seu contexto histórico, cultural e tecnológico, exigindo do enfermeiro uma visão integral do utente.

5.5 Estratégias para a promoção de um cuidado integral

Zamanzadeh et al., (2015) referem no seu estudo que as estratégias para a promoção de um cuidado integral passam pelos métodos de ensino e a competência dos educadores, pelo ambiente profissional e pelos fatores de motivação.

Em relação aos métodos de ensino e a competência dos educadores, Zamanzadeh et al., (2015) referem que estes desempenham um papel importante na aprendizagem e na transferência do conhecimento teórico sobre cuidado integral para a prática clínica, no entanto os resultados do estudo realizado pelos autores, revelam que a maioria dos enfermeiros acredita que a sua principal preocupação nos cursos foi tornar-se competente na realização de tarefas técnicas, tendo tido pouca oportunidade para considerar as outras necessidades dos utentes. Os autores sugerem que se os educadores proporcionarem modelos práticos de cuidado integral, a confiança dos estudantes aumentará e eles estarão mais capazes de prestar este tipo de cuidado.

O ambiente profissional, que consiste na carga de trabalho, gestão e na limitada conformidade do ambiente clínico com as normas profissionais, pode influenciar a implementação do cuidado holístico, atuando como barreira ou elemento facilitador. Quando inadequados, estes componentes são identificados como obstáculos à prestação de cuidados que visam todas as dimensões do indivíduo. A carga de trabalho é um dos aspetos da prática nos ambientes de Enfermagem que afeta a qualidade do cuidado. A gestão, outro componente do ambiente profissional, inclui vários domínios como métodos de avaliação, programas de orientação para a equipa e abordagens de gestão. Os resultados deste estudo mostram que a gestão em Enfermagem é ineficaz, que os enfermeiros demonstraram insatisfação com o estilo de gestão e que não existem programas de orientação. Estas questões desempenham um papel importante na formação do cuidado holístico e, quando adequadas, podem potenciar a prestação deste tipo de cuidado ao criar motivação nos enfermeiros e aumentar os seus conhecimentos.

Uma das estratégias mais promissoras para a promoção de um cuidado verdadeiramente integral passa por adotar um olhar que vá além das necessidades clínicas imediatas, valorizando a totalidade do ser humano, incluído os seus aspetos fisiológicos, emocionais, relacionais e existenciais. Teslyuk (2025) propõe uma abordagem reflexiva baseada na hierarquia de necessidades de Maslow, onde o cuidado não é pensado apenas como resposta a sintomas, mas como oportunidade de crescimento humano e de bem-estar profundo. Em suma, o autor evidencia que o profissional de Enfermagem, ao refletir sobre a sua própria prática, torna-se mais sensível às camadas mais subtis das

necessidades humanas nomeadamente atendendo à segurança afetiva, sentido de pertença, autoestima e a autorrealização.

5.6 O contributo do Processo de Enfermagem como instrumento na identificação das NHF's

De acordo com Renghea et al., (2022) o processo de Enfermagem é considerado como um padrão para a prática de Enfermagem; a sua importância exigiu mudanças substanciais nas suas etapas, favorecendo o desenvolvimento da profissão como uma disciplina científica, o que, por sua vez, aumentou a qualidade dos cuidados. Este consiste em cinco etapas – avaliação, diagnóstico, planeamento, implementação e reavaliação.

De acordo com Mudd et al., (2020) a teoria do processo de Enfermagem tem importância na relação enfermeiro-utente na interpretação adequada das necessidades de assistência do utente.

O Processo de Enfermagem tornou-se o instrumento mais precioso do enfermeiro. Atualmente, o plano de cuidados de Enfermagem constitui o suporte necessário para a implementação dos cuidados de Enfermagem. Nesta base, os cuidados de Enfermagem devem ser aplicados a todas as pessoas que deles necessitam e em todos os seus aspetos, tanto na família como no contexto social e ambiental do utente (Renghea et al., 2022).

Ainda de acordo com Renghea et al., (2022), os enfermeiros cobrem parcialmente o plano de cuidados, já que os cuidados no foro psicossocial são negligenciados, devido à pouca inclusão da família no cuidado integral do utente. É necessária uma boa gestão dos recursos para se conseguir obter um cuidado integral. É também importante destacar, que embora possam não parecer fundamentais na situação clínica do utente, o bem-estar e a qualidade de vida são prejudicados sem os cuidados necessários a longo prazo, ou por outro lado podem ocorrer casos de complicações clínicas importantes que atrasam a cura e a recuperação completa do utente. Salientam ainda que os cuidados integrais na família e no cuidador primário devem incluir os cuidados espirituais e procurar centrar-se nas circunstâncias do utente através da prevenção, promoção e educação para a saúde no indivíduo, na família e na comunidade, estendendo-se a todas as idades.

5.7 Estabelecimento de uma relação terapêutica

O enfermeiro tem um papel fundamental entre os componentes do ambiente de cura. De acordo com Watson, o desenvolvimento intencional de uma relação positiva enfermeiro-utente é essencial para a segurança psicológica e a cura física (Gürçan et al., 2021).

De acordo com Watson, o enfermeiro e o utente mantêm uma relação interpessoal como dois indivíduos diferentes durante os cuidados de Enfermagem (Gürçan et al., 2021). No mesmo estudo, a grande maioria dos participantes salientou a importância de estabelecer relações honestas e de confiança com os profissionais de saúde. Estes manifestaram o desejo de obter informações factuais, claras e pormenorizadas sobre o seu processo de doença, medicamentos e procedimentos. Um ambiente clínico com uma atmosfera de cuidados compassivos é algo fundamental para os cuidados que são prestados pelos enfermeiros. A mensagem predominante da maioria dos participantes do

estudo, foi que a construção de uma relação honesta e de confiança com os profissionais de saúde é importante durante o período de hospitalização.

Segundo o estudo feito Mudd et al., (2020), os sentimentos pessoais do enfermeiro são relevantes para a prestação de cuidados e relacionamento do utente. Neste mesmo estudo está referido que, é exigido que os enfermeiros sejam auto-conscientes na sua prática de Enfermagem. O enfermeiro avaliar a sua relação com os seus utentes, o que leva a um grau de reflexão e autoconsciência por parte destes últimos, o enfermeiro deve ainda o atuar como defensor do utente.

Algumas teorias que foram analisadas por Mudd et al., (2020) sugeriam um papel mais dominante do enfermeiro, seja na manipulação do ambiente, seja na tentativa de interpretar o comportamento do utente, enquanto outras centravam-se na construção de parcerias colaborativas, ou seja onde o enfermeiro e o utente compartilham o poder. Segundo os autores, houve uma articulação consistente nas teorias estudadas pelo autor, sobre a importância de abordar tanto as necessidades físicas como as emocionais; no entanto, a integração do cuidado foi raramente abordada, ou seja, a necessidade de tratar simultaneamente, e no mínimo, os elementos físicos, psicossociais e relacionais do cuidado. Um número limitado de teorias parece sugerir a importância da integração do cuidado, ainda assim de forma pouco explícita e fundamentada.

5.8 A Importância da criação de um ambiente terapêutico

A criação de um ambiente terapêutico é, inevitavelmente, reconhecer a importância do contexto onde o cuidado acontece. No entanto, este ambiente vai muito além do espaço físico ele é construído na escuta, na presença, na disponibilidade e na forma como o enfermeiro se coloca diante do outro. Jean Watson, ao desenvolver a sua Teoria do Cuidado Humano, defende que o ambiente terapêutico deve sustentar e proteger a dignidade de quem é cuidado, reforçando a sua integridade pessoal (Watson, 2008). Para a autora, é dentro da esfera relacional, a que chama *Caritas Veritas*, que o cuidado genuíno emerge, e isso requer muito mais do que competências técnicas: exige autenticidade, entrega emocional e uma abertura real ao encontro humano. Cuidar, segundo Watson, implica uma presença consciente e intencional, algo que não se limita à execução de tarefas nem se encerra nos procedimentos técnicos.

Nessa mesma linha, Prescott et al., (2024) defendem que práticas como a autorreflexão e o *mindfulness* não devem ser tratados como meros complementos, mas como ferramentas essenciais para formar profissionais mais atentos, humanos e espiritualmente conectados. O ambiente terapêutico constrói-se, portanto, também a partir do próprio enfermeiro da sua capacidade de estar presente, de se implicar emocionalmente e de se autorreconhecer enquanto sujeito cuidador. Esta compreensão é reforçada por Guerrero-Castañeda (2023), que afirma que o verdadeiro ambiente terapêutico não nasce de protocolos, mas da atitude ética, acolhedora e sensível do profissional, capaz de gerar no utente um sentimento de segurança e compreensão mesmo em situações de fragilidade.

Mudd et al., (2020), ao analisar as principais teorias da Enfermagem, sublinha que o ambiente sempre foi mais do que um cenário ele é um fator ativo no processo de cuidar, podendo influenciar diretamente a experiência de saúde, a recuperação e o bem-estar.

Essa visão é partilhada por Afonso (2024b), que destaca que criar um espaço terapêutico exige do enfermeiro mais do que saber técnico: requer um olhar atento que reconhece o outro como sujeito, não apenas como destinatário passivo de intervenções, implicando assim uma responsabilidade ética e um compromisso relacional com o ato de cuidar.

Zhang et al., (2022) acrescenta a esta reflexão que os indicadores de qualidade dos cuidados em Enfermagem devem incluir dimensões subjetivas, como o conforto, o respeito percebido e o sentimento de acolhimento, defendendo que só assim se pode considerar o ambiente verdadeiramente terapêutico. Este entendimento é igualmente evidente no estudo de Ljubičić et al., (2023), centrado em pessoas com deficiência, onde se mostra que a ausência de um ambiente humanizado compromete a eficácia das intervenções e limita a capacidade de resposta às necessidades humanas mais fundamentais.

À luz destes contributos, torna-se claro que o ambiente terapêutico não é um aspeto secundário da prática de Enfermagem, mas sim o alicerce onde se torna possível uma relação de cuidado transformadora uma relação que ultrapassa a técnica, que humaniza, e que toca tanto quem cuida como quem é cuidado.

5.9 O Cuidado Humano com base no Perfil de Competências do Enfermeiro

Ser enfermeiro é muito mais do que dominar técnicas ou seguir procedimentos. A prática de Enfermagem exige um conjunto de competências que vão desde o raciocínio clínico até à escuta sensível, passando pelo saber técnico, mas também pela ética, pela empatia e pela capacidade de se relacionar com o outro. Estas competências não nascem apenas dos livros ou das aulas, mas constroem-se com o tempo, com a experiência e com o contacto direto com quem precisa de cuidado. O perfil do enfermeiro forma-se nesse cruzamento entre teoria e realidade, entre saber e sentir. E é esse perfil que lhe permite, verdadeiramente, responder de forma integral às necessidades humanas que surgem, tantas vezes, sem aviso. (Evangelista et al., 2020).

Jean Watson é uma das vozes que mais tem influenciado esta forma de estar na profissão. Na sua Teoria do Cuidado Humano, ela insiste que cuidar não é apenas fazer algo por alguém, é estar com o outro de forma plena. É escutar com atenção, estar presente de verdade, com o corpo e com o coração, e acolher o outro na sua vulnerabilidade, sem filtros nem pressas. Para Watson (2008), o cuidado só se concretiza quando existe entrega intencional e uma relação autêntica, capaz de transformar tanto quem cuida como quem é cuidado.

Este olhar também é partilhado por Afonso et al., (2024b), que sublinham a importância de integrar estas ideias na formação dos profissionais. Mais do que aprender técnicas, é fundamental que os estudantes desenvolvam capacidades como a empatia, a espiritualidade e a consciência do impacto que têm sobre os outros. Porque cuidar não é só resolver problemas: é ajudar a dar sentido a momentos difíceis, a transformar experiências de dor ou perda em algo mais suportável e humano.

Claro que tudo isto só faz sentido se o ambiente onde o cuidado acontece também colaborar. Como lembra Mudd et al., (2020), o espaço físico, emocional e relacional onde

o utente é recebido influencia de forma direta o que ele sente e como vive o seu processo de recuperação. Não é apenas um “cenário”, mas uma parte ativa do cuidar. Prescott et al., (2024) acrescentam que, para lidar com a complexidade e o sofrimento que tantas vezes surgem no dia-a-dia da Enfermagem, é essencial que o enfermeiro cultive competências internas, como a autorreflexão e a atenção plena. São elas que ajudam a manter o foco, mesmo nos dias mais exigentes.

Guerrero-Castañeda (2023) também reforçam que o cuidado só se torna verdadeiramente terapêutico quando existe uma escuta real e uma presença ética e que essas qualidades não são um extra, mas uma parte essencial do perfil de competências do enfermeiro. A presença, quando é genuína, cria segurança e confiança. Cria relação. E é nessa relação que o cuidado acontece.

Zhang et al., (2022) lembram ainda que avaliar o trabalho de um enfermeiro apenas por dados clínicos é redutor. Há aspetos que não se medem em números, mas que contam e muito. O conforto que o utente sente, o respeito com que é tratado, a confiança que desenvolve ao longo do tempo. Estes elementos, embora muitas vezes invisíveis nos relatórios, são indicadores claros de um cuidado que vê a pessoa como um todo, que vai além do tratamento da doença.

No fundo, cuidar é um ato profundamente humano. E exige, de quem cuida, um compromisso constante com a dignidade, com o respeito e com a relação. É isso que define o perfil de um enfermeiro comprometido com um cuidado que é, verdadeiramente, cuidado.

