



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO

Escola Superior de Saúde

COMPETÊNCIAS NO CUIDAR DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA EM CONTEXTO DE SERVIÇO DE URGÊNCIA

Luísa Maria da Costa Amorim Barbosa

Julho de 2022



**INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO**

V Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

COMPETÊNCIAS NO CUIDAR DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA EM CONTEXTO DE SERVIÇO DE URGÊNCIA

Relatório de Estágio de Natureza Profissional

Trabalho efetuado sob a orientação de:

Regente: Prof.^a Doutora Aurora Pereira

Coorientador: Mestre Samuel Sousa

Realizado por Luísa Barbosa

Julho de 2022

RESUMO

O desenvolvimento de um estágio de natureza profissional permite aos enfermeiros que frequentam os cursos de mestrado complementar a sua formação académica exercitando uma atividade profissional e/ou desenvolvendo atividades que privilegiem o contacto real com o contexto de intervenção e com o destinatário dos cuidados numa área específica de especialização. Neste pressuposto, o estágio desenvolveu-se num serviço de urgência que corresponde a um serviço de cuidados na área de enfermagem médico-cirúrgica, na vertente da enfermagem à pessoa em situação crítica.

Este documento constitui o relatório final onde estão relatadas de forma crítico-reflexiva as atividades desenvolvidas e as competências profissionais adquiridas que se enquadram, na generalidade, em quatro domínios essenciais para uma prática de cuidados especializada: prestação de cuidados, gestão de cuidados e governação clínica, formação e investigação.

Para uma melhor organização factual, optou-se por dividir este documento em duas partes. A primeira parte, intitulada “Cuidar da Pessoa em Situação Crítica – da Formação às Aprendizagens em Contexto Clínico”, contextualiza o ENP e analisa e reflete criticamente as atividades desenvolvidas no âmbito da prestação de cuidados, gestão de cuidados e governação clínica e formação. A segunda parte deste documento revela o percurso investigativo realizado no decorrer do estágio inserido na temática “As Vivências da Família do Doente no Serviço de Urgência na Pandemia”. Para compreender as vivências da família do doente no serviço de urgência na pandemia – objetivo geral deste estudo – optou-se por um estudo de natureza qualitativa, de carácter exploratório e descritivo. O acesso aos participantes (familiares) ocorreu através de um processo de amostragem não probabilística por conveniência. Para o efeito, a recolha de dados junto da família do doente admitido no serviço de urgência efetuou-se com recurso à realização de entrevistas semiestruturadas. A análise de conteúdo realizada revela que a maior parte dos familiares atribuiu à experiência um significado negativo. Obter informação, ter conforto, estar próximo, ter suporte e sentir segurança foram as cinco categorias de necessidades sentidas e identificadas no estudo, tendo a pandemia agravado a sua satisfação. O impacto da restrição do acompanhamento como medida imposta pela situação pandémica teve impacto negativo relacionado com o doente, nomeadamente no risco de eventos adversos, na falta de apoio, na satisfação das necessidades básicas e no sentimento de abandono, e relacionado com a família, designadamente no acesso à informação, na gestão da incerteza, no papel de acompanhante e na comunicação com o doente. Foi destacada a importância do enfermeiro no acolhimento

do doente e família e também no envolvimento da família como foco dos cuidados de enfermagem. Proporcionar informação e dar apoio foram as intervenções de enfermagem sugeridas pelos participantes. As sugestões de melhoria centraram-se na otimização da comunicação, no estabelecimento de maior contacto com os familiares, na criação de um espaço próprio para os familiares e na adequação do regulamento de visitas e acompanhantes.

Palavras-chave: enfermagem, estágio, serviço de urgência, doente crítico, família

ABSTRACT

The development of a professional internship allows nurses who attend master's courses to complement their academic training by exercising a professional activity and/or developing activities that privilege real contact with the context of the intervention and with the receptor of care in an area of specialization. In this assumption, the internship was developed in an emergency service that corresponds to a care service in the area of medical-surgical nursing, in the field of nursing for the person in a critical situation.

This document constitutes the final report where the activities developed and the acquired professional competences are reported, which generally fall into four essential domains for a specialized care practice: care provision, care management and clinical governance, training and research.

For a better factual organization, it was decided to divide this document into two parts. The first part, entitled “Caring for the Person in Critical Situation – from Training to Learning in a Clinical Context”, contextualizes the ENP and critically analyzes and reflects the activities carried out in the scope of care delivery, care management and clinical governance and training. The second part of this document reveals the investigative path carried out during the internship inserted in the theme "The Experiences of the Patient's Family in the Emergency Service in the Pandemic". In order to understand the experiences of the patient's family in the emergency department during the pandemic – the general objective of this study – a qualitative, exploratory and descriptive study was chosen. Access to participants (family members) occurred through a non-probabilistic convenience sampling process. For this purpose, data were collected from the family of the patient admitted to the emergency department using semi-structured interviews. The content analysis carried out reveals that most family members attributed a negative meaning to the experience. Obtaining information, having comfort, being close, having support and feeling safe were the five categories of needs felt and identified in the study, with the pandemic worsening their satisfaction. The impact of restricting follow-up as a measure imposed by the pandemic situation had a negative impact related to the patient, namely the risk of adverse events, lack of support, satisfaction of basic needs and the feeling of abandonment, and related to the family, namely in access to information, in the management of uncertainty, in the role of companion and in communication with the patient. The importance of nurses in welcoming the patient and family and also in involving the family as the focus of nursing care was highlighted. Providing information and providing support were the nursing interventions

suggested by the participants. Suggestions for improvement focused on optimizing communication, establishing greater contact with family members, creating a space for family members and adapting the rules for visits and companions.

Keywords: nursing, internship, emergency department, critically ill, family

Ao João, fonte de amor, respeito, otimismo, compreensão, verdade;

Aos meus pais, irmãos, cunhados e sobrinhos, fontes de fé, perdão, exemplo, integridade;

Aos meus amigos, fontes de abraços, amizade, diversão;

A todos os colegas enfermeiros, fontes de inspiração, apoio, dedicação;

À professora Aurora, fonte de sabedoria, orientação, assertividade;

A todos os doentes e seus familiares, fontes de cuidado, confiança, coragem.

“O que te peço, Senhor, é a graça de ser. Não te peço mapas, peço te caminhos. O gosto dos caminhos recomeçados, com suas surpresas, suas mudanças, sua beleza. Não te peço coisas para segurar, mas que as minhas mãos vazias se entusiasmem na construção da vida. Não te peço que pares o tempo na minha imagem predileta, mas que ensines meus olhos a encarar cada tempo como uma nova oportunidade. Afasta de mim as palavras que servem apenas para evocar cansaços, desânimos, distâncias. Que eu não pense saber já tudo acerca de mim e dos outros. Mesmo quando eu não posso ou quando não tenho, sei que posso ser, ser simplesmente. É isso que te peço, Senhor: de novo, dá-me a graça de ser.”

(José Tolentino Mendonça)

SUMÁRIO

RESUMO	4
ABSTRACT	6
AGRADECIMENTOS	8
SUMÁRIO.....	10
ÍNDICE DE FIGURAS	13
ÍNDICE DE QUADROS	14
SIGLAS	15
INTRODUÇÃO.....	17
PARTE I: CUIDAR DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA – DA FORMAÇÃO ÀS APRENDIZAGENS EM CONTEXTO CLÍNICO.....	22
CAPÍTULO 1 – CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL.....	23
1. O ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL: OS OBJETIVOS E O CONTEXTO	23
1.1. Os Objetivos	23
1.2. O Contexto das Práticas de Cuidados – Caracterização do Serviço de Urgência	25
2. RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL, ÉTICA E LEGAL	33
CAPÍTULO 2 – ANÁLISE E REFLEXÃO CRÍTICA DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS E COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS.....	40
3. PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADOS À PESSOA/FAMÍLIA EM SITUAÇÃO CRÍTICA	41
4. GESTÃO DE CUIDADOS: COMO GERIR RECURSOS	56
5. FORMAÇÃO NO DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL: AS COMPETÊNCIAS NÃO TÉCNICAS	78
5.1. Diagnóstico de situação	82

5.1.1 Caracterização da Equipa de Enfermagem.....	83
5.1.2 Identificação das necessidades para a melhoria da prática dos cuidados.....	85
5.1.3 Atividades no âmbito da humanização dos cuidados.....	88
6. SÍNTESE DE ATIVIDADES.....	91

PARTE II: PERCURSO INVESTIGATIVO: AS VIVÊNCIAS DA FAMÍLIA DO DOENTE NO SERVIÇO DE URGÊNCIA NA PANDEMIA..... 93

INTRODUÇÃO.....	94
-----------------	----

CAPÍTULO 1 - ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	96
---	----

1. A FAMÍLIA: CONCEITOS E EVOLUÇÃO.....	96
---	----

2. CUIDADOS DE SAÚDE À FAMÍLIA.....	101
-------------------------------------	-----

2.1. O Ciclo de Saúde e de Doença da Família.....	102
---	-----

2.2. O Quadrângulo Terapêutico.....	104
-------------------------------------	-----

3. A FAMÍLIA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA.....	106
--	-----

3.1. Das Necessidades à Intervenção.....	111
--	-----

CAPÍTULO 2 - PERCURSO METODOLÓGICO.....	118
---	-----

4. DA PROBLEMÁTICA AOS OBJETIVOS DO ESTUDO.....	118
---	-----

5. TIPO DE ESTUDO.....	123
------------------------	-----

6. DO CONTEXTO AOS PARTICIPANTES.....	124
---------------------------------------	-----

7. PROCEDIMENTOS DE RECOLHA DE DADOS.....	127
---	-----

8. PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DE DADOS.....	128
---	-----

9. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	131
------------------------------	-----

CAPÍTULO 3 – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS.....	133
--	-----

1. Significado atribuído pela família à admissão e permanência no serviço de urgência. 134	
---	--

2. Necessidades sentidas pela família durante a admissão e permanência no serviço de urgência.....	137
--	-----

3. Impacto da Restrição do Acompanhamento.....	140
4. Intervenções do Enfermeiro junto da Família.....	145
5. Sugestões de Melhoria	148
CAPÍTULO 4 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	152
CAPÍTULO 5 - CONCLUSÕES E PERSPECTIVAS FUTURAS	170
CONCLUSÃO FINAL.....	174
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	178
APÊNDICES E ANEXOS	193
APÊNDICE A – Objetivos do ENP	194
APÊNDICE B – Organização Cronológica dos Serviços de Urgência.....	196
APÊNDICE C – Atividade: <i>stock</i> de EPIs	199
APÊNDICE D – Cartão de Identificação	203
APÊNDICE E – Procedimento Técnico: funcionamento do Parque de Equipamentos	205
APÊNDICE F – Questionário.....	210
APÊNDICE G – Síntese da Análise das Respostas ao Questionário	215
APÊNDICE H – Apresentação.....	224
APÊNDICE I – Guião de Entrevista	229
APÊNDICE J – Matriz de Redução de Dados	232
APÊNDICE K – Consentimento Informado	243
APÊNDICE L – Documento Informativo sobre o Estudo	245
ANEXOS.....	247
ANEXO A – Declaração de Formação em Serviço	248
ANEXO B – Questionário de Avaliação da eficácia da formação.....	250
ANEXO C – Autorização para a Realização do Estudo.....	253

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Triagem de Manchester.....	27
Figura 2 – Ciclo de Saúde e de Doença da Família.....	103
Figura 3 – Modelo das Transições: Teoria de Médio Alcance.....	110
Figura 4 – As Vivências da Família do Doente no Serviço de Urgência durante a Pandemia: Áreas Temáticas	133
Figura 5 – Significados Atribuídos pela Família à Admissão e Permanência no Serviço de Urgência: categorias	134
Figura 6 – Necessidades Sentidas pela Família durante a Admissão e Permanência no Serviço de Urgência: categorias	137
Figura 7 – Impacto da Restrição do Acompanhamento: categorias e subcategorias	140
Figura 8 – Intervenções do Enfermeiro junto da Família: categorias e subcategorias.....	146
Figura 9 – Sugestões de Melhoria: categorias.....	149

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Caracterização da equipa de enfermagem do SUMC da ULSAM.....	84
Quadro 2 – Sugestões para a melhoria da prática dos cuidados.....	86
Quadro 3 – Necessidades formativas nas áreas da prestação e gestão dos cuidados de enfermagem	87
Quadro 4 – Diversidade de tipos de família.....	98
Quadro 5 – Caracterização sociodemográfica e profissional dos familiares participantes	126
Quadro 6 – Objetivos do ENP.....	195
Quadro 7 – Organização Cronológica dos Serviços de Urgência	197

SIGLAS

ADR – Área Dedicada ao Doente Respiratório

AVC – Acidente Vascular Cerebral

CDE – Código Deontológico do Enfermeiro

CID – Cartão Identificação

CNT – Competências Não-Técnicas

DMC – Departamento de Medicina Crítica

EAM – Enfarte Agudo do Miocárdio

ECG – Eletrocardiograma

ENP – Estágio de Natureza Profissional

EPIs – Equipamentos de proteção individual

ERPI – Estruturas Residenciais para Idosos

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

MCAF – Modelo Calgary de Avaliação na Família

MCIF – Modelo Calgary de Intervenção na Família

OE – Ordem Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PEDMC – Parque de Equipamentos do Departamento de Medicina Crítica

RT – Responsável de turno

SIE – Serviço de Instalações e Equipamentos

SU – Serviço de Urgência

ULSAM – Unidade Local do Alto Minho

VV – Via verde

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

CCFNI – Critical Care Family Needs Inventory

CCFNI-ED - Critical Care Family Needs Inventory – Emergency Department

SNS – Serviço Nacional de Saúde

PTM – Protocolo da Triagem de Manchester

RSL – Revisão Sistemática da Literatura

INTRODUÇÃO

O mais recente plano de estudos do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, aprovado no Despacho n.º 2597/2021 (2021), contempla que no 1º semestre do 2º ano curricular, o estudante opte por uma de três modalidades para a conclusão do seu percurso académico: Dissertação de Natureza Científica, Trabalho de Projeto ou Estágio de Natureza Profissional (ENP) com relatório final.

