

Humanização dos cuidados de saúde no serviço de urgência: análise qualitativa baseada nas experiências dos enfermeiros

Humanization of healthcare at the emergency department: a qualitative analysis based on nurses' experiences

Humanización de la asistencia en urgencias: un análisis cualitativo basado en las experiencias de las enfermeras

Martina Valenzuela Anguita*^{ID}; Ángela Sanjuan-Quiles**^{ID}; M^a Isabel Ríos-Risquez***^{ID};

M^a Carmen Valenzuela-Anguita****^{ID}; Rocío Juliá-Sanchis*****^{ID}; Raimunda Montejano-Lozoya*****^{ID}

Resumo

Enquadramento: As condições de trabalho dos profissionais dos serviços de urgência e a tecnicização dos cuidados de saúde tiveram um impacto negativo na relação profissional de saúde-doente, desumanizando-a.

Objetivo: Este estudo qualitativo explorou as perspetivas das enfermeiras em relação à humanização dos cuidados de saúde nos serviços de urgência em Espanha.

Metodologia: Foi realizado um estudo qualitativo com recurso a entrevistas semiestruturadas a 11 enfermeiros a trabalhar em serviços de urgência. Os dados foram analisados com recurso à técnica de análise de conteúdo.

Resultados: Foram identificados dois temas principais: as dimensões dos cuidados de saúde humanizados e implementação de cuidados de saúde humanizados nos serviços de urgência, bem como cinco subtemas.

Conclusão: São apresentadas recomendações para reforçar as iniciativas para implementação de modelos integrados de assistência em saúde. A implementação do cuidado holístico, centrado no doente e na sua família é essencial para garantir a humanização dos cuidados de saúde nos serviços de urgência.

Palavras-chave: emergências; enfermagem

Abstract

Background: The working conditions of emergency department professionals and the technification of healthcare have had a negative impact on the healthcare professional-patient relationship, dehumanizing it.

Objective: This qualitative study explored nurses' perspectives about the humanization of healthcare in Spanish emergency departments.

Methodology: A qualitative design, centred on the opinions of 11 nurses working in the emergency department was applied via semi-structured interviews. Data were analysed using the content analysis technique.

Results: Two main themes were identified: The dimensions of humanized healthcare and implementing humanized healthcare at emergency departments, as well as five subthemes.

Conclusion: Recommendations are put forward to strengthen initiatives for implementing integrated models of healthcare assistance. The implementation of holistic, patient and family-oriented healthcare is essential to guaranteeing humanized healthcare at the emergency department.

Keywords: emergencies; nursing

Resumen

Marco contextual: Las condiciones laborales de los profesionales de los servicios de urgencias y la tecnificación de la atención sanitaria han tenido un impacto negativo en la relación médico-paciente, y la han deshumanizado.

Objetivo: Este estudio cualitativo exploró el punto de vista de las enfermeras sobre la humanización de la atención sanitaria en los servicios de urgencias españoles.

Metodología: Se aplicó un diseño cualitativo, centrado en las opiniones de 11 enfermeros que trabajan en el servicio de urgencias, mediante entrevistas semiestructuradas. Los datos se analizaron mediante la técnica del análisis de contenido.

Resultados: Se identificaron dos temas principales: Las dimensiones de la atención humanizada y la implementación de la atención humanizada en el servicio de urgencias, así como cinco subtemas.

Conclusión: Se presentan recomendaciones para fortalecer las iniciativas de implementación de modelos integrados de atención de la salud. La aplicación de una atención holística, centrada en el paciente y en su familia, es esencial para garantizar la humanización de la atención sanitaria en los servicios de urgencias.

Palabras clave: urgencias médicas; enfermería

*Ph.D., Enfermagem, Hospital General Universitario Morales Meseguer, 30008, Murcia, Espanha [marvalenzu@holmail.es]. ^{ID} <https://orcid.org/0000-0003-2130-1411>. Contribuição para o artigo: concepção do estudo, desenho do estudo, recrutamento de centros e profissionais participantes e gestão dos dados, incluindo controlo de qualidade, presidente do comité de supervisão dos dados.

**Ph.D., Professora Catedrática, Universidade de Alicante, 03690, Alicante, Espanha [angela.sanjuan@ua.es]. ^{ID} <https://orcid.org/0000-0002-1992-3548>. Contribuição para o artigo: concepção do estudo, desenho do estudo, recrutamento de centros e profissionais participantes e gestão dos dados, incluindo controlo da qualidade, análise dos dados, elaboração do manuscrito. Morada para correspondência: Carr. de San Vicente del Raspeig, s/n, 03690 San Vicente del Raspeig, Alicante, Espanha.

***Ph.D., Professora, Universidade de Murcia, 30100, Murcia, Espanha, [mi.rios@um.es]. ^{ID} <https://orcid.org/0000-0001-5572-3394>. Contribuição para o artigo: recrutamento de centros e profissionais participantes e gestão dos dados, incluindo controlo da qualidade.