5.10 O compromisso do enfermeiro na prática de cuidados de excelência

Cuidar, para o enfermeiro, nunca foi apenas uma função atribuída, mas uma escolha que se renova a cada encontro com o outro. Falar em excelência no cuidado é reconhecer esse compromisso diário, não com a perfeição técnica, mas com a profundidade humana do gesto. Trata-se de estar presente com atenção mesmo quando o tempo escasseia, de escutar com genuinidade apesar do ruído constante que o sistema impõe à relação. Jean Watson recorda que o cuidar humano exige uma presença intencional e consciente que vá além do gesto técnico e é precisamente esse compromisso com a presença que se revela como uma das expressões mais concretas da excelência em Enfermagem visível na escuta que acolhe, na palavra que ampara, na decisão que respeita a pessoa e não apenas o diagnóstico (Watson, 2008).

Este cuidado ético e relacional é também sublinhado por Guerrero-Castañeda (2023), ao afirmar que a excelência se constrói no espaço onde o enfermeiro se compromete a escutar sem julgamento e a intervir com sensibilidade, sendo a forma como se cuida tão importante quanto o resultado da intervenção. Afonso et al., (2024b) acrescentam que esse compromisso se fortalece quando o profissional se permite refletir sobre a sua prática, integrando dimensões como a empatia, a espiritualidade e o sentido mais profundo do cuidar, fazendo com que o gesto técnico se transforme numa presença significativa. Prescott et al., (2024), por sua vez, destacam que práticas como a autorreflexão e o

mindfulness são fundamentais para sustentar esse compromisso, especialmente em contextos marcados por rotinas aceleradas e pressões institucionais, pois ajudam o enfermeiro a manter-se alinhado com os seus próprios valores e com a dignidade do outro.

Por fim, como refere Zhang et al., (2022), a qualidade do cuidado não deve ser avaliada apenas por indicadores clínicos, mas também pelo impacto subjetivo que ele provoca no utente — conforto, respeito, confiança. E garantir esse impacto exige um compromisso firme, muitas vezes silencioso, com aquilo que verdadeiramente importa: cuidar bem, cuidar com sentido, e fazer da presença um instrumento de transformação no encontro entre quem cuida e quem é cuidado.

5.11 A Humanização dos Cuidados de Enfermagem

Humanizar o cuidado é, antes de tudo, reconhecer no outro alguém com história, fragilidade e desejo de ser respeitado. Em Enfermagem, esta não é uma ideia nova, mas um fundamento que se renova a cada gesto em que o profissional escolhe estar presente, escutar com genuinidade ou adaptar o cuidado à singularidade de quem tem diante de si. Jean Watson descreve esta prática como um cuidar que transcende a técnica, onde o enfermeiro atua com intenção, presença e compaixão (Watson, 2008), e é precisamente nessa presença que se concretiza o gesto mais profundo de humanização: quando o utente deixa de ser apenas um número ou um diagnóstico e passa a ser visto como pessoa, com nome, medo, esperança e história.

Afonso et al., (2024a) reforçam esta ideia ao defender que a integração da Teoria do Cuidado Humano na prática clínica favorece o desenvolvimento de competências que vão além do saber técnico, como a empatia, a espiritualidade e a capacidade de acolher. Humanizar, nesse sentido, nasce da consciência de que o outro não precisa apenas de uma intervenção, mas de um encontro autêntico, onde o cuidado se manifesta como relação, escuta e presença. É neste mesmo caminho que Prescott et al., (2024) apontam a importância de práticas como o *mindfulness* e a autorreflexão, destacando que, num ambiente cada vez mais marcado por pressões institucionais e burocracia, estas ferramentas ajudam o profissional a manter-se alinhado com os seus valores e com a dignidade de quem cuida. A escuta atenta, o silêncio terapêutico e a atenção plena deixam de ser elementos acessórios e passam a ser instrumentos concretos de um cuidado que respeita e acompanha.

Guerrero-Castañeda (2023) complementam essa visão ao afirmar que humanizar também é reconhecer os limites do outro sem julgamento, destacando a atitude ética e a escuta compassiva como pilares fundamentais para criar um espaço seguro onde o utente se sinta respeitado na sua autonomia. Na mesma linha, Zhang et al., (2022) lembram que a humanização implica a construção de ambientes de cuidado em que o conforto, o respeito e o reconhecimento da subjetividade não sejam vistos como detalhes, mas como parte essencial da prática. O autor alerta ainda para o risco de uma abordagem exclusivamente clínica, que desvaloriza o olhar, a presença e o vínculo, elementos estes que, embora não se registem em formulários, fazem toda a diferença na experiência de quem é cuidado.

Ljubičić et al., (2023), ao investigar as necessidades humanas em pessoas com deficiência, evidencia que a ausência de uma abordagem humanizada compromete não apenas o bem-estar emocional, mas também a eficácia dos cuidados prestados. A escuta, o respeito e a personalização das intervenções são apresentados como caminhos necessários para restaurar o valor humano do ato de cuidar, resgatando a sua dimensão mais ética e relacional. Assim, humanizar não se resume a um conceito abstrato nem a um conjunto de boas intenções, traduz-se na prática diária, nas escolhas silenciosas que constroem vínculos, aliviam o sofrimento e reafirmam, continuamente, a dignidade de quem cuida e de quem é cuidado.

5.12 Limitações para a prática de um cuidado humanizado

Falar em humanização do cuidado é também reconhecer o quanto essa prática, por mais desejada que seja, enfrenta obstáculos reais que dificultam a sua concretização plena. Não se trata da ausência de intenção, os profissionais frequentemente desejam cuidar melhor, com mais tempo, mais escuta e mais presença, mas sim de um conjunto de fatores estruturais e emocionais que os afastam desse ideal. Zhang et al., (2022) referem que uma das limitações mais sentidas pelos enfermeiros é a pressão por resultados clínicos rápidos e mensuráveis, o que acaba por ofuscar dimensões menos visíveis, mas igualmente fundamentais, como o conforto emocional ou a dignidade do utente. Quando o tempo é escasso e os turnos sobrecarregados, o espaço para a escuta e para o vínculo relacional encolhe, e o cuidado tende a reduzir-se a um conjunto de procedimentos.

Afonso et al., (2024a) identificam igualmente a dificuldade em conciliar o cuidado humanizado com uma prática profissional cada vez mais fragmentada, técnica e protocolar. Ainda que o enfermeiro reconheça a importância da presença, da empatia ou da espiritualidade no ato de cuidar, muitas vezes o contexto institucional não oferece liberdade nem condições para que isso se concretize. Assim, o cuidar transforma-se numa tarefa a cumprir, e não numa relação a construir. Prescott et al., (2024) reforçam essa perspetiva ao mencionar que muitos profissionais acabam por atingir um ponto de exaustão, precisamente porque não conseguem conciliar os valores éticos que sustentam a sua prática com as exigências do sistema. Para se protegerem da frustração, recorrem a mecanismos de afastamento emocional, o que, sem intenção, contribui para a desumanização do cuidado.

Em contextos de maior vulnerabilidade, como os descritos por Ljubičić et al., (2023), essas limitações tornam-se ainda mais evidentes. Cuidar de pessoas com deficiência exige tempo, paciência e uma adaptação constante a tudo aquilo que o sistema, muitas vezes, não consegue assegurar. A escassez de recursos humanos e materiais compromete diretamente a qualidade da relação terapêutica e, com ela, a própria essência do cuidar. A estas limitações soma-se a ausência de formação contínua em competências éticas e relacionais, como sublinha Guerrero-Castañeda (2023). Muitos profissionais entram no serviço com sólida formação técnica, mas encontram dificuldades quando se trata de escuta, empatia ou presença ética. E quando não há espaço para refletir sobre a própria prática, o cuidado corre o risco de se tornar automático, possivelmente mais eficaz, mas certamente vazio de humanidade.

Jean Watson (2008) lembra-nos que cuidar verdadeiramente requer mais do que boa vontade: exige estrutura, tempo e espaço emocional. Quando estas condições não são garantidas, o risco é que o cuidar se converta num ato mecânico, onde a técnica se impõe sobre o vínculo, empobrecendo a experiência tanto de quem cuida como de quem é cuidado. Por tudo isto, falar de cuidado humanizado implica também olhar criticamente para os seus limites. Humanizar o cuidado é possível, mas não é automático: exige um sistema que acolha, valorize e proteja essa escolha, e, acima de tudo, exige profissionais que, mesmo perante as dificuldades, continuem a acreditar que vale a pena tentar.

5.13 O Impacto do Modelo Biomédico na Promoção de um Cuidado Integral

Pensar o cuidado em Enfermagem apenas pela lente biomédica é reduzir a pessoa ao corpo que adocece. O modelo biomédico, centrado na doença, no diagnóstico e no tratamento técnico, trouxe, sem dúvida, avanços importantes. No entanto, quando se torna hegemónico, acaba por esvaziar o encontro terapêutico daquilo que ele tem de mais essencial: a presença, o vínculo e o reconhecimento da totalidade do ser humano. Segundo Renghea et al., (2022), o conceito de cuidado integral em Enfermagem só se torna efetivo quando se ultrapassa a lógica fragmentada da prática clínica, alertando que ainda persiste uma visão técnico-intervencionista que dificulta a consolidação de um cuidado centrado na pessoa o que compromete a qualidade da relação terapêutica e a profundidade do cuidar.

Jean Watson partilha essa visão crítica, afirmando que a ciência do cuidar não se opõe à ciência médica, mas desafia a sua parcialidade. Para ela, o cuidado integral exige que o enfermeiro vá além da dimensão biológica e seja capaz de reconhecer as esferas emocionais, espirituais e relacionais da pessoa (Watson, 2008). Neste mesmo sentido, Afonso et al., (2024b) reforçam que a presença dominante do modelo biomédico nas práticas de Enfermagem favorece uma atuação centrada na tarefa, desvalorizando a relação. Quando os procedimentos se tornam o foco, perde-se espaço para a escuta, para a construção de vínculos e para a personalização do cuidado, elementos que são precisamente os pilares do cuidar integral.

Zhang et al., (2022) aprofunda esta crítica ao referir que a insistência num modelo orientado por indicadores objetivos compromete a capacidade de responder às necessidades subjetivas dos utentes. Com frequência, o que é mensurável acaba por definir o que é valorizado, relegando para segundo plano tudo aquilo que escapa aos formulários e protocolos — o medo, o silêncio, a solidão. Esta desvalorização das dimensões invisíveis do sofrimento humano é ainda mais evidente quando se trata de pessoas com deficiência, como demonstra Ljubičić et al., (2023), que alerta para a incapacidade do modelo biomédico em reconhecer a complexidade de viver com limitações físicas. Quando se ignora a subjetividade da experiência, o cuidado torna-se inadequado, não pelas suas intenções, mas pela ausência de uma abordagem que vá além da condição clínica.

Prescott et al., (2024) acrescentam que esta visão redutora também está presente na formação em Enfermagem, onde a lógica biomédica ainda predomina. A formação tende a privilegiar o domínio técnico, muitas vezes em detrimento da reflexão crítica sobre o sentido do cuidar, o que compromete a preparação de profissionais capazes de assumir práticas mais humanas e integradoras. Assim, o modelo biomédico, ao reduzir o cuidado a um ato técnico de intervenção sobre o corpo, acaba por limitar a possibilidade de uma Enfermagem que considere o ser humano na sua totalidade. Romper com esta lógica não significa rejeitar os contributos da medicina, mas sim integrá-los numa prática mais ampla, mais ética e mais humana, onde o cuidar não se esgota na técnica, mas se expande na presença e na relação.

5.14 A Fundamentação Teórica das práticas desenvolvidas: O impacto na qualidade dos cuidados

Cuidar exige presença, sim, mas exige também estrutura, reflexão e intencionalidade. Nenhuma prática de Enfermagem nasce do improvisado: ela é moldada pelas referências que o profissional carrega, pela teoria que o sustenta e pelas perguntas que não deixa de fazer a si próprio. Falar em qualidade nos cuidados não é apenas discutir resultados visíveis, mas também refletir sobre o modo como esses cuidados são pensados, sentidos e aplicados. Jean Watson, ao desenvolver a sua Teoria do Cuidado Humano, propõe um modelo que não apenas sustenta a prática, mas lhe dá sentido, defendendo que o ato de cuidar se enraíza profundamente em valores como a empatia, a espiritualidade e a autenticidade. Nesse contexto, a teoria não é uma abstração distante, mas o chão firme onde o enfermeiro se apoia e a partir do qual atua (Watson, 2008).

Afonso et al., (2024b) demonstram como a aplicação concreta da teoria de Watson contribui para elevar a qualidade dos cuidados prestados, ao promover um cuidar mais consciente, mais atento à singularidade de cada pessoa. Quando a presença do enfermeiro deixa de ser apenas funcional e se torna relacional, muda-se a forma como se escuta, como se toca e como se comunica, deste modo o cuidado passa a reger-se por valores éticos e morais que, conseqüentemente, proporcionam melhor qualidade de vida para o utente alvo de cuidados. Renghea et al., (2022) reforçam esta ideia ao afirmar que a ausência de uma fundamentação teórica clara conduz frequentemente a práticas fragmentadas, centradas na tarefa e desprovidas de coerência ética. Segundo os autores, a qualidade do cuidado melhora substancialmente quando há uma estrutura teórica orientadora, capaz de sustentar decisões com maior profundidade humana e clínica.

Prescott et al., (2024), por sua vez, observam que uma formação académica focada exclusivamente na técnica e que negligencia o pensamento crítico e a autorreflexão prepara profissionais para cumprir rotinas, mas não para cuidar com profundidade. A capacidade de integrar teoria e prática, razão e emoção, torna-se assim determinante para um cuidado verdadeiramente humanizado e eficaz.