O percurso até chegar aqui não foi tão linear como suposto e a realização do ENP não foi a opção inicial. Em setembro de 2017 iniciei este percurso académico e conduzi-o com muito entusiasmo até ao momento em que se impôs a elaboração da dissertação de natureza científica. Fruto de alguma imaturidade e indecisão, em vez de respostas, caiu sobre mim uma avalanche de questões que me fizeram perder o foco. A junção de imprevistos de natureza pessoal com o aparecimento de novos desafios profissionais produziu a equação perfeita para a rotura do fio condutor. Tardei no reconhecimento situacional; sucedeu-se um período vazio, anónimo e triste. Em outubro de 2020, renasceu a vontade da reconciliação. Entender que o tempo tinha passado e as regras do jogo tinham-se alterado foi um processo de mágoa. No meio de toda a tempestade emocional descrita, surge então o Estágio de Natureza Profissional.

O Art.º 6 do Despacho n.º 16549/2012 (2012, p. 40975) onde se encontram descritas as Normas Regulamentares dos Ciclos de Estudos Conducentes ao Grau de Mestre do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, define que o Estágio de Natureza Profissional

“visa complementar a formação académica realizada no decorrer da componente de especialização do ciclo de estudos através da integração do mestrando no exercício de uma atividade profissional ou no desenvolvimento de atividades em empresas ou entidades propiciadoras de contactos reais com o mundo do trabalho.”

A especialização, não deixando de ser um investimento, é uma necessidade que potencia economias de escala e de conhecimento, incrementos de produtividade e melhores cuidados de saúde prestados, ajudando na resposta aos desafios que surgem (Lopes, Gomes e Almada-Lobo, 2018). Com a especialização em enfermagem, beneficiam os utentes (melhoria dos indicadores de saúde), as instituições (melhoria dos indicadores de gestão e de eficiência) e os próprios enfermeiros (melhoria dos índices de satisfação e retenção) (*Ibidem*).

De acordo com o Regulamento nº 140/2019 (2019), “o enfermeiro especialista é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem”. As designadas competências comuns do enfermeiro especialista “envolvem as dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança, incluindo a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante e pertinente, que permita avançar e melhorar de forma contínua a prática da enfermagem” (Ordem dos Enfermeiros, 2019). São quatro os domínios destas competências: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão de cuidados; desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Para Vieira (2017), a especialidade de enfermagem médico-cirúrgica, criada em 1983, sempre esteve mais voltada para a assistência aos doentes críticos e em situação de emergência. A sua vasta abrangência, assim como as necessidades de cuidados especializados em áreas emergentes, relativamente às quais se reconhece a imperatividade de especificar as competências de acordo com o destinatário dos cuidados e o contexto de intervenção, fizeram emergir quatro novas áreas de enfermagem: área de enfermagem à pessoa em situação crítica, área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, área de enfermagem à pessoa em situação peri-operatória e área de enfermagem à pessoa em situação crónica (Regulamento nº 429/2018, 2018). Assim, a especialidade de enfermagem médico-cirúrgica “é hoje solicitada por uma grande variedade de contextos assistenciais (...) solicitando formação específica” (Vieira, 2017, p. 45).

Das quatro áreas de enfermagem que se criaram a partir da especialidade em enfermagem médico-cirúrgica, a área de enfermagem à pessoa em situação crítica é aquela que, como o nome indica, se vocaciona para o atendimento das pessoas que recorrem aos serviços de urgência. Os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica revestem-se de uma importância máxima e englobam uma avaliação diagnóstica e a monitorização constantes por forma a conhecer continuamente a situação da pessoa alvo dos cuidados, de prever e detetar precocemente as complicações e de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil (Coimbra e Amaral citados por Ordem dos Enfermeiros, 2017).

Assim, espera-se do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica as seguintes competências específicas: a) Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica; b) Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da

conceção à ação; c) Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de resposta em tempo útil e adequadas (Regulamento n.º 429/2018, 2018).

O ENP desenvolveu-se no serviço de urgência médico-cirúrgica da Unidade Local de Saúde do Alto Minho (ULSAM). Teve início a 11 de janeiro e o seu término a 6 de julho do ano transato; neste período contabilizaram-se 393 horas de contacto que permitiram o desenvolvimento de atividades no âmbito da prestação de cuidados, gestão, formação e investigação na área do atendimento à pessoa/família em situação crítica.

Para além dos objetivos definidos pelo protocolo de estágio, a minha experiência profissional, as minhas expectativas e necessidades individuais, induziram a necessidade de especificar outros objetivos que ao longo do ENP se foram concretizando através das atividades desenvolvidas que se encontram descritas e analisadas no neste relatório. De acordo com a elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão dos cuidados, e ainda, de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria, defini assim os seguintes objetivos específicos:

- Prestar cuidados à pessoa/família em situação crítica admitida na sala de emergência;
- Garantir a administração de protocolos terapêuticos complexos à pessoa/família em situação crítica admitida na sala de emergência;
- Gerir diferenciadamente a dor e o bem-estar da pessoa/família em situação crítica admitida na sala de emergência com otimização de respostas;
- Gerir a comunicação interpessoal e o estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa/família em situação crítica admitida na sala de emergência;
- Participar nos programas de melhoria contínua da qualidade dos cuidados;
- Compreender a importância da gestão dos recursos materiais e físicos na promoção de ambientes seguros;
- Compreender a importância da gestão dos recursos humanos no funcionamento e na dinâmica da equipa;
- Promover o cumprimento de procedimentos, normas e recomendações de boas práticas;
- Desenvolver habilidades e estratégias para a apresentação e discussão do diagnóstico de necessidades formativas à equipa;
- Participar em atividades/programas de resposta às necessidades identificadas.

- Identificar um problema de investigação relacionado com a pessoa/família em situação crítica;
- Proceder à revisão da literatura sobre a temática identificada;
- Desenvolver competências relacionadas com a(s) metodologia(s) de investigação, no papel de investigadora;
- Interpretar os resultados do trabalho de investigação desenvolvido para apresentação de sugestões de melhoria da qualidade dos cuidados prestados;
- Compreender o impacto da investigação na adoção de melhores intervenções junto da pessoa/família em situação crítica.

Este relatório tem como objetivo descrever de forma reflexiva e crítica todo o processo de aprendizagem desenvolvido no decorrer do estágio. Os objetivos acima delineados visaram o desenvolvimento de competências do enfermeiro especialista na área de especialização de enfermagem médico-cirúrgica, designadamente de competências científicas, técnicas, éticas e relacionais com a pessoa doente em situação crítica e sua família. Ao longo deste documento são destacadas as enormes oportunidades de aprendizagem ocorridas num contexto de grandes desafios para a prestação e gestão de cuidados de enfermagem.

Tanto para o desenvolvimento do estágio, como para a produção escrita deste relatório, foi utilizada uma metodologia que se baseou não só na pesquisa bibliográfica proveniente de livros, revistas, artigos, e estudos disponibilizados em bases de dados científicas, mas também, na mobilização dos conhecimentos adquiridos na componente teórica deste processo e na experiência profissional adquirida até ao momento. Desta junção resultou este documento que procura evidenciar o enorme crescimento pessoal e profissional, a vivência de inúmeras experiências desafiadoras e transformadoras, o desenvolvimento de competências e a oportunidade de experimentar uma área tão enriquecedora.

Ainda que a organização deste relatório tenha experimentado várias faces, optou-se por uma organização que o divide em duas partes distintas. A primeira parte divide-se em dois capítulos: o primeiro capítulo contextualiza o local de estágio e o segundo capítulo analisa e reflete criticamente as atividades desenvolvidas e as competências adquiridas. A segunda parte descreve todo o percurso investigativo realizado durante o ENP intitulado “as vivências da família do doente no serviço de urgência na pandemia”.

PARTE I

CUIDAR DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA – DA FORMAÇÃO ÀS APRENDIZAGENS EM CONTEXTO CLÍNICO

CAPÍTULO 1 – CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL

A concretização deste capítulo acontece com a incorporação de alguns elementos que se assumem como indispensáveis para quem, por um lado, acaba de terminar um Estágio de Natureza Profissional (ENP), e para quem, por outro lado, vai iniciar a leitura de um documento onde estão relatadas, analisadas e refletidas as vivências desse mesmo estágio. Metaforicamente, este capítulo opera como um guião: concebe o cenário, identifica os figurantes, descreve o papel dos atores, enumera os objetivos e dá a conhecer as regras e condições. Na perspetiva de Benner citada por Brykczynski (2004), que diferencia o “saber como” como um conhecimento prático e o “saber que” como as explicações teóricas, este capítulo dá resposta ao “saber que” na medida em que a informação nele contida permite a aquisição do saber, estabelecendo relações causais entre os acontecimentos.

1. O ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL: OS OBJETIVOS E O CONTEXTO

1.1. Os Objetivos

O ENP, enquanto complemento da formação académica, integra o mestrando no exercício de uma atividade profissional ou no desenvolvimento de atividades em empresas ou entidades que permitem o contacto real com o mundo do trabalho.

Para Esteves et al. (2018), os estágios curriculares constituem-se ferramentas de aproximação entre as escolas e os serviços hospitalares e possibilitam a aplicação de conhecimentos, habilidades e atitudes profissionais, fortalecendo assim as competências que se inserem nos processos de trabalho das entidades hospitalares. Ocupam um espaço importante de apropriação dos saberes e do desenvolvimento de competências, quer pelos contactos que proporcionam com a realidade que permitem uma crítica reflexiva, estimulam uma reflexão pessoal e o desenvolvimento de diversas competências essenciais para o futuro de uma profissão, quer pela carga horária que ocupam no atual plano de estudos. Um dos grandes objetivos deste momento formativo passa por articular a teoria com a prática de forma participativa, numa dualidade entre o ensinar e o aprender, com a participação ativa dos profissionais, das escolas e da comunidade (Marran et al. citados por Esteves et al. (2018).

Uma vez assumida a opção de realizar um ENP para obtenção do grau de mestre, importa que o planeamento deste percurso aconteça de forma estruturada e clara. A definição de objetivos é uma etapa que integra esse planeamento, orientando para a ação eficaz dos seus intervenientes.

Tendo em conta o protocolo de estágio da unidade curricular «Estágio de Natureza Profissional», os objetivos gerais definidos para o desenvolvimento deste percurso formativo foram:

- Desenvolver competências em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da prestação de cuidados à pessoa em situação crítica;
- Desenvolver uma prática profissional, ética e legal, na sua área de intervenção;
- Desenvolver o autoconhecimento e a assertividade;
- Identificar necessidades na área da gestão de cuidados e da governação clínica;
- Desenvolver um papel dinamizador na resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores, e articulação na equipa multiprofissional;
- Conceber/colaborar em programas de melhoria contínua da qualidade dos cuidados;
- Desenvolver aprendizagens profissionais, nomeadamente, no diagnóstico de necessidades de formação, gestão de programas formativos e intervenção como formador;
- Desenvolver competências na prática de investigação em Enfermagem.

Estes objetivos assumiram-se como norteadores da prática clínica ao longo do estágio. No entanto, com base na minha experiência profissional, nas minhas expectativas e necessidades individuais, surgiu a necessidade de especificar outros objetivos que ao longo do estágio se foram concretizando através das atividades desenvolvidas que se encontram descritas e analisadas ao longo deste relatório. A formulação dos objetivos teve por base a exploração da elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão dos cuidados, e ainda, de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria, que as competências comuns dos enfermeiros especialistas preconizam (**apêndice A**).

1.2. O Contexto das Práticas de Cuidados – Caracterização do Serviço de Urgência

De acordo com o plano de estudos do curso, preconiza-se que o desenvolvimento deste estágio ocorra em serviços cuja prestação de cuidados se insira no âmbito da Enfermagem Médico-Cirúrgica. Obedecendo a este pressuposto, o Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico (SUMC) da Unidade Local de Saúde do Alto Minho (ULSAM) foi o palco da realização deste estágio.

A Unidade Local de Saúde do Alto Minho, Entidade Pública Empresarial (ULSAM, E.P.E.), fez-se constituir pelo Decreto-Lei 183/2008, de 04 de setembro, tendo sido retificado pelo Decreto-Lei 12/2009, de 12 de janeiro. A sua sede social localiza-se na Estrada de Santa Luzia, no concelho de Viana do Castelo (Unidade Local de Saúde do Alto Minho [ULSAM], 2021).

É missão desta unidade hospitalar identificar as necessidades de saúde da população residente e responder integradamente a essas necessidades, através dos serviços públicos, privados contratualizados, comunitários ou de solidariedade social, respeitando a integridade e dignidade dos utentes, otimizando os recursos, garantindo a qualidade e efetividade da prestação de cuidados, com eficiência e eficácia, tendo em vista a excelência (Unidade Local de Saúde do Alto Minho [ULSAM], 2021).

A Unidade Local de Saúde do Alto Minho (2021) e os seus profissionais assentam a sua atividade profissional nos seguintes valores:

- Atitude centrada no cidadão e respeito pela dignidade humana;
- Cultura do conhecimento como um bem em si mesmo;
- Cultura da excelência técnica e do cuidar;
- Cultura interna de multidisciplinaridade e do bom relacionamento no trabalho.

A área de influência da ULSAM, E.P.E. cobre a totalidade do distrito de Viana do Castelo, abrangendo os concelhos de Arcos de Valdevez, Caminha, Melgaço, Monção, Paredes de Coura, Ponte da Barca, Ponte de Lima, Valença, Viana do Castelo e Vila Nova de Cerveira. Trata-se de uma área com uma superfície de 2 118,8 Km² e uma população residente estimada pelo INE, a 31 de dezembro de 2019, de 230.412.