****MD., Enfermeira, Hospital de Sagunto, 46520, Sagunto, Espanha [carvalang@hotmail.com]. ^{ID} <https://orcid.org/0000-0002-0561-0227>. Contribuição para o artigo: gestão dos dados

*****Ph.D., Professora Assistente, Universidade de Alicante, 03690, Alicante, Espanha [rjulia@ua.es]. ^{ID} <https://orcid.org/0000-0003-1086-282X>. Contribuição para o artigo: supervisão da realização do trial e recolha dos dados, recrutamento de centros e profissionais participantes e gestão dos dados, incluindo controlo da qualidade, análises dos dados, elaboração do manuscrito.

*****Ph.D., Professora, Instituto de Investigación Sanitaria IIS La Fe, Grupo de Investigación en Arte y Ciencia del Cuidado GREIACC, Valencia, Espanha. Universidade de Valência, 46010, Valencia, Espanha [montejano_rai@gva.es]. ^{ID} <https://orcid.org/0000-0001-6548-8025>. Contribuição para o artigo: concepção do estudo, desenho do estudo, recrutamento de centros e profissionais participantes e gestão dos dados, incluindo controlo da qualidade.

Introdução

Desde a segunda metade do século XX, os serviços de urgência (SU) hospitalar sofreram uma mudança profunda a nível estrutural e técnico em linha com os avanços sociais e culturais na busca pela autodeterminação e o empoderamento dos doentes (Bates, 2018). No entanto, de acordo com este autor, este processo teve um impacto negativo nas relações dos doentes com os profissionais de saúde e as instituições (Bates, 2018). Foram identificadas algumas condições de trabalho desfavoráveis, tais como: elevados níveis de atendimento, sobrelotação, elevada carga de trabalho e tempo limitado de contacto com os doentes (Sanjuan-Quiles et al., 2018). Estes fatores, juntamente com a predominância do modelo biomédico tecnicizado dos cuidados de saúde, conduziram à sua despersonalização, negligenciando assim a dignidade daqueles de quem supostamente deveria cuidar (Tudela & Módol, 2015).

Reconhecendo a necessidade de fazer face a estes fenómenos, existem atualmente várias iniciativas para a implementação de modelos integrados de cuidados de saúde, com vista a melhorar a qualidade percebida pelos doentes, bem como aumentar a satisfação profissional e melhorar os resultados em termos da saúde da população. A humanização dos cuidados é inerente à incorporação de um sistema de cuidados de saúde centrado no doente, no qual os doentes são vistos de uma forma holística e integrada e os profissionais de saúde possuem competências técnicas e não-técnicas (Silva, Freitas, Araújo, & Ferreira, 2016).

Uma vez que a humanização dos cuidados não está totalmente implementada, ou normalizada, nos SU espanhóis, o objetivo do presente estudo foi explorar as perspetivas dos enfermeiros sobre a humanização dos cuidados nos SU em Espanha.

Enquadramento

Existem diferentes modelos e teorias de enfermagem que orientam os cuidados de enfermagem para uma prática mais humanizada, tais como os modelos de Peplau e Travelbee. Estas bases epistemológicas do cuidado de enfermagem centram-se na subjetividade e na experiência da pessoa no seu processo de saúde-doença, favorecendo o desenvolvimento da relação interpessoal que ocorre durante o encontro terapêutico, dando-lhe significado, e

na qual são satisfeitas as necessidades da pessoa/doente (Elers Mastrapa & Gibert Lamadrid, 2016). Vários autores têm proposto estratégias para a promoção da humanização em diferentes contextos: serviços de oncologia (Potter et al., 2010), SU (Bermejo, 2014) e, em particular, Unidades de Cuidados Intensivos (UCI; Luiz, Aquino Caregnato, & Costa, 2017), desenvolvendo projetos inovadores, tais como as H-UCI em Espanha (Heras La Calle & Zaforteza Lallemand, 2014).

Apesar da introdução de novas políticas orientadas para a humanização dos cuidados de saúde no domínio da enfermagem, é necessário um compromisso por parte dos profissionais de saúde nas suas ações e no seu comportamento (Bermejo, 2014), bem como o reconhecimento dos direitos humanos básicos e dos direitos dos doentes, da sua vulnerabilidade e dos princípios éticos que lhes conferem dignidade (Luiz et al., 2017).

Questão de investigação

Qual é a experiência dos enfermeiros espanhóis relativamente à humanização dos cuidados nos SU hospitalares?

Metodologia

Foi realizado um estudo qualitativo com recurso a entrevistas semiestruturadas a enfermeiros a trabalhar em SU (Paley, 1997). A abordagem fenomenológica ao fenómeno da humanização visa conhecer e compreender este fenómeno nos SU, os seus fenómenos em mudança e a base de significado atribuída a este fenómeno através da realidade dos profissionais que lá trabalham, isto é, através das narrativas que descrevem as suas crenças, pensamentos, emoções e experiências de como vivem e se sentem diariamente no seu trabalho. Neste sentido, a abordagem ao fenómeno da humanização através da fenomenologia descreve a sua natureza geral e específica, bem como descreve e analisa o mundo interior dos protagonistas (Gomes, Paiva, Valdés, Frota, & Albuquerque, 2008).

Além disso, foi aplicada uma abordagem indutiva (Woo, O'Boyle, & Spector, 2017). Este manuscrito segue as recomendações do *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ), uma *checklist* de 32 itens para relatar entrevistas (Tong, Sainsbury, & Craig, 2007).