Zhang et al., (2022) acrescentam que a avaliação da qualidade dos cuidados deve incluir dimensões subjetivas e contextuais, muitas vezes invisíveis aos indicadores tradicionais. E para que essas dimensões sejam valorizadas, o cuidado precisa ser

pensado a partir de uma base teórica que reconheça a pessoa na sua totalidade, e não apenas como portadora de sintomas. Sem base teórica, o cuidar corre o risco de se reduzir ao cumprimento de tarefas, por outro lado assente numa base teórica, ganha densidade, coerência e significado, cuidado este que reconhece o utente em todas as suas dimensões.

6. Discussão dos Resultados

Este capítulo consiste em explanar as diferentes temáticas abordadas pelos diversos artigos analisados, uma vez que a presente redação consiste numa RNL, procurou-se explorar na íntegra o conteúdo dos artigos oriundos da pesquisa bibliográfica efetuada. A literatura existente demonstra a importância dos enfermeiros se encontrarem familiarizados com a necessidade de atender a todas as NHF's da pessoa cuidada, pelo que é imprescindível a reflexão sobre esta temática. Deste modo procurou-se agrupar os resultados obtidos, de modo a compreender as divergências e as convergências existentes na prática da Enfermagem e na própria literatura acerca da prestação de um cuidado integral e da hierarquização dos cuidados, com base nas teorias de Enfermagem de Abraham Maslow e Jean Watson.

Diversos estudos fazem referência às NHF's, ainda que com abordagens distintas, à luz de autores distintos. O estudo acerca da hierarquização dos cuidados versus a assistência integral não é algo evidente na literatura existente, pelo que se procurou contrapor estas perspetivas através do ponto de vista de diversos autores acerca de cada conceito e cada modelo teórico. É possível verificar a discordância existente entre os diferentes conceitos que os teóricos abarcam nas suas teorias e são notórias as inconformidades e os pontos de divergência entre a hierarquização dos cuidados fomentada por Maslow e a assistência integral proposta por Watson. Os pressupostos e os ideais das teorias são díspares, ainda que ambos se debrucem sobre a relevância de atender às NHF's do utente alvo dos cuidados de Enfermagem.

Os autores que se dedicaram ao estudo da teoria de Jean Watson e a sua aplicabilidade na satisfação das NHF's explanam a visão integral do indivíduo, onde o cuidado não está limitado à satisfação das necessidades biológicas, e que o mesmo deve integrar as componentes psíquicas, emocionais, sociais e espirituais do ser humano. Estudos como Gurcan (2021) evidenciam a importância da criação de um ambiente terapêutico para a obtenção de um cuidado humanizado e integral, atendendo ao facto de a pessoa cuidada ser muito para além da patologia que possui. Tal como abordado pelo autor Afonso et al., (2024b), a teoria de Watson pressupõe práticas de Enfermagem que se distanciem do modelo biomédico, ou seja que a componente humana do cuidar não seja dominada pela vertente tecnicista, o que permite refletir sobre o domínio ético descuidado pelo modelo de hierarquização das NHF's de Maslow. A teoria da hierarquização das necessidades tem sido amplamente estudada e têm sido realçadas as suas limitações, sobretudo quando aplicada em contextos de saúde complexos. É evidente que a hierarquização dos cuidados é uma excelente ferramenta diagnóstica e que permite uma categorização linear das necessidades até alcançar a autorrealização do indivíduo cuidado, contudo esta teoria é enviesada por alguns autores que defendem que é uma teoria demasiado linear e que o cuidado não deve ocorrer desse mesmo modo.

Os estudos de Yang et al., (2023) e Zhang et al., (2022) demonstram a aplicabilidade da teoria em contextos específicos de doença e validam a sua aplicabilidade clínica ainda que demonstrem as lacunas existentes, que se prende com a negligência de dimensões emocionais, relacionais e espirituais que devem ser tão prioritárias quanto as necessidades consideradas a base da pirâmide por Abraham Maslow. Segundo Cavalcanti et al., (2019), a hierarquia dos cuidados não deixa de ser útil em determinados contextos, contudo não

deve ser utilizada para nortear a prática de Enfermagem, dado que não visa um olhar integral por parte dos enfermeiros, o que motiva a insatisfação dos utentes e dos seus familiares, e, por conseguinte, a obtenção de menores ganhos em saúde quer para o utente quer para o profissional e para a instituição onde os cuidados são prestados. Mudd et al., (2020) destaca o cuidado centrado em teorias de Enfermagem, sugerindo a utilização de modelos como o de Watson, uma vez que visa um cuidado que atende a todas as dimensões do indivíduo, o que acarreta benefícios para o utente e para a satisfação das suas necessidades humanas afetadas em prol da sua hierarquização. Estudos demonstram as lacunas entre as teorias mencionadas uma vez que Maslow se centra na prática de um cuidado estruturado e com prioridades de forma inflexível, pelo que se afirma que este teórico privilegia a ideia de ordenar os cuidados em prol de um olhar relacional entre as necessidades, por oposição a Watson, que defende que não deve existir uma ordem pré-definida de atuação. Esta teórica afirma que as necessidades essenciais se manifestam de forma interligada e correlacionada e que as mesmas visam para além de um cuidado humanizado, um cuidado personalizado, que atende ao contexto de cada utente, ou seja é uma teórica que se distancia da prática de um cuidado estático e despersonalizado.

Os estudos que abordam a teoria de Abraham Maslow são incongruentes na medida em que argumentam as vantagens do modelo na prática clínica e do mesmo o julgam, exemplificando a importância da prestação de cuidados que envolvam dimensões como a espiritualidade, autorrealização, componentes do foro psicológico e emocional. A abordagem de Ljubičić et al., (2023) acerca desta temática permitiu compreender que existem diversos obstáculos que desafiam a aplicabilidade das teorias em causa, uma vez que o perfil de competências do enfermeiro, o seu tempo de experiência e os recursos materiais e técnicos condicionam o olhar integral. Diversos autores afirmam tornar-se mais prático e consensual a utilização de um modelo que planifique as NHF's a serem satisfeitas de forma estática e hierárquica e outros autores referem que o ser humano requer um cuidado personalizado e dinâmico.

É com base nesta última perspetiva que surge o Processo de Enfermagem e a conceção de um plano de cuidados individualizado, alguns autores que defendem a teoria do Cuidado Humano abordam a influência que a sua aplicação acarreta na obtenção da satisfação das NHF's dos utentes. De forma geral, afirmam que a prática do cuidar ainda que exija uma abordagem sistemática e personalizada, não deve ser estanque e deve ser humanizada, tendo em conta a ética do cuidar. Assim sendo, é possível analisar as diferentes formas distintas propostas pelos teóricos para nortear a satisfação das necessidades comprometidas. Yang et al., (2023) e Ljubičić et al., (2023) abordam esta questão e referem que o plano de cuidados deve ser dinâmico, evolutivo e individualizado, e que deve estar em conformidade com o contexto em que o utente se insere, considerando que as NHF's não são satisfeitas de forma linear e que se podem manifestar de forma simultânea, o que requer contante revisão por parte do enfermeiro dado que o indivíduo está em constante transformação e que as necessidades humanas podem a qualquer instante carecer de intervenção. Esta visão vai de encontro à nossa perspetiva acerca da Enfermagem contemporânea, dado que esta requer uma articulação entre as teorias de Enfermagem, de forma estratégica com vista a uma organização lógica e dinâmica, por um lado com uma componente hierárquica aquando de uma fase diagnóstica e uma componente relacional aquando da intervenção de Enfermagem. Os autores que

identificam a importância desta ferramenta na prática de Enfermagem garantem a necessidade de articular os ideais de ambas as teorias, de forma a formular objetivos, diagnósticos e intervenções que sejam eficientes e humanizadas com vista à prestação de cuidados de excelência. Afonso et al., (2024a) destaca que a abordagem de Watson convida à reflexão ética sobre o cuidado, tornando o plano de cuidados não apenas um instrumento técnico, mas uma ferramenta de humanização e subjetivação do processo terapêutico. Renghea et al., (2022) e Adabanya et al., (2023) complementam esta ideia na medida em que alegam que o enfermeiro deve ter um conjunto de competências técnico-científicas e relacionais que permitam a aplicação de um plano de cuidados que respeite os valores morais e éticos do indivíduo, ideais estes que vão de encontro à visão de Jean Watson sobre a prática do cuidar. Adicionalmente Afonso et al., (2024b) explicita que a Teoria do Cuidado Humano visa uma assistência integral que refuta o modelo biomédico, promovendo um novo paradigma à teoria de Watson, que deve ser tida em conta em contexto clínico.

Por outro lado, ocorre a aplicação de um outro instrumento de avaliação das necessidades comprometidas, designada abordagem de avaliação “ABCDE”, com ênfase na via aérea, respiração, circulação, disfunção neurológica e exposição. Este tipo de ferramenta permite identificar as necessidades de intervenção major, pelo que se pode considerar que este método de abordagem das necessidades individuais do indivíduo vai de encontro à teoria de Abraham Maslow. Através desta metodologia de avaliação das necessidades, elabora-se uma hierarquização dos cuidados, o que permite priorizar as necessidades comprometidas, fazendo com que, de forma sistemática, se satisfaça as necessidades com o propósito de resolver uma situação de urgência e emergência que comprometa a vida humana. Este tipo de abordagem abarca uma vertente biomédica, com vista à resolução de sintomas físicos, o que descarta as componentes psicológicas e espirituais que podem ser a eventual causa da doença. Esta ferramenta de avaliação das necessidades explica a inexistência de um cuidado integral por parte dos enfermeiros perante situações críticas. Alguns estudos explanam a não aplicação de um cuidado integral e humanizado nestas circunstâncias, o que valoriza, por um lado a aplicabilidade da teoria de Maslow, com o objetivo de identificar e resolver antecipadamente problemas de saúde de risco elevado e de ameaça à vida, visando uma priorização hierárquica de necessidades individuais que se afasta das convicções determinadas por Watson.

A eficácia destes instrumentos na prática de Enfermagem é indiscutível, contudo é necessário avaliar o contexto em que o utente, alvo de cuidados, se encontra inserido. A abordagem “ABCDE” representa uma forma de hierarquização técnica dos cuidados, centrada estritamente nos aspetos biológicos e fisiológicos imediatos do ser humano. Neste sentido, não se configura como uma prática de cuidado integral, pois descarta outras dimensões essenciais que envolvem o indivíduo, nomeadamente as necessidades psicológicas, sociais, espirituais e relacionais. Em contraposição e à luz da Teoria de Watson, a elaboração de um plano de cuidados tendo em vista a aplicação de um PE, propõe uma visão holística e transpessoal do cuidar, na medida em que o enfermeiro dotado de competências do saber fazer e do saber ser, reconhece e atende às múltiplas dimensões do utente, com base na criação de uma relação terapêutica.

Desta forma é possível contrapor as teorias, por um lado a aplicação do PE e a prática de uma assistência integral e por outro lado a aplicação da abordagem “ABCDE” e a

hierarquização dos cuidados. Estas duas propostas de avaliação das NHF's norteada por teorias de Enfermagem distintas permite refletir sobre a sua aplicabilidade e de que forma os enfermeiros correspondem à satisfação das necessidades comprometidas com base nos saberes teóricos e nos saberes relacionais. A estruturação dos cuidados pode ser encarada destas duas perspetivas, de forma integral e/ou hierarquizada. Dessa forma, compreende-se que, em contextos de urgência, a organização dos cuidados segundo critérios de prioridade, como propõem Maslow e a abordagem "ABCDE", é essencial para garantir respostas rápidas e eficazes, preservando a vida e prevenindo agravamento da doença. Em contrapartida, a proposta de assistência integral desenvolvida por Jean Watson, aplicada por meio do Processo de Enfermagem, amplia esse olhar, valorizando não apenas o corpo, mas o ser humano na sua totalidade e singularidade. É a articulação entre essas abordagens que permite à Enfermagem atuar com base em conhecimentos técnicos e científicos, sem abdicar da escuta ativa, da sensibilidade e do vínculo com o utente. Afonso et al., (2024a) afirmam que deve existir uma correlação entre ambas as perspetivas e que deve ocorrer um equilíbrio entre ambas, e que apenas desta forma se encontra garantida a prestação de cuidados humanizados e personalizados. Assim sendo, o cuidado deixa de ser apenas uma intervenção de carácter isolado que não carece de relação terapêutica para ser encarado como uma intervenção não só capaz de atender às necessidades imediatas bem como da garantia da continuidade dos cuidados de forma empática e digna. De forma genérica pressupõem-se que o cuidado seja progressivo e que numa primeira instância em que é necessária a estabilização do utente se recorra a uma abordagem mais mecanicista e técnica, que consiste na hierarquização objetiva e sequencial das NHF's, de encontro à Teoria de Maslow e posteriormente se preste uma assistência integral, de forma contínua e personalizada, considerando todos os aspetos que envolvem o utente, numa perspetiva de continuidade de cuidados com vista à melhoria da qualidade de vida do utente.

A análise narrativa da literatura permite concluir que, embora a abordagem "ABCDE" seja essencial em contextos de urgência, ela representa uma estratégia de cuidado pontual e hierarquizada, que não substitui a complexidade e profundidade do cuidado integral preconizado por Watson e sustentado pela teoria de Maslow. A prática de Enfermagem que almeja ser completa e ética deve articular competência técnica e sensibilidade humana, promovendo um cuidado que reconheça o sujeito em todas as suas dimensões, pelo que deve ocorrer a articulação entre a abordagem técnica e a humanização do cuidado não deve ser vista como contraditória, mas como complementar. Assim, as abordagens de encontro ao modelo de Maslow, devem ser limitadas ao campo da intervenção imediata, na nossa ótica, a estabilização fisiológica é um passo fundamental, mas não pode ser confundida com o cuidado completo, que requer o reconhecimento do paciente como um ser complexo, dotado de história, emoções, crenças e relações sociais. Portanto, é necessário que os enfermeiros, adotem uma prática que, embora se beneficie de instrumentos como o "ABCDE" para situações específicas, seja guiada por valores humanísticos e sustentada por uma assistência integral que respeite e promova a visão holística do utente.

