

Guidelines para a humanização dos cuidados prestados pela equipa multidisciplinar no serviço de urgência de adultos

Guidelines for the humanization of care provided by the multidisciplinary team in the adult emergency department

Sara Campino¹
orcid.org/0000-0001-9035-8548

Maria dos Anjos Dixe²
orcid.org/0000-0001-9035-8548

¹ Mestrado. Unidade Local de Saúde da Região de Aveiro, Portugal.

² Doutoramento. Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria, Leiria, Portugal.

Resumo

Introdução

Portugal é líder na OCDE no acesso aos serviços de urgência cujos utilizadores exigem um atendimento imediato, eficiente e altamente diferenciado a nível tecnológico e de recursos humanos. Os profissionais das equipas multidisciplinares prestam cuidados num ambiente terapêutico rotineiro, tenso e gerador de sofrimento que acentua a vulnerabilidade das pessoas que cuidam. O Humanismo concebe a dignidade humana com o valor máximo da vida cujos princípios, quando aplicados à Saúde, implicam um realinhamento dos objetivos da prestação de cuidados para além da perspetiva biomédica que se pode designar por “humanização”.

Objetivos

Definir *guidelines* para a prestação de cuidados humanizados em contexto de serviços de urgência através de uma revisão integrativa da literatura; Validar o conteúdo das *guidelines* para a prestação de cuidados humanizados em contexto de serviços de urgência recorrendo a um painel de peritos através da metodologia Delphi.

Métodos

Estudo observacional descritivo simples. Para a validação de conteúdo dos 170 itens que constroem as *guidelines* participaram 20 profissionais de saúde com formação avançada. Os 170 itens foram recolhidos através de uma revisão integrativa e organizados em três domínios: estrutural; profissional e assistencial. O estudo teve parecer positivo da comissão de ética.

Resultados

Após elaboração das *guidelines* através de uma revisão integrativa da literatura foi constituído o painel de peritos e foram realizadas duas rondas de validação de conteúdo. Dos 170 itens avaliados inicialmente foram confirmados como válidos, após a segunda ronda, 167 itens com o IVC-I que variou entre 0,85 e 1 e um IVC-S 0,90 e 0,98.

Conclusão

Cuidar dos outros, sentindo-se valorizados, através da capacidade de aliar as suas competências técnico-científicas à empatia e à escuta ativa é o caminho para um futuro onde os profissionais de saúde conseguem fazer pequenas, mas relevantes, mudanças na vida de quem cuidam, “tornando-os humanos”.

Palavras-chave

Urgência; Humanização da assistência; Técnica Delphi.

Abstract

Autor de correspondência

Sara Campino

E-mail: sara.campino.91@gmail.com

Recebido: 13.02.2025

Aceite: 08.10.2025

Editor: Pedro Lucas

Como citar este artigo: Campino S, Dixe MACR. Guidelines para a humanização dos cuidados prestados pela equipa multidisciplinar no serviço de urgência de adultos. Pensar Enf [Internet]. 2025 Jan-Dez; 29(1): e00426. Available from: <https://doi.org/10.71861/pensarenf.v29iSup.426>



Introduction

Portugal ranks among the leaders in the OECD for access to emergency services, where users require immediate, efficient, and highly technology- and staff-intensive care. Multidisciplinary team professionals deliver care in a routine, high-pressure therapeutic environment that generates suffering and increases the vulnerability of care recipients. Humanism regards human dignity as the highest value of life; when applied to health, its principles call for realigning care goals beyond the biomedical perspective — a process we term “humanization of care.”

Objective

To define guidelines for providing humanized care in the emergency department through an integrative review of the literature; and to validate the content of those guidelines for emergency department practice using a panel of experts and the Delphi methodology.

Methods

A simple descriptive observational study. For content validation of the 170 items composing the guidelines, 20 health professionals with advanced training participated. The 170 items were identified through an integrative review and organized into three levels: structural, professional, and care. The ethics committee approved the study.

Results

After drafting the guidelines via an integrative literature review, a panel of experts was convened, and two Delphi rounds were conducted to validate the content. Of the 170 items initially evaluated, 167 were confirmed as valid after the second round. I-CVI values ranged from 0.85 to 1.00, and S-CVI values ranged from 0.90 to 0.98.

Conclusion

Caring for others while feeling valued — by combining technical and scientific competence with empathy and active listening — is the path toward a future in which health professionals can make small but meaningful changes in the lives of care recipients, “making them human.”

Keywords

Emergency unit; Humanization of Assistance; Delphi Technique.

Introdução

Nos dados mais recentes da OCDE Portugal é o líder, entre vinte cinco países, no acesso aos serviços de urgência (SU) com cerca de 6 milhões e 300 mil episódios de urgência por ano cuja justificação apresentada é a utilização indevida destes serviços pelos cidadãos para suprir as suas necessidades em saúde.¹ Aberto 24 horas por dia, 7 dias por semana durante todo o ano, o serviço de urgência é usado por muitos como o primeiro contacto com o Serviço Nacional de Saúde (SNS) dado que não distingue classes sociais ou condições económicas possuindo uma filosofia universal, geral e tendencialmente gratuita que acolhe todos aqueles a que a ele acedem.² Quando uma pessoa recorre ao SU espera dos profissionais cuidados imediatos, eficientes e altamente diferenciados em termos tecnológicos e de recursos humanos.³ Com um acesso crescente, em grande parte por pessoas com situações de saúde/doença pouco ou não urgentes, aumentam os desafios na prestação de cuidados em contexto de urgência. Com o objetivo de um atendimento célere e eficiente é frequentemente criado um ambiente terapêutico rotineiro, tenso, gerador de ansiedade e *stress* que acentua na pessoa cuidada sentimentos de vulnerabilidade, angústia e medo da morte, da dor e da perda de capacidades.⁴ Lemos⁵ refere que, mesmo quando rodeada de pessoas de referência e profissionais de saúde altamente

qualificados, uma pessoa adulta sofre um impacto do episódio de urgência através do sofrimento físico, psicológico, afetivo e existencial com uma total sensação de abandono e isolamento. Tudo isto culmina frequentemente em conflitos derivados do desconhecimento das dinâmicas de funcionamento dos serviços e da convicção que o seu problema de saúde exige atenção imediata, mesmo que existam situações com graus de complexidade e gravidade piores que os seus.⁶ Mas o impacto do sofrimento causado pela morte, a dor e a doença bem como da sobrelotação das urgências não incide só sobre as pessoas cuidadas e os seus familiares: os profissionais de saúde, como Seres Humanos, sofrem igualmente e de uma forma diferenciada dado que trabalhar num SU acarreta riscos biológicos, sociais e psicológicos muitas vezes mascarados por um sorriso ou por uma postura alegadamente fria e distante.⁷

O modelo biomédico implementado nos SU surge do foco dos profissionais na doença alicerçado pelos desenvolvimentos na área da biotecnologia, farmacologia, radiologia e outros que permitem a obtenção de dados objetivos e específicos sobre a situação clínica da pessoa e a criação de procedimentos cada vez mais especializados para o tratamento e cura de doenças cujo diagnóstico, até há bem pouco tempo, não augurava nada de positivo e que, agora, trazem uma nova esperança para a pessoa cuidada e para os

profissionais na resolução de problemas graves e ameaçadores da vida.⁸ Mas o afastar da morte a todo o custo e a redução da pessoa a um corpo doente com problemas a serem resolvidos por protocolos terapêuticos complexos e altamente tecnológicos destruturou o sentido do cuidar do Ser Humano como ser biopsicossocial com sentimentos, crenças, preocupações e vontade próprias criando uma barreira entre a pessoa e as equipas de saúde que encaram a morte como um falhanço e o sofrimento como uma consequência que se pode sedar ou suprimir com fármacos.⁹ Esta postura de distanciamento e abstração da pessoa cuidada como um Ser Humano assumida pelos profissionais, muitas vezes como uma defesa contra as suas frustrações e medos, prejudica a qualidade dos cuidados no sentido em que afeta a tomada de decisão ética, a criação de vínculos terapêuticos e de relações de confiança entre a pessoa e a sua equipa de saúde para que se sinta apoiada e escutada em todas as suas necessidades individuais.¹⁰ Desta mudança na conceção da pessoa cuidada em contexto de urgência surgem o paternalismo e o “*desaparecimento do sujeito humano*” que Ávila-Morales¹¹ classifica como a desumanização da saúde: uma perda de Valores fundamentais na procura eficiente da cura das enfermidades orgânicas da qual decorre a despersonalização da Pessoa através da utilização de codificações de doença, ausência de relação com a pessoa cuidada; o não reconhecimento da dignidade individual pela aplicação de princípios de igualdade entre todos; a falta de participação da pessoa na tomada de decisão, a implementação de uma dinâmica de poder sobre a pessoa e as suas decisões e a conceção da mesma como uma entidade biológica caracterizada por uma patologia (doente psiquiátrico, seropositivo, etc.). Nos SU estes aspetos assumem uma dimensão acrescida dado que a pessoa se encontra numa situação aguda em que a sua capacidade de decisão pode estar comprometida e o objetivo é um tratamento rápido e eficaz que a retire de uma situação de risco de vida. Esta despersonalização do cuidar multiplica-se de forma incalculável aquando do acesso excessivo aos serviços onde as condições físicas são inadequadas e os rácios de profissionais são desproporcionais, o que retira tempo adequado à prestação de cuidados.¹² O cansaço físico e psicológico dos profissionais e a complexidade crescente do doente no SU são apontados como índices de falta de efetivação de práticas de qualidade, nomeadamente na personalização do cuidado que Barros¹³ declara serem os motores para dar início a uma reflexão profunda sobre a qualidade das práticas dos cuidados nos SU. Assim sendo, surge um problema de investigação: a promoção da humanização dos cuidados prestados pela equipa multidisciplinar nos serviços de urgência de adultos.

Os serviços prestadores de cuidados de saúde seguem princípios científicos na sistematização e organização do trabalho com o objetivo máximo de preservação da vida com a ajuda de meios tecnológicos avançados nas áreas de

apoio ao diagnóstico e terapêutica.¹⁴ Quando se aborda a humanização dos serviços de saúde a primeira tentação pode ser associar a estes projetos uma crítica à forma como os cuidados são prestados atualmente, podendo até considerar-se um insulto à falta da capacidade humanista dos profissionais que trabalham nos serviços, o que gera uma reação negativa e resistências à sua implementação.¹⁵ Outra tentação é considerar que a humanização dos cuidados coloca em causa o método científico implementado pelos profissionais para salvar vidas diariamente numa tentativa de os tornar “boas pessoas” ou exigir deles altruísmo e bondade imensuráveis numa harmoniosa relação com a pessoa cuidada.¹⁶ É necessário desmistificar que os profissionais são os principais causadores da desumanização do Cuidar já que, pelo contrário, são eles igualmente vítimas do sistema implementado que, focado no modelo biomédico e na gestão dos serviços financeira, economicista, rígida, burocrática e hierarquizada verticalmente, prejudica as relações entre pessoas cuidadas e as equipas de saúde retirando a autonomia às duas partes deste binómio da prestação de cuidados.¹⁷