A prestação de cuidados de saúde primários à população é garantida pelo Agrupamento de Centros de Saúde do Alto Minho (ACES), constituído por 12 centros de saúde num total de 37 unidades funcionais.

Para a prestação de cuidados diferenciados, a ULSAM, E.P.E. comporta 2 unidades hospitalares denominadas: Hospital de Santa Luzia (em Viana do Castelo) e Hospital Conde de Bertandos (em Ponte de Lima). Em constante articulação, estas duas unidades possuem:

- Consulta Externa;
- Urgência;
- Internamento;
- Cirurgia Convencional (programada e urgente);
- Cirurgia Ambulatório;
- Hospital de Dia;
- Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica;
- Serviços Domiciliários;
- Hospitalização Domiciliária;
- Telemedicina/Telessaúde

De acordo com o Despacho n.º 10319/2014 (2014), a rede de serviços de urgência pode integrar três níveis de resposta: Serviço de Urgência Básico (SUB), Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico (SUMC) e Serviço de Urgência Polivalente (SUP).

O Serviço de Urgência da ULSAM constitui um dos pilares do Departamento de Medicina Crítica (DMC), criado em 2015. É estratégia atual do serviço a orientação integrada dos doentes críticos sob os níveis adequados de cuidados, desde a admissão no SUMC/SUB até à alta e/ou transferência para os serviços de internamento e a promoção da adequada articulação com os Cuidados de Saúde Primários com o objetivo de reduzir o número de admissões inadequadas, assim como promover o encaminhamento recíproco dos doentes após alta (Unidade Local de Saúde do Alto Minho [ULSAM], 2021).

Atualmente, o Serviço de Urgência é constituído por 2 Serviços de Urgência Básicos localizados em Ponte de Lima e Monção e 1 Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico localizado em Viana do Castelo. O Serviço de Urgência Polivalente que constitui a referenciação do Serviço de Urgência da ULSAM pertence ao Hospital de Braga.

O SUMC, o segundo nível de acolhimento das situações de urgência, destina-se predominante e prioritariamente ao atendimento de situações clínicas agudas, que

necessitam de observação médica e tratamento com carácter prioritário definido no momento de admissão, de acordo com a triagem. Nele, de forma ininterrupta, estão presentes as especialidades de Medicina Intensiva, Medicina Interna, Cirurgia Geral, Ortopedia e Pediatria. Outras valências mais específicas, como por exemplo a psiquiatria, a neurologia, a cardiologia, a gastroenterologia, a obstetrícia, a ginecologia, a oftalmologia, a estomatologia, encontram-se disponíveis para apoiar e colaborar na prestação de cuidados ao utente em situação aguda.

Relativamente à estrutura física, o SUMC da ULSAM dispõe, atualmente, de 8 áreas: Área de Triagem de Prioridades; Área de Admissão/Tratamento de Curta Duração; Área Dedicada para os Doentes Respiratórios (ADR); Sala de Emergência; Área de Ortopedia/Pequena Cirurgia; Área Laranja; Unidade de Decisão Clínica (UDC); Serviço de Urgência Pediátrica (SUP).

A área de Triagem de Prioridades corresponde ao setor a partir do qual se faz a receção do utente, se define a prioridade de atendimento e a orientação dos utentes que recorrem ao SUMC. Para atribuir a prioridade de atendimento, nesta unidade hospitalar é utilizado o Protocolo da Triagem de Manchester (PTM), um método em que a avaliação clínica se inicia a partir da queixa apresentada pelo utente ao profissional de enfermagem habilitado para o efeito. As prioridades apresentam-se sob a forma de cores, sendo que a cada cor corresponde um tempo alvo previsto para a observação inicial (figura 1):

Figura 1 – Triagem de Manchester

TRIAGEM MANCHESTER		
COR	PRIORIDADE	TEMPO
VERMELHO	Emergente	Imediato
LARANJA	Muito Urgente	10 min
AMARELO	Urgente	60 min
VERDE	Pouco Urgente	120 min
AZUL	Não Urgente	240 min

Fonte: Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga (CHEDV, 2021)

A partir do momento em que o utente é triado e de acordo com a prioridade que lhe é atribuída, poderá ser encaminhado para uma das outras sete áreas acima identificadas, respeitando o Mapa de Circuito de Gestão de Doentes.

Para a área de Admissão/Tratamento de Curta Duração são encaminhados os utentes com prioridade urgente, pouco urgente e não urgente. Neste setor, na maioria dos casos, a observação inicial é feita por médicos de clínica geral, podendo, sempre que necessário, solicitar-se o apoio e colaboração de outras especialidades médicas. Os enfermeiros iniciam o processo de enfermagem quando admitem e prestam os mais diversos cuidados ao utente. Além das áreas de espera adjacentes, este setor dispõe de espaço para 4 macas e para 5 cadeirões.

A Área Dedicada para os Doentes Respiratórios (ADR) é o espaço mais recente deste SU e foi criado ao abrigo das reestruturações que o plano de contingência emanou. De acordo com as normas elaboradas pela Direção Geral da Saúde (DGS) relativamente à pandemia COVID19, o espaço foi sofrendo as alterações necessárias para que o atendimento e a prestação de cuidados decorressem com a maior segurança para todos os seus intervenientes. Sofreu obras de melhoria no 1º semestre do ano transato, passando a integrar uma sala de emergência, um isolamento, três salas de espera convertíveis em isolamentos (se necessário), sete unidades com capacidade para maca, uma casa de banho, um gabinete médico e uma sala para realização de meios complementares de diagnóstico e terapêutica (Raio-X e Tomografia Axial Computorizada). Assim, recebe todos os utentes que:

- De acordo com o SNS24, com as linhas telefónicas criadas para o efeito, ou com a avaliação das equipas das USF/UCSP, têm indicação para avaliação clínica em urgência hospitalar;
- São referenciados através do CODU/INEM;
- Recorram presencialmente ao SU e apresentem: tosse de novo, ou com agravamento do padrão habitual; febre (temperatura $\geq 38,0^{\circ}\text{C}$) sem outra causa atribuível; dispneia/dificuldade respiratória, sem outra causa atribuível; anosmia, ageusia ou disgeusia de início súbito.

A Sala de Emergência do SUMC da ULSAM está dotada de recursos materiais e humanos com um nível de diferenciação avançada. Dispõe de um médico exclusivamente dedicado aos utentes que nela sejam admitidos, assim como de dois enfermeiros (um deles dedicado à Equipa de Emergência Médica Interna (EEMI)) e um assistente operacional. Os utentes que na Triagem de Prioridades reúnam critérios para ativação dos Sistemas de Resposta Rápida (Vias Verdes) – Via Verde AVC, Via Verde Coronária, Via Verde Trauma e Via Verde Sepsis – são encaminhados para esta área com o grande objetivo de serem observados no menor tempo possível e assim confirmar ou anular a respetiva via verde. Além destas

situações, uma outra série de critérios permitem o encaminhamento dos utentes para a sala de emergência, nomeadamente: compromisso da via aérea, paragem respiratória, frequência respiratória inferior a 6 ciclos/minuto ou superior a 35 ciclos/minuto, Sat O₂ inferior a 85% com oxigénio suplementar, paragem cardiorrespiratória (PCR), frequência circulatória inferior a 40 batimentos/minuto ou superior a 140 batimentos/minuto, pressão arterial sistólica inferior a 90 mmHg, perda súbita de consciência ou alteração do estado de consciência (diminuição superior a 2 pontos na Escala de Coma de Glasgow), crise convulsiva prolongada ou repetida.

Embora duas áreas distintas, em grande parte das situações, as áreas de ortopedia e pequena cirurgia estão intimamente ligadas. Não são raras as situações em que os utentes são abordados inicialmente por uma das especialidades e posteriormente pela outra. Para estas áreas são encaminhados os utentes com queixas provocadas por traumatismos (agressão ou autoagressão, grande traumatismo, queda, dor lombar/cervical, lesão tóraco-abdominal, traumatismo cranioencefálico, queimaduras, feridas, corpo estranho, problemas nos membros/faciais/estomatológicos/oftalmológicos/ouvidos, infeções locais e abscessos). Além de dois gabinetes médicos, esta área conta ainda com um espaço com capacidade para quatro macas. Um enfermeiro, juntamente com a equipa de médicos ortopedistas e cirurgiões, presta os cuidados necessários à condição de cada utente.

A Área Laranja, à semelhança da ADR, é um setor que nasceu em 2020 e que veio dar ao SU um espaço com condições adequadas a utentes mais instáveis e com condições de saúde carecidas de maior vigilância e monitorização. Possui 15 unidades, todas elas dotadas com um monitor ligado a uma central de monitorização que faz a transmissão dos dados em tempo real. Os utentes admitidos neste setor provêm, maioritariamente, da triagem de prioridades com prioridade muito urgente para serem abordados pelas equipas de medicina interna, cirurgia geral, psiquiatria ou neurologia. No entanto, o espaço recebe utentes de qualquer outra área do SU, se a condição clínica destes o justificar. Na área laranja, juntamente com as equipas médicas, operam dois enfermeiros e um assistente operacional.

Para a Unidade de Decisão Clínica (UDC) são encaminhados os utentes cuja situação clínica se apresente com maior estabilidade, mas que ainda necessite de permanecer em observação e vigilância para, posteriormente, ter alta com orientações ou então ser internado num dos diversos serviços de acordo com a sua patologia. A UDC possui espaço para 20 utentes (em maca ou em cadeirão); além das equipas médicas responsáveis pelos utentes, estão escalados dois enfermeiros e um assistente operacional para atuar neste setor.

O Serviço de Urgência Pediátrica possui uma área específica dedicada exclusivamente ao atendimento de crianças e jovens em idade pediátrica. É sempre englobada no SUMC, uma vez que a gestão das equipas de enfermagem, assistentes operacionais e técnicos de diagnóstico é partilhada. Atualmente, à semelhança do que aconteceu nos espaços do SUMC adultos, foi subdividida em dois espaços estando um deles destinado à ADR-Pediatria.

Existem ainda outros recursos que não estando diretamente relacionados com a prestação de cuidados, permitem a realização de atividades não assistenciais: gabinete da direção e chefia, gabinete administrativo, gabinetes médicos, salas de espera, sala de esterilização, sala de materiais, Raio-X, copa e casas de banho.

Pela diversidade dos espaços e das infraestruturas anteriormente apresentados, é possível prever que também os recursos humanos se revestem dessa mesma multidisciplinaridade. Integram o SU: médicos, enfermeiros, assistentes operacionais, técnicos de diagnóstico e terapêutica, assistentes técnicos e elementos das forças de segurança. Sobre os recursos humanos, o Despacho nº 10319/2014 advoga que o SU deve fazer-se constituir por equipas de profissionais de saúde dedicados à Urgência com formação específica em Suporte Avançado de Vida (médicos e enfermeiros) e em Suporte Básico de Vida (assistentes operacionais). Pela inexistência da especialidade de Medicina de Urgência e Emergência, os recursos do setor médico compreendem médicos contratados para a triagem e equipas das diversas valências especializadas, organizadas em escalas pelos diretores dos respetivos serviços. Em contrapartida, as equipas de enfermagem e de assistentes operacionais operam, em exclusividade, no serviço de urgência.

A equipa de enfermagem deste SU é coordenada por um enfermeiro gestor/coordenador, detentor da especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica. A equipa de enfermagem do SUMC (incluindo o Serviço de Urgência Pediátrica) é composta por 81 enfermeiros. Destes, 15 enfermeiros possuem a especialidade de enfermagem Médico-Cirúrgica, 5 enfermeiros são especialistas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica e 1 enfermeiro possui a especialidade em Enfermagem de Reabilitação. De uma forma geral, a equipa de enfermagem presta funções em todas as áreas do serviço segundo um plano de trabalho por turno, em esquema rotativo e dinâmico, elaborado pelo enfermeiro gestor/coordenador ou, na sua ausência, pelo enfermeiro responsável de turno (RT). Nos turnos da manhã e da tarde, o plano de trabalho reúne 13 enfermeiros e no turno da noite 11 enfermeiros.

A Equipa de Emergência Médica Interna está sediada no SUMC e é composta por dois elementos: um médico e um enfermeiro. Para além dos critérios estabelecidos pela direção

e coordenação, os elementos que compõem a EEMI têm que pertencer a qualquer um dos serviços do Departamento de Medicina Crítica (DMC): Unidade de Cuidados Intermédios, Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico, Serviço de Urgência Básico de Ponte de Lima ou Monção, Unidade de Cuidados Intensivos. Além de dar resposta a todas as ativações da EEMI, o enfermeiro desta equipa colabora na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, mais especificamente na sala de emergência.

Os serviços de urgência, tal qual os conhecemos hoje, foram sofrendo várias alterações relativamente à estrutura, aos recursos humanos, à formação, aos critérios e aos indicadores de qualidade. Todas estas alterações advieram, direta e indiretamente, de uma sociedade em constante evolução, com necessidades cada vez mais específicas e evidentes, com uma esperança média de vida cada vez maior e, conseqüentemente, com um maior número de pessoas idosas.

O relatório do Grupo de Trabalho Serviço de Urgência (2019) permite-nos aceder de uma forma sistematizada e cronológica ao percurso legislativo e outros acontecimentos aplicados aos serviços de urgência no nosso país (**apêndice B**).

Tendo por base os conceitos de urgência e emergência, poderia parecer óbvio que os serviços de urgência atuais pudessem ser, maioritariamente, recetores de pessoas gravemente doentes com necessidade de assistência médica rápida ou imediata, ou seja, pessoas em situação crítica. De acordo com o Regulamento nº 429/2018 (2018), a pessoa em situação crítica é “aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica”. No entanto, a realidade do dia-a-dia, acreditada pelos instrumentos de monitorização utilizados pelo SNS, demonstra que uma grande parte dos utilizadores dos SU recorrem a estes de forma inadequada, acabando por consumir recursos de emergência como profissionais de saúde e equipamentos médicos, desviando-os de doentes mais graves e aumentando a carga de trabalho profissional (Grupo de Trabalho Serviço de Urgência, 2019).