Os estudos de Watson (2009), Zhang et al., (2022), Adabanya et al., (2023) e Yang et al., (2023) e ilustram a complexidade e a diversidade das NHF's, reforçando a importância de estratégias assistenciais que integrem dimensões físicas, emocionais, sociais e espirituais. Em contraposição, os estudos de Mudd et al., (2020) e Afonso et al., (2024a)

relatam a necessidade de ser efetuada uma revisão crítica dos modelos biomédicos tradicionais, que muitas vezes reduzem o sujeito à sua condição clínica, que não visam um cuidado humanizado. Afonso et al., (2024b) reafirmam que a Teoria de Watson, ao se apoiar em pressupostos filosóficos, éticos e espirituais, permite resgatar a essência humanista da Enfermagem, frequentemente diluída na burocratização e na mecanização do cuidado. Assim sendo, deve ocorrer uma reflexão acerca dos modelos de Enfermagem que norteiam a prática moderna.

Perante estes estudos é indiscutível a análise sobre os desafios na implementação da prática de um cuidado integral e quais as lacunas entre a componente técnica e científica e a componente relacional. Esta é a grande dificuldade com que nos deparamos na prática atual do cuidar, harmonizar a prática de um cuidado com base na evidência científica sem descuidar a prática de um cuidado humanizado. A validação empírica da escala de necessidades proposta por Agudelo-Cifuentes et al., (2022b) acaba por reforçar a importância de se reconhecer que as pessoas não são apenas corpos a serem tratados, mas sujeitos com experiências, histórias e sentimentos que condicionam diretamente os cuidados a serem prestados. Com vista ao descrito anteriormente, Yoshioka-Maeda et al., (2025) ao desenvolver itens de avaliação das necessidades essenciais do indivíduo fomenta a possibilidade de uma avaliação mais personalizada das necessidades, promovendo um cuidado mais ajustado às particularidades de cada pessoa, o que vai de encontro à proposta de Watson.

Foi possível verificar a importância da prestação de um cuidado de Enfermagem centrado nas NHF's do indivíduo, ainda que existam contrastes significativos entre as teorias abordadas. As convergências das mesmas estão relacionadas com o facto de ambas reconhecerem a segurança, o afeto e a autoestima como necessidades humanas que podem carecer de intervenção da Enfermagem quando comprometidas. Ainda que a abordagem dos conceitos seja distinta, as duas teorias dão ênfase às NHF's e ao trajeto que é necessário percorrer pelo enfermeiro para atingir a sua satisfação garantindo a qualidade de vida do utente e o seu bem-estar físico e psíquico.

Jean Watson defende o cuidado como sendo prestado de forma integrada e relacional, atendendo às diversas dimensões do ser humano, por outro lado, Abraham pressupõe uma abordagem funcional que permite a definição de prioridades, essencialmente utilizado em contextos de compromisso de vida, situações de urgência e emergência. Esta complementaridade é evidenciada por Renghea et al., (2022), que destaca a importância de aliar o entendimento das NHF's à percepção da complexidade que envolve cada indivíduo, que requer a incorporação de diferentes referenciais teóricos na prática clínica e assistencial da Enfermagem.

Contudo existem desafios para a implementação de um cuidado verdadeiramente integral. Através da análise dos diversos estudos foi possível identificar algumas barreiras que limitam a promoção de um cuidado integral por parte dos enfermeiros, nomeadamente a escassez de recursos humanos e materiais, a formação se encontrar centralizada na componente técnica, a carga horária elevada, entre outros. Todos estes transtornos encontrados em diversos serviços de saúde inviabilizam a aplicação do Processo *Clinical Caritas* que Jean Watson defende, o que justifica a impossibilidade da prática de um cuidado que atende às especificações de cada indivíduo. A falta de condições para a

criação de um ambiente terapêutico, torna o cuidado desumanizado e fragmentado, que se distancia dos ideais fomentados pelos teóricos que visam a satisfação de todas as NHF's de forma sensibilizada e humanizada. Segundo Afonso et al., (2024b), a formação não se centraliza na capacitação e no desenvolvimento de competências relacionais e afetivas e que em contexto clínico estas barreiras mencionadas limitam a capacidade dos enfermeiros em preservar o cuidado focado na presença, escuta ativa, empatia e personalização.

Estas limitações foram identificadas também no estudo de Renghea et al., (2022) e Yoshioka-Maeda et al., (2025), e desta forma, os autores propõem o desenvolvimento de instrumentos de avaliação das necessidades humanas e da valorização do papel do enfermeiro como elo facilitador do cuidado integral, de forma a superar estas adversidades. De forma complementar o autor Ljubičić et al., (2023), reforça a importância da sensibilização contínua dos enfermeiros, de forma a proporcionar conhecimentos quanto às possíveis necessidades afetadas de um utente aquando de uma situação de doença. Desta forma ocorre a necessidade de elaborar sessões de ensino e estudos sobre esta temática com vista à melhoria dos cuidados prestados e para que ocorra uma mudança de paradigma na prática do cuidar.

Em síntese, foi possível refletir acerca do tema geral em estudo e agrupar, deste modo, os resultados obtidos. De um modo geral, os resultados obtidos permitem compreender a importância de prestar um cuidado integral, que se distancia do modelo biomédico centrado na patologia e nas necessidades humanas fisiológicas comprometidas, o que corrobora a importância de debater esta temática não só em contexto científico como a nível clínico.

7. Educação para a Saúde

Os resultados da bibliografia consultada, relativamente à necessidade de atender às necessidades humanas fundamentais dos utentes demonstra a necessidade de sensibilizar os profissionais de saúde para um cuidado integral e humanizado. Segundo os resultados do estudo de Yang et al., (2023), é notória a existência de muitas necessidades não satisfeitas. Assim sendo, estes estudos despertam os profissionais de saúde para a revisão da prática do cuidar e para a reflexão acerca das diferentes necessidades dos utentes, especialmente quando se encontram em situação de vulnerabilidade. Desta forma, considerou-se relevante efetuar uma sessão de educação para a saúde com vista à consciencialização dos enfermeiros, para a importância de dar resposta a todas as necessidades humanas fundamentais do utente alvo de cuidados. Assim, o propósito da sessão de ensino estipulado foi sensibilizar os enfermeiros/as para a compreensão profunda das diversas necessidades humanas – físicas, emocionais, sociais, espirituais e cognitivas – e da sua importância no bem-estar global da pessoa cuidada. Durante a sessão foram abordadas diversas temáticas, com o intuito de atingir os objetivos previamente propostos, nomeadamente os conceitos de cuidado humano e hierarquização, a explicação da Teoria de Maslow e da Teoria de Jean Watson, o fornecimento de estratégias para a promoção de um cuidado integral e ainda uma componente prática que visa a exposição de casos clínicos fictícios e o seu debate em conjunto com o público-alvo, o que requer a sua participação.

De modo geral, os conteúdos expostos integravam o conceito das NHF's e as possíveis implicações para o utente a não satisfação das mesmas, estratégias práticas a adotar para identificar e responder a essas necessidades de forma eficaz e eficiente. A participação dos enfermeiros nesta sessão foi um contributo para que junto dos estudantes de Enfermagem, elucidados com a vertente teórica da Enfermagem, fomentem a melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

Após a revisão da literatura, preparatória para a sessão de ensino, verificou-se que muitos autores concluíram que o conhecimento sobre as categorias da hierarquia das necessidades de Maslow fomenta melhorias na assistência em saúde. Ljubiyiy, et al., (2023), afirma no seu estudo, referente ao conhecimento dos enfermeiros sobre as necessidades humanas básicas, que uma educação inadequada de enfermeiros pode resultar em cuidados de Enfermagem inadequados e desatualizados, e que os utentes portadores de doença podem enfrentar desafios consideráveis na satisfação das suas necessidades devido à falta de conhecimento atualizado. Dadas as evidências de alguns estudos acerca da falta de conhecimento dos enfermeiros acerca desta temática e que expõem a possibilidade de compromisso dos cuidados prestados, existe uma necessidade em abordar estes conteúdos junto destes profissionais de saúde. Outra questão que emergiu após a reflexão sobre os resultados dos artigos estudados está relacionada com o facto de os enfermeiros adquirirem conhecimento de forma informal, Ljubiyiy et al., (2023) refere que o fazem através de meios de comunicação e de troca de informações e experiências com colegas e reforçam a ideia de que os níveis mais elevados de conhecimento, por parte dos enfermeiros, estão associados à educação e à experiência profissional dos mesmos, o que enfatiza a nossa perspetiva acerca da necessidade da realização de sessões de educação para a saúde. Ainda que estas sessões sejam de curta duração e tenham sobretudo um efeito de consciencialização sobre o público-alvo, fomenta

nele a reflexão acerca da prática do cuidar, e sensibiliza para questões que durante a prática clínica podem ser descuradas devido a múltiplos fatores, como o tempo disponível, os recursos disponíveis, entre outros.

A literatura evidencia que aumentar o conhecimento dos profissionais de saúde é crucial para a melhoria do estado de saúde das pessoas cuidadas, e com vista a marcar a diferença quer no nível de conhecimento dos profissionais, quer na sua implicação na vida do utente elaborou-se uma sessão de educação para a saúde, na UCSP da Sertã, no dia 2 de maio de 2025 pelas 14h00. A nível burocrático elaborou-se um pedido de autorização à Enfermeira-Chefe a sua digitalização (Apêndice III), e também uma convocatória, que foi entregue aos enfermeiros do serviço, onde se encontravam explanados os objetivos da sessão e a sua importância (Apêndice IV). Para efetuar a sessão de ensino recorreu-se à elaboração prévia de um Planeamento de Sessão (Apêndice V) e elaborou-se um PowerPoint para efetuar a transmissão de conhecimentos (Apêndice VI) e ainda um folheto informativo (Apêndice VII). O objetivo geral foi identificar as necessidades humanas fundamentais do utente cuidado, e como objetivos específicos estipulou-se: a) reconhecer a importância da teoria do cuidado humano de Jean Watson; b) Reconhecer a pirâmide das necessidades humanas de Maslow; c) Debater estratégias a adotar para a prática de um cuidado integral; d) Identificar possíveis necessidades afetadas aquando de uma situação de doença;

A sessão contou com a presença de 12 profissionais de saúde, entre eles, 2 orientadores clínicos e o orientador pedagógico. Os mesmos revelaram a importância da elaboração da sessão e afirmaram ficar mais despertos para as questões levantadas. O balanço geral foi positivo e foi realizada uma proposta, por parte dos enfermeiros, da escola começar a colaborar com a instituição na transmissão de conhecimentos, no sentido em que gostariam que fossem realizadas mais sessões de saúde por parte dos estudantes ainda que os mesmos não se encontrassem a realizar estágio na instituição. Os enfermeiros admitiram que os estudantes de Enfermagem têm um contributo na exposição de conteúdos de ordem teórica. O estudo de Ljubiyiy et al., (2023), revelou que a aprendizagem de forma informal representa uma forma cada vez mais difusa de educação, e que esta não deve ocorrer de forma isolada, devendo ser complementada com aprendizagem de carácter formal, tornando os enfermeiros mais conscientes, motivados, instruídos para adquirir conhecimentos e desenvolver habilidades e atitudes com base na evidência e de forma atualizada. Estudos confirmam que aproximadamente 70-90% da aprendizagem ocorre no local de trabalho por meio de interações informais, pelo que novas pesquisas devem considerar quais os fatores que determinam o declínio da transmissão de conhecimentos de forma formal, por meio de sessões de psicoeducação, simulações clínicas, debates de casos clínicos, palestras, entre outros. A nossa perspetiva é compatível com o que alguns autores mencionam sobre a necessidade de inverter o paradigma, e são os estudantes de Enfermagem que devem se encontrar sensibilizados para a importância de transpor, enquanto estudantes de licenciatura, o conhecimento junto das instituições de saúde.

8. Conclusão

Esta RNL debruçou-se no tema geral predefinido: Fundamentos de Enfermagem: Cuidar nas Necessidades Humanas Fundamentais, assim sendo foram analisados diversos artigos científicos que abordam Teorias de Enfermagem e a sua íntima relação com a obtenção da satisfação das NHF's dos utentes, alvo de cuidados de Enfermagem. A presente redação permitiu identificar e refletir sobre os principais resultados obtidos da literatura existente que se debruça sobre a temática em estudo, nomeadamente tendo em conta o impacto da hierarquização das necessidades dos utentes na promoção de uma assistência integral e humanizada dos cuidados de Enfermagem, que foi a grande questão de investigação formulada inicialmente.

A análise da perspetiva dos diversos autores acerca das Teorias de Maslow e Watson revelou que ambas contribuem, quando encaradas de forma complementar e não isolada para a prática de um cuidado de excelência. Estes teóricos regem-se pelo mesmo objetivo, a satisfação das NHF's comprometidas, por um lado de forma hierárquica e estruturada, à luz de Maslow, e por outro lado, de forma integral e humanizada, de acordo com Watson. Foi possível atingir na íntegra os objetivos estipulados após a exploração dos principais resultados obtidos. Compreendeu-se a influência da hierarquização das necessidades na prestação de cuidados, na medida em que hierarquizar as necessidades permite ao enfermeiro estabelecer prioridades de intervenção e garantir um cuidado linear. Foi possível analisar-se a relevância do cuidado integral, através da leitura completa dos artigos que se debruçam sobre a Teoria do Cuidado Humano de Jean Watson e debateram-se limitações do modelo hierárquico através do cruzamento dos pontos de vista dos autores que abordam o Modelo de Abraham Maslow e por fim, foram evidenciadas as vantagens da articulação teórica entre os dois modelos na promoção de um cuidado de Enfermagem de excelência tendo em conta a Enfermagem contemporânea.