O Humanismo é um conceito filosófico que concebe a dignidade da condição humana como valor máximo da vida, definindo que o Ser Humano tem como missão procurar compreender o Homem e criar ferramentas que reconhecem o *Outro* como ser individual, livre, com potencial e autonomia próprios e com direito à felicidade.¹⁸ Os princípios do Humanismo, quando aplicados aos desafios na área da Saúde, implicam necessariamente um realinhamento dos objetivos da prestação de cuidados para além da classificação, cura e tratamento de doenças e a desfragmentação do conceito de Cuidar como sinónimo de prestação de serviços que foca os aspetos biomédicos e oculta tudo o que torna a pessoa cuidada, efetivamente, Pessoa.¹⁹ Ao processo de mudança de perspetiva na prestação de cuidados de saúde pode chamar-se, assim, “Humanização” no sentido em que se valoriza a interação dos diversos intervenientes na prestação de cuidados (gestores, profissionais de saúde, pessoas cuidadas e os seus familiares) com o respeito pela dignidade e autonomia individual de cada pessoa através da sociabilidade, empatia, compreensão das crenças, valores e perspetivas do *outro*, otimismo e algum grau de afeto por aqueles que sofrem.²⁰ A criação de vínculos entre os profissionais de saúde e aqueles de quem cuidam é o cerne da Humanização do Cuidar dado que é a relação terapêutica que reflete a valorização do Ser Humano e a atitude ética e humana na abordagem à pessoa que se encontra numa situação de particular vulnerabilidade.²¹ É esta mudança na orgânica do sistema de saúde como um todo que permitirá prestar cuidados dignos, éticos e personalizados onde o diálogo e a escuta são tão fundamentais como um estetoscópio e no qual a melhoria das condições físicas e técnicas terá sempre em vista o conforto daqueles que utilizam os serviços de saúde.²² A humanização dos cuidados possibilita a

corresponsabilização da pessoa cuidada pelo seu percurso de saúde/doença dado que é ela a protagonista dos cuidados prestados, dos serviços oferecidos e das redes de cooperação construídas em seu redor.²³ A compreensão pela singularidade da pessoa para além das suas necessidades físicas é o maior desafio para a humanização dos cuidados prestados nos SU no sentido em que o tempo necessário para a escuta ativa indispensável para compreender o que é dito, bem como os silêncios, é escasso e torna-se um desafio para o profissional reconhecer todas as dimensões daquela pessoa que se encontra à sua frente a pedir ajuda.²⁴ A criação de condições para esta humanização do atendimento em contexto de urgência é o principal desafio que se impõe de forma a que sejam respeitadas a privacidade, a dignidade, os valores ético-morais e a autonomia enquanto se tenta melhorar as interações entre os diversos atores da prestação de cuidados com o objetivo último de diminuir o sofrimento e tornar o episódio de urgência o menos traumatizante possível.²⁵ Tendo em conta todos estes aspetos, foi construído este estudo que pretende responder à questão de investigação: “Que medidas podem ser implementadas nos serviços de urgência de adultos para promover a humanização da prestação de cuidados pela equipa multidisciplinar?”. Os objetivos são definir *guidelines* para a prestação de cuidados humanizada em contexto de serviços de urgência através de uma revisão integrativa da literatura e a validar as *guidelines* para a prestação de cuidados humanizada em contexto de urgência definidas através de painel de peritos segundo a metodologia Delphi.

Métodos

De forma a dar resposta à questão de investigação e atingir os objetivos propostos foi elaborado um estudo observacional descritivo simples que constitua um consenso alargado sobre a humanização do atendimento e dos cuidados prestados nos SU pelas equipas multidisciplinares.

Amostra

Para a seleção do painel de peritos que constituiu a amostra foi enviado um convite via *e-mail* para várias instituições de saúde, comissões e diversos profissionais que cumpriam os seguintes requisitos: interesse no tema do estudo; ser Médico/Enfermeiro e prestar (ou ter prestado nos últimos dois anos) cuidados em contexto de SU de adultos com pelos menos 10 anos de experiência profissional; Médico/Enfermeiro com formação avançada nas áreas de Urgência e Emergência, de Médico-Cirúrgica ou Bioética; profissionais em funções de gestão hospitalar, de SU de adultos ou com formação nesta área; membros de comissões de utentes com mais de três anos em exercício ativo; membros de Comissões de Ética para as Ciências da Vida; psicólogos clínicos com experiência na área da transmissão de más notícias; membros da Entidade Reguladora da Saúde. Estes critérios foram definidos de forma a garantir que os peritos participantes possuíam experiência nas áreas de prestação de cuidados nos SU, da Ética e da psicologia.

Os membros de comissões de utentes foram convidados no sentido de dar a perspetiva do utilizador dos serviços sem o enviesamento causado pelo conhecimento que os profissionais possuem sobre o funcionamento destes serviços e dos seus desafios. Para filtrar os participantes que se inscreveram para o estudo de acordo com os critérios de inclusão definidos e caracterizar o futuro painel de peritos foi requisitada a resposta a um questionário realizado no *Microsoft Forms* no qual foi apresentado o Consentimento Informado e Esclarecido para a participação no estudo. Foram 30 os participantes que responderam ao repto para constituir o painel de peritos, das quais 27 (90%) cumpriam os critérios definidos. No entanto, após a primeira ronda de validação somente 20 (67%) dos inscritos deram resposta pelo que foram apenas esses os considerados para o painel de peritos. Para além da resposta a questões para caracterizar os peritos, foi pedido que respondessem a duas questões: “O que significa para si humanizar os cuidados de saúde?” e “Porque decidiu exercer [profissão]?”. Estas questões foram colocadas previamente à aplicação do questionário de validação das *guidelines* no sentido de conhecer o que move estes profissionais no seu dia-a-dia laboral e o que pensam sobre a temática em estudo para fomentar uma reflexão prévia sobre a mesma. Apenas médicos e enfermeiros deram resposta ao convite de participação no estudo. O painel de peritos foi caracterizado segundo o seu percurso profissional e região do país a que pertencem de acordo com a Tabela 1:

Tabela 1. Caracterização profissional dos peritos (n=20)

Médico (a) n=5 (25%)			
Anos Experiência (média)	Experiência Profissional	13,2 anos	
	Experiência Profissional no SU	12,6 anos	
		(n=)	%
Categoria na Carreira Profissional	Clínico Geral	1	20%
	Assistente	2	40%
	Assistente Graduado	2	40%
	Assistente Graduado Sénior	0	0%
Parte Sistema Saúde	Público	5	100%
	Privado	0	0%
Região	Norte	0	0%
	Centro	5	100%
	Lisboa e Vale do Tejo	0	0%
	Alentejo	0	0%
	Algarve	0	0%
	Região Autónoma dos Açores	0	0%
Região Autónoma da Madeira	0	0%	
Enfermeiro (a) n=15 (75%)			
Anos Experiência (média)	Experiência Profissional	19,3 anos	
	Experiência Profissional no SU	14,1 anos	
		(n=)	%
Categoria na Carreira	Enfermeiro	6	40%
	Enfermeiro Especialista	8	53%
	Enfermeiro Gestor	1	7%
Parte Sistema Saúde	Público	15	100%
	Privado	0	0%
Região	Norte	2	13%

Centro	8	53%
Lisboa e Vale do Tejo	4	27%
Alentejo	1	7%
Algarve	0	0%
Região Autónoma dos Açores	0	0%
Região Autónoma da Madeira	0	0%

Foi pedido aos peritos que divulgassem a sua formação acrescida nas áreas de Urgência e Emergência e Bioética. Dos 20 peritos, 5 (2 médicos e 3 enfermeiros) não possuíam formação acrescida, dos restantes denotou-se que alguns elementos possuíam mais que uma formação como descrito na Tabela 2:

Tabela 2. Formação dos peritos (Formações: n=24)

Tipo de Formação (n=)	%	Nome do curso/formação
Inserida na formação-base (Medicina)	2 8%	Medicina Intensiva Urgência e Emergência de Doença Médica de Adultos
Pós-Graduação	6 25%	Doente crítico (n=2) Enfermagem do Doente Crítico Urgência e Emergência Cuidados Intensivos e Emergência Emergência e Trauma
Especialização/Pós-Licenciatura	4 17%	Enfermagem Médico-Cirúrgica (n=2) Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área do Doente Crítico (n=2)
Mestrado	6 25%	Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (n=5) Bioética
Pré-Hospitalar	6 25%	Suporte Imediato de Vida - Enfermeiros Cuidados de emergência médica na via pública Helitransporte VMER (n=2) Trauma

Instrumentos

Após uma breve pesquisa prévia ao início deste estudo, apurou-se que existem diversos estudos sobre a humanização dos cuidados prestados pelas equipas de Enfermagem. No entanto, um dos objetivos deste estudo é definir *guidelines* de humanização de cuidados prestados pela equipa multidisciplinar pelo que se pretende incentivar todos os profissionais a criar um ambiente de prestação de cuidados mais humanizado para quem procura os SU tornando a Pessoa o centro dos cuidados de toda a equipa. Para construir as *guidelines* com medidas para atingir esse objetivo foi realizada uma revisão integrativa da literatura dado que permite clarificar e sintetizar resultados de pesquisa sobre uma temática.²⁶ Ao conhecer o que já se encontra implementado na área da Humanização dos cuidados, bem como quais os estudos existentes, foi possível estabelecer medidas a implementar para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados nos SU a serem validadas pelo painel de peritos.

Para realização desta revisão integrativa foram definidos como critérios de inclusão os seguintes aspetos: todos os

grupos profissionais que prestam assistência à pessoa em serviços hospitalares de urgência de adultos; todas as medidas previamente existentes que promovam um cuidado individualizado dos cuidados prestados pela equipa multidisciplinar; toda a documentação elaborada acerca da humanização dos cuidados de saúde; documentação em português, inglês e espanhol; todo o tipo de documentação cuja leitura integral seja possível aceder. As bases de dados utilizadas para a pesquisa segundo os critérios definidos foram a ESBCO^{host}, Scielo, Pubmed, Biomed Central, Biblioteca Virtual da Saúde e os Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal nos quais, através dos operadores booleanos E/AND, foram utilizados os seguintes Descritores em Saúde (DeCS e MESH) para a pesquisa: “humanização da assistência”/”*humanization of assistance*”/”*Humanización de la Atención*”; “serviços médicos de emergência”/ “*emergency care*”/ “*Servicios Médicos de Urgencia*”; “adulto”/ “*adult*”.

Numa primeira pesquisa e leitura dos títulos dos artigos, foram selecionados 1934 para leitura dos resumos/*abstracts* dos quais foram selecionados 146 documentos para leitura integral. Aplicando os critérios de inclusão acima descritos, foram selecionados 37 artigos pela investigadora principal para a definição das *guidelines* cuja análise e leitura integral permitiram obter 170 medidas que, à medida que foram reveladas pelos documentos lidos, impuseram a necessidade de as organizar em diversos níveis e domínios, como se pode observar na Tabela 3:

Tabela 3. *Guidelines* para a Humanização de Cuidados prestados pela equipa multidisciplinar no serviço de urgência

A: NÍVEL ESTRUTURAL
Este nível de medidas enquadra os alicerces necessários para a prestação de cuidados humanizados nos SU no âmbito de políticas nacionais, intervenções na Saúde das comunidades, adequação das infraestruturas físicas e de apoio aos serviços bem como da gestão hospitalar.
A1: Domínio das Políticas Nacionais ^{10,21,22}
É fundamental estruturar uma resposta nacional e transversal a todas as instituições de saúde para as questões de humanização do atendimento prestado em todas as vertentes dos cuidados de saúde.
A1.1. Construção de um Plano Nacional de Humanização para os Cuidados de Saúde (PNHCS)
A1.2. Inclusão de enfermeiros, assistentes sociais e psicólogos na construção do PNHCS
A1.3. Inclusão do PNHCS no próximo Plano Nacional de Saúde
A1.4. Alteração da designação de “Utente” para “Pessoa Cuidada” (PC)
A1.5. Desburocratização do acesso à Saúde
A1.6. Desburocratização da rede de referência
A1.7. Desburocratização das redes assistenciais internas
A1.8. Implementação da triagem por classificação de risco em todas as instituições de saúde
A1.9. Realização de estudos regionais acerca da população que acede aos serviços de urgência e adequar respostas
A1.10. Realização de estudos municipais acerca da população residente e adequar respostas a nível dos cuidados de saúde primários
A1.11. Cooperação entre entidades regionais e municipais para implementação de medidas de promoção da saúde individual e coletiva
A1.12. Cooperação entre entidades regionais e municipais para implementação de medidas de prevenção da doença

A1.13. Criação de canais de comunicação eficazes entre a população e as instituições de saúde

A1.14. Implementação de fóruns de discussão entre as comunidades e as instituições de saúde acerca das suas necessidades e dificuldades

A1.15. Criação de mecanismos de responsabilização individual da PC pelo seu percurso de saúde

A1.16. Identificação da PC e do seu familiar de referência como parte da equipa multidisciplinar de prestação de cuidados de saúde

A2: Domínio da Intervenção na Saúde da Comunidade ^{27,28}

Para que a utilização dos SU seja realizada adequadamente deve ser fomentada na sociedade a literacia em saúde e a consciência sanitária individual e coletiva. Ao potenciar os cuidados de proximidade realizados através dos centros de saúde e das unidades de saúde familiar é diminuída a procura de cuidados nos SU por situações pouco ou não urgentes, libertando os profissionais para a prestação de cuidados a situações urgentes, muito urgentes ou emergentes.