Para Ferreira et al. (2020), o serviço de urgência é um ambiente de stress, desprovido de padronização de cuidados, imprevisível, cujas ações dependem do tempo, pautado por um ritmo de trabalho apressado onde todos os minutos contam e onde é necessária uma equipa profissional muito bem preparada e capacitada com conhecimentos, com competências técnicas e psicomotoras, na tomada de decisão e rapidez na sistematização do trabalho em equipa. Os serviços de urgência, assim como os profissionais de saúde que neles

desenvolvem a sua atividade profissional, enfrentam desafios de grande complexidade tendo em conta a sua realidade: uma dinâmica de constante mudança, onde tudo acontece de forma rápida e não programada com uma exigente capacidade de flexibilidade de adaptação acrescentando o nível de exigência de uma resposta atempada, eficaz e cientificamente adequada (Grupo de Trabalho Serviço de Urgência, 2019).

Para Brazão et al. (2016), uma das áreas com maior complexidade de assistência e com maior fluxo de atividades de profissionais e utentes de um hospital acontece no serviço de urgência, exigindo aos profissionais uma série de atributos: capacidade de pensar rápido, agilidade, competência e capacidade de resolução de problemas emergentes.

Gedmintas et al. citados por Brazão et al. (2016) afirmam que os serviços de urgência constituem ambientes de trabalho caótico, cuja carga de trabalho associada aos doentes observados não pode ser calculada, ainda que o número destes mesmos doentes possa ser obtido a partir dos programas e sistemas de informação que acompanham e monitorizam o padrão de utilização dos serviços.

Num estudo publicado pela OCDE em 2015, Portugal ocupou o primeiro lugar de uma lista de 22 países relativamente ao número de episódios do serviço de urgência. Os problemas socioeconómicos que o país atravessa juntamente com o envelhecimento da população e o aumento da esperança média de vida traduzem-se numa mudança significativa nos padrões de doença e, conseqüentemente, nos comportamentos dos seus portadores (Grupo de Trabalho Serviço de Urgência, 2019).

Vários são os adjetivos atribuídos aos serviços de urgência: imprevisível, complexo, exigente, caótico, desafiador. Todas estas características têm instigado a necessidade de experimentar diferentes modelos organizativos capazes de melhorar o seu funcionamento quer para os utilizadores, quer para os profissionais de saúde que a eles se dedicam.

Em cada modelo organizativo encontrado, independentemente se é implementado ou não, os recursos humanos assumem uma importância indiscutível no que respeita à sua plurivalência: “os profissionais de saúde são uma das partes centrais neste processo, tendo que desempenhar funções administrativas, de gestão, diagnóstico de casos difíceis, supervisão e formação dos mais novos, cooperação e resolução de conflitos com utentes, familiares, forças de segurança pública, entre outros” (Brazão et al., 2016, p. 9).

2. RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL, ÉTICA E LEGAL

A responsabilidade profissional, ética e legal surge no regulamento de competências comuns do enfermeiro especialista como um dos quatro domínios da sua atividade. Neste âmbito, é esperado que o enfermeiro especialista desenvolva duas competências: a) desenvolver uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional; b) garantir práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais (Regulamento nº 140/2019, 2019).

Falar, ou escrever, sobre responsabilidade profissional, ética e legal remete-me para as conquistas que a enfermagem, enquanto disciplina e profissão, alcançou. Assim, a nossa responsabilidade estende-se tão longe no tempo e no espaço, quanto os nossos poderes, independentemente da sua previsibilidade, probabilidade ou possibilidade (Vieira, 2004).

Os enfermeiros, enquanto pessoas que cuidam de pessoas, não podem esquecer aquela que foi uma das maiores conquistas na regulação da vida em sociedade: a Declaração Universal dos Direitos Humanos, aprovada em 10 dezembro de 1948 pela Assembleia Geral das Nações Unidas – em Portugal ratificada apenas em 1978 – que constitui um documento histórico no que respeita à proteção das pessoas no mundo (Deodato, Martins e Carneiro, 2008). Para Sousa (2008), os enfermeiros, enquanto profissionais do cuidado humano, assumem “um papel crucial no respeito, na defesa e na promoção dos direitos das pessoas de quem cuidam”.

A responsabilidade, no sentido mais lato da palavra (comprometer-se perante alguém), é-nos solicitada nos vários contextos da nossa vida: no seio familiar, nos grupos sociais, na comunidade, no trabalho, no lazer. Para Vieira (2004), a primeira ideia que surge quando se aborda a temática, prende-se com a possibilidade de reconhecer como responsável aquele que é o autor dos seus atos ou é responsável pelos atos de outrem em razão do estado. A mesma autora analisa a responsabilidade profissional sob duas perspetivas: jurídica – aquela que nos leva a responder perante a sociedade representada por um tribunal – e a ética – aquela que nos obriga a responder por aquele que *se nos confia*.

Na qualidade de enfermeiros, quando iniciamos a nossa atividade profissional, assumimos a missão de cuidar daqueles que nos vierem a ser confiados, ou seja, assumimos “a responsabilidade de agir de determinado modo (com a preocupação da defesa da dignidade e liberdade da pessoa)” (Ordem dos Enfermeiros, 2015). De acordo com Silva (2004), a

conduta das pessoas, enquanto membros de determinada profissão, e das suas relações é regulada pelas regras e princípios éticos que cada profissão possui. A relação entre enfermeiro e doente/família “fundamenta-se nas palavras e nos atos permitidos, tolerados ou interditos no decurso das interações que visam a manutenção da saúde, prevenção das doenças [...]” (Silva, 2004, p. 496). Desta relação única, delicada e fundamental entre o enfermeiro e o doente/família e da evolução registada pela enfermagem – quer a nível da respetiva formação de base, quer ao nível da complexificação e dignificação do exercício profissional – foi imperativo reconhecer o valor do papel do enfermeiro no âmbito da comunidade científica de saúde e da qualidade e eficácia da prestação de cuidados de saúde (Decreto-Lei nº 161/96, 1996). Surge assim, em 1996, o documento de natureza jurídica que descreve a responsabilidade profissional dos enfermeiros: o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE). O exercício profissional passou a ser regulamentado, garantindo que o mesmo se desenvolve não só com a salvaguarda dos direitos e normas deontológicas específicos da enfermagem, mas também de forma a proporcionar aos cidadãos os cuidados de enfermagem que necessitam. O REPE veio clarificar conceitos, caracterizar os cuidados de enfermagem, especificar a competência dos profissionais legalmente habilitados a prestá-los e definir a responsabilidade, os direitos e os deveres dos mesmos profissionais, permitindo assim dissipar dúvidas e prevenir equívocos decorrentes dos próprios elementos que integram as equipas de saúde e da população em geral (Decreto-Lei nº 161/96, 1996).

Além do REPE, para exercer a sua atividade profissional com a responsabilidade que lhes está associada, os enfermeiros sustentam-se num conjunto articulado e coerente de deveres profissionais que se apresentam no Código Deontológico do Enfermeiro (CDE). Os códigos deontológicos, enquanto conjuntos de normas que incidem sobre obrigações, responsabilidades, direitos e que regulam o exercício de uma profissão, incluem normas de carácter ético ou moral (asseguram a integridade do profissional) e de carácter jurídico e administrativo (asseguram a qualidade do exercício profissional) (Neves, 2004).

A publicação do CDE surge no mesmo documento que anuncia a criação da Ordem dos Enfermeiros, em 21 de abril de 1998, no Decreto-Lei nº104/98 (1998). Assim, pela primeira vez em Portugal, a profissão de Enfermagem passou a ter um instrumento jurídico, uma implementação legal, que passou a conferir à Ordem dos Enfermeiros, relativamente à violação das normas de natureza deontológica, o poder de instaurar inquérito ou procedimento disciplinar. O CDE, de conhecimento obrigatório restrito a todos os

enfermeiros, “enuncia princípios e valores e prescreve um conjunto de deveres para o exercício profissional de Enfermagem em Portugal” tendo sido elaborado com base no respeito pelos diversos direitos das pessoas a quem são prestados cuidados (Deodato, 2008, p. 4).

As conquistas acima evidenciadas, traduzidas num formato de documentos de natureza ético-jurídica, celebram a estreita relação que existe entre a enfermagem e a ética. Se por um lado, a função da ética é “guiar a atividade do enfermeiro a favor do bem presumido do Outro” (Nunes, 2004, p. 38), por outro lado a simples existência de um código de ética não garante que o comportamento dos enfermeiros seja sempre eticamente correto (Lopes, 2004). Os motivos para este desequilíbrio são diversos e discutíveis, mas o equilíbrio será sempre um caminho, um constructo que resulta de “uma maturidade lentamente adquirida, trabalhada no decurso da vida profissional com todos os seus percalços, incompreensões, cansaço, mas também com a alegria e satisfação se o enfermeiro mantiver presente e viva a atenção global à pessoa humana que é cada utente, com as suas especificidades próprias” (Martins, 2004, p. 234). Aceitar os desafios que surgem quando nos confrontamos com temáticas que nos são menos familiares e refletir sobre eles constituem estratégias para adquirir essa maturidade. Ainda assim, surgem diariamente situações e momentos que inquietam e perturbam a nossa consciência, uma vez que implicam tomar decisões acerca do utente que cuidamos.

Para Nora et al. (2016), a tomada de decisão deve ser cuidadosa e ponderada, uma vez que o bem-estar e a segurança do doente dependem desse processo, podendo ser mais ou menos complexo. Um problema ético caracteriza-se por não ter apenas uma solução e ter várias formas de chegar a ela, requerendo assim um processo de escolha ou deliberação ética (Junges citado por Nora et al., 2016). Em situações limite, quando a solução do problema fica reduzida a duas opções extremas e opostas estamos perante um dilema ético (Zoboli citado por Nora et al., 2016).

Os enfermeiros confrontam-se com problemas e dilemas éticos quando, nos mais variados contextos do seu exercício profissional, surgem situações imprevisíveis, complexas e de difícil resolução, geradoras de incerteza e de insegurança. Ao enfermeiro compete desenvolver habilidades e estratégias, mobilizar recursos de natureza multidimensional (como sejam elementos éticos, científicos, profissionais, deontológicos, culturais, sociais e jurídicos) para solucionar os problemas éticos da prática e construir decisões eticamente prudentes (Marques-Vieira e Gonçalves, 2021). Sob a tomada de decisão, Marques-Vieira e

Gonçalves (2021) afirmam que é necessária a inclusão dos conceitos inerentes à disciplina de enfermagem, assim como a relação entre eles, para que se possa proceder à avaliação, reconhecimento e/ou antecipação das condições do contexto clínico. Vieira (2017) acrescenta que uma sensibilidade moral acentuada, um saber ético, a imaginação, a experiência de vida, as virtudes (compaixão, empatia, integridade, cuidado, decência), a informação (da lei, processos culturais e sociais, natureza humana, política) e um profundo compromisso pessoal para fazer o que está “certo” são requisitos para quem toma a decisão.

Curiosamente, uma revisão da literatura realizada por Nora et al., (2016) indica que os enfermeiros vivenciam mais problemas éticos do que outros profissionais e num estudo realizado por Bucknall citado por Marques-Vieira e Gonçalves (2021) em contexto hospitalar estimou-se que os enfermeiros tomam, em média, 240 decisões a cada duas horas. Vieira (2017, p. 98) afirma que “esta rotina diária não pode ser entendida como se a tomada de decisão ética fosse uma coisa banal, que requer pouco conhecimento, capacidades ou atenção”.

Fatores como a acessibilidade, multiplicidade e ambiguidade dos dados clínicos, as necessidades apresentadas por cada indivíduo, o tempo de decisão, os recursos disponíveis, as relações interpessoais e as múltiplas interrupções associadas à complexidade dos cuidados interferem com a tomada de decisão. Também o contexto clínico influencia as escolhas do enfermeiro, uma vez que as múltiplas e imprevisíveis contingências exigem do profissional “decisões complexas de modo rápido e preciso, envolvendo escolhas não aleatórias, a fim de otimizar os resultados esperados” (Marques-Vieira e Gonçalves, 2021, p. 53).

Tendo em conta toda a caracterização dos serviços de urgência que já foi feita neste relatório, é indiscutível a importância que a responsabilidade profissional, ética e legal que o enfermeiro assume. A junção de todas as especificidades de um serviço de urgência com os requisitos enunciados para uma “boa” tomada de decisão ética, é, por si só, um problema ético. Quando se discute, atualmente, a questão da utilização inadequada destes serviços, a falta de ambiente, a precaridade de tempo para observação e a necessidade de decisões rápidas, associa-se a esta discussão a impessoalidade da maioria dos atendimentos, acabando por prejudicar a relação e proporcionar uma atmosfera de insegurança e atitudes defensivas que conduzem a atuações médicas variáveis ante situações similares, gerando frequentemente conflitos de natureza ética (Rosa, Pais e Consciência, 2016). Observa-se, portanto, uma fragmentação do ser humano, como se as suas necessidades fossem exclusivamente biológicas (Assis et al., 2016).