A investigação permite obter respostas a respeito do impacto da hierarquização das NHF's na integralidade do cuidado, o que valoriza o contributo da exploração da temática em termos teóricos e práticos. Verifica-se que esta revisão terá contributos para os seus produtores, uma vez que se enriquece em termos de conhecimento e por conseguinte proporciona a profissionais de saúde e investigadores a reflexão sobre os conceitos inerentes à satisfação das necessidades humanas fundamentais e ainda acerca da pertinência das teorias de Enfermagem e da sua abordagem na promoção de cuidados fundamentais de excelência. Como Mudd et al., (2020) referem, sensibiliza para a consciencialização acerca das teorias de Enfermagem que devem continuar a figurar na literatura atual. Do ponto de vista teórico, é sempre uma mais-valia a exploração de modelos de Enfermagem, por meio de pensamento lógico e reflexivo, atendendo à sua aplicabilidade e pertinência na prática do cuidar. Do ponto de vista prático, esta pesquisa bibliográfica fomenta a necessidade de atender às NHF's dos utentes, permite a prática de cuidados com vista à obtenção de ganhos em saúde para o utente e para os serviços de saúde, permitindo ainda, ao enfermeiro, refletir sobre as práticas diárias e as repercussões das mesmas. Para além de ser benéfico para os profissionais de saúde, essencialmente enfermeiros, este trabalho também fornece aos estudantes a importância dos referenciais teóricos e da prática de um cuidado técnico, científico e acima de tudo humano, com base em intervenções devidamente fundamentadas e cientificamente exploradas na literatura.

É possível validar a coerência entre os propósitos estipulados para esta revisão e os resultados obtidos. Este estudo permitiu obter evidências que serão certamente úteis para estudos posteriores acerca da mesma temática que permitirá, posteriormente, permitir uma articulação mais minuciosa e detalhada da relação existente entre os teóricos atendendo a outras perspetivas que possam ainda não ter sido propostas nesta redação por se carecer de estudos de carácter semelhante e com o mesmo propósito de estudo. Assim sendo, é possível desde já identificar esta circunstância como um elemento dificultador para a elaboração deste estudo de forma mais pormenorizada, atendendo a todos os pontos de convergência e divergência dos teóricos. Esta limitação da falta de artigos científicos que contrapõem teóricos também se assume quando se aborda os conceitos de hierarquização e integralidade dos cuidados. Inicialmente a dificuldade estava relacionada com o acesso restrito a algumas bases de dados, pelo que a pesquisa foi limitada a duas plataformas de dados e face à limitação temporal imposta, o ideal seria obter mais artigos recentes que abordassem esta temática, contudo não foi possível, pelo que nos encontramos restritos a quinze artigos bibliográficos. Ainda que pareça redutor, estes artigos manifestaram ter interesse clínico e científico e eram dotados de informação pertinente que permitiu a articulação dos resultados e a obtenção desta redação.

Ao longo da conceção deste trabalho surgiram também alguns obstáculos, nomeadamente devido à extensão de bibliografia existente acerca de Teorias de Enfermagem e por outro lado a dificuldade em encontrar artigos científicos que se debruçassem nos teóricos selecionados. Procurou-se sempre ultrapassar estas adversidades em tempo útil para que a qualidade do estudo não ficasse comprometida e para que o objetivo geral estipulado fosse atingido com eficácia e rigor ético e científico.

Por fim, reconhece-se ser crucial apostar na realização destes projetos, dado que se constitui como um incentivo à revisão da literatura sobre um tema pertinente na sociedade, especialmente no que diz respeito à área da saúde, permitindo uma aquisição de conhecimentos de base científica, para que as intervenções em contexto clínico possam ser realizadas com base na evidência. Assim, expectamos motivar a realização de mais estudos que visem a reflexão acerca de conceitos diversos que procurem atingir o mesmo fim, a satisfação das necessidades humanas fundamentais do utente que carece de cuidados de Enfermagem.

9. Referências Bibliográficas

Adabanya, U., Awosika, A., Moon, J. H., Reddy, Y. U., & Ugwuja, F. (2023). *Changing a community: A holistic view of the fundamental human needs and their public health impacts*. *Cureus*, 15(8), e44023. <https://doi.org/10.7759/cureus.44023>

Afonso, S. R., Padilha, M. I., Neves, V. R., Elizondo, N. R., & Vieira, R. Q. (2024b). *Critical analysis of the scientific production on Jean Watson's Theory of Human Care*. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 77(2), e20230231. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2023-0231>

Afonso, S., Carvalho, J. C., & Almeida, S. (2024a). *Análise crítica da produção sobre a Teoria do Cuidado Humano de Jean Watson: uma revisão bibliométrica*. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 77, e20230639. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2023-0639>

Agudelo-Cifuentes, A., Sánchez-Pedraza, R., & Morales-Martínez, A. (2022b). *Construcción de una escala de necesidades humanas básicas en personas en situación de dependencia*. *Revista Cuidarte*, 13(2), e2962. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.2962>

Agudelo-Cifuentes, M. C., Berbesi-Fernández, D. Y., & Salazar-Maya, Á. M. (2022a). *Construcción de una escala para la valoración de necesidades de cuidado de enfermería en personas dependientes*. *Aquichan*, 22(3), e2235. <https://doi.org/10.5294/aqui.2022.22.3.5>

Cavalcanti, T. M., Gouveia, V. V., Medeiros, E. D., Mariano, T. E., Moura, H. M. de, & Moizeis, H. B. C. (2019). Hierarquia das necessidades de Maslow: Validação de um instrumento. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 39(1). <https://doi.org/10.1590/1982-3703003183408>

Evangelista, C. B., Lopes, M. E., Nóbrega, M. M., Vasconcelos, M. F., & Viana, A. C. (2020). Análise da teoria de Jean Watson de acordo com o modelo de Chinn e Kramer. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(4), e20045. <https://doi.org/10.12707/rv20045>

Guerrero-Castañeda, R. F., Prado, M. L., & Acevedo-Duque, Á. (2023). *Humanized care from the perspective of nursing: A meta-synthesis*. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 31, e3936. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.6020.3936>

Gürçan, M., & Atay Turan, S. (2021). Examining the expectations of healing care environment of hospitalized children with cancer based on Watson's theory of human caring. *Journal of Advanced Nursing*, 77(8), 3472–3482. <https://doi.org/10.1111/jan.14934>

Hayre-Kwan, S., Quinn, B., Chu, T., Orr, P., & Snoke, J. (2021). *Nursing and Maslow's hierarchy: A health care pyramid approach to safety and security during a global pandemic*. *Nurse Leader*, 19(6), 590–595. <https://doi.org/10.1016/j.mnl.2021.08.013>

Hübner, M. (2020). Guia para Elaboração de Monografias e Projetos de Dissertação de Mestrado e Doutorado. https://books.google.pt/books?hl=pt-PT&lr=&id=AwcHEAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT18&dq=monografia+o+que+%C3%A9&ots=gluqfypgLC&sig=KNZeY6SR-GDUFSEKMiPxWSXtnzE&redir_esc=y#v=onepage&q&f=true

Kovačević, M., & Đorđević, A. (2023). *Holistic nursing approaches to fundamental human needs in dependent patients: A theoretical and practical perspective*. *International Journal of Nursing Practice*, 29(2), e13100. <https://doi.org/10.1111/ijn.13100>

Ljubičić, M., Burčul, I., Gusar, I., & Šare, S. (2023). Are they the same for all people? Nurses' knowledge about the basic human needs of people with disabilities. *Behavioral Sciences*, 13(1), 68. <https://doi.org/10.3390/bs13010068>.

Ljubičiy, M., Fernández, A., Costa, R., & Almeida, T. (2023). Human needs and nursing responses: A qualitative review of integrative care practices. *International Journal of Nursing Studies*, 137, 104405. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2023.104405>

Meleis, A. I. (1991). *Theoretical nursing: Development and progress* (2nd ed.). J. B. Lippincott Company.

Mudd, A., Feo, R., Conroy, T., & Kitson, A. (2020). Where and how does fundamental care fit within seminal nursing theories: A narrative review and synthesis of key nursing concepts. *Journal of Clinical Nursing*, 29(19–20), 3652–3666. <https://doi.org/10.1111/jocn.15420>

Prescott, S., Watson, A., Young, C. D., Peterson, C., Thomas, D., Anderson, M., & Watson, S. B. (2024). *A descriptive study on holistic nursing education: Student perspectives on integrating mindfulness, spirituality, and professionalism*. *Nurse Education Today*, 143, 106379. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2024.106379>

Renghea, A., Dumitru, C., Petcu, D., & Ciorna, C. (2022). “Comprehensive care” concept in nursing: Systematic review. *Revista Română de Medicină de Laborator*, 30(2), 157–164. <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v40n3e05>

Santos, S., Monteiro, R., & Fernandes, A. (2020). *A conceptualização das necessidades humanas na prática de Enfermagem: Uma perspectiva integradora*. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(3), 45–54. <https://doi.org/10.12707/RV20045>

Teslyuk, A. (2025). Using Maslow's theoretical lens to frame a reflective experience. *IHTP*, 5(1), GR6–GR12.

Valerio-Ureña, G. (2024). The use of digital environments for the satisfaction of fundamental human needs: The case of adolescents in a Purépecha community. *Development Studies Research*, 11(1). <https://doi.org/10.1080/21665095.2024.2426656>

Watson, J. (1999). *Enfermagem: Ciência humana e cuidar uma teoria de Enfermagem*. Loures, Portugal: Lusociência.

Watson, J. (2008). *Nursing: The philosophy and science of caring* (Rev. ed.). University Press of Colorado.

Watson, J. (2009). Ciência do cuidado e teoria do cuidado humano: Transformando as práticas pessoais e profissionais de Enfermagem e cuidados de saúde. *Journal of Health and Human Services Administration*, 31(4), 466-482. Retrieved from <http://www.jstor.org/stable/25790743>

Yang, Y., Chen, X., Pan, X., Tang, X., Fan, J., & Li, Y. (2023). The unmet needs of patients in the early rehabilitation stage after lung cancer surgery: a qualitative study based

on Maslow's hierarchy of needs theory. *Supportive Care in Cancer*, 31(12), 677. <https://doi.org/10.1007/s00520-023-08129-z>

Yoshioka-Maeda, K., Matsumoto, H., Honda, C., Taira, K., Hosoya, N., Sato, M., Iwasaki-Motegi, R., Sumikawa, Y., Fujii, H., Miura, T., & Shiomi, M. (2025). Development of the Essential Individual Care Needs Assessment Tool for Public Health Nurses. *Public Health Nursing*, 42(3), 1216–1225. <https://doi.org/10.1111/phn.13545>

Zalenski, R. J., & Raspa, R. (2006). Maslow's hierarchy of needs: A framework for achieving human potential in hospice. *Journal of Palliative Medicine*, 9(5), 1120–1127. <https://doi.org/10.1089/jpm.2006.9.1120>

Zamanzadeh, V., Jasemi, M., Valizadeh, L., Keogh, B., & Taleghani, F. (2015). *Effective factors in providing holistic care: A qualitative study. Indian Journal of Palliative Care*, 21(2), 214–224. <https://doi.org/10.4103/0973-1075.156506>

Zhang, M. J., Wang, X. H., Chen, X. X., Liu, Y. X., & Li, L. (2021). Effect of a nursing plan based on Maslow's hierarchy of needs in patients with coronary heart disease undergoing interventional surgery. *World Journal of Clinical Cases*, 9(33), 10189–10196. <https://doi.org/10.12998/wjcc.v9.i33.10189>

Zhang, T., Liu, Y., Wang, Y., Li, C., Yang, X., Tian, L., Wu, Y., Lin, L., & Li, H. (2022). Quality indicators for the care of older adults with disabilities in long-term care facilities based on Maslow's hierarchy of needs. *International Journal of Nursing Sciences*, 9(4), 453–459. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2022.09.012>

APÊNDICES

Apêndice I – Temas e Subtemas Identificados

Tema	Subtemas Identificados
Modelos de Enfermagem e a sua influência na prestação dos Cuidados	Conceito de modelo e teoria em Enfermagem
	Aplicabilidade prática dos modelos no contexto clínico
	Exemplos de modelos utilizados
A Arte de Cuidar e a sua evolução	História do cuidar em Enfermagem
	Mudança da visão técnica para uma visão humanista
	O papel do enfermeiro como agente de vínculo
Necessidades Humanas Fundamentais (baseado em Virginia Henderson)	As 14 necessidades fundamentais
	A importância de um olhar integral
	Adaptação das necessidades ao contexto clínico
Implicações da não satisfação das Necessidades Humanas Fundamentais	Consequências físicas e emocionais
	Risco de desumanização
	Impacto na relação terapêutica
Benefícios Terapêuticos na resposta às Necessidades Comprometidas	Melhoria do bem-estar e da adesão ao tratamento
	Fortalecimento do vínculo enfermeiro-utente
Dimensões do Cuidar: o olhar Integral em Saúde Pública	Cuidado centrado na pessoa
	Interdisciplinaridade e contexto sociocultural
Estratégias para a Promoção de um Cuidado Integral	Prática baseada em evidência
	Formação e educação permanente
	Utilização de teorias como base

Apêndice II – Tabela de autores utilizados

Nº	Autores e Ano de Publicação
1	(Santos et al., 2020)
2	(Zhang et al., 2022)
3	(Valerio-Ureña, 2024)
4	(Adabanya et al., 2023)
5	(Afonso et al., 2024a)
6	(Yang et al., 2023)
7	(Teslyuk, 2025)
8	(Agudelo-Cifuentes et al., 2022a)
9	(Ljubičić et al., 2023)
10	(Yoshioka-Maeda et al., 2025)
11	(Gürçan et al., 2021)
12	(Hayre-Kwan et al., 2021)
13	(Renghea et al., 2022)
14	(Mudd et al., 2020)
15	(Prescott et al., 2024)

Apêndice III – Pedido de autorização para a realização da sessão de educação para a saúde



Pedido de autorização para a realização da sessão de educação para a saúde e convocatória dos enfermeiros/as do Centro de Saúde da Sertã

Estudantes: Ana Teresa Santos Rodrigues Pousada, portadora do nº de Aluno: 20211321; André Gonçalo Calado Tiago, portador do nº de Aluno: 20201408

Curso: Licenciatura em Enfermagem

Instituição: Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias

Ano: 4º ano da Licenciatura

Exma. Sra. Enfermeira Gestora Ercília Maria dos Santos Antunes da Silva Ventura, do Centro de Saúde da Sertã.