Amostra do estudo

A amostra inicial do estudo foi constituída por 35 enfermeiros a trabalhar em SU na província de Múrcia (Espanha). A seleção foi realizada através do método de amostragem não-probabilística por conveniência, procurando alcançar a representatividade. Foram adotados os seguintes critérios de inclusão: estar a trabalhar de forma ativa no setor público e ter pelo menos 1 ano de experiência no seu atual local de trabalho. Cinco potenciais participantes recusaram-se a participar ou desistiram devido a falta de interesse no estudo. Por fim, 11 enfermeiros cumpriram os critérios de inclusão e participaram no estudo até à saturação dos dados.

As características da amostra são apresentadas na Tabela 1. As mulheres representaram 54,6% da amostra. A média de idade foi 40,5 anos ($DP = 6,6$). A média de tempo de serviço nos SU foi 11,7 anos ($DP = 7,2$). O perfil profissional dos enfermeiros a trabalhar nos SU foi Licenciatura/Mestrado, uma vez que não existe nenhum curso de especialização em emergências e urgências no Sistema Nacional de Saúde em Espanha. As características da amostra acima referidas foram comparáveis às características (idade, sexo e experiência) dos candidatos que não deram o seu consentimento e/ou cumpriram os critérios de inclusão.

Tabela 1

Características e perfil profissional dos enfermeiros entrevistados

Enfermeiro	Idade (anos)	Sexo	Experiência no SU (anos)	Data da entrevista
E1	42	Masculino	15	2-02-2015
E2	50	Feminino	25	16-02-2015
E3	39	Masculino	13	31-03-2015
E4	36	Masculino	3,5	30-04-2015
E5	38	Masculino	10	11-05-2015
E6	52	Masculino	8	31-05-2015
E7	41	Feminino	18	9-06-2015
E8	45	Feminino	20	15-09-2015
E9	29	Feminino	3	13-10-2015
E10	35	Feminino	4	3-11-2015
E11	39	Feminino	9	14-12-2015

Nota. SU = Serviço de Urgência.

Recolha de dados

Os potenciais participantes foram identificados através de informantes-chave (supervisores de enfermagem) e contactados por correio eletrónico. Após os candidatos terem sido identificados, o contacto foi feito por correio eletrónico. Depois desse contacto, os investigadores explicaram-lhes as características do estudo e convidaram-nos a participar. Posteriormente, os investigadores telefonaram aos candidatos para lhes explicar as características do estudo e convidá-los a participar. Todos os candidatos concordaram em participar no estudo de forma voluntária e assinaram o consentimento informado.

Duas investigadoras realizaram todas as entrevistas, que duraram cerca de 45 minutos. Ambas as

investigadoras são enfermeiras com experiência anterior na realização de investigação qualitativa. As entrevistas semiestruturadas presenciais foram realizadas num centro à escolha dos entrevistados, no qual foi criado um ambiente confidencial adequado.

A entrevista incluiu 10 perguntas baseadas na revisão de literatura relevante e nos objetivos específicos do estudo: *Como é a relação enfermeiro-doente nos SU?*; *De forma geral, como é que descreveria o tipo de cuidados prestados pelos enfermeiros nos SU?*; *O que é que entende pelo termo "humanização dos cuidados"?*; *Quais os fatores/comportamentos que favorecem a humanização dos cuidados?*; *Lembra-se de alguma experiência na qual tenha sido estabelecido um contacto deste*

natureza com o doente e/ou a sua família?; Na sua opinião, qual o nível de humanização dos SU?; Quais são as características e competências que os enfermeiros dos SU possuem e que promovem o desenvolvimento dos cuidados humanizados?; Como é que definiria as competências de comunicação e as relações terapêuticas nos SU?; Qual a importância dessas competências na relação enfermeiro-doente/família?; e Qual a sua opinião em relação à formação na área da humanização?

Foi atribuído um código numérico a cada entrevista para garantir o anonimato e a confidencialidade dos entrevistados que consistiu na letra “E”, seguida por números consecutivos de acordo com a ordem cronológica em que foram realizadas (E1, E2, E3, ...E11); ver Tabela 1. A recolha de dados terminou após 11 entrevistas uma vez que foram sendo repetitivamente abordados temas semelhantes, o que foi interpretado como saturação dos dados.

As entrevistas foram gravadas em formato áudio digital e, posteriormente, transcritas *verbatim*. Cada participante teve acesso ao seu contributo de forma a corroborar o rigor da transcrição. Todas as entrevistas e anotações foram analisadas de forma exaustiva e meticulosa.

Análise de dados

Os dados foram analisados através da técnica de análise temática de Braun e Clarke (2006) composta por seis passos. Em primeiro lugar, todas as entrevistas foram lidas e relidas pelo menos mais uma vez usando um método de triangulação. A leitura repetitiva das transcrições ajudou os investigadores a familiarizarem-se com os dados. Em segundo lugar, os autores identificaram uma lista inicial de códigos temáticos, tendo em conta a sua frequência de ocorrência. Em terceiro lu-

gar, através de um processo dinâmico, os códigos iniciais foram divididos em potenciais temas e subtemas. Após a identificação das diferenças entre estes últimos e aqueles disponíveis na literatura e/ou quadro conceptual, a equipa implementou o quarto passo que consistiu em refinar consensualmente a classificação sobre quais os dados mais relevantes e o significado dos temas e subtemas gerados. Em quinto lugar, os autores criaram nomes mais concisos para os temas e subtemas. No sexto e último passo, os resultados foram relatados de forma escrita, incluindo exemplos que captassem a essência da informação em análise. A análise qualitativa não foi realizada com recurso a um programa informático porque a equipa de investigação preferiu a abordagem tradicional para essa análise.