2.1. Capacitação do cidadão para a participação ativa no seu percurso de saúde/doença

A2.2. Implementação de projetos de saúde individual nos Cuidados de Saúde Primários (CSP)

A2.3. Implementação de projetos de saúde das comunidades

A2.4. Criação de campanhas publicitárias para os diversos meios de comunicação social sobre o foco de ação dos serviços de urgência

A2.5. Distribuição de publicidade sob a forma de cartazes sobre os cuidados de saúde primários e o seu foco de ação

A2.6. Realização de campanhas de promoção da saúde e prevenção da doença sazonais dirigidas a diversas faixas etárias

A2.7. Realização de campanhas de educação para a saúde acerca de situações urgentes e emergentes que justificam a ida ao serviço de urgência

A2.8. Implementação de protocolos de educação para a saúde em todos os níveis de prestação de cuidados sobre situações urgentes e emergentes que justificam a ida ao serviço de urgência

A2.9. Implementação de protocolos de educação para a saúde em todos os níveis de prestação de cuidados sobre o papel da PC no seu percurso de saúde/doença e corresponsabilidade que possui como membro da equipa de cuidados

A2.10. Implementação de protocolos de educação para a saúde na triagem sobre prioridades de atendimento

A2.11. Implementação de programas de apoio aos cuidadores para fomentar o seu conhecimento sobre promoção da saúde e prevenção de situações de agudização de doenças crónicas

A3: Domínio da Adequação das Infraestruturas ^{29, 30, 31}

Os espaços físicos, os equipamentos e a aparência dos serviços de urgência têm um papel central na promoção do conforto ambiental e da pessoa cuidada, na diminuição do sofrimento e tensão psicológica, bem como no esclarecimento sobre circuitos internos do serviço.

A3.1. Afetação de recursos financeiros para reformulação física dos SU

A3.2. Estruturação física dos SU flexível e adaptável a eventos de exceção, catástrofe, pandémicos, etc.

A3.3. Aquisição regular de equipamentos modernos e de qualidade para substituição dos que se encontram inoperacionais e/ou desatualizados

A3.4. Manutenção adequada e regular dos equipamentos

A3.5. Manutenção regular dos espaços físicos do serviço

A3.6. Adequação dos locais de triagem para garantir serenidade e privacidade total

A3.7. Criação de vestiários individualizados para vestir/despir a pessoa à chegada/saída do serviço

A3.8. Adequação dos espaços físicos para avaliação da pessoa com privacidade, conforto e sem interrupções

A3.9. Adequação de gabinetes de atendimento aos familiares/acompanhantes para recolha de informação clínica bem como para fornecer dados sobre a evolução clínica da pessoa

A3.10. Adequação dos espaços físicos para garantir a privacidade total da pessoa durante a realização de procedimentos e observação clínica

A3.11. Criação de sala de aleitamento com disponibilização de bomba de extração

A3.12. Identificação dos circuitos internos e das diversas salas do SU de forma simplificada, visível e acessível

A3.13. Disponibilização de informação sobre circuitos em diversos pontos do serviço

A3.14. Sinalização adequada de W.C., saídas, circuitos, serviços informativos, entre outros

A3.15. Redução do ruído (alarmes, alterações arquitetónicas)

A3.16. Iluminação com possibilidade de regulação da sua intensidade nas diversas salas

A3.17. Estruturação do serviço que permita a entrada de luz natural de forma a que seja possível distinguir a altura do dia

A3.18. Colocação de relógios em todas as salas e corredores

A3.19. Instalação de sistemas de renovação do ar para garantir a sua qualidade e a eliminação de odores

A3.20. Criação de pontos de acesso a água gratuitos

A3.21. Instalação de sistemas de ar condicionado que permitam controlar e manter uma temperatura confortável nas diversas salas

A3.22. Emissão de música ambiente que promova tranquilidade nas salas de espera

A3.23. Disponibilização de pontos de carregamento de dispositivos eletrónicos

A3.24. Disponibilização de Wi-Fi de acesso livre

A3.25. Colocação de televisores nas salas de espera com mensagens dirigidas para a educação para a saúde, explicação de circuitos internos, prioridades de atendimento e outros assuntos considerados pertinentes

A3.26. Difusão de filmes nos televisores sobre a Natureza sem necessidade de serem ouvidos

A3.27. Decoração agradável das salas de espera através da exposição de Arte, cores suaves, entre outros

A3.28. Pintar as salas de espera das diversas áreas do SU de acordo com a cor da prioridade definida pela triagem

A3.29. Disponibilização de equipamentos para os acompanhantes poderem descansar durante a noite enquanto acompanham a PC com elevado grau de dependência

A3.30. Alocação de salas para transmissão de más notícias que permitam privacidade total, sem interrupções desnecessárias e na qual os familiares e acompanhantes reconheçam um espaço seguro para manifestar as suas emoções

A3.31. Criação de espaços para descontração dos profissionais devidamente equipados e com mobiliário confortável

A4: Domínio da Gestão das Instituições e dos Serviços de Urgência ^{29, 32}

A gestão hospitalar com objetivos estratégicos de promoção de humanização dos cuidados prestados nas instituições deve ter um cariz de cooperação e participação dos gestores, dos profissionais e dos utilizadores dos serviços. Os níveis de gestão intermédia dos SU devem garantir o bem-estar dos seus profissionais e o correto funcionamento das equipas multidisciplinares para que a prestação de cuidados seja feita por profissionais que se sentem valorizados e realizados na sua profissão.

A4.1. Dotação segura de profissionais da equipa multidisciplinar

A4.2. Realização de estudos trimestrais sobre o acesso ao SU (número de idas à urgência, níveis de gravidade, tempos de espera, tempos de permanência no SU) para adequação de escalas e horários de trabalho

A4.3. Elaboração de horários com equipas de prevenção para ativação em situações de maior afluência ao SU ou maior número de doentes de maior complexidade que carecem do aumento dos rácios implementados

A4.4. Elaboração de escalas com reforço de profissionais em dias do ano em que se preveja maior acesso ao SU

A4.5. Implementação de estratégias para diminuição dos tempos de espera para o primeiro atendimento

A4.6. Referenciação para consulta externa de especialidade ou para os CSP dos doentes não urgentes ou com critérios para aplicação de “pulseira branca”

A4.7. Agilização das redes de referenciação intra e inter-hospitalares

A4.8. Organização do trabalho das equipas de especialidades médicas do SU num modelo de complementaridade

- A4.9. Criação de equipas de referência no SU para as diversas especialidades médicas e para serviço social
- A4.10. Definição dos encaminhamentos da PC por médicos e enfermeiros
- A4.11. Criação de circuitos de atendimento centrados na PC
- A4.12. Valorização da cultura de notificação de problemas e da sua resolução em regime de cogestão transversal a todos os membros da equipa multidisciplinar, incluindo-os nas decisões maior de gestão
- A4.13. Criação de *focus groups* para avaliar implementação de novas estratégias de cuidados que envolvam profissionais de saúde, gestores e utilizadores dos serviços através da discussão-problematização
- A4.14. Criação de grupos de trabalho multidisciplinares (“conselhos de saúde”) para gestão de processos de organização do trabalho, análise da produtividade, definição de tarefas e elaboração de projetos de melhoria contínua da qualidade
- A4.15. Combate a relações de tutela entre os diversos grupos profissionais
- A4.16. Promoção do trabalho em equipa com o objetivo comum de prestação de cuidados humanizados e de qualidade
- A4.17. Legitimação das diferenças entre os membros das equipas multidisciplinares, promoção da sua união e criação de estratégias de atuação em situações-limite através de eventos de *team-building*
- A4.18. Definição de critérios técnicos e humanísticos para admissão de profissionais à prestação de cuidados nos SU
- A4.19. Promoção de ambiente profissional fluido e livre de atritos
- A4.20. Motivação e reconhecimento dos profissionais mais dinâmicos para serem protagonistas e líderes da mudança
- A4.21. Criação de grupo de humanização dos cuidados hospitalares
- A4.22. Definição de elos de ligação nos serviços para a humanização do cuidar
- A4.23. Promoção de espaços de reflexão e discussão para resolução de conflitos e mudança de posturas perante os factos
- A4.24. Criação de sistema de escuta qualificada dentro dos diversos níveis de gestão para ouvir os problemas, apontar críticas e criar soluções, com canal de comunicação aberto aos utilizadores dos serviços
- A4.25. Implementação de uma política de porta aberta ao acompanhante para a sua presença constante junto da PC, independentemente do seu grau de dependência

B: NÍVEL PROFISSIONAL

Os profissionais das diversas áreas que atuam no SU são os atores principais na implementação das medidas de Humanização do Cuidar. Assim, devem também ser alvo das medidas de humanização para que possam exercer a sua atividade de forma satisfatória para si e para aqueles a quem prestam serviço. Para além disto, é essencial fomentar o trabalho com produção de conhecimento e formação permanentes.

B1: Domínio da Formação dos Profissionais do Serviço de Urgência

8,11, 15, 17, 19, 21, 22, 24, 33,35,36, 37

A introdução da temática da Humanização do Cuidar nos currículos da formação médica e de enfermagem é parte do caminho para que os futuros profissionais de saúde sejam tutorados e treinados em práticas humanizadas e avaliação holística da pessoa.