Os estudantes de enfermagem que se encontram a realizar estágio curricular nesta instituição vêm por este meio solicitar a autorização para convocar os enfermeiros/as desta instituição para participarem numa sessão de ensino sobre a importância de atender a todas as necessidades humanas fundamentais do utente e desde já pedir autorização da realização da mesma no dia 02 de maio de 2025, pelas 14h00, na biblioteca do Centro de Saúde da Sertã.

A referida sessão tem como finalidade capacitar estes profissionais de saúde para a melhoria na qualidade dos cuidados prestados aos utentes, promovendo uma abordagem integral na prestação dos cuidados ao utente, de forma a atender a todas as necessidades humanas fundamentais. Deste modo foi definido como objetivo geral da sessão a) identificar as necessidades humanas fundamentais no processo de doença, uma vez que se pretende capacitar os enfermeiros/as para a consciencialização acerca da importância de atender a todas as necessidades do indivíduo atendendo ao modo como cada necessidade fundamental do utente pode ser comprometida. Esta abordagem permite melhorar a qualidade de vida do utente e prevenir complicações associadas a uma situação de desequilíbrio do organismo nomeadamente a nível psíquico, emocional e funcional, assim pretendem-se atingir alguns objetivos, de entre os quais: a) reconhecer a importância da teoria do cuidado humano de Jean Watson b) reconhecer a pirâmide das necessidades de Maslow; c) debater estratégias a adotar para a prática de um cuidado integral; e d) identificar possíveis necessidades humanas fundamentais afetadas aquando uma situação de doença.



Agradecemos, desde já, a atenção e ficamos ao dispor para qualquer esclarecimento adicional.

Com os melhores cumprimentos,
Ana Pousada e André Tiago.

Ana Pousada :
André Gonçalo Calado Tiago :

Enfermeira Gestora,

Luís Silva Ventura

Sertã, 24 de abril de 2025

Apêndice IV – Convocatória dirigida para a sessão de educação para a saúde



Convocatória

Caros/as Srs./Sras. Enfermeiros/as do Centro Saúde da Sertã,

Convidamo-lo/a a participar numa Sessão de Ensino dedicada ao tema:

“A Importância de dar resposta a todas as Necessidades Humanas Fundamentais do Utente”.

Esta sessão tem como objetivo sensibilizar os Enfermeiros/as para a compreensão profunda das diversas necessidades humanas — físicas, emocionais, sociais, espirituais e cognitivas — e da sua importância no bem-estar global da pessoa cuidada.

Data: 02 de maio de 2025

Hora: 14h00

Local: Biblioteca do Centro de Saúde da Sertã

Formadores: Estudantes de Enfermagem do 4º Ano do curso de Licenciatura em Enfermagem, Ana Pousada e André Tiago.

Durante esta sessão, vamos abordar diversas temáticas, nomeadamente o conceito das necessidades humanas fundamentais e as possíveis implicações para o utente da não satisfação das mesmas. Ainda serão apresentadas algumas estratégias práticas a adotar para identificar e responder a essas necessidades de forma eficaz.

Contamos com a sua presença para juntos melhorarmos a qualidade dos cuidados prestados.

Com os Melhores Cumprimentos,
Ana Pousada e André Tiago.

Apêndice V – Planeamento da sessão de educação para a saúde

1. Planeamento da Sessão de Educação para a Saúde

O planeamento da sessão de educação para a saúde consiste em preparar um conjunto de atividades, com vista a agir posteriormente para atingir determinados objetivos. A elaboração de um plano de ensino permite também fazer uma previsão inteligente e bem calculada de todas as etapas de trabalho de modo a que se favoreça ao máximo o processo ensino-aprendizagem, na medida que permite um melhor aproveitamento de todos os recursos disponíveis, pois todo o processo foi planeado anteriormente à sessão de ensino propriamente dita. De um modo geral, este planeamento será a orientação da atividade prática, pelo que engloba quatro fases distintas, elaboradas de forma cronológica: a fase de diagnóstico, a fase de preparação, a fase de desenvolvimento e, por fim, a fase de aperfeiçoamento.

1.1. Fase de Diagnóstico

A primeira etapa do plano de sessão de educação para a saúde denomina-se Fase de Diagnóstico, que implica um conhecimento aprofundado da realidade e a identificação das necessidades relevantes a abordar durante o processo de ensino-aprendizagem.

Foram identificados os principais problemas da população-alvo, nomeadamente, a dificuldade em dar resposta a todas as necessidades fundamentais do indivíduo por parte dos cuidadores formais, nomeadamente no que concerne a uma situação de doença. Assim, uma não satisfação das necessidades humanas fundamentais por parte do utente, implica a inexistência da prática de um cuidado integral, por parte do enfermeiro. Deste modo, a preparação da sessão de ensino foi delineada de acordo com as necessidades identificadas e de acordo com o tema do trabalho final de curso que nos foi atribuído, nomeadamente: “A Hierarquização dos Cuidados versus A Assistência Integral nas Necessidades Humanas Fundamentais.”

Para que haja, de facto, uma intervenção da parte dos formandos de modo a propor uma reflexão sobre as práticas prestadas ao utente, visando a promoção de um olhar holístico por parte dos enfermeiros.

1.2. Fase de Preparação

A Fase de Preparação é a segunda etapa do plano de sessão de ensino, onde são previstos todos os passos que contribuem para assegurar a sistematização e o desenvolvimento da sessão de ensino, bem como a estruturação do plano.

Esta fase envolve a conceção dos objetivos geral e específicos, a seleção dos conteúdos a abordar, a escolha da metodologia de ensino a utilizar, a seleção dos recursos humanos e materiais e, por fim, a avaliação da eficácia da sessão, que permite analisar a qualidade do ensino e melhorar a aprendizagem em sessões futuras.

1.2.1. Objetivos

A conceção dos objetivos é a primeira tarefa a realizar durante a estruturação de uma sessão de ensino e devem ser elaborados tendo como base a utilização dos critérios finais dos quais resultam progressivamente as respostas de aprendizagem esperada. Na realização de um plano de ensino devem ser concebidos objetivos gerais e específicos, em que os primeiros são mais amplos e complexos, podendo ser alcançados no final da sessão, enquanto que os segundos são mais simples e concretos e devem ser adquiridos ao longo do processo formativo. Deste modo, foi definido como objetivo geral identificar as necessidades humanas fundamentais no processo de doença, uma vez que se pretende aumentar o nível de conhecimento dos enfermeiros acerca da importância de atender a todas as necessidades do utente e de que forma uma ferida pode impactar cada necessidade fundamental do mesmo, de forma a capacitá-los para a consciencialização sobre a importância de um cuidado integral, de forma a melhorar a qualidade do utente e a prevenir complicações associadas à presença da ferida e da influencia da mesma a nível psíquico, emocional e funcional.

Os objetivos específicos, alcançáveis em menor tempo, estipulados foram os seguintes: a) reconhecer a importância da teoria do cuidado humano de Jean Watson b) reconhecer a pirâmide das necessidades de Maslow; c) debater estratégias a adotar para a prática de um cuidado integral; e d) identificar possíveis necessidades humanas fundamentais afetadas aquando de uma situação de doença.

Durante a sessão e à medida que os conteúdos selecionados são expostos, é esperado que o público-alvo atinja os objetivos específicos delineados, de modo a obter-se ganhos em saúde para o utente e para os profissionais de saúde que prestam os cuidados que visam a satisfação das necessidades humanas fundamentais.

1.2.2. Seleção dos conteúdos

A seleção e organização dos conteúdos corresponde à segunda etapa da Fase de Preparação, onde é necessário selecionar um conjunto de temas que serão os meios para a concretização dos fins visados pelo processo de aprendizagem. De um modo geral, os conteúdos foram organizados a partir da definição dos objetivos e adaptados ao nível de maturidade e de conhecimentos prévios dos utentes convocados para a sessão de ensino. O último critério na escolha dos assuntos a abordar prendeu-se com a obrigatoriedade de estes serem aprendidos dentro das limitações de tempo e recursos disponíveis. Primeiramente abordar o conhecimento do público-alvo sobre feridas e o seu impacto no utente portador das mesmas, de forma a adequar a abordagem e a quebrar o gelo numa primeira instância. De seguida, os primeiros conteúdos teóricos a apresentar são as teorias de Enfermagem de forma sucinta, nomeadamente a teoria de Jean Watson e Abraham Maslow para que possam identificar as NHF's no utente e refletir sobre como atender à sua satisfação. De seguida, a explicitação do conceito de cuidado integral e as estratégias a adotar de forma a dar resposta a todas as dimensões e necessidades do individuo.

Por fim, a aplicação de casos clínicos, de forma a proporcionar uma dinâmica de grupo, de modo a propor ao enfermeiro a reflexão sobre a sua prática dos cuidados e sobre os conteúdos lecionados anteriormente. No desfecho da sessão de ensino é abordada a importância da mesma, e dada a possibilidade de esclarecimento de dúvidas.

1.2.3. Metodologia de ensino

A terceira etapa da Fase de Preparação envolve a escolha da metodologia de ensino a utilizar, que evidencia a forma como o conhecimento irá ser trabalhado e é fundamental na relação de formação, dado que, consoante a metodologia utilizada, haverá mais ou menos abertura entre os formandos e os formadores. Assim, o método pedagógico a utilizar na sessão de ensino é o método expositivo a partir de uma apresentação oral ao público-alvo, com recurso a um PowerPoint, onde são explicados todos os conteúdos apresentados anteriormente. Será também utilizado um método ativo de ensino-aprendizagem que promove o envolvimento dos participantes na análise de casos clínicos, proporcionando tomada de decisão e análise crítica na resolução de problemas, passíveis de serem encontrados no contexto clínico diariamente, no exercício profissional da profissional.

1.2.4. Seleção dos recursos

A seleção dos recursos tem como finalidade tornar a aprendizagem mais significativa, bem como apresentar com maior clareza e exatidão os conteúdos a abordar. Estes devem atender às necessidades dos utentes e facilitar a sua aquisição de conhecimentos. Deste modo, foram identificados recursos humanos e materiais necessários à concretização da sessão de ensino. No que concerne aos primeiros, estarão presentes na sessão os dois formadores e no máximo 12 formandos, convocados através de contacto presencial face à facilidade de contacto com os mesmos em contexto clínico, ainda assim foi elaborada uma convocatória para realizar um pedido formal aos meus e para que pudessem divulgar entre eles as informações relacionadas com a sessão. Em relação aos recursos materiais, será necessário recorrer à utilização de um computador e um projetor, de modo a projetar o PowerPoint elaborado. Serão ainda necessárias mesas e cadeiras suficientes de forma a sentar confortavelmente os formandos, bem como diversos folhetos informativos para fornecer aos formandos presentes na sessão de educação para a saúde.

1.2.5. Análise da eficácia da sessão

A quinta etapa da Fase de Preparação implica a averiguação da captação dos conteúdos pelos formandos, com o objetivo de fornecer aos formadores indicações sobre o que foi retido por parte do público-alvo durante o processo de ensino-aprendizagem. Deste modo, as respostas às questões: “A sessão atendeu às expectativas?”; “Compreenderam a importância do cuidado humanizado?”; “Conseguem identificar a importância da aplicabilidade dos conteúdos lecionados no cuidado diário?”, demonstram se o público-alvo obteve conhecimento acerca dos conteúdos lecionados. Assim sendo os formadores obtêm o feedback necessário para compreender se os objetivos gerais e específicos estipulados para esta sessão foram atingidos com sucesso ou insucesso.

Através ainda da aplicação de casos clínicos e com base na resposta aos mesmos, é possível recolher informação sobre a qualidade do ensino. Assim sendo, os formadores, procuraram apresentar casos fictícios e questões pré elaboradas, de forma a compreender a assimilação das informações.

Esta avaliação permite retirar algumas elações sobre a pertinência e eficácia da sessão, possibilitando prever a necessidade de revisão da sessão de ensino implementada e, se

necessário, a alteração de todo o planeamento de ensino, de forma a obter sucesso nas futuras sessões de educação para a saúde.

1.2.6. Estruturação do Plano de Ensino

Identificação

Tema: A importância de dar resposta a todas as necessidades humanas fundamentais do utente;

Nome dos Formadores: Ana Teresa Santos Rodrigues Pousada | 20211321; André Gonçalo Calado Tiago | 20201408;

Local: Biblioteca da UCSP Sertã;

Data: 02/05/2025;

Hora: 14h00;

Duração: 60 minutos;

Público-Alvo: 12 formandos (enfermeiros);

Formação Gratuita.