Não é incomum que, num contexto de prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, as principais preocupações dos profissionais se foquem nas prioridades terapêuticas como são a correção de desequilíbrios homeostáticos, a estabilização hemodinâmica e das condições da ventilação, a reposição e conservação da volêmia, a restauração dos desequilíbrios eletrolíticos, das alterações metabólicas e o controlo da dor (Nunes, 2015). No que respeita a problemas éticos, outras temáticas emergem diariamente da prática dos enfermeiros nos serviços de urgência. A pessoa em situação crítica apresenta, com frequência, alterações clínicas que exigem maior perspicácia no reconhecimento de momentos de transição, na antecipação e na previsão de problemas; é esperada a execução de um julgamento clínico num curto espaço de tempo, garantindo assim o diagnóstico e gestão de funções fisiológicas sustentáveis nos doentes instáveis (Nunes, 2016). Num estudo realizado pela mesma autora, os enfermeiros identificaram como principais preocupações éticas (no contexto de atendimento à pessoa em situação crítica) o respeito à informação à pessoa, o acompanhamento em fim de vida, a responsabilidade profissional em intervenções interdependentes, a decisão do destinatário dos cuidados, a distribuição de recursos, o respeito pela pessoa e o sigilo profissional. Embora estas preocupações sejam transversais a outros contextos clínicos, o que as torna singulares perante situações críticas, de urgência, emergência e cuidado intensivo, é o elevado sentido de responsabilidade que exigem do enfermeiro decisões num curto espaço de tempo e cuidados de elevada complexidade, priorizando aspetos técnicos que visam restabelecer e aumentar a qualidade de vida da pessoa, deixando para “segundo plano” aspetos relacionais, culturais e humanos. É inegável a importância que o tempo assume tanto na tomada de decisão como na análise necessária: “há muitas situações em que não se pode demorar (...), e a própria demora revela-se irreversível no que diz respeito às possibilidades de tomada de decisão quanto aos rumos de ação” (Nunes, 2015, p. 196). Ainda assim, o que os enfermeiros no seio das suas equipas devem promover é a discussão, análise e reflexão para que determinada situação se constitua recurso interno para casos similares que aconteçam posteriormente.

Desta discussão, análise e reflexão, devem ser parte integrante os principais conceitos éticos e legais, nomeadamente “o respeito pela vida humana e pela sua dignidade, o dever da não discriminação, a proteção dos diminuídos e dos mais fracos, o respeito pelo segredo médico e o dever de contribuir para o progresso da medicina” (Rosa, Pais e Consciência, 2016, p. 19). Para um julgamento clínico adequado e uma prática reflexiva em cuidados à pessoa em situação crítica, Benner citado por Nunes (2016) identificou nove aspetos capazes de orientar

o pensamento em enfermagem em diferentes situações: 1) estabelecimento de prioridades, 2) aquisição de conhecimentos e sua aplicação prática, 3) capacidade de raciocínio face à mudança, 4) conhecimento especializado, 5) capacidade de agir face à resposta do doente, 6) capacidade de influenciar uma situação, 7) identificação e resolução de problemas, 8) articulação de princípios éticos com a prática clínica e a 9) capacidade de se colocar no lugar do outro. A corroborar, Nora et al. (2016) refere que os princípios e valores da ética da enfermagem assumem-se como elementos influenciadores da tomada de decisão ética, assim como os princípios éticos.

Quatro princípios éticos foram eleitos para orientar a ação no campo das ciências da saúde e da investigação: Princípio da Beneficência, Princípio da Não Maleficência, Princípio da Justiça e o Princípio da Autonomia.

Para Varkey (2021), o princípio da beneficência exige não apenas evitar danos, mas também beneficiar as pessoas e promover o seu bem-estar. Obriga o profissional de saúde a agir em benefício da pessoa e apoia uma série de regras morais para proteger e defender o direito dos outros, prevenir danos, remover condições que possam causar danos, ajudar as pessoas com deficiência e resgatar pessoas em perigo. Para Martins (2004), este princípio orienta-nos para a promoção do bem no ato de cuidar, sabendo que um dos objetivos dos nossos cuidados é o de agir para o bem do outro, assim como ajudar o outro a encontrar o que é para o seu benefício.

O princípio da não-maleficência propõe a obrigação de não causar qualquer dano de forma intencional, ou seja, não prejudicar a pessoa (Martins, 2004). Para Varkey (2021), aplica-se a prática da não-maleficência quando se pesam os benefícios e os encargos de todas as intervenções e tratamentos, evitando aqueles que são inadequadamente onerosos e escolhendo o melhor curso de ação para a pessoa. Em decisões difíceis relacionadas com os cuidados à pessoa em fim de vida, nomeadamente sobre a suspensão do tratamento de suporte de vida, nutrição e hidratação administradas por medicamentos e no controlo da dor e de outros sintomas, este princípio assume um papel muito relevante (*Ibidem*).

O princípio da autonomia confere ao doente a liberdade de decisão, com conhecimento de causa e sem coação, fornecendo-lhe a informação correta (Rosa, Pais e Consciência, 2016). Oferecer a possibilidade de fazer uma escolha livre entre as alternativas existentes, no pressuposto de um consentimento informado, é respeitar o princípio da autonomia (Filipe, 2004). Compete aos profissionais de saúde considerar e avaliar se a informação transmitida foi adequada, assim como se o consentimento para os tratamentos, cuidados a prestar ou

outros procedimentos, foi informado e obtido, para que o doente exerça a autodeterminação. Importa salientar que este princípio não pode aplicar-se às pessoas que não têm capacidade (competência) para agir com autonomia, como são exemplo os bebês e crianças e as pessoas portadoras de distúrbios de desenvolvimento, mentais ou físicos (Varkey, 2021).

Por fim, o princípio da justiça apela à distribuição equitativa dos recursos necessários à assistência, assim como à garantia de acesso aos cuidados de saúde a todos os cidadãos (Rosa, Pais e Consciência, 2016). Praticar a justiça implica exigir excelência de competências nos cuidados de enfermagem, assim como saber interagir com a pessoa doente, isto é, cuidá-la dignamente no seu corpo e respeitar os seus valores, crenças e desejos (Dias, 2004).

De uma forma sintetizada, obedecer aos princípios da bioética implica “respeitar de forma absoluta a autonomia da pessoa humana, oferecer o máximo de benefício para a saúde (...), não lhe causar mal ou danos, assim como agir com responsabilidade com os recursos de que dispõe, para promover a saúde” (Rosa, Pais e Consciência, 2016, p. 20).

Cuidar da pessoa em situação crítica traz ao enfermeiro múltiplos desafios no que respeita à sua responsabilidade profissional, ética e legal; os serviços de urgência enfrentam hoje diversos problemas que afetam o seu correto e bom funcionamento. As mudanças demográficas e o perfil das patologias, além de constituírem um problema económico para o sistema de saúde, assumem um papel provocatório aos profissionais de saúde; a participação ativa nas decisões sobre os planos terapêuticos por parte da pessoa/família, assim como o aumento da complexidade dos cuidados condicionam os cuidados que se prestam; o aumento da atividade no campo da investigação traz aos enfermeiros a obrigatoriedade de uma atualização permanente; o incumprimento das dotações seguras por parte das organizações coloca os enfermeiros num exercício de objeção de consciência, uma vez que uma quantidade inadequada de profissionais numa combinação inadequada de níveis de competências ameaçam a segurança e a qualidade dos cuidados, assim como as convicções religiosas, morais e éticas.

CAPÍTULO 2 – ANÁLISE E REFLEXÃO CRÍTICA DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS E COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS

Estagiar no meu local de trabalho foi uma opção que me obrigou a um longo exercício de ponderação. Para a concretização deste exercício, a identificação e a análise de aspetos positivos e outros menos positivos foi determinante. Conhecer o local de estágio previamente assumiu-se aliciante, na medida em que abreviaria significativamente o processo de adaptação e ampliaria o tempo destinado ao desenvolvimento de atividades e aquisição de competências, permitiria assumir uma postura ativa e participante muito mais rapidamente, e o estabelecimento das relações intra e interdisciplinares não se colocaria como uma barreira tão difícil de ultrapassar. Por outro lado, assumir o papel de estudante junto dos pares não se adivinharia uma transição fácil; além disso, moderar as expectativas enquanto estudante porque se conhece a realidade do serviço e a velocidade com que as mudanças tendem a acontecer, assim como reduzir o tamanho ao desafio porque o contacto com a novidade seria menor, seriam duas constantes no decorrer do longo do estágio. Enumerados os prós e contras, consenti aos aspetos positivos uma maior ponderação e validei esta opção.

A fase inicial do estágio reservou-se, essencialmente, à definição de estratégias para dar resposta aos objetivos delineados. Algumas atividades foram previamente programadas e incluídas no cronograma, outras surgiram de forma espontânea e inusitada, mas todas elas com base numa necessidade sentida e assumida não só por mim, como também pela coordenação do serviço. Quer na definição das estratégias, quer na programação das atividades, foram imprescindíveis os contributos do enfermeiro tutor e do enfermeiro coordenador. Foram permitidas reflexões e discussões que me capacitaram e contribuíram para o meu desenvolvimento e crescimento profissional.

Este capítulo pretende dar resposta ao “saber como”, ou seja, nele estão espelhados muitos dos conhecimentos e muitas das competências que foram possíveis adquirir no contexto da prática e que desafiam “o saber que” abordado no primeiro capítulo (Brykczynski, 2004). Para Benner citado por Brykczynski (2004), o conhecimento prático que se obtém a partir das mais variadas e complicadas situações clínicas permite expandir as explicações teóricas. Foram definidas quatro grandes áreas de intervenção para o desenvolvimento de competências no decorrer do estágio: prestação de cuidados, gestão de cuidados, formação e investigação. Embora a área da prestação de cuidados seja, por defeito, a mais desenvolvida por todos os enfermeiros, o ponto 6 do artigo 9º do REPE clarifica a contribuição destes

profissionais no exercício da sua atividade nas áreas de gestão, investigação, docência, formação e assessoria, para a melhoria e evolução da prestação dos cuidados de enfermagem.

3. PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADOS À PESSOA/FAMÍLIA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

A estratégia delineada para dar resposta à prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa/família em situação crítica passou por reservar esta atividade a um único setor do serviço de urgência: sala de emergência. Não quero com esta opção incorrer no risco de colocar em questão a importância e a necessidade dos cuidados especializados nos outros setores do serviço de urgência. A escolha do setor baseou-se na maior probabilidade que este espaço detém para cuidar da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, assim como para dinamizar a resposta em situações de emergência.

A existência de uma sala de emergência como espaço de intervenção da área clínica é uma recomendação dada, em 2007, pela Direção Geral de Instalações e Equipamentos da Saúde. Nessa altura, para a sala de emergência, seriam encaminhados os doentes inicialmente classificados de emergentes ou, se necessário, qualquer doente que no serviço de urgência apresentasse descompensação das funções/parâmetros vitais que colocasse a vida em risco. Mais tarde, em 11 de agosto de 2014, o Despacho n.º 10319/2014 (2014, p. 20677), veio clarificar que da estrutura física e recursos materiais deveria ser parte integrante, como condição essencial para o serviço de urgência, a “sala de emergência para doentes críticos com condições para suporte avançado de vida” entre outras estruturas. Também em 2015, as recomendações técnicas para os serviços de urgência reforçaram esta posição.

Para Aehlert citado por Ferreira et al. (2020), a prestação de cuidados na sala de emergência implica a rápida restauração da viabilidade ventilatória e circulatória objetivando sempre a preservação dos órgãos vitais. Tendo em conta a complexidade dos utentes admitidos na sala de emergência, a equipa que opera neste espaço deve ser detentora de formação específica de forma a responder com eficiência tanto às situações de origem interna, como às situações identificadas através da triagem de prioridades.

O mesmo documento que esclarece a estrutura física e os recursos materiais (Despacho n.º 10319/2014, 2014) enumera o conjunto de requisitos formativos referentes ao enfermeiro que exerce funções no serviço de urgência, acrescentando que, pelo menos 50% dos enfermeiros devem ter a formação específica exigida ao enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica.

Juntando todos os argumentos supracitados, a Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica, pronunciou-se sobre a alocação do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na sala de reanimação, emitindo um parecer de carácter vinculativo com a seguinte conclusão: “o profissional detentor do título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica é aquele que detém o core de competências adequado para dar resposta às necessidades em cuidados em contextos de prática clínica de sala de emergência/reanimação” (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p. 2).

No local onde decorreu o estágio, a gestão dos recursos humanos é feita por forma a que este preceito seja cumprido. Assim, na sala de emergência opera um grupo restrito de enfermeiros que possui formação específica e avançada para cuidar da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, obedecendo aos requisitos formativos criteriosamente definidos no artigo 21º do Despacho nº 10319/2014 (2014): formação em suporte avançado de vida adulto e pediátrico, formação em suporte avançado de vida em trauma, formação em ventilação e controlo hemodinâmico, formação em transporte de doente crítico, formação em vias verdes, formação em comunicação e relacionamento em equipa, gestão de stress e conflitos, comunicação do risco e transmissão de más notícias.

Embora a grande reflexão deste ponto se veicule para a prestação de cuidados, não será possível fazê-lo sem abordar tudo o que acontece muito antes de ser admitido um doente neste espaço: a gestão é tão complexa e rigorosa quanto os cuidados que nela se prestam.

Como já foi referido neste relatório, lembro que a pessoa em situação crítica é “aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (Regulamento nº 429/2018, 2018, p. 19362). Aos profissionais que cuidam da pessoa que se encontra nestas circunstâncias não é permitida grande margem de erro. As equipas, com toda a formação preconizada, têm que assumir a sua capacidade máxima, mas outros recursos (não-humanos) assumem igual importância, como são exemplo os materiais de consumo clínico, a terapêutica, os equipamentos de monitorização e vigilância. Para Ferreira et al.

(2020), a manutenção da sala de emergência, nomeadamente a confirmação de todas as condições do espaço, assim como a reposição de *stocks* e confirmações/verificações dos materiais e equipamentos agregam as funções do enfermeiro responsável por esta área de intervenção clínica. A sala de emergência deve estar sempre preparada para o início de uma emergência, com a garantia de que o trabalho é desenvolvido em equipa, num espírito de coesão e linguagem comum, com o papel de cada interveniente bem definido e as suas responsabilidades coordenadas por um elemento previamente conhecido (Massada citado por Ferreira et al., 2020).