- B1.1. Realização de testes psicotécnicos antes do ingresso em cursos de saúde no ensino superior como parte da componente de avaliação teórica como requisitos de entrada
- B1.2. Avaliação de competências humanísticas e relacionais dos alunos de cursos ligados à saúde
- B1.3. Formação Médica, de Enfermagem e de Técnico Auxiliar de saúde com componente obrigatória de desenvolvimento de competências humanísticas, técnicas comunicacionais e prática clínica holística
- B1.4. Criação de cursos de Especialização de Humanização do Cuidar em Saúde
- B1.5. Aproximação entre as Escolas de Saúde (Médicas e de Enfermagem) e as Instituições para incremento da investigação e produção científicas na área da humanização
- B1.6. Implementação de programas de tutoria na formação Médica e de Enfermagem com foco na Humanização do Cuidar e na criação de um espaço seguro para o estudante e tutor realizarem partilhas de vivências comuns, cultivar vínculos e partilha de histórias de vida

- B1.7. Criação de programa de estágio em Comissões de Ética para as Ciências da Vida para os cursos de Medicina e Enfermagem
- B1.8. Criação de cursos de Suporte de Vida Ético para as equipas multidisciplinares que trabalham no SU (A-Reconhecimento, B-Atenção, C-Comunicação, D- Gestão)
- B1.9. Formação dos profissionais do SU em técnicas comunicacionais com renovação a cada 5 anos
- B1.10. Formação em saúde mental específica para os profissionais do SU sem especialização nesta área com renovação a cada 5 anos
- B1.11. Formação para os membros dos serviços administrativos do SU sobre comunicação e atendimento a pessoas com necessidades especiais
- B1.12. Formação para as equipas médicas e de Enfermagem sobre transmissão de más notícias
- B1.13. Realização de treinos práticos para atendimento de pessoas cujo motivo de vinda ao SU é a tentativa de suicídio
- B1.14. Formação das equipas multidisciplinares sobre apoio às famílias durante a reanimação
- B1.15. Formação a todos os membros das equipas do SU sobre as diferenças culturais e cuidados personalizados a pessoas de outras culturas/religiões/crenças

B2: Domínio do Apoio e Valorização dos Profissionais

4,7, 8, 10, 14, 15, 17, 19, 20,21, 22, 27, 29, 33

A valorização, a promoção da satisfação dos profissionais e da saúde das equipas multidisciplinares permitem que estes prestem cuidados de maior qualidade e com maior disponibilidade para aplicação dos preceitos da humanização do cuidar.

- B2.1. Criação de regimes de incentivo à formação, capacitação e qualificação dos profissionais para evolução na carreira
- B2.2. Promoção da satisfação dos profissionais de saúde através da estabilidade profissional, melhoria das condições salariais, incentivos à produtividade, reconhecimento das competências individuais e coletivas das equipas
- B2.3. Implementação de projetos que promovam a conciliação da vida profissional e da vida pessoal
- B2.4. Criação de programas de apoio físico e emocional aos profissionais do SU
- B2.5. Avaliação dos profissionais do SU por psicólogo clínico pelo menos uma vez por ano para despiste de doença mental e/ou *burnout*
- B2.6. Criação de “válvulas de escape” fora das zonas de prestação de cuidados para os profissionais poderem descomprimir e aliviar stress
- B2.7. Promoção de eventos de *team-building* dentro das equipas multidisciplinares para fomentar boas relações entre os profissionais, empatia, sociabilidade, disposição para o otimismo e autocontrolo em situações de maior pressão e de conflito
- B2.8. Implementação de ciclos de reflexão multidisciplinares acerca de práticas de humanização do cuidar e trabalho articulado e ampliado entre as equipas com o reconhecimento do papel de cada um dentro das mesmas
- B2.9. Definição de objetivos de avaliação de desempenho definidas coletivamente entre os profissionais e adequadas à prestação de cuidados no SU
- B2.10. Democratização do trabalho através da participação no desenvolvimento de metodologias de trabalho inclusivas e com um objetivo comum: o bem-estar da PC e a valorização dos profissionais

C: NÍVEL ASSISTENCIAL

Mudanças nos métodos de trabalho, nas metodologias de atendimento à PC e aos seus familiares/acompanhantes, alicerçadas em todos os domínios previamente descritos, permitem a transição da visão biomédica da pessoa para uma visão holística retirando o foco da doença e direcioná-lo para a pessoa e as suas necessidades para proporcionar um cuidado humanizado, personalizado e que dignifica a pessoa como indivíduo único e irrepetível com necessidades específicas.

C1: Domínio do Acolhimento

4,5,6, 8, 17, 21, 22, 27, 28, 29, 33, 34, 36, 38

A dor, a doença física e mental e o tempo que a PC e a sua família/acompanhantes passam na sala de espera antes do atendimento médico geram ansiedade e tensão. Um acolhimento humanizado durante todo o tempo de permanência do SU surge como resposta espontânea a estas situações e procura a sua resolução no sentido de reduzir o sofrimento por elas gerado.

C1.1. Redução da burocracia na realização da inscrição no SU
C1.2. Tipificação do tipo de acesso ao SU (agressão, queda, gravidez, etc.) realizado pelo enfermeiro de triagem de forma privada
C1.3. Minimização/eliminação das interrupções durante a triagem
C1.4. Realização de ensinios à pessoa sobre os cuidados prestados em SU e nos CSP durante o momento da triagem quando a prioridade atribuída não corresponde a urgente, muito urgente ou emergente
C1.5. Sinalização de necessidade de apoio social no momento da triagem quando adequado
C1.6. Realização de ensinios à PC e ao seu acompanhante sobre tempo de espera, circuitos de funcionamento do SU e encaminhamentos esclarecendo dúvidas e escutar as suas expectativas e preocupações
C1.7. Adequação dos equipamentos para encaminhamento da PC de forma confortável e segura
C1.8. Permissão da presença contínua do acompanhante durante o tempo de permanência da PC no SU exceto em situações de exposição corporal, realização de procedimentos invasivos ou de meios complementares de diagnóstico se a PC aceitar
C1.9. Implementação da cultura de informação contínua à PC e ao seu acompanhante se esta o permitir
C1.10. Criação da figura do enfermeiro de referência ou enfermeiro gestor dos cuidados que acompanha a PC desde a admissão à sua alta clínica como elo de ligação entre a equipa multidisciplinar e a PC e o seu acompanhante
C1.11. Criação de guia de acesso rápido sobre pessoas de diversas culturas e cuidados a ter para respeitar as diferenças multiculturais durante o atendimento e prestação de cuidados
C1.12. Elaboração de cadernos de comunicação para utilização no SU para pessoas com deficiência cognitiva, auditiva ou visual
C1.13. Elaboração de documentação em braille (consentimento informado, indicações de tratamento, entre outros)
C2: Domínio da Avaliação Clínica 6, 8, 22, 29, 31, 33, 39
A avaliação clínica realizada pela equipa multidisciplinar deve abranger diversas componentes ligadas à saúde física e mental bem como questões psicossociais. A comunicação resolutiva e efetiva e a escuta ativa são as ferramentas essenciais para que a pessoa se sinta ouvida e atendida.
C2.1. Integração da avaliação social na avaliação clínica da PC
C2.2. Implementação de protocolos de avaliação rápida da saúde mental e de referenciação para atendimento na área da saúde mental (psiquiatra ou psicólogo clínico)
C2.3. Avaliação da pessoa realizada em ambiente tranquilo, sem ruído cujo objetivo principal é garantir à PC que a consulta é um espaço de escuta qualificada das suas queixas, com privacidade e sem interrupções
C2.4. Valorização da queixa de dor como princípio basilar na avaliação clínica
C2.5. Criação de vínculos terapêuticos com a PC
C2.6. Implementação de protocolos de admissão ao SU com dois momentos de avaliação clínica: avaliação médica e avaliação de Enfermagem
C2.7. Simplificação da linguagem técnica nos momentos de comunicação com a PC
C2.8. Limitação da exposição corporal com garantia de que é feita em local com privacidade total
C2.9. Limitação do número de profissionais durante os momentos de exposição e avaliação física para o mínimo indispensável
C2.10. Promoção da avaliação de enfermagem e elaboração de plano de cuidados individualizados para resposta à avaliação das necessidades da pessoa
C3: Domínio dos Cuidados Centrados na Pessoa 3,4,5,6,8,10,12, 14,15,19,20,22,23,24,25,27,28,29,31,33,35,39,40,41,42
O trabalho em equipa com enfoque na pessoa permite que as diferenças de opinião o favoreçam no processo assistencial pelos diversos profissionais das equipas. O SU deve funcionar como o ponto de partida ou momento de alteração do projeto individual de saúde da pessoa no qual a mesma, em conjunto com os profissionais, estabelece um projeto comum para o seu percurso de vida e de saúde/doença e felicidade de forma coordenada com os seus familiares e CSP.
C3.1. Criação de serviço de assessoria bioética de apoio aos profissionais e familiares com disponibilidade durante 24 horas

C3.2. Estruturação da consulta médica com foco na PC através de escuta ativa
C3.3. Avaliação da condição social e necessidade de apoio durante a consulta médica
C3.4. Desconstrução da abordagem paternalista dos profissionais sob a PC: apresentar-se à pessoa (O meu nome é X e sou Y), sorrir, cumprimentá-la, adequar a linguagem técnica, demonstrar interesse sobre o que diz, olhá-la nos olhos
C3.5. Utilização da conversa amigável como instrumento de colheita de dados
C3.6. Identificação da pessoa pelo seu nome preferido e não pela sua patologia durante o contacto com a mesma e nos momentos de transição de cuidados
C3.7. Avaliação de Enfermagem da PC após consulta médica segundo as suas necessidades humanas fundamentais e garantir que são satisfeitas: higiene, hidratação, refeições adequadas, etc.
C3.8. Criação de consulta de enfermagem para situações pouco e não urgentes para avaliação das necessidades de ensinios e promoção da participação da pessoa no seu projeto de saúde individual
C3.9. Promoção da autonomia e independência da pessoa em todos os momentos de prestação de cuidados
C3.10. Negociação permanente de cuidados com corresponsabilização da pessoa sobre o seu papel e envolvê-la nos processos de tomada de decisão, registando as suas preferências, sentimentos e crenças em processo clínico
C3.11. Explicação acerca dos procedimentos realizados, benefícios e riscos sobre os mesmos e precisão dos meios complementares de diagnóstico
C3.12. Requisição de feedback da PC sobre o plano terapêutico em curso e esclarecimento de dúvidas
C3.13. Avaliação contínua da adesão terapêutica
C3.14. Exploração dos motivos para incumprimento terapêutico no domicílio e definir estratégias para colmatar falhas
C3.15. Informação contínua à PC e sobre possíveis diagnósticos eliminando a mentira e a conspiração do silêncio, mas nunca descartando a esperança
C3.16. Promoção da inclusão do acompanhante na prestação de cuidados se autorizado pela PC, evitando situações de tutela do idoso pelos familiares promovendo a sua autonomia ao máximo se cognitivamente íntegro
C3.17. Avaliação do <i>burnout</i> do cuidador principal
C3.18. Informação do familiar sobre a situação clínica da PC sempre que possível e com autorização prévia da mesma
C3.19. Permissão da presença do familiar em situações de reanimação, se este assim o desejar, com a presença de um profissional que lhe preste apoio explicando tudo o que é feito
C3.20. Preocupação contínua pela equipa multidisciplinar com a redução/eliminação e controlo da dor aguda e crónica física e psicológica
C3.21. Formação de voluntários para implementação de estratégias de gestão da dor não farmacológica (técnica de distração, entre outros) e suporte emocional
C3.22. Administração de analgesia em todos os procedimentos cirúrgicos, independentemente da sua complexidade
C3.23. Transmissão de más notícias à PC e/ou à sua família num local calmo, sem interrupções e permitir a partilha de sentimentos, dúvidas e angústias
C3.24. Criação de protocolos de tratamento do <i>delirium</i> no SU através da contenção química, redução de estímulos sensoriais e presença do acompanhante se fonte de tranquilidade para a PC
C3.25. Utilização da contenção física deve ser evitada e, se tal não for possível, esta deve ter um limite máximo de horas, informando a PC da sua necessidade
C3.26. Alocação das pessoas em observação consoante o seu género, priorizando a prestação de cuidados por pessoas do mesmo género
C3.27. Compreensão e aceitação pelos profissionais da recusa de tratamento pela PC, garantindo que esta é informada dos riscos da sua decisão, registando em processo clínico
C3.28. Marcação de consulta de reavaliação médica nos CSP após episódio de urgência em tempo útil
C3.29. Criação de consulta de enfermagem após alta médica do SU para ensinios sobre regime terapêutico, necessidades da PC e esclarecimento de dúvidas

C4: Domínio da Morte e Fim de Vida 8, 9, 12, 22, 41

A morte e situações de fim de vida são constantes nos serviços de urgência. A criação de condições para a PC e a sua família viverem este momento da forma mais digna possível é a garantia que a humanização do cuidar é feita até a pessoa sair do serviço.