Objetivos

Geral:

- Identificar as necessidades humanas fundamentais no processo de tratamento de doença.

Específicos:

- Reconhecer a importância da teoria do cuidado humano de Jean Watson;
- Reconhecer a pirâmide das necessidades de Maslow;

- Debater estratégias a adotar para a prática de um cuidado integral.
- Identificar possíveis necessidades humanas afetadas aquando de uma situação de doença.

Conteúdos

- Teoria do Cuidado Humano de Jean Watson;
- Teoria de Abraham Maslow;
- Estratégias para a promoção de um cuidado integral;
- Casos Clínicos.

Estratégias

Metodologia:

- Expositivo;
- Ativo;

Recursos:

- Humanos:

- 2 formadores;
- Formandos (cerca de 12);

- Materiais:

- Projetor;
- Computador;

- PowerPoint elaborado pelos formadores;
- Cadeiras;
- Mesas;
- Folhetos Informativos;
- Casos Clínicos;

Avaliação

- Colocação de questões abertas;
- Elaboração de casos clínicos.

1.3. Fase de Desenvolvimento

Esta fase implica a ação dos formadores na realização da sessão de educação para a saúde, é a terceira etapa do planeamento de ensino que implica o plano de ação de tudo o que foi planeado. Assim, inicialmente é necessário garantir que temos todos os recursos disponíveis, quer humanos, quer materiais, assim seria necessário verificar a disponibilidade dos formadores, bem como dos formandos, relativamente ao dia e hora a realizar a sessão. Uma vez que se trata de cuidadores formais, existe uma preocupação acrescida em que estes estejam disponíveis sem que comprometa a prestação dos cuidados.

Os formandos seriam convocados através de contacto presencial, de forma a selecionar os enfermeiros com interesse nesta sessão de educação e que cumpram os critérios de inclusão e exclusão determinados para a mesma. Seria confirmada a presença dos mesmos, atempadamente, de forma a garantir que não ocorria dispêndio de tempo e recursos caso não estivessem reunidas as condições necessárias para a aplicabilidade da sessão de ensino. Assim, foi realizada uma convocatória de forma a informar e a evocar o público-alvo. Este documento contempla o tema da sessão de ensino, os objetivos da mesma e assim fornecer uma capacidade de decisão informada às pessoas que possam vir a integrar a sessão de educação. Os critérios de inclusão selecionados foram a) ser cuidador formal e prestar cuidados à pessoa 4m situação de doença; b) ter idade igual ou superior a 18 anos; c) serem utentes inscritos no Centro de Saúde da Sertã;

Os critérios de exclusão prendem-se com a) pessoas que exerçam a função de cuidador informal; b) pessoas com alterações cognitivo-comportamentais descompensadas; c) pessoas com dificuldade motora; d) profissionais que prestem cuidados de forma esporádica;

O primeiro critério prende-se com o facto da intervenção dos formadores não ser dirigida para cuidadores informais uma vez que não foram identificadas necessidades de

ensino nesse sentido para este tipo de indivíduos, o segundo critério pelo facto de não ser comprometida a compreensão dos conteúdos da sessão e pelo facto de nos encontrarmos num ambiente que não é passível de ocorrer perturbações severas. A terceira exclusão pelo facto de a sessão de educação ser realizada no primeiro piso do centro de saúde da sertã, no qual é necessário a subida de escadaria sem que haja outra alternativa possível, e por último o facto de a intervenção da sessão ser voltada para cuidadores formais que prestem cuidados frequentemente para que possa haver melhoria dos cuidados prestados a longo prazo e para que hajam resultados visíveis passíveis de validar a pertinência da sessão a realizar.

Quanto ao decurso e implementação da sessão, o público-alvo é informado dos objetivos da sessão e da sua duração e é disponibilizada a oportunidade de chegar junto dos formadores para serem fornecidas mais informações acerca da metodologia a utilizar na sessão de ensino. Os recursos materiais serão requisitados junto dos responsáveis dias antes da elaboração da sessão. A primeira parte da sessão tem a duração de 30 minutos de forma a expor os conteúdos escritos através do recurso ao PowerPoint elaborado pelos formadores, previamente dividido os conteúdos que cada um apresentará, posteriormente é disponibilizado tempo para a exposição de dúvidas pelos formandos, são efetuadas questões simples e diretas aos mesmos para que se vá testando os conhecimentos e a necessidade de reforçar algum conteúdo. Assim que esclarecidas todas as questões prossegue-se para a parte prática em que são fornecidos casos clínicos, após se ter explicitado qual o objetivo e como se procede à execução dos mesmos. Para finalizar há uma reflexão de grupo sobre a pertinência da sessão e a sua aplicabilidade no cuidado diário.

1.4. Fase de Aperfeiçoamento

A Fase de Aperfeiçoamento permite perceber em que medida foram alcançados os objetivos, é a fase em que se reflete sobre a sessão que foi realizada e quais as alterações a realizar numa futura sessão. Esta quarta fase do planeamento da sessão de ensino contém todos os procedimentos de avaliação que permitem os ajustes necessários, pelo que após a sessão estaria planeada uma reunião entre os formadores para analisar os aspetos positivos e negativos da sessão de educação para a saúde e para compreender se foi eficiente o planeamento previamente elaborado.

Estes momentos de partilha de opiniões permitem detetar aspetos a melhorar numa próxima sessão na forma como são divulgados os assuntos e na gestão tempo-espaco, a opinião que cada formador fornece deve ser tida em conta para que se possa aperfeiçoar os aspetos menos positivos.

Apêndice VI – PowerPoint de suporte para sessão de educação para a saúde


 Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Cabral
 4º Ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem | Etapa VI
 LCCP de Saúde | Técnico de Educação para a Saúde

A importância de dar resposta a todas as Necessidades Humanas Fundamentais do Utente

Trabalho realizado por:
 Ana Teresa Santos Rodrigues Pinheiro | 20211219
 André Joaquim Duarte Tejo | 2021180
 Supervisores Pedagógicos: Fátima Assis de Almeida André Gonçalves

CUIDADO HUMANO

- É o "moral ideal da Enfermagem onde existe a máxima preocupação pela dignidade e preservação da humanidade" (Watson, 1980);
- Cuidados que visam as experiências humanas dos intervenientes no cuidar;
- É a prestação de um cuidado que potencie no utente a autonomia, coparticipação e esperança;
- Aquilo que visa o campo da relação Transpessoal que se distancia da ciência convencional, uma vez que se assume como "... uma elevada consideração pelo todo da pessoa e pelo seu estar-no-mundo" (Watson, 1980);
- Atende à necessidade da dimensão espiritual, envolvendo a metafísica. Esta ciência do cuidado propõe que a Enfermagem contribua para a preservação da humanidade, assumindo que o Processo de Enfermagem deve responder mais às necessidades das pessoas em todas as suas dimensões.

Objetivos

- Objetivo Geral:**
 - Identificar as necessidades humanas fundamentais do utente cuidado;
- Objetivos Específicos:**
 - Reconhecer a importância da teoria do cuidado humano de Jean Watson;
 - Reconhecer a pirâmide das necessidades humanas de Maslow;
 - Debater estratégias a adotar para a prática de um cuidado integral;
 - Identificar possíveis necessidades humanas afetadas quando uma situação de doença.

- É uma Teoria de Enfermagem que se baseia no princípio de que as **necessidades humanas apresentam uma relação hierárquica capaz de direcionar a motivação dos indivíduos para diferentes tipos de satisfação**;
- As necessidades fundamentais consideradas a base da sobrevivência do homem, encontram-se na base da pirâmide e Maslow considera que são as mais profundas carências humanas e, quando não são supridas, carecem de toda a atenção e energia do indivíduo;
- Hierarquicamente, portanto, o utente tem necessidades que exigem de satisfação e de devota intervenção por parte do profissional de saúde para que posteriormente se possa dar resposta e atingir níveis hierárquicos superiores que correspondem à plena realização do indivíduo.

Necessidades Humanas Fundamentais segundo Abraham Maslow

A hierarquização das necessidades humanas fundamentais tem como finalidade a personalização dos cuidados oferecidos a cada indivíduo, objetivo de forma a que o profissional de saúde consiga dar uma resposta eficaz, levando o utente realizado e com as suas necessidades satisfeitas.



Nota Introdutória

- A Enfermagem é entendida como uma arte e uma ciência sujeita a constante evolução de conhecimentos, que para além da progressão na área científica, também tem evoluído na sua vertente humanística da arte do cuidar, onde as Teorias de Enfermagem desempenham um papel preponderante;
- As teorias constituem uma base essencial para a prestação de cuidados a pessoas com ou sem enfermidades, contribuindo com um pensamento no qual domina a prestação de cuidados humanizados;
- O estudo e a caracterização das Teorias de Enfermagem através das Necessidades Humanas Fundamentais permite compreender o ponto de vista dos teóricos acerca da prestação de cuidados de Enfermagem e a sua contribuição para a formulação do pensamento crítico e reflexivo durante a prática clínica.

Hierarquia das Necessidades Humanas

- Maslow hierarquizou as seguintes ordens de prioridade, de forma a que as necessidades de base do indivíduo possam de estar satisfeitas antes que se possam atingir as necessidades de níveis hierárquicos superiores.



Teoria do Cuidado Humano Jean Watson

- Desenvolvida pela teórica Margaret Jean Hanna Watson;
- Cuidado é a essência da prática de Enfermagem;
- Além da realização de procedimentos técnicos é a valorização do aspeto humano, racional, espiritual do cuidar;
- A prática do cuidado envolve uma conexão interpessoal profunda onde o enfermeiro se envolve de forma autêntica, empática e ética com o utente promovendo bem estar de forma ampla (Watson, 2006);
- Relação enfermeiro-utente é transpessoal, muito para além da componente técnica e física, abarca dimensões espirituais e existenciais. É fundamental para o desenvolvimento de um cuidado integral e humano.




Pirâmide de Maslow


- Necessidades de Autorrealização**
 - Educação, religião, passatempos, crescimento pessoal, diversidade e autonomia...
- Necessidades de Estima**
 - Aprovação da família e dos amigos, autoestima, confiança, reconhecimento, respeito, orgulho, responsabilidade...
- Necessidades Sociais**
 - Família, amigos, colegas, comunidade, grupos sociais, interações sociais...
- Necessidades de Segurança**
 - Liberdade, ausência de violência, moralidade, ambiente familiar seguro, existência de recursos, ambiente tempo e seguro, emprego seguro, remuneração e benefícios...
- Necessidades Fisiológicas**
 - Comida, respiração, água, sexo, sono, homeostase, horário de trabalho, descanso, conforto físico e mental...

Benefícios de dar resposta a todas nas necessidades do utente

- ▶ Garantir um tratamento humanizado, centrado no utente;
- ▶ Acelerar o processo de recuperação;
- ▶ Reduzir o risco de aparecimento de complicações;
- ▶ Fortalecer o vínculo enfermeiro-utente;
- ▶ Promover confiança e adesão ao tratamento;
- ▶ Respeitar a individualidade e dignidade da pessoa;
- ▶ Melhorar a qualidade dos cuidados prestados;
- ▶ Proporcionar ganhos em saúde;
- ▶ Prevenir recidivas associadas à patologia.

Estratégias para a Promoção de um cuidado integral

- 
Valorização de espiritualidade e bem-estar psicológico

Respeitar as práticas religiosas e a cultura do utente. Promover o acesso aos serviços psicológicos e de apoio social e de saúde mental, bem como a participação em grupos de apoio mútuo e de suporte emocional.
- 
Prevenção e Promoção da Saúde

Promover a prevenção e promoção de saúde, identificando fatores de risco e implementando estratégias para a prevenção de complicações de doenças crónicas. Incentivar hábitos saudáveis, como alimentação equilibrada, atividade física, controle do estresse e da sua medicação.
- 
Acompanhamento Pós-Alta e Suporte Continuado

Realizar o alto nível de cuidado e monitorização de saúde de acordo com o plano de cuidados, incluindo intervenções de enfermagem, educação e apoio à saúde. Garantir o acesso a serviços de saúde, incluindo medicamentos, acompanhamento psicológico e apoio de saúde em geral, além de outros.

Estratégias para a Promoção de um cuidado integral

- ▶ Avaliação holística do utente;
- ▶ Comunicação empática e eficaz;
- ▶ Personalização do plano de cuidados;
- ▶ Integração de Profissionais de Saúde;
- ▶ Promoção de autonomia e participação do utente;
- ▶ Ambiente Terapêutico;
- ▶ Valorização de espiritualidade e bem-estar psicológico;
- ▶ Prevenção e promoção de saúde;
- ▶ Acompanhamento pós-alta e suporte continuado;

Casos Clínicos

Estratégias para a Promoção de um cuidado integral

- 
Avaliação holística do utente

Realizar avaliação física, emocional, social e espiritual do utente. Considerar as necessidades e valores individuais, além dos aspectos clínicos, sociais e culturais, para garantir o cuidado integral.
- 
Comunicação Empática e Eficaz

Utilizar estratégias de comunicação empática e eficaz para estabelecer uma relação de confiança com o utente. Garantir a compreensão das necessidades e a participação ativa do utente no processo de cuidado.
- 
Personalização do Plano de Cuidados

Adaptar o plano de cuidados de acordo com as necessidades, valores e preferências do utente. Realizar a avaliação e a reavaliação do plano de cuidados de acordo com a evolução do utente e as necessidades de saúde.