Considerações éticas

Todos os procedimentos em estudos envolvendo seres humanos foram realizados em conformidade com os princípios éticos da comissão de investigação institucional e com a Declaração de Helsínquia de 1964 e as suas alterações posteriores ou princípios éticos comparáveis. Todos os candidatos foram informados do objetivo do estudo. Foi obtido o consentimento informado de todos os indivíduos incluídos no estudo.

Além disso, foi solicitada autorização para a realização do estudo junto das instituições nas quais os participantes trabalhavam.

Resultados

Foram identificados dois temas e cinco subtemas durante as entrevistas que ajudaram a descrever a situação (Tabela 2).

Tabela 2
Temas e subtemas

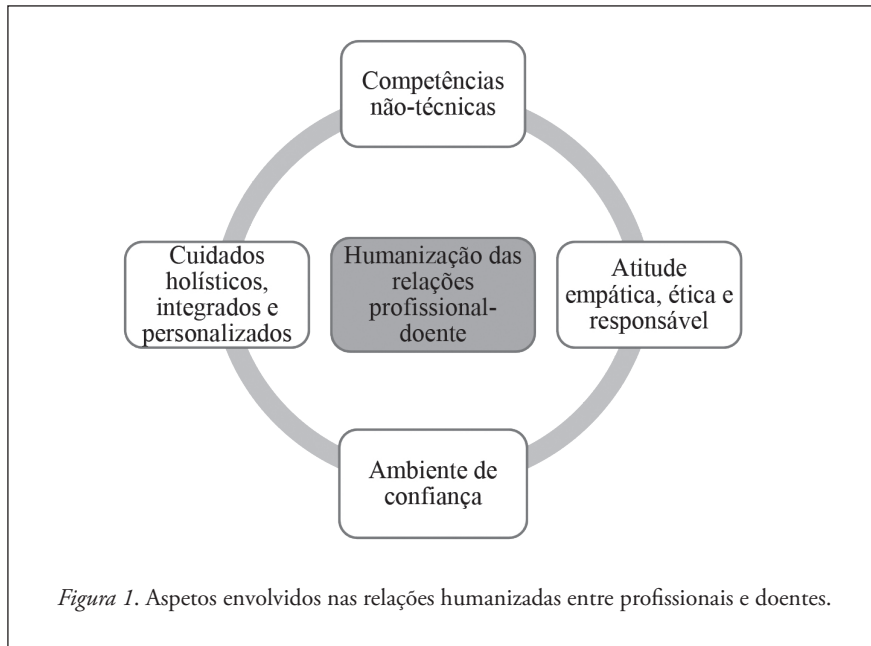
Tema	Subtema
1. Dimensões dos cuidados de saúde Humanizados	1.1 O conceito de humanização
	1.2 Cuidados de saúde centrados no doente/família
	1.3 Simetria de poder e desenvolvimento de confiança na relação enfermeiro-doente
2. Implementação de cuidados de saúde humanizados nos SU	2.1 Aquisição de competências psicossociais
	2.2 Trabalho de equipa e comunicação

Tema 1. As dimensões dos cuidados de saúde humanizados

1.1 O conceito de humanização

Os enfermeiros entrevistados consideraram que o conceito de humanização é multidimensional.

Baseia-se na relação que é estabelecida com o doente e a sua família, na qual o profissional de saúde é capaz de combinar as intervenções técnicas com as tarefas de saúde personalizadas, colocando a ênfase no desenvolvimento de uma relação de empatia, carinho e respeito (Figura 1).



1.2 Cuidados de saúde centrados no doente/família

Os participantes consideraram que a humanização dos cuidados se baseia no desenvolvimento de uma relação eficaz com o doente/família e na consciência da sua vulnerabilidade ao recorrer a um SU:

“É uma questão de criar um clima de confiança, no qual as pessoas se sintam à vontade . . . é tratar o doente como uma pessoa, como um ser humano.” (E7; junho, 2015).

“Trata-se de estar atento ao estado de espírito ou às preocupações do doente e não ser apenas um bom enfermeiro a nível técnico.” (E2; fevereiro, 2015).

“É ter em conta os pequenos detalhes, um toque carinhoso, um gesto de simpatia, um sorriso: eu acho que isso faz parte da humanização dos cuidados e não apenas, Bingo! . . . inserir um cateter sem sequer estabelecer contacto visual . . .” (E5; maio, 2015).

A utilização das competências sociais e de co-

municação foi reconhecida como sendo uma parte essencial da enfermagem, bem como estar consciente da singularidade do doente/família e fornecer as informações necessárias sobre a sua situação para garantir a autonomia e a autodeterminação do doente. Por exemplo, nas palavras de um entrevistado:

“Significa que o doente recebe informação exata, pertinente e compreensível sobre a sua situação, os procedimentos a que irá ser submetido e, acima de tudo, uma explicação sobre o processo e as etapas a ser seguidas no SU” (E8; setembro, 2015).