Foi com muito agrado que ao longo do estágio participei ativamente nesta gestão podendo constatar que as listas de verificação são um grande contributo quando as equipas estão sensibilizadas para a sua utilidade. Todos os dias, preferencialmente no início do turno da manhã, o enfermeiro da sala de emergência preenche a lista de verificação da sala, onde é verificada a presença dos materiais e equipamentos pré-definidos, sendo também este o momento em que se testam os equipamentos residentes (ventiladores, monitores, desfibrilhadores, máquinas de perfusão). Existe ainda uma calendarização diferenciada para verificar malas de transporte (inter e intra-hospitalar) assim como prazos de validade de material cujo uso é mais esporádico. Esta atividade permitiu-me um conhecimento mais profundo do espaço, dos materiais e equipamentos, assim como do seu funcionamento, possibilitando uma prestação de cuidados mais ágil e consistente. A meu ver, a responsabilidade que se adjudica a esta tarefa incute ao enfermeiro momentos de reflexão crítica que podem gerar grandes mudanças em processos de melhoria contínua, particularmente no que respeita à inclusão de novos materiais ou equipamentos, na alteração da disposição dos que já existem, na uniformização de procedimentos para um melhor atendimento ao doente crítico. Na ausência de algum material ou no caso de expiração da sua validade, o enfermeiro tem tanto dever de identificar, como de resolver e proceder à sua reposição, mesmo que para isso tenha de realizar vários contactos e/ou esgotar todas as alternativas.

Deste modo, as responsabilidades do enfermeiro alocado à sala de emergência não se encerram nem se limitam à prestação de cuidados diretos à pessoa, família/cuidador em situação crítica. A gestão deste espaço é complexa na medida em que também os recursos nela existentes (humanos e materiais) não são inesgotáveis. Foram vários os momentos em que foi necessário assumir um papel de *team leader* para que a operacionalidade da sala de emergência não fosse posta em causa. Na função de líder, o enfermeiro organiza a equipa,

distribui funções, acompanha e incentiva cada elemento, apoiando de forma imparcial, assumindo-se como uma referência na prestação de cuidados (Nascimento e Pires, 2021). Nas últimas décadas, ultrapassaram-se muitos constrangimentos relativamente à função do *team leader*, mas este papel ainda se associa, de forma quase exclusiva, às situações de reanimação cardiorrespiratória. Outras situações, aparentemente mais simples, carecem de uma liderança efetiva, que permita “reconhecer e respeitar a intervenção de cada elemento para que sejam devidamente distribuídas as suas funções de modo a que todos possam contribuir para o sucesso dos cuidados, focando-se e centrando-se no indivíduo e sua família” (Nascimento e Pires, 2021, p. 213).

Na minha ótica, existe uma certa tendência para prolongar a permanência do utente neste setor, além do necessário. Se por um lado, é verdade que este é um espaço mais controlado, mais organizado, mais capacitado, também é verdade que não é ilimitado. Assume-se um certo conforto e uma certa comodidade quando um utente, depois de estabilizado, se mantém na sala de emergência e, talvez por isso, as decisões e intervenções médicas se protelem, impedindo, muitas vezes, que a atividade e a dinâmica da sala de emergência sejam praticáveis. A capacidade máxima desta sala corresponde a um total de 4 utentes; a imprevisibilidade é uma conhecida característica do serviço de urgência e não são raras as vezes que o enfermeiro é chamado à tomada de decisão sobre a necessidade de manter, ou não, determinado utente, em detrimento de outro poder ser admitido. Felizmente, o trabalho em equipa é uma chave fundamental para a resolução de muitos problemas que ocorrem no *background*. Para Gluyas citado por Nascimento e Pires (2021), há uma forte e significativa correlação entre um trabalho de equipa eficaz e a segurança do utente. O trabalho em equipa é reconhecido como uma das competências não técnicas mais importantes e nele participam sete componentes: comunicação, definição de prioridades, compostura e controlo, moral positiva, capacidade de adaptação, reavaliação e antecipação de ações (INEM, 2019). McFarlane citado por Nascimento e Pires (2021) enumera as bases das competências de equipas eficazes: comunicação (uso de linguagem comum e partilha do conhecimento com modelos mentais semelhantes), objetivos comuns claros com resultados esperados, apoio mútuo (baseado num clima colaborativo de confiança), capacidade de monitorização da situação (através dos atributos individuais e coletivos) e liderança.

Para além do trabalho em equipa, que em muito apoia a tomada de decisão do enfermeiro, outros elementos são necessários para saber gerir o fluxo de utentes que entram e saem de uma sala de emergência. Nada pode ser corretamente decidido sem que uma avaliação

clínica sistematizada e bem estruturada seja realizada ao utente. A complexidade dos cuidados prestados à pessoa em situação crítica exige uma abordagem diferenciada, metódica e universal. Para Mendes (2019), a abordagem do doente em contexto de urgência deve pautar-se por um processo organizado e sistematizado, tendo por objetivo identificar, em segurança e por ordem de gravidade, os problemas existentes e adequar a terapêutica. A abordagem ABCDE, embora inicialmente mais dirigida a doentes politraumatizados, é aquela que consensualmente reúne características para abordar a pessoa em situação crítica. O seu princípio passa por corrigir as condições que constituem uma ameaça à vida do doente através da exploração de uma sequência de etapas:

- A: Via aérea com controlo da cervical;
- B: Ventilação e oxigenação;
- C: Circulação com controlo da hemorragia;
- D: Disfunção neurológica;
- E: Exposição com controlo do ambiente.

Em cada etapa são avaliados determinados componentes e, embora se preconize uma avaliação sequencial, a abordagem é feita de forma sinérgica facilitada pelo trabalho de equipa. Para Costa (2021), o doente crítico deve ser abordado por prioridades, avaliando, passo a passo, as circunstâncias que condicionam o transporte ou o fornecimento de oxigénio às células numa lógica de “problema encontrado = problema resolvido”. As competências científicas, técnicas e humanas que o enfermeiro possui capacitam-no para a realização desta avaliação sistematizada, sendo ela necessária para priorizar os cuidados e assim definir as suas intervenções.

O enfermeiro, no exercício da sua atividade, depara-se com a existência de dois tipos de intervenções: as autónomas e as interdependentes. As ações realizadas pelos enfermeiros, sob sua única e exclusiva iniciativa e responsabilidade, de acordo com as respetivas qualificações profissionais são chamadas de autónomas (REPE, artigo 9.º, n.º2); aquelas que os enfermeiros praticam de acordo com as respetivas qualificações profissionais, juntamente com outros técnicos, para atingir um objetivo comum, decorrentes de planos de ação previamente definidos pelas equipas multidisciplinares em que estão integrados e das prescrições ou orientações previamente formalizadas são as interdependentes (REPE, artigo 9.º, n.º3). É com base nestas definições e nas qualificações profissionais adquiridas que cada enfermeiro organiza, coordena, executa, supervisiona e avalia as intervenções de enfermagem, decide sobre técnicas e meios a utilizar na prestação de cuidados, potenciando

e rentabilizando os recursos existentes, criando confiança e promovendo o envolvimento dos cidadãos (Vieira, 2017). Em contexto de sala de emergência nem sempre é fácil categorizar, ou disciplinar, a autonomia do enfermeiro. Muitas vezes, identificar e responder de forma pronta e antecipatória aos focos de instabilidade que o utente apresenta constitui uma ameaça à autonomia do enfermeiro. O respeito pela vida e dignidade humanas, os protocolos e algoritmos avançados e, em última instância, aquilo que é *life-saving* constituem grandes armas para as quais são necessários grandes operadores. A minha experiência, ainda que parca, diz-me que o diálogo interdisciplinar aliado a uma grande responsabilidade crítico-reflexiva permitirão gerir aquilo que é o conteúdo das intervenções autónomas e das intervenções interdependentes. Nem sempre, pelos mais diversos motivos, este *clichê* é praticável. Ainda assim, pude constatar que a casuística se relaciona positivamente com uma melhor gestão dos cuidados a prestar, corroborando (em parte) o *Modelo de Aquisição de Competência de Dreyfus*, adaptado por Patricia Benner.

A prestação de cuidados à pessoa em situação crítica em contexto de sala de emergência permitiu-me vivenciar e fazer parte de situações altamente complexas e com uma singularidade surpreendente. Enquanto futura enfermeira especialista, procurei continuamente novas oportunidades de aprendizagem, assim como novos desafios, alcançando assim o nível de autonomia e afirmação desejáveis.

Não é possível descrever ao limite todas as situações vividas, mas as reflexões provocadas por algumas delas, assim como as competências adquiridas e desenvolvidas na sua resolução serão abordadas nos próximos parágrafos com a discussão crítica de alguns casos. Os padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem à pessoa em situação crítica, bem como as competências gerais e específicas do enfermeiro especialista neste âmbito, permitiram manter o foco nos objetivos e a orientação ao longo deste percurso.

Caso 1

A admissão de uma criança de 4 anos com alteração do estado de consciência na sala de emergência é um momento representativo de algum *stress* para toda a equipa multidisciplinar. Na etiologia deste *stress* estão, sobretudo, dois fatores: o número reduzido de admissões de utentes pertencentes a esta faixa etária em situação crítica e a gestão da família de uma criança com uma doença súbita. Não podendo atuar de forma alguma sobre a casuística existente, optou-se por solicitar a presença e o contributo da equipa médica e de enfermagem do serviço de urgência pediátrica. As duas equipas potenciaram o seu campo de ação e ofereceram à criança uma abordagem mais direcionada e personalizada. À

semelhança do adulto, utilizou-se a abordagem ABCDE, detetando-se imediatamente alterações na via aérea, estando esta comprometida por depressão do estado de consciência e, conseqüentemente, na ventilação. A colocação do tubo orofaríngeo e a administração de oxigênio por máscara de alta concentração resolveram os problemas identificados, possibilitando que o restante exame se concretizasse. A abordagem sinérgica e horizontal que ocorre quando as equipas estão familiarizadas com a metodologia ABCDE, permitiu identificar simultaneamente uma disfunção neurológica (depressão do estado de consciência) e hipertermia de 38,8°C, tendo-se administrado ibuprofeno retal e arrefecimento natural. A abordagem realizada ao bebé e posteriormente, uma boa anamnese, fizeram, com toda a certeza, a diferença no plano de intervenção. A criança foi trazida pela mãe que, inicialmente, foi incapaz de colaborar na recolha de informações, tal era o estado de ansiedade e nervosismo. Acredito que a postura calma, segura e o envolvimento da mãe, permitindo sempre a sua proximidade junto da criança, foram cruciais para conhecer a etiologia da alteração do estado de consciência: a criança tinha tido uma convulsão em contexto febril e estaria agora num estado pós-ictal. Os enfermeiros envolvidos nesta situação devem ter presente que “uma doença aguda na criança, enquanto situação inesperada, independentemente de qual seja, é sempre uma situação geradora de stress e de desequilíbrio no sistema familiar, capaz de desencadear uma situação de crise (...)” (Konkiewitz citados por Marques, Charepe e Firmino, 2021, p. 314). Manter os pais junto do bebé assume-se sempre como um desafio, mas também como algo facilitador na relação tridimensional (equipa, bebé e pais) que se estabelece. Este caso permitiu prestar cuidados à criança e família em situação crítica, identificando os focos de instabilidade de forma rápida e correta, assim como a resposta pronta e antecipatória para a sua resolução. Foi ainda possível gerir o estabelecimento da relação terapêutica com a mãe desta criança, reconhecendo o impacto que esta situação causou no seu papel maternal. Quando a situação clínica da criança foi estabilizada, foi dado espaço e tempo a esta relação terapêutica permitindo a verbalização e a expressão dos sentimentos e das emoções geradas por este acontecimento.

Caso 2

Sobre a execução de cuidados técnicos de alta complexidade dirigidos à pessoa em situação crítica, ocorre-me falar de um outro caso. A situação possibilitou-me o desenvolvimento de conhecimentos e habilidades em Suporte Avançado de Vida (SAV), mas colocou em discussão as limitações dos protocolos e algoritmos tão utilizados em situações de urgência

e emergência. Para Nunes (2015), falamos de algoritmos quando nos referimos a um conjunto de etapas definidas que têm por objetivo a resolução de um problema, com base na formulação de determinado número de alternativas perante os dados que se apresentam. Utilizar um algoritmo pressupõe adotar um esquema decisório pré-determinado e o mais adequado para determinada situação. O suporte avançado de vida é um algoritmo, na medida em que quem o aplica depara-se com várias etapas, tendo como grande objetivo a reversão de uma paragem cardiorrespiratória. Na situação em questão, apresenta-se um homem com 72 anos que é admitido na sala de emergência por deterioração do estado de consciência, tendo rapidamente progredido para paragem cardiorrespiratória. O utente é imediatamente assistido com manobras de SAV, mas no decorrer do algoritmo, surge algo que para equipa é inesperado: o cardioversor desfibrilhador implantado (CDI) do utente assumiu, tal como a equipa verificou no monitor, um ritmo desfibrilhável e administrou o 1º choque segundos antes de a equipa administrar o choque com pás manuais. A equipa ficou reativa, mobilizou conhecimentos, trocou pareceres e reorientou aquele que passou a ser um esquema diferente do algoritmo tão bem conhecido. A reanimação cardiopulmonar prosseguiu durante alguns minutos e o CDI administrou ainda mais três choques. Interessa aqui destacar o papel do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica, enquanto detentor de conhecimentos que fazem a diferença nas situações mais inesperadas e que lhe permite discutir horizontalmente no seio da equipa multidisciplinar. A munção que transporta é sempre baseada na evidência. Para Teixeira (2021), a prática baseada na evidência reduz as variações da prática, aumenta a produtividade e a qualidade, reduz os eventos adversos e os custos associados e aumenta a satisfação do profissional e do utente. O que nos transmite a evidência relativamente a este caso é que “se um doente com CDI sofre uma paragem cardíaca, as manobras de reanimação não sofrem alteração. Se for necessário efetuar desfibrilhação, as recomendações são as mesmas que para os doentes com pacemakers implantados” (INEM, 2019, p. 154). Discutiu-se ainda a (in)segurança desta reanimação, mas o mesmo autor desmistifica: “quando o CDI aplica um choque, não existe risco para o reanimador, dado que a energia é aplicada diretamente no coração através de eléctrodos endovenosos implantados e a energia utilizada é habitualmente baixa (40J)” (INEM, 2019, p. 154). Posteriormente, a equipa recorreu ao *debriefing* para reavaliar o caso, clarificar algumas dúvidas que surgiram e cimentar o conhecimento. A meu ver, a equipa não estava minimamente à espera desta derivação, mas conseguiu adaptar-se ao que ali aconteceu com os *inputs* dados por todos os elementos. Participar neste momento,

acrescentou *know-how* ao meu percurso e elencou a responsabilidade acrescida do enfermeiro especialista.