C4.1. Promoção do preenchimento das diretivas antecipadas de vontade pela população

C4.2. Encaminhamento para local próprio de pessoas em paragem cardiorespiratória para longe das restantes pessoas e as suas famílias

C4.3. Limitação de intervenções invasivas e causadoras de sofrimento em pessoas em situação terminal

C4.4. Empoderamento da pessoa moribunda ou em fase terminal de doença dando-lhe escolha sobre como proceder no momento da sua morte

C4.5. Criação de equipas de cuidados paliativos com presença física no SU permanente

C4.6. Minimização do sofrimento da PC e da sua família aplicando os princípios da boa morte

C4.7. Abertura para falar sobre a morte com as famílias e entre os profissionais

C4.8. Disponibilização de apoio psicológico para as famílias

C4.9. Criação de espaços para a PC morrer com dignidade e acompanhada daqueles quem mais gosta

C4.10. Implementação de cursos de inteligência emocional para profissionais lidarem com a morte e o insucesso terapêutico

Procedimentos de validação das *guidelines*

A metodologia Delphi permite criar consensos aquando da existência de evidência empírica e científica sobre um tema específico que se encontra dispersa, através da utilização de um painel de peritos escolhido de acordo com critérios previamente definidos.⁴³ Como defendem Barrios et al.⁴², o processo definido pela metodologia Delphi permite o anonimato na participação no estudo que se traduz numa menor pressão social para as respostas individuais, permitindo atingir uma convergência de opiniões mais fiel às convicções próprias dos participantes cujas origens e graus de experiência são diversos. Os questionários para validação das *guidelines* foram construídos no *Microsoft Forms* e divididos segundo os três níveis previamente apresentados (A: Estrutural, B: Profissional, C: Assistencial) no sentido de permitir o número de respostas necessário e evitar limitações de *software*. O seu envio foi feito para o *e-mail* que os peritos, com o código atribuído como seu nome, forneceram no primeiro inquérito. As investigadoras apenas tiveram acesso ao código e respetivo *e-mail* dos peritos não sendo possível perceber quem respondeu aos inquéritos que asseguravam o total anonimato dos participantes dado que não era pedido que se identificassem nos mesmos. Os itens para validação foram apresentados de acordo com a Tabela III e foi pedido aos peritos que atribuissem, através da Escala de Likert, a seguinte classificação:

1. Discordo totalmente
2. Discordo parcialmente
3. Não concordo nem discordo
4. Concordo parcialmente
5. Concordo totalmente

Sempre que fosse atribuída uma pontuação de 1, 2 ou 3 foi pedido aos peritos que fizessem um comentário a justificar a sua não concordância com o item. A atribuição de pontos permitiu a realização dos cálculos da validade do conteúdo.

Yusoff⁴⁴ define que o resultado do cálculo do Índice de Validade do Conteúdo por item (IVC-I) de, pelo menos, 0,78 permite validar um item para um grupo de peritos igual ou superior a nove. Dado ter sido possível reunir um grupo de vinte, foi este o valor utilizado para definir a validação positiva de um item. Na primeira ronda apenas 6 itens (3,5%) não obtiveram concordância pelo que foram alterados segundo as sugestões dos peritos e reenviados para nova validação. Na segunda ronda, apenas quinze peritos (75% do grupo) responderam à validação dos itens na qual apenas 3 (50%) obtiveram concordância. Assim, foram retirados dos itens iniciais os três itens que não obtiveram acordo nas duas rondas. Os cálculos utilizados para estabelecer a validade do conteúdo foram definidos por Yusoff⁴⁴, nomeadamente: Peritos em Acordo (PA); Acordo Universal (AU); Índice de Validade de Conteúdo por Item (IVC-I); Índice de Validade de Conteúdo por Escala (IVC-S) por Método da Média e pelo Método do Acordo Universal.

Considerações Éticas

Este estudo obteve o parecer favorável da Comissão de Ética da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria. No primeiro foi pedido aos participantes que se identificassem através de uma sigla com as iniciais do seu nome (por exemplo SRVC) de forma a identificar os *e-mails* dos participantes para *feedback* sobre a evolução do estudo, mantendo o seu anonimato.

Resultados

A primeira ronda de validação das *guidelines* contou com os 20 peritos selecionados que foram numerados de P1-P20 para manter o anonimato das suas respostas. Os resultados são apresentados na Tabela 4:

Tabela 4. Resultados da primeira ronda de validação

A: NÍVEL ESTRUTURAL			
A1: Domínio das Políticas Nacionais			
Itens	Peritos em Acordo	Acordo Universal	IVC-I
A1.1	20	1	1,00
A1.2	20	1	1,00
A1.3	20	1	1,00
A1.4	12	0	0,60
A1.5	19	0	0,95
A1.6	19	0	0,95
A1.7	20	1	1,00
A1.8	20	1	1,00
A1.9	20	1	1,00
A1.10	20	1	1,00
A1.11	20	1	1,00
A1.12	20	1	1,00
A1.13	19	0	0,95
A1.14	19	0	0,95
A1.15	19	0	0,95
A1.16	18	0	0,90

IVC-S (Média): 0,95		IVC-S (AU): 0,56	
A2: Domínio da Intervenção na Saúde da Comunidade			
A2.1	20	1	1,00
A2.2	20	1	1,00
A2.3	20	1	1,00
A2.4	19	0	0,95
A2.5	19	0	0,95
A2.6	20	1	1,00
A2.7	20	1	1,00
A2.8	20	1	1,00
A2.9	20	1	1,00
A2.10	19	0	0,95
A2.11	20	1	1,00
IVC-S (Média): 0,99		IVC-S (AU): 0,73	
A3: Domínio da Adequação das Infraestruturas			
A3.1	20	1	1,00
A3.2	20	1	1,00
A3.3	20	1	1,00
A3.4	20	1	1,00
A3.5	20	1	1,00
A3.6	20	1	1,00
A3.7	18	0	0,90
A3.8	20	1	1,00
A3.9	20	1	1,00
A3.10	20	1	1,00
A3.11	20	1	1,00
A3.12	20	1	1,00
A3.13	19	0	0,95
A3.14	20	1	1,00
A3.15	20	1	1,00
A3.16	20	1	1,00
A3.17	20	1	1,00
A3.18	20	1	1,00
A3.19	20	1	1,00
A3.20	20	1	1,00
A3.21	20	1	1,00
A3.22	18	0	0,90
A3.23	20	1	1,00
A3.24	19	0	0,95
A3.25	20	1	1,00
A3.26	16	0	0,80
A3.27	20	1	1,00
A3.28	16	0	0,80
A3.29	20	1	1,00
A3.30	20	1	1,00
A3.31	20	1	1,00
IVC-S (Média): 0,98		IVC-S (AU): 0,81	
A4 – Domínio da Gestão das Instituições e dos Serviços de Urgência			
A4.1	20	1	1,00
A4.2	19	0	0,95
A4.3	20	1	1,00
A4.4	20	1	1,00
A4.5	20	1	1,00
A4.6	19	0	0,95
A4.7	20	1	1,00
A4.8	20	1	1,00
A4.9	20	1	1,00
A4.10	19	0	0,95
A4.11	20	1	1,00
A4.12	20	1	1,00
A4.13	20	1	1,00
A4.14	20	1	1,00

A4.15	18	0	0,90
A4.16	20	1	1,00
A4.17	20	1	1,00
A4.18	20	1	1,00
A4.19	20	1	1,00
A4.20	20	1	1,00
A4.21	19	0	0,95
A4.22	20	1	1,00
A4.23	20	1	1,00
A4.24	19	0	0,95
A4.25	15	0	0,75
IVC-S (Média): 0,98		IVC-S (AU): 0,72	
B: NÍVEL PROFISSIONAL			
B1: Domínio da Formação dos Profissionais do Serviço de Urgência			
B1.1	18	0	0,90
B1.2	20	1	1,00
B1.3	20	1	1,00
B1.4	19	0	0,95
B1.5	19	0	0,95
B1.6	18	0	0,90
B1.7	17	0	0,85
B1.8	19	0	0,95
B1.9	19	0	0,95
B1.10	18	0	0,90
B1.11	20	1	1,00
B1.12	20	1	1,00
B1.13	19	0	0,95
B1.14	19	0	0,95
B1.15	19	0	0,95
IVC-S (Média): 0,95		IVC-S (AU): 0,27	
B2: Domínio do Apoio e Valorização dos Profissionais			
B2.1	20	1	1,00
B2.2	20	1	1,00
B2.3	20	1	1,00
B2.4	20	1	1,00
B2.5	20	1	1,00
B2.6	20	1	1,00
B2.7	20	1	1,00
B2.8	19	0	0,95
B2.9	20	1	1,00
B2.10	19	0	0,95
IVC-S (Média): 0,99		IVC-S (AU): 0,80	
C: NÍVEL ASSISTENCIAL			
C1: Domínio do Acolhimento			
C1.1	19	0	0,95
C1.2	17	0	0,85
C1.3	20	1	1,00
C1.4	18	0	0,90
C1.5	17	0	0,85
C1.6	20	1	1,00
C1.7	20	1	1,00
C1.8	16	0	0,80
C1.9	19	0	0,95
C1.10	17	0	0,85
C1.11	16	0	0,80
C1.12	16	0	0,80
C1.13	19	0	0,95
IVC-S (Média): 0,91		IVC-S (AU): 0,23	
C2: Domínio da Avaliação Clínica			
C2.1	17	0	0,85

C2.2	19	0	0,95
C2.3	19	0	0,95
C2.4	18	0	0,90
C2.5	15	0	0,75
C2.6	17	0	0,85
C2.7	19	0	0,95
C2.8	19	0	0,95
C2.9	19	0	0,95
C2.10	17	0	0,85
IVC-S (Média): 0,90		IVC-S (AU): 0,00	

C3: Domínio dos Cuidados Centrados na Pessoa			
C3.1	16	0	0,80
C3.2	19	0	0,95
C3.3	17	0	0,85
C3.4	20	1	1,00
C3.5	19	0	0,95
C3.6	19	0	0,95
C3.7	20	1	1,00
C3.8	15	0	0,75
C3.9	20	1	1,00
C3.10	20	1	1,00
C3.11	20	1	1,00
C3.12	19	0	0,95
C3.13	19	0	0,95
C3.14	19	0	0,95
C3.15	19	0	0,95
C3.16	20	1	1,00
C3.17	19	0	0,95
C3.18	20	1	1,00
C3.19	13	0	0,65
C3.20	19	0	0,95
C3.21	16	0	0,80
C3.22	19	0	0,95
C3.23	20	1	1,00
C3.24	19	0	0,95
C3.25	19	0	0,95
C3.26	17	0	0,85
C3.27	20	1	1,00
C3.28	20	1	1,00
C3.29	18	0	0,90
IVC-S (Média): 0,93		IVC-S (AU): 0,34	