A maioria dos entrevistados identificou os conceitos de continuidade e personalização dos cuidados como sendo essenciais para a humanização dos cuidados e propôs o Modelo do enfermeiro de referência como sendo o modelo ideal para alcançar o objetivo de humanizar os SU (Figura 2).

O médico e o enfermeiro apresentam-se
- O meu nome é tal e tal e vou cuidar de si durante a sua estadia . . . uma vez que

os torna mais relaxados . . . pelo menos o doente que já sabe a quem recorrer . . . (E2; fevereiro, 2015)

Os entrevistados ressaltaram a importância do processo de acolhimento e de estabelecer relações positivas, a fim de prestar cuidados de saúde integrados ao doente/família, bem como uma avaliação e um acompanhamento adequados, sendo que o doente desempenha um papel ativo no processo. “Quando um doente chega ao serviço de urgência, é importante acompanhá-lo, dedicar-lhe o seu tempo e falar com ele para que se sinta mais seguros e mais calmo.” (E3; março, 2015).

“Explicar como o serviço funciona e dizer-lhes que vai falar com a família deles ajuda a diminuir significativamente o seu nível de ansiedade, bem como a ansiedade dos membros da sua família.” (E9; outubro, 2015).

“Se os tiver avaliado corretamente, sabe quais serão as suas necessidades, as suas preocupações, se a sua família está à espera ou não, compreende a situação.” (E8; setembro, 2015).

1.3 Simetria de poder e desenvolvimento de confiança na relação enfermeiro-doente

Para que as relações simétricas de poder se transformem em relações de confiança, é necessária uma congruência de objetivos entre as partes. Os entrevistados identificaram a necessidade de estabelecer uma relação bilateral na qual está enraizado o modelo paternalista-hegemonico dos cuidados de saúde despersonalizados (onde o doente é apenas considerado um caso, uma doença ou um número).

Somos todos iguais. Devíamos esquecer as questões de poder, onde o doente está lá em baixo e os profissionais estão cá em cima, não devíamos? Somos nós que temos o conhecimento e o doente precisa da nossa ajuda, mas deve ser de forma gentil e numa base de igualdade. (E3; março, 2015)

“Bem, eu acho que é simplesmente mais fácil perguntar: Como é que está? Como é que se sente? Está bem? Precisa de alguma coisa?” (E7; junho, 2015).

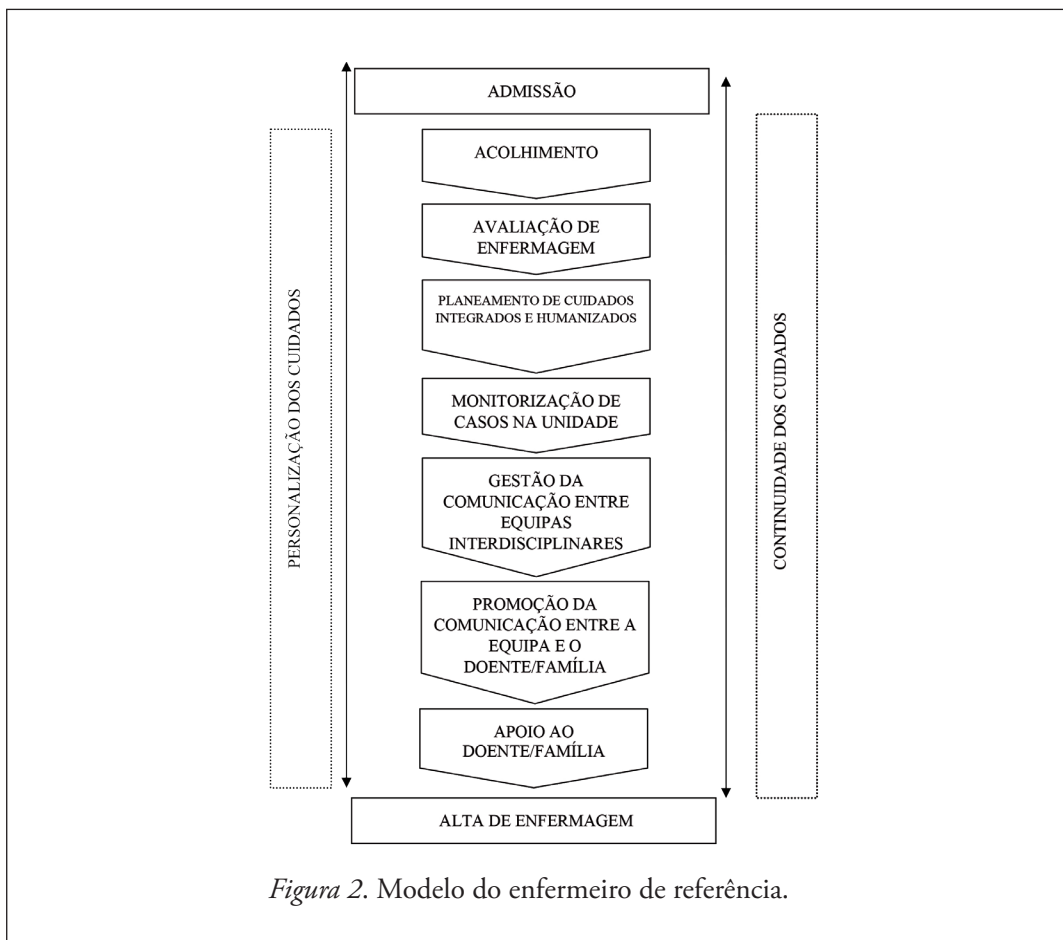


Figura 2. Modelo do enfermeiro de referência.