Caso 3

A sala de emergência, enquanto local de eleição para o atendimento à pessoa em situação crítica e família, é também um espaço que propicia condições para garantir a administração de protocolos terapêuticos complexos. Tendo em conta este pressuposto, foi traçado este objetivo para o estágio, com base naquele que é o regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica. Felizmente, foram muitas as situações que me permitiram dar cumprimento a este objetivo e redimensionar, mais uma vez, a complexidade das intervenções autónomas e interdependentes do enfermeiro especialista. Dos momentos mais promotores da gestão de protocolos terapêuticos complexos, destaco alguns casos que incluíram a ativação das vias verdes. Uma das alavancas para a criação dos sistemas de resposta rápida (Vias Verdes) relacionou-se com o atraso no reconhecimento de utentes em situação de deterioração clínica, assim como o atraso na resposta a essas situações. Para Marques e Lino (2021, p. 28), as vias verdes surgem como estratégias organizadas para melhorarem “a abordagem, o encaminhamento e o tratamento de situações mais frequentes e/ou graves nas fases pré, intra e inter-hospitalares, com a finalidade de sistematizar procedimentos cuja abordagem estruturada e precoce tem impacto na morbidade e na mortalidade”. Nem sempre a deterioração clínica é facilmente identificada na triagem de prioridades; a elevada afluência aos serviços de urgência leva a uma acumulação de utentes, criando também um mau funcionamento na triagem de prioridades; por outro lado, nem sempre os utentes e familiares relatam toda a sintomatologia, subvalorizando alguns sinais e sintomas importantes. Por este motivo, há ainda um grande número de utentes que é admitido na sala de emergência, provenientes de setores como a admissão.

Relembro um utente com 81 anos, admitido no serviço de urgência, por dor abdominal no quadrante superior direito. Nesta admissão, sem sinais e sintomas de gravidade, foi-lhe administrada terapêutica para a dor e, mais tarde, o estudo analítico revelou uma elevação significativa dos parâmetros inflamatórios, tendo sido solicitados outros meios complementares de diagnóstico e terapêutica para orientar o diagnóstico médico. O utente foi admitido no SU às 9h58, tendo sido necessária a sua admissão na sala de emergência por volta das 15h20 por agravamento clínico, febre elevada e taquicardia. Nesta fase, discutivelmente tardia, já identificamos alguns dos sinais e sintomas que permitem a ativação

de uma via verde sépsis. Como refere Branco (2021), a complexidade e heterogeneidade da resposta que o organismo dá à infecção pode originar quadros ligeiros, de infecção limitada e com escassas manifestações sistémicas, como pode também provocar múltiplas manifestações clínicas que se traduzem numa marcada resposta inflamatória sistémica (sépsis) com quadros de disfunção multiorgânica. Por estes motivos, a sépsis constitui um sério e grave problema de saúde pública, responsável por um grande número de internamentos em unidades de cuidados intensivos e, conseqüentemente, por um grande número de mortes. A permanência deste utente na sala de emergência exigiu de toda a equipa uma abordagem rápida, proativa, responsiva a todos os focos de instabilidade prontamente identificados: hipotensão, taquicardia, febre, hiperlactacidémia, dor, consciência, eliminação urinária, perfusão periférica, entre muitos outros que se multiplicam com a nossa intervenção. A avaliação da resposta às nossas intervenções obriga-nos a monitorizar o utente de forma contínua, assim como a mobilizar todos os recursos capazes de contribuir para uma boa condução destes casos. A confirmação da sépsis é uma das fases do protocolo da via verde sépsis, sendo que imediatamente após esta confirmação, são de carácter obrigatório o estudo analítico e microbiológico, a ressuscitação hemodinâmica e a antibioterapia, como medidas determinantes do algoritmo básico de avaliação e terapêutica. A presença de disfunção orgânica/multiorgânica pode levar à necessidade de suporte externo das funções orgânicas, devendo o enfermeiro estar munido de conhecimentos para dar seguimento ao algoritmo avançado de avaliação e terapêutica. Prestar cuidados especializados a este utente, com um choque séptico do ponto de partida abdominal (a realização de tomografia axial computadorizada (TAC) identificou uma colecistite aguda), permitiu-me mobilizar os meus conhecimentos e desenvolver habilidades técnicas e instrumentais. Neste caso, a título de exemplo, a monitorização hemodinâmica surge como intervenção autónoma, mas o início de suporte externo cardiovascular (administração de terapêutica vasopressora) é uma intervenção interdependente. Todo o desenrolar deste caso, admitindo toda a sua gravidade, fez-me refletir sobre o papel determinante que os enfermeiros possuem: a proximidade e a permanência que caracterizam a natureza dos cuidados que os enfermeiros prestam, coloca-os num lugar de destaque para o reconhecimento precoce da sépsis, assim como de outras patologias igualmente graves e fatais. Este utente foi transferido para o bloco operatório, sob o acompanhamento de médico e enfermeiro, para uma colecistectomia emergente, sendo posteriormente admitido nos cuidados intensivos. O transporte deste utente, tratando-se de um transporte intra-hospitalar, e a transmissão de toda a informação constituíram também um desafio. Numa situação em

que o tempo é tão importante, importa selecionar e organizar a informação de modo que a sua transmissão ofereça segurança ao utente, acrescentando algo à equipa que vai assumir a responsabilidade do utente e não lhe retire tempo. A propósito deste ponto – a transmissão da informação – foi discutido com o tutor a pertinência da implementação da Norma nº 001/2017 (DGS, 2017) sobre comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. Segundo esta norma, a transmissão de informação diz respeito ao processo de “comunicação entre profissionais de saúde e entre instituições prestadoras de cuidados, sobre identificação e informações do estado de saúde do doente, sempre que existe transferência, temporária ou permanente, da responsabilidade de prestação de cuidados” (DGS, 2017, p. 4). A técnica ISBAR, enquanto ferramenta de padronização de comunicação em saúde que é reconhecida por promover a segurança do doente em situações de transição de cuidados, aplica-se em todos os níveis de prestação de cuidados que envolva a transição dos mesmos. Na impossibilidade de ter reunido condições temporais para promover a sua aplicabilidade no serviço de urgência, sensibilizei alguns colegas da equipa de enfermagem, assim como a coordenação desta equipa.

Caso 4

Ainda sobre a gestão de protocolos terapêuticos complexos à pessoa/família em situação crítica admitida na sala de emergência interessa também abordar algumas das situações em que não é possível seguir o protocolo, ou, mais exatamente, abordar aquele utente que não poderá ser cuidado e tratado segundo o protocolo. Conhecer as exceções é tão importante quanto conhecer as linhas de intervenção dos protocolos ou algoritmos. A admissão no serviço de urgência de um utente com 60 anos por um quadro de palpitações, classificou este utente com prioridade muito urgente e encaminhou-o para a área laranja. A equipa multidisciplinar abordou o utente, foram colhidas as informações necessárias e a realização de um eletrocardiograma (ECG) de 12 derivações, permitiu identificar a causa mais provável daquele quadro de palpitações: ritmo de fibrilhação auricular com frequência cardíaca entre os 100 e os 150 batimentos por minuto, causado por interrupção (voluntária) da sua terapêutica habitual. Uma das opções para o tratamento desta arritmia consiste, em muitos dos casos, na administração de amiodarona, que funciona como um cardioversor farmacológico ou químico. O regime terapêutico deste utente tinha sido alterado há cerca de um ano, tendo a amiodarona sido substituída por propafenona. Tendo em conta o histórico e os antecedentes clínicos e dada a incompatibilidade da propafenona com a amiodarona, a equipa médica optou por cardioverter eletricamente este utente. Dada a complexidade e os

riscos inerentes ao procedimento da cardioversão elétrica, o utente foi admitido na sala de emergência. Os enfermeiros especialistas assumem o seu papel diferenciador em situações como estas. Nesta situação, o enfermeiro admitiu o utente, explicou-lhe todo o procedimento, esclareceu as suas dúvidas, assegurando assim a comunicação interpessoal e o estabelecimento da relação terapêutica; monitorizou o utente, preparou todo o material necessário e potencialmente necessário, garantiu todas as condições de segurança para um procedimento seguro, desde as condições de segurança do espaço até às condições do tórax; geriu diferenciadamente a sua dor e o seu bem-estar, sugerindo e administrando a sedo analgesia preconizada para este tipo de procedimentos; por último, aguardou o fim da ação farmacológica da sedação para poder falar com o utente acordado e gerir o encaminhamento pós-procedimento.

Caso 5

As situações não se esgotam e é surpreendente como todas elas traduzem aquisição e consolidação de conhecimentos e desenvolvimento de competências num processo de aprendizagem contínua como é o Estágio de Natureza Profissional. A par deste crescimento e desenvolvimento profissional, muitos dos momentos vividos alteram também a nossa esfera pessoal. Há, naturalmente, uma relação entre a pessoa que somos e a forma como cuidamos dos outros. Mas há igualmente um choque quando a verdade do outro é diferente da nossa. Ainda que isso nos abale, respeitar a individualidade e a vontade do outro sobrepõe-se à nossa indignação. Numa altura em que conceitos como “eutanásia”, “suicídio assistido”, “diretivas antecipadas de vontade” (entre outros) assumem particular destaque, a sua praticabilidade traz à enfermagem inúmeros desafios. Teremos certamente que rever alguns conceitos, desenvolver novas capacidades e habilidades, preparar diferentes caminhos, oferecer mais do que uma opção e aceitar a escolha do outro. O Sr. Manuel (nome fictício), de 68 anos, foi admitido na sala de emergência por um quadro de diminuição da força muscular e alteração do estado consciência (flutuação). Tendo em conta a sintomatologia, foi ativada a via verde AVC, tendo sido assistido celeremente. A realização de uma tomografia axial computadorizada (TAC) e de uma angiografia por tomografia computadorizada (AngioTAC) é uma das etapas mais importantes nas emergências neurológicas, já que estes meios complementares de diagnóstico confirmam, ou não, a presença de acidentes vasculares cerebrais, entre outros eventos ou patologias. A TAC cerebral do Sr. Manuel não detetou qualquer alteração, mas a AngioTAC revelou uma disseção do arco aórtico com diminuição do fluxo carotídeo à direita. Rapidamente, o utente

regressou à sala de emergência, tendo sido solicitado o apoio da medicina intensiva e da cardiologia, já que estávamos perante um evento altamente crítico. Além de toda a monitorização hemodinâmica invasiva e de toda a terapêutica instituídas, o tratamento da disseção aórtica, neste tipo, é cirúrgico. Perante a inexistência da especialidade de cirurgia cardiotorácica na ULSAM, foi rapidamente contactada a equipa de cirurgia cardiotorácica do Hospital de S. João que recebeu toda a informação e aconselhou a rápida transferência do utente. Embora não seja este o foco da reflexão deste caso, não posso deixar de referir que esta situação permitiu-me contactar com inúmeras técnicas e procedimentos invasivos (entubação orotraqueal, ventilação invasiva, entubação nasogástrica, cateterismo arterial, cateterismo venoso central, cateterismo vesical), farmacologia altamente complexa e monitorização hemodinâmica invasiva. Apesar do mau prognóstico inerente, agravado pela distância a que este utente se encontrava do tratamento definitivo, foi transportado sem intercorrências e com todas as condições reunidas para ser admitido no bloco operatório. Não foi esquecida a família deste utente, tendo sido contactada via telefone e informada de toda a situação, assim como de um prognóstico um tanto quanto reservado. Senti (de perto), como as equipas ganham autoestima com situações como esta. A equipa que realizou o transporte regressou à ULSAM satisfeita com o desempenho e com o percurso realizado. Horas mais tarde, a equipa interveniente do Hospital de S. João teve a amabilidade de contactar a ULSAM para partilhar (talvez sensibilizar) o desfecho do caso: o Sr. Manuel acabaria por falecer sem ter sido intervencionado cirurgicamente, porque no seu processo existia um testamento vital com as suas vontades expressas, certamente incompatíveis com a situação clínica. Sinceramente, não sei descrever tudo o que pensei e senti no momento em que partilharam comigo a novidade. Precisei de alguns dias para digerir toda a informação e para poder aconchegar-me. Algumas questões ficam, naturalmente por responder; a outras procurei a resposta: abri o sistema informático e procurei a sinalização do testamento vital (algo mais visível e apelativo não seria necessário para evitar estas situações?), falei com a equipa pré-hospitalar que transportou o utente até ao hospital e perguntei se teriam alguma informação neste sentido (estarão as equipas pré-hospitalares sensíveis a estes dados?), questioneei a médica que contactou com a esposa do Sr. Manuel para saber se a mesma tinha fornecido alguma informação sobre o testamento vital (seria a esposa conhecedora deste testamento vital? Estaria ela de tal modo a processar toda a informação que nem foi capaz de lembrar-se da vontade do marido?) e, por fim, revi bibliograficamente alguns conceitos. Entende-se por testamento vital “um documento unilateral e livremente revogável a qualquer momento pelo próprio, no qual uma pessoa maior de idade e capaz, que não se encontre

interdita ou inabilitada por anomalia psíquica, manifesta a sua vontade consciente, livre e esclarecida, no que concerne aos cuidados de saúde que deseja receber, ou não deseja receber, no caso de, por qualquer razão, se encontrar incapaz de expressar a sua vontade pessoal e autonomamente” (Nunes, 2016, p. 99). Percebi, posteriormente, com a revisão bibliográfica que fiz, que em muito pouco poderíamos ter tido outra atitude: “em caso de urgência ou de perigo imediato para a vida, a equipa responsável pela prestação de cuidados de saúde não tem o dever de ter em consideração as Diretivas Antecipadas de Vontade, no caso de o acesso às mesmas poder implicar uma demora que agrave, previsivelmente, os riscos para a vida ou [para] a saúde” (*Ibidem*, p. 102). A dimensão temporal na abordagem deste utente teve um impacto enorme e a equipa “cronometrou” todas as intervenções e atitudes para que nada atrasasse o transporte inter-hospitalar indispensável para o seu tratamento efetivo. Ainda assim, inevitavelmente questiono-me: quantos, em circunstâncias semelhantes, não queriam ter tido esta hipótese de viver?