C4: Domínio da Morte e Fim de Vida			
C4.1	17	0	0,85
C4.2	14	0	0,70
C4.3	20	1	1,00
C4.4	19	0	0,95
C4.5	17	0	0,85
C4.6	20	1	1,00
C4.7	20	1	1,00
C4.8	20	1	1,00
C4.9	19	0	0,95
C4.10	19	0	0,95
IVC-S (Média): 0,93		IVC-S (AU): 0,40	

Sumariamente é o Nível Estrutural que apresenta um maior número de itens submetidos para validação (n=83), seguido do Nível Assistencial (n=62) e do Nível Profissional (n=25). O item com menor índice de validade de conteúdo foi o A1.4. com 0.60 de IVC-I que corresponde a “Alteração da designação de “Utente” para “Pessoa Cuidada” (PC)”. Para além disto, uma breve análise dos cálculos permite destacar que todos os domínios apresentaram uma IVC-S Média

entre 0.91 e 0.99 que demonstra um elevado grau de concordância com os itens apresentados. No entanto, analisando o IVC-S (AU) é possível compreender que nenhum domínio obteve um AU absoluto (1), sendo que os valores oscilam entre 0 (domínio C2 – avaliação clínica) e 0.81 (domínio A3- adequação das infraestruturas). O resumo do cálculo do IVC-S por domínios encontra-se no Gráfico 1:

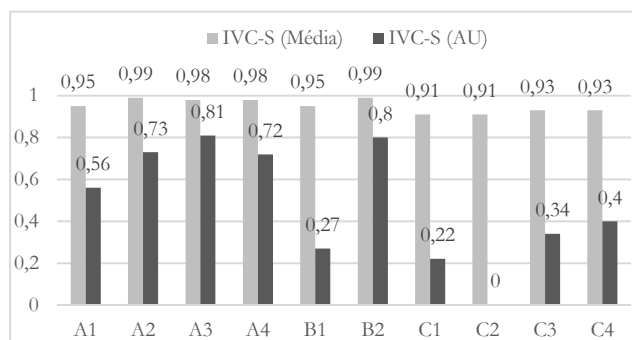


Gráfico 1. Resumo do cálculo IVC-S

Para a realização da segunda ronda foram identificados os itens que não obtiveram ICV-I de 0.78 e foi modificado o seu conteúdo de acordo com as sugestões apresentadas pelos peritos, determinando assim as seguintes mudanças:

- A1.4: Alteração da designação “Utente” para “Pessoa Alvo dos Cuidados” (PAC) e uniformização desta nomenclatura.
- A4.25: Implementação de uma política de porta aberta ao acompanhante para a sua presença constante junto da PAC, independentemente do seu grau de dependência, exceto nas áreas clínicas com pessoas em situação crítica e nos períodos em que ocorram procedimentos ou se propicie a exposição corporal
- C2.5: Criação de estratégias para estabelecer vínculos terapêuticos rápidos, mas eficazes, com a PAC
- C3.8: Marcação de consulta de enfermagem nos CSP para situações pouco e não urgentes para avaliação das necessidades de ensinos e promoção da participação da pessoa no seu projeto de saúde individual
- C3.19: Permissão da presença do familiar no início das manobras de reanimação, se este assim o desejar, destacando um profissional para o acompanhar a um local calmo para aguardar por informações prestadas por um membro da equipa de reanimação após o término da mesma.
- C4.2: Encaminhamento para a sala de emergência de pessoas em paragem cardiorrespiratório para longe das restantes PAC. Se a reanimação não tiver sucesso, permitir a presença dos familiares junto do corpo para iniciarem o seu luto.

Na segunda ronda responderam 15 peritos com os seguintes resultados:

Tabela 5. Resultados da segunda ronda de validação

Itens	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	A	U	IVC-I	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	20			
A1.4	0	0	1	0	1	0	1	0	1	1	1	0	0	0	0	6	0	6	0	0,40
A4.25	1	1	1	0	0	1	1	0	0	1	1	0	1	1	0	9	1	9	0	0,60
C2.5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	14	1	14	0	0,93	
C3.8	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	1	15	1	1,00	
C3.19	1	0	1	0	1	0	1	1	0	1	1	0	0	1	1	9	1	9	0	0,60
C4.2	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	13	1	13	0	0,87	
IVC-S (Média): 0,73																				
IVC-S (AU): 0,17																				

A segunda ronda determinou, assim, a eliminação dos itens A1.4, A4.25 e C3.19. Os itens C2.5, C3.8 e C4.2 foram aprovados após alteração, pelo que são essas as versões finais para implementação como *guidelines*.

Discussão

Este projeto de investigação propôs-se a encontrar formas de contornar os desafios para a humanização dos cuidados prestados nos SU e definir as medidas necessárias, de acordo com o conhecimento existente, para a humanização dos cuidados prestados pelas equipas multidisciplinares. A revisão da literatura revelou que esta é uma preocupação dos enfermeiros que realizam estudos e propõem medidas para a melhoria dos cuidados que prestam contribuindo para a atualização da conceptualização do Cuidar e para o desenvolvimento do conhecimento em enfermagem, cimentando a sua missão nos serviços de saúde melhorando a sua qualidade.⁴⁵ Fruto do modelo biomédico implementado nos SU e no crescimento exponencial da tecnologia na saúde, a despersonalização dos cuidados afastou os profissionais daqueles de quem cuidam e a gestão verticalizada destes serviços pressiona-os para a obtenção de resultados de forma rápida e eficiente, dificultando o reconhecimento da singularidade da pessoa para além das suas necessidades físicas.²⁴ A humanização dos cuidados impele à participação de todos os atores da prestação de cuidados, diretos e indiretos, na criação de condições para um atendimento personalizado e baseado nas relações terapêuticas que conferem dignidade e conforto aqueles que procuram os SU.²² Na resposta à questão de investigação, foram definidas 170 medidas divididas em três níveis (Estrutural, Profissional e Assistencial) e distribuídas em 10 domínios após leitura integral de 37 artigos. Destes é possível destacar, para além das *guidelines* definidas, que esta preocupação com a humanização dos cuidados já existe sob forma de programas nacionais noutros países e de projetos de melhoria contínua nas áreas obstétrica, pediátrica e psiquiátrica. O maior número de medidas propostas encontra-se no domínio da adequação das infraestruturas (n=31) e o menor nos domínios da avaliação clínica, apoio

e valorização dos profissionais e da morte e fim de vida (n=10). Isto é justificado pelo facto de terem sido encontrados mais estudos com propostas de mudanças nestas áreas e não pela menor ou maior necessidade das mesmas.

Após a sua definição através da revisão integrativa da literatura, o conteúdo das *guidelines* foi validado em duas rondas através da metodologia Delphi que é reconhecida pela sua eficiência na criação de consensos entre diversos profissionais em torno de uma temática numa determinada área do conhecimento sobre a qual possuem experiência profissional e académica que lhes permite validar proposições.⁴³ O estudo de Barrios et al.⁴² destaca que uma seleção adequada de peritos permite diminuir os vieses no estudo, que as opiniões são apenas influenciadas pelo *feedback* que recebem dos investigadores e não pelas suas características sociodemográficas e profissionais e que a garantia da validade das decisões é feita com a submissão das propostas em estudo em mais do que uma ronda, tal como foi feito neste estudo. Dado que não foi dado nenhum *feedback* aos participantes entre as duas rondas, não houve influência das opiniões dos peritos por parte dos investigadores. Foram 20 os peritos selecionados de acordo com os critérios definidos que participaram neste estudo que aprovaram, na primeira ronda, 164 *guidelines* propostas. Após a segunda ronda de validação das restantes medidas, desta vez por 15 peritos, foram eliminados três itens no final do estudo.

Quando questionados no início do estudo sobre o motivo de terem escolhido ser médicos e enfermeiros, os peritos revelaram: uma forte componente comunitária de ajudar o próximo; a paixão do cuidar do outro; o reconhecimento que ajudar outro ser Humano que pode fazer parte da mudança que se quer ver no mundo; o Cuidar que preenche o profissional e o faz sentir completo enquanto pessoa, tanto pelo historial de doenças na família, como pelos valores por ela transmitidos durante o seu desenvolvimento pessoal. Fazer parte da mudança é o que motivou todos estes profissionais a seguir (e a manter) a profissão que escolheram e a participar neste estudo. Para os peritos inquiridos humanizar os cuidados de saúde é uma necessária renovação das práticas clínicas no sentido da personalização dos cuidados e da libertação do modelo mecanicista de trabalhar em saúde, colocando em foco a pessoa e as suas necessidades. O seu contributo neste estudo permitiu apresentar uma proposta de mudança nos SU e dar resposta a esta necessidade de humanização do cuidar através da implementação de boas práticas e o reconhecimento do papel dos profissionais na diferença que podem fazer na vida de quem cuidam para além das suas competências técnico-científicas.

O cálculo do Índice de Validade do Conteúdo por Item permite compreender o grau de concordância dos peritos em relação a cada medida proposta cujos valores variaram entre 0.60 e 1.00. Quando o resultado era absoluto (1.00) correspondia ao Acordo Universal que foi atingido em 89

dos itens em validação (52%). Assim, pode considerar-se que os itens tiveram uma boa aprovação por parte do painel dado que apenas 6 (3,5%) necessitaram de reformulação e revalidação na ronda seguinte. Um outro resultado que reforça que os itens tiveram um bom grau de concordância é o do cálculo do IVC-S pela média cujos valores entre os diversos domínios oscilaram entre 0.91 e 0.99 com uma média total de 0.95 em todos os itens. Os domínios com maior grau de concordância foram o A2 e o B2 e os com menor foram o C1 e C2. O facto de ter sido atingido este consenso alargado demonstra como a pluralidade de opiniões dos diversos peritos pode coincidir mesmo que as respostas sejam dadas em regime de anonimato.

O Acordo Universal nunca foi atingido em absoluto ($n=1.00$) em nenhum domínio, apesar de existirem 89 itens que atingiram o $AU=1$. Apesar do consenso ter sido atingido nos 164 itens validados na primeira ronda, não houve nenhum domínio com acordo absoluto sobre todas as medidas propostas. Inclusive, o cálculo do IVC-S (AU) revela que o domínio C2 não teve AU em nenhum dos itens propostos e que o A3 é o que teve maior média de AU com um resultado de 0.81. Sendo assim pode concluir-se que o consenso é atingível mesmo quando os peritos não estão todos em pleno acordo sobre os itens. O ideal seria que existisse AU em todos os itens, mas é a diversidade de opiniões que enriquece trabalhos com esta natureza dado que permite obter diversas perspetivas sobre um tema e, simultaneamente, conceber e validar conceitos considerados aceitáveis pela maioria dos elementos do painel de peritos. Como já foi referido anteriormente, houve 6 itens que não obtiveram um IVC-I superior ou igual a 0.78 pelo que foram submetidos a alterações no seu conteúdo e apresentados aos peritos numa segunda ronda na qual participaram 15 dos 20 peritos da amostra inicial (75%) cuja diminuição da participação foi um dos desafios encontrados durante este estudo. Uma das razões que podem justificar esta mudança é a disponibilidade de tempo para refletir adequadamente sobre os itens apresentados e dar uma resposta já que todos os participantes são profissionais de saúde a exercer ativamente e a enfrentar os desafios que a profissão traz consigo diariamente em termos de exigência de horas e dedicação física e mental. Nesta segunda ronda apenas 50% dos itens obteve aprovação mesmo com um IVC-S (média) de 0.73. Curiosamente apenas houve um item com acordo universal (C3.8.) cujo consenso atingido demonstra o reconhecimento da importância do acompanhamento dos utilizadores dos serviços pelos enfermeiros dos cuidados de saúde primários com consulta própria após ter recorrido a um SU e ter obtido uma prioridade pouco urgente ou não urgente como propõem Andrade e Donelli²⁷ para esclarecimento sobre a tabela terapêutica, Ensinos dirigidos à condição da pessoa e uma reavaliação das suas necessidades. A necessidade de estabelecer redes de cuidados entre as diversas instituições através de uma rede

de referenciação também é reconhecida neste valor de concordância e AU como defende Lopes.