Tema 2. Implementação de Cuidados de Saúde Humanizados nos SU

2.1 Aquisição de competências psicossociais

Os participantes reconheceram o papel do enfermeiro como parte essencial do processo de humanização e consideraram o seu contributo, sentido de dever e consciencialização como sendo necessários. Os participantes referiram a necessidade de competências técnicas e não-técnicas, a fim de gerir eficazmente cada situação, sublinhando a importância dos pequenos detalhes (Beltrán-Salazar, 2015). Além disso, os participantes identificaram a necessidade de aquisição de competências sociopsicológicas e da capacidade de desenvolver relações terapêuticas ou de “humanizar-se a si mesmo a fim de humanizar (outros)”:

“A formação em competências de comunicação pode ajudar-nos a perceber que interiorizámos coisas que consideramos não ser más. Pode ajudar-nos a perceber que aquilo que estamos habituados a fazer não é bom.” (E8; setembro, 2015).

No entanto, eles sentiram que o ónus pela formação em tais competências deve recair nos próprios profissionais de saúde e não na instituição. Um entrevistado referiu:

“Depende da capacidade ou motivação para aprender de cada pessoa. Para mim, todos os profissionais devem preocupar-se em aprofundar as suas competências, em envolverem-se” (E5; maio, 2015).

2.2 Trabalho de equipa e comunicação

No entanto, os enfermeiros fazem parte de uma equipa de saúde interdisciplinar e as características de uma equipa do SU influenciam a qualidade dos cuidados prestados. Essas características identificadas a partir das entrevistas foram: 1) identidade de grupo; 2) coesão da equipa, uma vez que, de acordo com os participantes do estudo, uma equipa unida contribui para um ambiente de trabalho propício à busca do bem comum; 3) coordenação ideal da equipa, com gestão participativa, relações não-hierárquicas e confiança mútua. Todas estas características devem ter por base uma comunicação eficaz, na qual a confiança e a proximidade são fundamentais para criar um ambiente de trabalho positivo.

É importante sentir-se confortável junto

de outras pessoas, para criar uma equipa, para trabalhar bem em conjunto. Deve haver cordialidade e respeito. Isso faz com que, subconscientemente, você trabalhe bem e o departamento funcione corretamente . . . É o doente, que é o aspeto mais importante neste caso, irá beneficiar disso e vai notar a diferença. (E3; março, 2015)

Para os profissionais que trabalham diariamente nos SU, o reconhecimento por um trabalho bem feito da parte de todos (doentes, famílias, equipas e instituição) foi o principal aspeto que gerou um sentimento de satisfação e uma melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

Discussão

Este artigo apresentou as conclusões do primeiro estudo realizado em Espanha sobre as perspetivas dos profissionais de saúde em relação à humanização dos cuidados de saúde, identificando as atitudes e os comportamentos que promovem a humanização dos cuidados de saúde nos SU. Foram identificados muitos aspetos reveladores em conformidade com a investigação a nível internacional.

Foram identificados dois temas principais que descrevem situações que surgiram frequentemente durante as entrevistas: As dimensões dos Cuidados de saúde humanizados e a Implementação dos cuidados de saúde humanizados nos SU, bem como cinco subtemas que ajudaram a descrever a situação.

Os entrevistados identificaram a humanização como sendo um conceito multidimensional baseado na relação estabelecida entre o doente/família e a equipa de saúde.

De acordo com os resultados do presente estudo, é necessário, por um lado, que os modelos biomédicos e tecnicizados de prestação de cuidados centrados na causa da hospitalização sejam substituídos por modelos que priorizam os próprios cuidados de saúde e facilitam o acompanhamento por familiares ou pessoas próximas dos doentes frágeis, especialmente no caso de crianças, idosos com declínio cognitivo e indivíduos com doença mental ou incapacidade (Gamella Pizarro, Sánchez Martos, González Armengol, & Fernández Pérez, 2014), envolvendo-os em todos os aspetos

e fases do processo de prestação de cuidados (Bates, 2018). Por outro lado, é ainda necessária a implementação de um sistema de gestão e alocação de recursos baseado no modelo do enfermeiro de referência no nosso contexto, a fim de implementar cuidados de saúde contínuos, individualizados e centrados no doente/família (Silva et al., 2016). Os enfermeiros são eticamente, profissionalmente e legalmente responsáveis pelas suas ações; tendo em conta a sua posição-chave como agentes terapêuticos, e como parte da equipa de cuidados, o enfermeiro de referência estaria responsável por acolher o doente no serviço, ser um elo de ligação entre todas as partes envolvidas, promover uma comunicação eficaz (O'Rourke, Thompson, & McMillan, 2019) e aumentar a base de conhecimento sobre as reais necessidades do doente (Gamella Pizarro et al., 2014). Além disso, o enfermeiro de referência seria ainda responsável por resolver quaisquer questões a fim de reduzir o número de ocorrências indesejáveis durante a hospitalização do doente num ambiente que pode ser hostil para eles e ajudá-los a lidar com os problemas que conduziram à hospitalização (Juliá-Sanchis et al., 2019).