Encontra-se viúvo há 4 anos, vive sozinho com apoio esporádico de uma vizinha, deu entrada no hospital com sintomatologia passível de infeção urinária. Durante o exame físico inicial, foi identificada uma úlcera por pressão de grau II na região sacrococcígea.

História de Saúde

- ▶ Músculos descontraídos e desidratados;
- ▶ Discurso incoerente e pouco perspicaz;
- ▶ Mobilidade muito limitada (acamado há 3 semanas);
- ▶ Queixas de dor local ao decúbito dorsal;
- ▶ Devéria e hematúria;
- ▶ Higiene pessoal muito comprometida;
- ▶ Diminuição do apetite;
- ▶ Humor deprimido e choro espontâneo;
- ▶ Evita contato visual e verbaliza "sou um peso para todos";
- ▶ Frequenta a igreja regularmente, mas não recebe visitas devido que foi internado;

Sinais Vitais

- Temperatura: 38,1°C;
- PA: 110/60 mmHg;
- FC: 88 bpm;
- IMC: 18,5 kg/m²

Caso Clínico I Sr. M – 74 Anos

Estratégias para a Promoção de um cuidado integral

- 
Integração de Profissionais de Saúde

Trabalhar com uma equipa multidisciplinar, incluindo enfermeiros, médicos, fisioterapeutas, nutricionistas e outros profissionais de saúde, para garantir o cuidado integral do utente.
- 
Promoção da Autonomia e Participação do Paciente

Incentivar o utente a participar ativamente no processo de cuidado e nas decisões relacionadas com a sua saúde. Promover a educação em saúde e a participação do utente no processo de cuidado.
- 
Ambiente Terapêutico

Garantir um ambiente seguro, confortável e acolhedor, com recursos físicos, psicológicos e sociais adequados para promover a recuperação do utente.

Encontra-se divorciada, vive com o filho de 30 anos desempregado e passa grande parte do tempo fora de casa, é diabética insulino dependente há mais de 15 anos, com histórico de não adesão ao tratamento. Deu entrada com infeção grave no pé direito. Apresenta uma ferida traumática após queda à porta da igreja. Ao iniciar o episódio encontra-se com os olhos lacrimosos e discurso incoerente.

História de Saúde

- ▶ Dor moderada no membro inferior direito;
- ▶ Edema local e eritema perilesão contornado;
- ▶ Restrição de mobilidade;
- ▶ Recusa-se a olhar para o pé;
- ▶ Refere que "não vai mais a pé, não consigo mexer no", "sou um estorvo para o meu filho";
- ▶ Dificuldade de aceitação do diagnóstico;

Sinais Vitais

- Circulação Capilar: 250mg/g;
- PA: 132/85mmHg;
- Ferida com 7cm de diâmetro, bordos irregulares, apresenta odor moderado

Caso Clínico II Sra. R – 63 Anos

Reflexão

- ▶ A adaptação a uma situação de doença e os tratamentos que implicam a resolução da mesma requerem a implementação de planos de cuidados personalizados, no sentido de reduzir os impactos negativos da patologia e de todos os tratamentos envolventes.
- ▶ É imprescindível ter em consideração o meio familiar em que o doente se insere, bem como atuar para o reforço dos mecanismos de *coping* a desenvolver, com a finalidade de fornecer alicerces para enfrentar as adversidades de um modo eficaz.
- ▶ As teorias de enfermagem permitem nortear a prática de cuidados e o contributo para a excelência na prestação dos mesmos. Os modelos teóricos de enfermagem que visam a prestação de cuidados de forma holística e de forma personalizada permite atender a todas as dimensões do indivíduo através da identificação e hierarquização das necessidades humanas fundamentais a serem satisfeitas.

Nota Final

- ▶ Atender às necessidades humanas fundamentais implica ter um olhar integral. Trata-se de compreender o utente, envolvendo o mesmo na prática dos cuidados, bem como a sua família, de modo a compreender a influencia de todas as suas dimensões e o impacto que pode acarretar na qualidade de vida do mesmo.
- ▶ O papel do enfermeiro é efetuar escuta ativa do utente de modo a assimilar as suas emoções, relações sociais e aspetos espirituais.
- ▶ A enfermagem, como uma prática tanto científica quanto humana, tem o compromisso de olhar para o paciente além da doença, reconhecendo toda a sua complexidade e fragilidade.
- ▶ Oferecer um cuidado adequado não é apenas efetuar de forma eficaz os procedimentos técnicos mas também o respeito pela dignidade da pessoa cuidada, o promover da sua autonomia, o apoiar no alívio de seu sofrimento essencialmente em momentos de vulnerabilidade;
- ▶ Que esta sessão consciencialize que nenhuma necessidade humana deve ser descurada, uma vez que o cuidado humanizado envolve uma abordagem completa e personalizada.
- ▶ As sessões de ensino são assim fundamentais para elucidar o público alvo para a reflexão sobre temáticas que por vezes são menosprezadas no contexto de prática clínica.


Bibliografia

- ▶ Watson, J. (2008). *Nursing: The philosophy and science of caring* (Revised edition). Boulder, CO: University Press of Colorado.
- ▶ (Boher, R 1981)
<https://www.scielo.br/j/rae/a/3p837SSrMsZg5rHPNPmnbBB/?lang=pt>
- ▶ Watson, J. (1999). *Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar. Uma teoria de Enfermagem*. Lusociência.

Apêndice VII – Folheto Informativo sobre a importância de dar resposta a todas as necessidades fundamentais do utente

CUIDADO HUMANO

É o cuidado que visa uma visão integral por parte de quem cuida. Atende a todas as dimensões e necessidades do indivíduo em situação de doença.



É o "moral ideal da Enfermagem onde existe a máxima preocupação pela dignidade e preservação da humanidade"
(Watson,1999);

Atende à necessidade da dimensão espiritual, envolvendo a metafísica. Esta ciência do cuidado propõe que a Enfermagem contribua para a preservação da humanidade, assumindo que o Processo de Enfermagem deve responder mais às necessidades das pessoas em todas as suas dimensões.

Trabalho Elaborado no âmbito de Estágio VI


Alunos do 4º Ano de Enfermagem:
Ana Pousada;
André Tiago;


Supervisor Pedagógico:
André Gonçalves.

O utente é muito mais do que a doença que possui, é um ser humano com necessidades e emoções que requerem cuidado de forma integral

WEBGRAFIA

CivWatson, J. (2008). Nursing: The philosophy and science of caring (Revised edition). Boulder, CO: University Press of Colorado. u|Boher. R 1981|
<https://www.scielo.br/j/jfse/a/3p8375DrMaZg5rHPNfmmnBB/?lang=pt>





A IMPORTÂNCIA DE DAR RESPOSTA A TODAS AS NECESSIDADES FUNDAMENTAIS DO UTENTE

CUIDADO INTEGRAL


O cuidado integral visa a interpretação do indivíduo doente na sua íntegra, pelo que são consideradas todas as suas dimensões, que determinam as áreas de intervenção por parte da enfermagem.

BENEFÍCIOS EM DAR RESPOSTA A TODAS AS NECESSIDADES DO UTENTE

- Garantir um tratamento humanizado, centrado no utente;
- Acelerar o processo de recuperação;
- Reduzir o risco de aparecimento de complicações;
- Fortalecer o vínculo enfermeiro-utente;
- Promover confiança e adesão ao tratamento;
- Respeitar a individualidade e dignidade da pessoa;
- Melhorar a qualidade dos cuidados prestados;
- Proporcionar ganhos em saúde;
- Prevenir recidivas associadas à patologia.

HIERARQUIA DAS NECESSIDADES DE MASLOW

Maslow hierarquizou na seguinte ordem de premência as necessidades humanas fundamentais, de forma a que as necessidades da base da pirâmide precisassem de estar satisfeitas antes que se pudesse atingir as necessidades de níveis hierárquicos superiores.

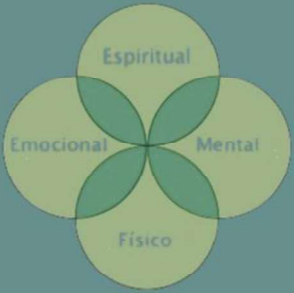


OS 5 estratos onde se encontram hierarquizadas as necessidades humanas

A Hierarquização das necessidades humanas fundamentais tem como finalidade a personalização dos cuidados atendendo a cada necessidade afetada de forma a que o profissional de saúde consiga dar uma resposta eficaz, tornando o utente realizado e com as suas necessidades satisfeitas.

ESTRATÉGIAS PARA A PROMOÇÃO DE UM CUIDADO INTEGRAL

- Avaliação holística do utente;
- Comunicação empática e eficaz;
- Personalização do plano de cuidados;
- Promoção de autonomia e participação do utente
- Ambiente terapêutico
- Valorização de espiritualidade e bem-estar psicológico
- Prevenção e promoção de saúde
- Acompanhamento pós-alta e suporte continuado;



ANEXOS

Anexo I – As 14 Necessidades Humanas Básicas de Virginia Henderson

Nº	Necessidade Humana Básica
1	Respirar normalmente
2	Comer e beber adequadamente
3	Eliminar pelos canais naturais do corpo
4	Mover-se e manter postura adequada
5	Dormir e descansar
6	Vestir-se e despir-se
7	Manter a temperatura corporal dentro dos limites normais, ajustando o vestuário e modificando o ambiente
8	Manter o corpo limpo e bem cuidado e proteger a pele
9	Evitar perigos ambientais e evitar lesionar outras pessoas
10	Comunicar-se com os outros, expressando emoções, necessidades, medos ou opiniões
11	Praticar sua fé ou viver de acordo com seus valores
12	Realizar atividades que lhe deem sentido de realização
13	Recriar-se, participando de diversas formas de lazer
14	Aprender, descobrir ou satisfazer a curiosidade que conduz ao desenvolvimento e à saúde normais

Fonte: Hübner (2020)

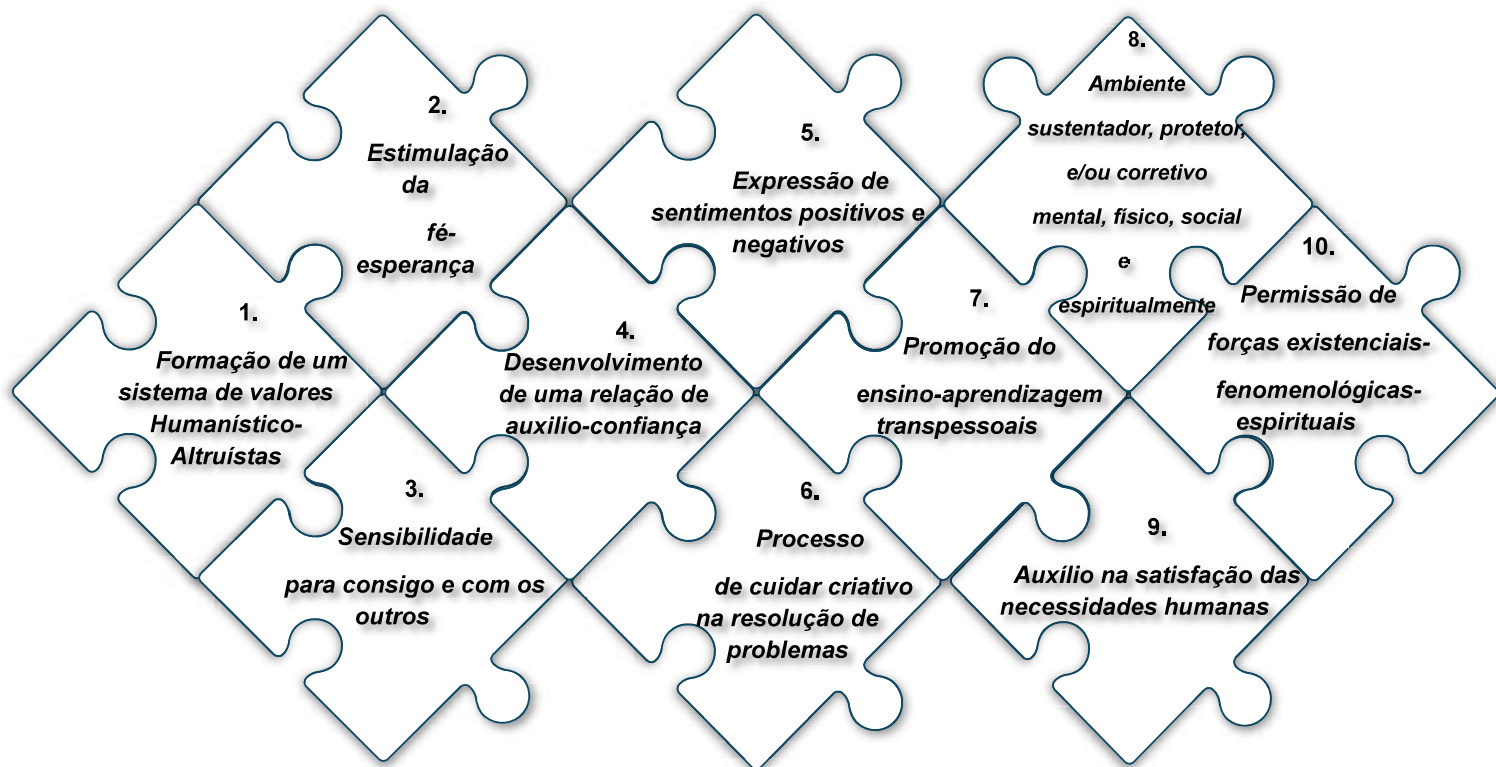
Anexo II – Modelo de Maslow

Pirâmide de Maslow



Fonte: (Hayre-Kwan et al., 2021)

Anexo III – Os 10 Fatores de Cuidar



Fonte: (Tomey & Alligood, 2004; Watson, 1999)