O item A1.4. não obteve aprovação nas duas rondas sendo que na primeira obteve um $IVC-I=0.60$ e na segunda um $IVC-I=0.40$, mesmo após modificação do seu conteúdo. Apesar de Lopes referir que aqueles que recorrem aos cuidados de saúde não podem ser vistos como clientes, mas sim como alguém que necessita de ajuda e, portanto, uma Pessoa Cuidada ou Pessoa-Alvo dos Cuidados (PAC) como nomenclatura a uniformizar como reflexo de uma política de cuidados centrados na pessoa, este item foi eliminado. Algumas das justificações apresentadas pelos peritos prendem-se com: a complexidade da nomenclatura; indiferença na mudança para a melhoria dos cuidados prestados; a sigla PAC já se encontrar em utilização como pneumonia adquirida na comunidade originando confusões e dificuldades na comunicação dentro das equipas; a designação “alvo” não revelar a necessidade de envolvimento da pessoa nos seus cuidados; a designação “cuidado” associado à pessoa pode induzir numa sensação de perda de autonomia pelo utilizador.

O item A4.25 seguiu a mesma tendência de decréscimo do valor do IVC-I após alteração do seu conteúdo considerando as preocupações dos peritos com as áreas onde se encontram pessoas em situação crítica, a privacidade da pessoa e o sigilo. Nas duas rondas os peritos frisaram, de acordo com o conhecimento empírico que obtêm através da sua prática clínica, que o acompanhante pode tornar-se prejudicial à prestação de cuidados devido ao seu desconhecimento das dinâmicas do serviço, da sobrelotação muitas vezes observada nos SU, à recusa dos acompanhantes na prestação de cuidados de higiene e alimentação, às más condutas e aos riscos relacionados com o controlo da infeção. Lemos⁵ apela a que se aplique o modelo pediátrico do acompanhante para os adultos nos SU de forma a diminuir o sofrimento que a ansiedade deste serviço causa nos utilizadores do mesmo. Esta ideia é reforçada por Rios¹⁹ que refere que a permanência dos acompanhantes foi uma das primeiras práticas humanizadoras dos serviços dado que não modificavam sua organização ou métodos de gestão e que podem servir como escape para a pessoa cuidada e, igualmente, para os profissionais. Freitas et al.²³ corroboram estas perspetivas, mas ressaltam a importância de criar espaços que possam acolher os acompanhantes dado que o seu próprio desconforto é gerador de conflitos com os profissionais. Outros aspetos que são necessários acautelar para a permanência do acompanhante é a existência de um local privado onde este possa receber informações sobre a situação clínica do seu familiar e a necessidade das pessoas idosas da presença de alguém da sua confiança como um “porto de abrigo” num serviço onde as condições não são propícias para o conforto que necessitam.²⁸ Em situações de *delirium*, muito comuns nos SU, a presença deste familiar é particularmente fundamental para tranquilizar a pessoa

cuidada e garantir que a contenção física é a última linha nas intervenções a implementar.³⁹

A diferença nas duas rondas na validação do item C3.19 não é drástica, no entanto sofreu a sua eliminação tal como os dois itens anteriores. Dall’Orso e Concha³⁴ referem no seu estudo que a presença de familiares durante as manobras de reanimação é vista pelos profissionais de forma negativa dado que referem que podem prejudicar a realização de procedimentos e que a suspensão de manobras pode ser mal interpretada. No entanto, as entrevistas feitas por Dall’Orso e Concha³⁴ aos familiares revelam que a sua presença nas situações de reanimação, apesar de representarem uma carga emocional pesada e de difícil gestão individual, foi benéfica na atribuição de significados à morte, diminuição da sua ansiedade e permitiu iniciar processos de luto eram quando acompanhados por um profissional que lhes explique o que está a ser feito e o porquê. A eliminação deste item demonstra o trabalho que há a desenvolver junto dos profissionais para gerir estas situações e estimula a reflexão sobre a presença de familiares durante a reanimação.

A metodologia Delphi revelou-se uma forma de reunir consensos dentro de um grupo heterogéneo de pessoas com diferentes opiniões, profissões e experiências na prestação de cuidados num SU. A grande vantagem deste método de investigação, reconhecida por Marques e Freitas⁴⁵, é o anonimato que evita a conflitualidade de visões e a mudança de opinião por pressão do grupo ou sensação necessidade de seguir uma direção única como um grupo para facilitar a validação dos itens e potencia a criatividade e a reflexão aprofundada sobre as temáticas em estudo. A facilidade de poder ser realizado através de questionários *online*, como neste estudo, flexibiliza a participação dos peritos dado que possibilita a participação de diversos membros do painel distribuídos geograficamente e com diferentes horários de trabalho sem a pressão do tempo que, por exemplo, uma reunião de *focus group* impõe para cada sessão de validação.⁴⁵ Barrios et al.⁴² defendem que não são as questões sociodemográficas que determinam as opiniões dos peritos, mas sim o feedback que lhes é dado ao longo do estudo, situação que não ocorreu neste estudo dado que apenas foi transmitido aos peritos a necessidade de nova validação dos 6 itens que não obtiveram concordância na primeira ronda. Uma das dificuldades sentidas no estudo e que Marques e Freitas⁴⁵ defendem como uma desvantagem deste método, foi a questão temporal: foi necessário o envio de vários *e-mails* de incentivo à participação dos peritos na validação do conteúdo e da resposta aos três questionários (cada um correspondente a cada nível definido).

Conclusão

A implementação das *guidelines* apresentadas exige um investimento do ponto de vista financeiro, académico, das chefias e dos profissionais para mudar a perspetiva biomédica que rege o funcionamento dos serviços focada na classificação de doenças, no seu tratamento e cura. A ansiedade e tensão geradas por um episódio de urgência

pode ser reduzida por um atendimento humanizado sem a necessidade de soluções prescritas sob a forma de fármacos sedativos ou ansiolíticos e, inclusive, promover uma maior adesão terapêutica ao projeto comum de saúde/doença com o envolvimento e corresponsabilização da pessoa cuidada. Este trabalho pode contribuir para as mudanças tão necessárias nos serviços de saúde, concretamente nos SU, e para a reflexão sobre a temática da humanização pelos principais decisores e profissionais de saúde, mudando as suas práticas de forma individual e contagiando aqueles com quem trabalham a adotar uma postura mais humanizada. Assim, impõe-se uma validação psicométrica das *guidelines* com o contributo de profissionais de forma mais alargada a nível nacional.

Cuidar dos outros, sentindo-se valorizados, através da capacidade de aliar as suas competências técnico-científicas à empatia e à escuta ativa é o caminho para um futuro onde os profissionais de saúde conseguem fazer pequenas, mas relevantes, mudanças na vida de quem cuidam “tornando-os humanos”.

Tenhamos a coragem de mudar e de quebrar os ciclos viciosos que o modelo prescritivo nos prende e nos torna frios e distantes: um dia seremos nós a necessitar de cuidados e acompanhar os “nossos”. Criemos então um ambiente de cuidados seguro, acolhedor e tranquilizador em que a confiança nos profissionais é total pois sabemos que irão olhar para nós, os nossos familiares e amigos, com um olhar humanizador, atento e que valoriza as nossas necessidades como uma promessa de alívio do sofrimento físico e/ou psicológico que sentimos. Consideremos igualmente investigar, testar e implementar medidas humanizadoras dos cuidados que prestamos, em todas as profissões da saúde, tendo em vista que a Pessoa é o alfa e o ómega do nosso Sistema prestador de cuidados de saúde.

Limitações do estudo

Ao repto para participação neste estudo como peritos apenas responderam médicos e enfermeiros, apesar de ter sido um convite estendido a outros profissionais e a comissões de utentes. Definitivamente é uma limitação neste estudo, dado que perspetivas diferentes poderiam enriquecer a validação e a modificação dos itens propostos à luz da Ética, da Gestão, da Psicologia e da Experiência do Utilizador.

Outra limitação deste estudo é a participação de uma ínfima franja de profissionais de saúde que prestam cuidados em algumas zonas do país, não sendo representativa da realidade nacional.

Contribuições autorais

SC: Conceção e desenho do estudo; Recolha de dados; Análise e interpretação dos dados; Redação do manuscrito; Revisão crítica do manuscrito; Aprovação da versão final do manuscrito e assunção de responsabilidade pelo mesmo.

MD: Conceção e desenho do estudo; Revisão crítica do manuscrito; Aprovação da versão final do manuscrito e assunção de responsabilidade pelo mesmo.

Conflito de interesses

Nenhum conflito de interesse foi declarado pelas autoras.

Fontes de apoio / financiamento

Este estudo não foi objeto de nenhum financiamento.

Agradecimentos

Aos caríssimos Peritos que participaram no estudo e permitiram validar mais de uma centena de itens com medidas a implementar nos nossos serviços de urgência para humanizar os cuidados lá prestados: que mantenham esta resiliência que caracteriza o papel que desempenham nos vossos serviços e que vos motiva a participar em projetos de investigação para a melhoria das práticas clínicas.

Referências

1. OECD. Health at a glance 2023: OECD indicators. Paris: OECD Publishing; 2023. (Health at a Glance).
2. Rocha PA da. A procura de cuidados de saúde urgentes em Portugal. Porto: Faculdade de Medicina da Universidade do Porto; 2020.
3. Ponte KMDA, Bastos FES, Fontenele MGM, Sousa JG De, Aragão OC. Comfort requirements of patients assisted by the urgency and emergency service: implications for the nursing profession. *J Res Fundam Care Online* [Internet]. 2019 [cited 2024 ago 8]; 11 (4): 925–30. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/334154424_Comfort_requirements_of_patients_assisted_by_the_urgency_and_emergency_service_implications_for_the_nursing_profession **Necessidades de conforto de pacientes atendidos no serviço de urgência e emergenc**
4. Radaelli C, Costa AEK Da, Pissaia LF. O cuidado humanizado no ambiente de urgência e emergência: uma revisão integrativa. *Res Soc Dev* [Internet]. 2019 [cited 2024 ago 8]; 8 (6): e37861057. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/1057>
5. Lemos L. Aspectos de humanização nos hospitais de adultos: aprendam com a experiência pediátrica! *Acta Med Port*. 1996; (9):383–5.
6. Betancur MAL, Henao MLG, Ramírez MCM, Pulido CF. Dificultades para la atención en los servicios de urgencias: la espera inhumana. *Invest Educ Enferm* [Internet]. 2010 [cited 2024 ago 8]; 28 (1): 64-72. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072010000100008
7. Filho SBS, Barros MEB De, Gomes RDS. A política nacional de humanização como política que se faz no processo de trabalho em saúde. *Interface Comunicação Saúde Educação* [Internet]. 2009 [cited 2024 ago 8]; 13 (suppl 1): 603–13. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/icse/a/cPffzFW5bmkf9dSh7gyVwsf/abstract/?lang=pt>