Assim, o doente teria um papel mais ativo e participativo, acima de tudo nos processos de tomada de decisão sobre a sua saúde (Coulter & Collins, 2011), promovendo o empoderamento, gerando maior satisfação por parte dos utilizadores dos cuidados de saúde, aumentando a segurança clínica e, assim, melhorando a qualidade dos cuidados de saúde nos SU (Silva et al., 2016).

A fim de alcançar a humanização dos cuidados, todos os profissionais de enfermagem devem, em primeiro lugar, refletir individualmente sobre a sua prática diária, as suas competências e as suas limitações. O enfermeiro deve questionar se presta cuidados de enfermagem de qualidade aos doentes/famílias, baseados em princípios éticos e morais relevantes tais como o respeito, a confiança e a dignidade.

Em segundo lugar, para desenvolver melhores relações interpessoais com o doente/família, os profissionais de enfermagem no SU devem aprender a combinar a competência técnica e a não-técnica (O'Rourke et al., 2019), bem como demonstrar interesse e dedicar mais tempo aos doentes/família (Beltrán-Salazar, 2015). Para este efeito, a instituição deverá oferecer

programas específicos de formação em cuidados de saúde humanizados (Bermejo, 2014) e competências não-técnicas que poderão ser analisadas posteriormente.

Em consonância com a literatura disponível (Silva et al., 2016), os entrevistados referiram que as equipas interdisciplinares (profissionais formados em diferentes disciplinas a trabalhar juntos para alcançar um objetivo comum e a partilhar uma identidade de equipa) são fundamentais para a humanização dos cuidados nos SU. Gamella Pizarro et al. (2014) também observou que a falta de trabalho de equipa a nível interdisciplinar ou a falta de apoio institucional, estrutural e de gestão pode desumanizar o SU.

Em terceiro lugar, é necessária uma boa coordenação e comunicação com a equipa para melhorar a qualidade dos cuidados de saúde, bem como estabelecer relações de trabalho horizontais, não-hierárquicas e promover a gestão participativa, a resolução de conflitos e a busca de um bem comum (Luiz et al., 2017). A humanização dos cuidados de enfermagem nos SU acrescenta valor positivo à qualidade dos cuidados de saúde, uma vez que beneficia os doentes, as suas famílias, os profissionais de saúde, a equipa e a instituição em geral (Bermejo, 2014; Silva et al., 2016).

No entanto, esta forma de ser e de estar empática e respeitosa pode ter um impacto negativo na saúde emocional dos profissionais que trabalham diariamente sob níveis elevados de stresse, que enfrentam circunstâncias inesperadas, complicadas e dolorosas, e que são portadores de más notícias (Potter et al., 2010). Estes aspetos, juntamente com os conflitos e as características do local de trabalho, podem favorecer o desenvolvimento de exaustão emocional ou da síndrome de *burnout* (Gómez-Urquiza et al., 2017). Assim, a instituição deve promover atividades educativas para os profissionais dos SU, a fim de melhorar a sua capacidade para lidar com a realidade no seu local de trabalho, bem como intervenções estruturais que reforcem a tolerância às cargas de trabalho fisicamente e emocionalmente intensas, ao mesmo tempo que geram uma satisfação profissional (Juliá-Sanchis et al., 2019).

Os dados obtidos refletem a experiência dos enfermeiros do SU numa região de Espanha e, como tal, não podem ser extrapolados para outros locais que não possuam características

semelhantes. No entanto, o tipo de participante e o contexto escolhido para este estudo podem ser considerados representativos a nível nacional dado o intenso e contínuo debate gerado pela e sobre a prestação de cuidados de saúde nos SU. No entanto, a limitação geográfica deve ser abordada em estudos futuros com o mesmo foco mas com amostras maiores.

Embora a saturação dos dados tenha sido alcançada nas entrevistas realizadas e apesar de os métodos de amostragem estatística não serem um requisito para os modelos de investigação qualitativa, devem ser analisados novos pontos de vista em diferentes contextos do sistema de saúde.

Conclusão

Foi alcançada uma melhor compreensão sobre as perspetivas dos profissionais dos SU espanhóis em relação à humanização dos cuidados de saúde nos SU. A humanização dos cuidados deve ser sistematicamente integrada na prática diária dos SU espanhóis, evoluindo para modelos de cuidados mais holísticos, integrados e centrados no doente/família.

Esse processo envolve várias dimensões: *o profissional de saúde*, como uma pedra angular no processo através de atitudes e comportamentos que humanizam os cuidados prestados; *as relações humanas* que são estabelecidas e mantêm a continuidade dos cuidados de saúde centrados no doente/família, nos quais o acolhimento e a utilização das competências de comunicação são aspetos fundamentais; e *a equipa interdisciplinar através do trabalho de equipa*, bem como através das relações estabelecidas dentro da equipa, na busca de objetivos partilhados e do bem comum. A implementação da humanização dos cuidados no SU com as características acima referidas permitirá melhorar a comunicação e, assim, melhorar a segurança do doente e a satisfação do profissional e do doente/família.

A obtenção de dados atualizados sobre as perspetivas dos profissionais em relação à humanização dos cuidados nos SU permite que as organizações reforcem determinados aspetos. São necessários programas de formação abrangentes e específicos sobre a humanização dos cuidados de saúde e as competências não-técnicas no contexto espanhol, ao mesmo tempo que a autonomia e a

dignidade do doente são respeitadas com base em princípios éticos. Estes programas poderão ser analisados posteriormente.

Referências bibliográficas

- Bates, V. (2018). 'Humanizing' healthcare environments: Architecture, art and design in modern hospitals. *Design for Health*, 2(1), 5-19. doi: 10.1080 / 24735132.2018.1436304
- Beltrán-Salazar, O. (2015). Atención al detalle, un requisito para el cuidado humanizado. *Index de Enfermería*, 24(1-2), 49-53. doi:10.4321/S1132-12962015000100011
- Bermejo, J. C. (2014). *Humanizar la asistencia sanitaria* (2ª ed.). Bilbao, España: Desclée De Brouwer.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. doi:10.1191/1478088706qp063oa
- Coulter, A., & Collins, A. (2011). *Making shared decision making a reality: No decision about me, without me*. London, England: King's Fund.
- Elers Mastrapa, Y. & Gibert Lamadrid, M.P. (2016). Relación enfermera-paciente: una perspectiva desde las teorías de las relaciones interpersonales. *Revista Cubana de Enfermería*, 32(4) Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192016000400019&lng=es&tlng=pt.
- Gamella Pizarro, C., Sánchez Martos, J., González Armengol, J. J., & Fernández Pérez, C. (2014). Impacto de una unidad de atención e información a la familia y los acompañantes del paciente en los servicios de urgencias hospitalarios en la mejora del grado de satisfacción. *Emergencias*, 26(2), 114-120. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5427690>
- Gomes, A. M., Paiva, E. S., Valdés, M. T., Frota, M. A., & Albuquerque, C. D. (2008). Fenomenologia, humanização e promoção da saúde: Uma proposta de articulação. *Saúde e Sociedade*, 17(1), 143-152. doi:10.1590/S0104-12902008000100013
- Gómez-Urquiza, J. L., Fuente-Solana, E. I., Albendín-García, L., Vargas-Pecino, C., Ortega-Campos, E. M., & Cañadas-De la Fuente, G. A. (2017). Prevalence of burnout syndrome in emergency nurses: A meta-analysis. *Critical Care Nurse*, 37(5), e1-e9. doi:10.4037 / ccn2017508
- Heras la Calle, G., & Zaforza Lallemand, C. (2014). HUCI se escribe con H de HUMANO. *Enfermería Intensiva*, 25(4), 123-124. doi:10.1016/j.enfi.2014.11.001

- Juliá-Sanchis, R., Richart-Martínez, M., García-Aracil, N., José-Alcaide, L., Piquer Donat, T., & Castejón-de-la-Encina, M. E. (2019) Measuring the levels of burnout syndrome and empathy of Spanish emergency medical service professionals. *Australian Emergency Nursing Journal*, 22(3), 193–199. doi:10.1016/j.auel.2019.04.0c
- Luiz, F. F., Aquino Caregnato, R. C., & Costa, M. R. (2017). Humanization in the intensive care: Perception of family and healthcare professionals. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 70(5), 1040-1047. doi:10.1590/0034-7167-2016-0281
- O'Rourke, D. J., Thompson, G. N., & McMillan, D. E. (2019). Ethical and moral considerations of (patient) centredness in nursing and healthcare: Navigating uncharted waters. *Nursing Inquiry*, 26(3), e12284. doi:10.1111/nin.12284
- Paley J. (1997). Husserl phenomenology and nursing. *Journal of Advance Nursing*, 26(1), 187-193. doi:10.1046/j.1365-2648.1997.1997026187.x
- Potter, P., Deshields, T., Divanbeigi, J., Berger, J., Cipriano, D., Norris, L., & Olsen, S. (2010). Compassion fatigue and burnout: prevalence among oncology nurses. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 14(5), E56–62. doi:10.1188 / 10.CJON.E56-E62
- Sanjuan-Quiles, Á., Hernández-Ramón, M. P., Juliá-Sanchis, R., García-Aracil, N., Castejón-de la Encina, M. E., & Perpiñá-Galvañ, J. (2018). Handover of patients from prehospital emergency services to emergency departments. *Journal of Nursing Care Quality*, 34(2), 169-174. doi:10.1097/NCQ.0000000000000351
- Silva, R. N., Freitas, F. D., Araújo, F. P., & Ferreira, M. A. (2016). A policy analysis of teamwork as a proposal for healthcare humanization: Implications for nursing. *International Nursing Review*, 63(4), 572-579. doi:10.1111 / inr.12331
- Tong, A., Sainsbury, P., & Craig, J. (2007). Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): A 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*, 19(6), 349-357. doi:10.1093 / intqhc / mzm042
- Tudela, P., & Módol, J. M. (2015). La saturación en los servicios de urgencias hospitalarios. *Emergencias*, 27(2), 113-120.
- Woo, S. E., O'Boyle, E. O., & Spector, P. E. (2017). Best practices in developing, conducting, and evaluating inductive research. *Human Resource Management Review*, 27(2), 255–264. doi:10.1016/j.hrmr.2016.08.004