8. Nakamoto PS. A humanização no pronto socorro do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu sob a perspectiva dos profissionais de saúde. Botucatu: Faculdade de Medicina da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”; 2007.
9. Koenig AM, Teixeira LDAS. Reflexões sobre a morte e o morrer. *Cad Bras Ter Ocup* [Internet]. 2022[cited 2024 ago 8]; (30) :e3157. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cadbto/a/qMhFsGnBRVYGGSY64Xv5bjH/?lang=pt>
10. Lopes EFB. Política nacional de humanização: “Projeto Posso Ajudar”, acolhimento e desafios. *Experiência Rev Cient de Ext* [Internet]. 2018 [cited 2024 ago 8]; 4 (1): 84-96. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/experiencia/article/view/32586>
11. Ávila-Morales J. La deshumanización en medicina. Desde la formación al ejercicio profesional. *IATREIA* [Internet]. 2017 [cited 2024 ago 8]; 30 (2): 216–29. Disponível em: <https://revistas.udea.edu.co/index.php/iatreia/article/view/26067>
12. Carrillo AM, Rodas MPA. Conceptos bioéticos para tener en cuenta en el servicio de urgencias. *Universitas Médica* [Internet]. 2019 [cited 2024 ago 8]; 60 (3): 1–7. Disponível em: [https://revistas.iaveriana.edu.co/files-articulos/UMED/60-3%20\(2019-III\)/231059231010/](https://revistas.iaveriana.edu.co/files-articulos/UMED/60-3%20(2019-III)/231059231010/)
13. Barros AIA. Humanização dos cuidados de enfermagem em contexto de urgência e emergência [Tese Mestrado]. Porto: Instituto de Ciências da Saúde, Escola de Enfermagem, Universidade Católica Portuguesa; 2021.
14. Lima TJV de, Arcieri RM, Garbin CAS, Moimaz SAS. Humanização na atenção à saúde do idoso. *Saúde Soc* [Internet]. 2010 [cited 2024 ago 8]; 19 (4): 866–77. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/mc3H6SMdntHZhwp53N9Lq8p/?format=pdf&lang=pt>
15. Reis AOA, Marazina IV, Gallo PR. A humanização na saúde como instância libertadora. *Saúde Soc* [Internet]. 2004 [cited 2024 ago 8]; 13 (3): 36–43. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/L7dV5VCJpMJ4LXBBwx4XdGd/?format=pdf&lang=pt>
16. Pasche DF, Passos E. Inclusão como método de apoio para a produção de mudanças na saúde - aposta da política de humanização da saúde. *Saúde em Debate* [Internet]. 2010 [cited 2024 ago 8]; 34 (86): 423–32. Disponível em: <https://scispace.com/pdf/inclusao-como-metodo-de-apoio-para-a-producao-de-mudancas-na-50m5si0o5r.pdf>
17. Pereira SR, Souza SJP de, Nascimento KF do, Tominaga LBL, Lopes J do CM. A ciência do cuidado e a humanização em urgência e emergência. *Revista Gestão e Saúde* [Internet]. 2020 [cited 2024 ago 8]; 2 (22). Disponível em:

<https://www.herrero.com.br/files/revista/fileaeb6da40c633cb159b4078b9065fa711.pdf>

18. Campos MAS, Pérez RAL. La conexión epistémica entre formación humanista y educación profesional universitaria. *Sophia* [Internet]. 2022 [cited 2024 ago 8]; (32): 275–97. Disponível em: <https://sophia.ups.edu.ec/index.php/sophia/article/view/32.2022.09>

19. Rios IC. Humanização: a essência da ação técnica e ética nas práticas de saúde. *Rev Bras Educ Med* [Internet]. 2009 [cited 2024 ago 8]; 33 (2): 253–61. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/LwsOggyXBqqf8tW6nLd9N6v/abstract/?lang=pt>

20. Pérez-Fuentes MDC, Herera-Peco I, Jurado MDM, Ruiz NFO, Ayuso-Murillo D, Linares JJG. The Development and validation of the healthcare professional humanization scale (HUMAS) for nursing. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2019 [cited 2024 ago 8]; 16 (20): 3999. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6843922/>

21. Moreira MADM, Lustosa AM, Dutra F, Barros EDO, Batista JBV, Duarte MCS. Políticas públicas de humanização: revisão integrativa da literatura. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2015 [cited 2024 ago 8]; 20 (10): 3231–42. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/flvqxsD4Lwy7L38Sy797qvw/?lang=pt>

22. Mota RA, Martins CGDM, Vêras RM. Papel dos profissionais de saúde na política de humanização hospitalar. *Psicol Estud* [Internet]. 2006 [cited 2024 ago 8]; 11 (2): 323–30. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pe/a/RvZzMgdxZngYscGQsGNWHvF/?lang=pt>

23. Freitas FDDS De, Silva RN Da, Araújo FP De, Ferreira MDA. Environment and humanization: resumption of nightingale's discourse in the national humanization policy. *Esc Anna Nery Revista de Enfermagem* [Internet]. 2013 [cited 2024 ago 8]; 17 (4): 654-660. Disponível em: <https://www.eanjournal.org/article/doi/10.5935/1414-8145.20130008>

24. Fontão MC, Rodrigues J, Lino MM, Lino MM, Kempfer SS. Nursing care to people admitted in emergency for attempted suicide. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2018 [cited 2024 ago 8]; 71(suppl 5): 2199–205. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30365784/>

25. Canova J de CM, Ribeiro R de CHM, Silva APP da, Soler ZASG. Percepção de pacientes idosos quanto à humanização da assistência de enfermagem em uma emergência hospitalar. *Enfermagem Brasil* [Internet]. 2012 [cited 2024 ago 8]; 11 (4): 210–5. Disponível em: <https://convergenceseditorial.com.br/index.php/enfermagembrasil/article/view/3808/5809>

26. Dantas HL, Costa CRB, Costa LDMC, Lúcio IML, Comassetto I. Como elaborar uma revisão integrativa: sistematização do método científico. *Revista Recien - Revista Científica de Enfermagem* [Internet]. 2022 [cited

2024 ago 8]; 12 (37): 334–45. Disponível em: <https://recien.com.br/index.php/Recien/article/view/575>

27. Andrade EA, Donelli TMS. Acolhimento e humanização: proposta de mudança na recepção aos usuários do setor de emergência/urgência do Hospital Municipal de Novo Hamburgo (HMNH). *Boletim da Saúde* [Internet]. 2004 [cited 2024 ago 8]; 18 (2):17–24. Disponível em:

<http://www.boletimdasaude.rs.gov.br/conteudo/1292/acolhimento-e-humanizacao-proposta-de-mudanca-na-recepcao-aos-usuarios-do-setor-de-emergencia-urgencia-do-hospital-municipal-de-novo-hamburgo-hmnh>

28. Gonçalves AVF. Avaliação do acolhimento no serviço de emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre na perspectiva da pessoa idosa. Porto Alegre: Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2011.

29. Andrade LAS de. Protocolo de Admissão do idoso no setor de emergência. Curitiba: Universidade Federal do Paraná; 2017.

30. Buffoli M, Bellini E, Dell'Ovo M, Gola M, Nachiero D, Rebecchi A, et al. Humanisation and soft qualities in emergency rooms. *Ann Ist Super Sanita* [Internet]. 2016 [cited 2024 ago 8]; 52 (1): 40–7. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27033617/>

31. Chou YC, Dang V, Yen HY, Hsu PS. Developing a measurement scale of gender-friendly hospital environments: an exploratory study of customer perceptions in Taiwan. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2018 [cited 2024 ago 8]; 15 (10): 2227. Disponível em: <https://www.mdpi.com/1660-4601/15/10/2227>

32. Anguita M, Sanjuan-Quiles Á, Ríos-Risquez MI, Valenzuela-Anguita MC, Juliá-Sanchis R, Montejano-Lozoya R. Humanização dos cuidados de saúde no serviço de urgência: análise qualitativa baseada nas experiências dos enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência* [Internet]. 2019 [cited 2024 ago 8]; IV Série (23): 59–68. Disponível em: https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=3292&id_revista=24&id_edicao=209

33. Souza TH de, Andrade SR de. Embracement with risk classification: an indicator of the emergency demand on a hospital service. *Cogitare Enferm* [Internet]. 2014 [cited 2024 ago 13]; 4 (19): 643–50. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/317453779_Embracement_with_risk_classification_an_indicator_of_the_emergency_demand_on_a_hospital_service

34. Dall'Orso M, Concha PJ. Presencia familiar durante la reanimación cardiopulmonar: la mirada de enfermeros y familiares. *Cienc Enferm* [Internet]. 2012 [cited 2024 ago 8]; 18 (3): 83–99. Disponível em: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532012000300009

35. Pires ACS. Interculturalidade no serviço de urgência. Setúbal: Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Setúbal; 2013.
36. Vergano M, Naretto G, Elia F, Gandolfo E, Calliera CN, Gristina GR. ELS (ethical life support): a new teaching tool for medical ethics. *Crit Care* [Internet]. 2019 [cited 2024 ago 8]; 23 (1): 204. Disponível em: <https://ccforum.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13054-019-2474-x>
37. Heifetz M, Lunsky Y. Implementation and evaluation of health passport communication tools in emergency departments. *Res Dev Disabil* [Internet]. 2018 [cited 2024 ago 8]; (72): 23–32. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29080483/>
38. Souza WF de, Mutro MEG, Paes N de F, Altino R de C, Saranholi TL. Barreiras na comunicação em serviços de urgência e emergência: variáveis que interferem na interpretação da mensagem *Rev Enferm Atual In Derme* [Internet]. 2021 [cited 2024 ago 13]; 95 (33). Disponível em: <https://mail.revistaenfermagematual.com.br/index.php/revista/article/view/744/784>
39. Almeida AP dos S, Piccoli KC, Santoro D. Entendendo o delirium e suas implicações para o cliente: contribuição para a prática da enfermagem na unidade de emergência. *Enfermagem Brasil* [Internet]. 2011 [cited 2024 ago 13]; 10 (4): 248–53. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/366047008_Entendendo_o_delirium_e_suas_implicacoes_para_o_cliente_contribuicao_para_a_pratica_da_enfermagem_na_unidade_e_de_emergencia
40. Ekman I, Swedberg K, Taft C, Lindseth A, Norberg A, Brink E, et al. Person-centered care--ready for prime time. *Eur J Cardiovasc Nurs* [Internet]. 2011 [cited 2024 ago 8]; 10(4):248–51. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21764386/>
41. Martínez PP. Servicio de humanismo y bioética de la Fundación Santa Fe de Bogotá, Colombia. dos años de experiencia. *Acta Med Colomb* [Internet]. 2017 [cited 2024 ago 13]; 42(2):129–35. Disponível em: <https://www.redalyc.org/journal/1631/163152072010/html/>
42. Barrios M, Guilera G, Nuño L, Gómez-Benito J. Consensus in the Delphi Method: what makes a decision change? *Technol Forecast Soc Change* [Internet]. 2021 [cited 2024 ago 8]; (163): 120484. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S004016252031310X>
43. Yusoff MSB. ABC of Content Validation and Content Validity Index Calculation. *Education in Medicine Journal* [Internet]. 2019 [cited 2024 ago 14];11 (2): 49–54. Disponível em: https://eduimed.usm.my/EIMJ20191102/EIMJ20191102_06.pdf
44. Meleis AI. *Theoretical nursing: development and progress*. 3a. California: Lippincott; 1997.
45. Marques VJB, Freitas D de. Método DELPHI: caracterização e potencialidades na pesquisa em Educação. *Pro-Posições Journal* [Internet]. 2018 [cited 2024 ago 19]; 29 (2): 389–415. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pp/a/MGG8gKTQGhrH7czngNFQ5ZL/?lang=pt&format=html>