Indubitavelmente, a soma das diversas experiências profissionais permite nutrir todo o processo de especialização, mas se não lhes for associada uma prática reflexiva e de investigação que promovam uma expansão sustentada do conhecimento e da disciplina de enfermagem, torna-se insuficiente. Assim, é indispensável refletir sobre a importância do papel do enfermeiro especialista de modo a potenciar as experiências vividas e a promover o processo de formação, sempre no sentido da melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

A evolução tecnológica, cada vez mais presente na prestação de cuidados, não pode assumir um papel distrativo. É, para o enfermeiro especialista, um desafio focar-se tanto nas necessidades básicas do utente e da sua família, como na prestação de cuidados avançados, na vigilância contínua de parâmetros complexos, na atenção e na presença constante demonstrando disponibilidade, ao mesmo tempo que concilia tarefas de grande responsabilidade como a manutenção da estabilidade dos parâmetros vitais. O papel é exigente, mas fulcral para assegurar o bem-estar do doente, prevenir possíveis complicações e permitir que a transição saúde-doença decorra com o menor impacto possível para o utente e família.

Por norma, a passagem do utente, num serviço de urgência é breve e tem, quase sempre, um carácter dirigido e objetivo. Mesmo que uma determinada percentagem dos utentes que recorrem ao serviço de urgência não apresente risco de falência de uma ou mais funções vitais, a sua grande maioria vivencia uma transição de saúde-doença. Para Meleis et al. (2000), a transição de saúde-doença estabelece-se perante a mudança de uma condição

saudável para uma condição de doença, na qual a pessoa se depara com alterações abruptas que provocam sentimentos de inadequação perante a nova situação.

A autora da Teoria das Transições, Afaf Meleis (2010), contribuiu de forma significativa na descrição da utilidade da Enfermagem no cuidar da pessoa em situação crítica. Para a autora, o propósito da Enfermagem é facilitar as situações de transição (reais ou antecipadas) vivenciadas pelos utentes, como ocorre, a título exemplar, em situações de monotrauma/politrauma, situações de doença súbita, ou em situações de agudização da doença crónica.

A Teoria das Transições preconiza também que as condições da pessoa, da comunidade e da sociedade onde esta se encontra inserida, possam assumir um papel facilitador ou inibidor dos processos de mudança. A potencial instabilidade que se gera quando o estado de saúde de uma pessoa se altera, justifica a importância da intervenção dos enfermeiros. Os enfermeiros dos serviços de urgência, com o seu foco nas transições de saúde/doença, devem atentar ao bem-estar físico e psicológico da pessoa em situação crítica, contemplando a pessoa como um todo e moderando o relevo dos aspetos biológicos e tecnológicos.

Os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica, além de permitirem manter as funções vitais, evitar complicações e limitar incapacidades, facilitam ou inibem os processos individuais para satisfação das necessidades de autocuidado e de adaptação eficazes, com vista ao bem-estar da pessoa cuidada e de acordo com o que isso representa para ela (Meleis, 2010).

4. GESTÃO DE CUIDADOS: COMO GERIR RECURSOS

Tal como já foi aludido na nota introdutória deste capítulo, o exercício profissional dos enfermeiros não se encerra na atividade assistencial e na prestação de cuidados. Este é, sem dúvida, o seu grande palco, mas nos seus bastidores existem enfermeiros que “organizam, coordenam, executam, supervisionam e avaliam a formação dos enfermeiros; estabelecem normas e critérios de atuação e procedem à avaliação do desempenho dos enfermeiros; dão parecer técnico acerca de instalações, materiais e equipamentos utilizados na prestação de cuidados, incluindo sistemas de informação em enfermagem; participam na avaliação das necessidades da população e dos recursos existentes em matéria de enfermagem, contribuindo para a definição da política geral para a prestação de cuidados e para a formação em enfermagem” (Vieira, 2017, p. 27).

Ao longo do estágio, a estratégia para dar resposta aos objetivos delineados na área da gestão passou por acompanhar o enfermeiro chefe nas suas atividades diárias. Foi um desafio constante, na medida em que me considerava, até à data, completamente formatada para a prestação de cuidados, sem nunca ter tido desrespeito por aquele que é o exercício da gestão, mas também sem nunca ter conhecido e valorizado o seu campo de ação.

A estratégia implementada veiculou grandes reflexões diárias e um conhecimento mais amplo do SU onde incluo os recursos que o constituem, mas também me obrigou a uma procura de conceitos menos presentes na prática clínica. Obrigatoriamente, o conceito de gestão foi um dos primeiros a esclarecer. A pergunta surgiu: como posso querer saber gerir (o que quer que seja) sem saber o que engloba o conceito de gestão?

Para Donelly, Gibson e Ivancevich citado por Mateus e Serra (2017), o conceito de gestão é compreendido como o processo em que se coordenam atividades, tendo por objetivo alcançar resultados que não seriam possíveis de atingir por um indivíduo, isoladamente. Chiavenato citado por Mateus e Serra (2017) acrescenta que este processo é fundamental na sociedade atual e que este se sustenta na concretização de objetivos através da cooperação entre as pessoas e dos recursos disponíveis de forma eficiente e eficaz. Para Parreira citado por Mateus e Serra (2017), estão associadas a este processo uma série de características, nomeadamente: autoridade, poder, influência, comando, satisfação, realização de atividades, eficiência, desempenho, status, estima, respeito, prestígio, entre outras.

Em matéria de saúde, a gestão é uma área de intervenção também assumida pelos enfermeiros com uma grande relevância estratégica e primordial para a eficiência da resposta

dos serviços e das equipas de qualquer unidade de saúde. No seio das equipas multidisciplinares, os enfermeiros gestores constituem uma estrutura fundamental para a garantia da qualidade dos cuidados de saúde prestados à população. Para Fernandes et al. (2019), as particularidades pautadas pelos serviços de saúde desencadeiam exigências singulares em termos de organização e gestão, uma vez que a sua atenção está voltada para necessidades complexas e variáveis que comportam dimensões biopsicossociais, cuja definição varia em função da classe social e das respetivas representações da saúde, da doença, da morte, da população e do tipo de problema.

A propósito de toda a novidade que esta área representou para mim e da variedade das funções que nela existem, numa fase inicial, a clarificação do papel e do conteúdo funcional do enfermeiro chefe foi uma necessidade.

O Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro Gestor descreve o enfermeiro gestor como aquele que agrega um conhecimento efetivo quer no domínio da disciplina de enfermagem e da profissão de enfermeiro, quer no domínio específico da gestão em enfermagem; além disto, o enfermeiro gestor garante o cumprimento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, assumindo um papel preponderante no desenvolvimento profissional (técnico-científico e relacional) da equipa, na construção de ambientes favoráveis à prática clínica e na qualidade do serviço prestado ao cidadão; por último, não menos importante, a gestão de pessoas, da segurança dos cuidados, da adequação dos recursos, da formação, do risco clínico, da mudança, das relações profissionais, dos conflitos, entre outros, é também parte integrante do seu conteúdo funcional (Regulamento n.º 101/2015, 2015).

O documento supracitado descreve ainda os domínios da competência acrescida do enfermeiro gestor (domínio da gestão e domínio da assessoria), assim como as unidades de competência de cada um deles e os critérios de avaliação. De forma sintética, Vieira (2017) enumera as funções do enfermeiro chefe:

- Participar na gestão da unidade;
- Gerir os enfermeiros, incluindo a elaboração dos seus horários de trabalho e a distribuição de serviço;
- Participar na elaboração de planos e relatórios de atividade;
- Promover o desenvolvimento dos enfermeiros, o seu bom desempenho e garantir a qualidade dos cuidados;
- Gerir o material necessário à prestação de cuidados de enfermagem;

- Favorecer boas relações interpessoais na equipa de enfermagem e outro pessoal;
- Promover a divulgação da informação com interesse para a equipa de enfermagem;
- Criar condições para que sejam efetuados trabalhos de investigação sobre a gestão de serviços de enfermagem/cuidados de enfermagem.

Para quem estava um pouco distante de todos estes conceitos, foi um pouco perturbador assistir às inúmeras solicitações, interrupções, imprevistos, problemas, reclamações que chegam ao gabinete do enfermeiro chefe e gestor. O processo de aprendizagem, pela inexperiência que em muitos casos se verifica, requer toda uma metodologia que nem sempre foi possível cumprir, mas simultaneamente retrata aquilo que é a realidade: da mesma forma que na prestação de cuidados, gerimos prioridades, também na área da gestão, é necessário interromper uma atividade para resolver um imprevisto ou um problema que surge e necessita de resolução imediata.

Ter realizado este acompanhamento, permite-me, agora, afirmar que a área da gestão é um mundo de oportunidades, é um projeto desafiante e, simultaneamente inacabado. Surgem alguns imprevistos pelo caminho que, numa primeira leitura, seriam perfeitamente desnecessários, mas até esses conferem experiência, aprendizagem e conhecimento; por exemplo: a inassiduidade de um profissional é extremamente perturbadora quer pela sua ausência, quer pela sua resolução, mas permite conhecer a equipa no que respeita à sua disponibilidade; uma reclamação é sempre um mau indicador, mas possibilita a auscultação dos profissionais envolvidos, conhecer a sua versão/interpretação e melhorar procedimentos (técnicos ou não técnicos); a escassez de material de consumo clínico ou de um equipamento técnico afeta o doente, os profissionais e a dinâmica de trabalho da equipa, mas quando o motivo se prende com a má gestão dos profissionais exige a responsabilização e a sensibilização dos mesmos e, ao mesmo tempo, a criação de estratégias que permitam uma melhor gestão destes recursos.

Na minha ótica, alguma da exigência e complexidade inerentes ao papel do enfermeiro gestor está intimamente relacionada com a posição intermédia que este ocupa. As suas funções passam pela criação de estratégias para garantir a disponibilidade e a qualidade dos recursos materiais e das infraestruturas para que a sua equipa possa desenvolver a prestação de cuidados, visualizando não só as necessidades dos utentes e da população, mas também conciliando e satisfazendo os objetivos organizacionais e os da equipa de enfermagem, envolvendo (sempre que assim se justifique) outros setores do hospital para que se produza um cuidado holístico, eficaz e seguro (Santos et al., 2013). Assim, em termos hierárquicos,

o enfermeiro gestor gere os interesses e as necessidades da população, da equipa de enfermagem e, simultaneamente, da instituição, assumindo que nem sempre este percurso é convergente. Torna-se necessária a “adoção de um conjunto de políticas e práticas que permitam a conciliação das expectativas organizacionais e pessoais para que ambas possam realizá-las ao longo do tempo” (Dutra citado por Alferes, 2020, p. 54).

Num estudo qualitativo descritivo exploratório realizado por Fernandes et al. (2019) que teve o objetivo de analisar e discutir as competências necessárias do enfermeiro gestor de uma unidade de cuidados de saúde primários, emergiram três categorias: gestão de recursos e dos cuidados, liderança e mobilização de recursos cognitivos e afetivos. No que à gestão de cuidados se aplica, serão abordados neste ponto alguns aspetos vivenciados no decorrer do ENP relacionados com os recursos humanos, materiais, cognitivos e afetivos.

Recursos Humanos

Sobre os recursos humanos, a distribuição diária dos enfermeiros, o horário de trabalho e a gestão de conflitos pareceram-me as problemáticas mais evidentes, ocupando estes uma grande parte da atividade do enfermeiro gestor. De acordo com Santos e Lima (2011), a elaboração da escala mensal e a distribuição diária dos enfermeiros surgiram como atividades descritas no conteúdo funcional do enfermeiro gestor. Os mesmos autores consideram que a imprevisibilidade que caracteriza o serviço de urgência obriga a que a distribuição diária dos enfermeiros pelos diversos setores do serviço tenha um carácter dinâmico: os profissionais podem ser mobilizados de um setor para outro de acordo com o aumento ou com a diminuição do número de utentes ao longo de um turno de trabalho.

O enfermeiro gestor do serviço de urgência onde decorreu o estágio, organiza diariamente o plano de trabalho. No período do início da tarde é elaborado o plano de trabalho para o turno da tarde e no final da tarde é elaborado o plano de trabalho para o turno da noite e da manhã do dia seguinte. A vasta experiência que possui, assim como a sua proficiência no manuseamento do *software* são elementos facilitadores na realização desta atividade. Ao longo do estágio, participei nesta atividade, tendo desenvolvido autonomia para a elaboração do plano de trabalho. As principais dificuldades sentidas prenderam-se com os diferentes níveis de diferenciação que os enfermeiros apresentam e a sua alocação aos diferentes setores, as trocas efetuadas pelos enfermeiros não comunicadas atempadamente ao enfermeiro gestor, os diferentes tipos de horário praticados pelos vários enfermeiros

(horários condicionados, por exemplo) e ainda a rotação dos elementos pelos vários setores. Como aspeto menos facilitador, destaco ainda a forma como alguns elementos da equipa não se inibem de contestar algumas das opções tomadas, sem que queiram compreender os motivos que levaram àquela tomada de decisão. Sobre os aspetos menos facilitadores enumerados, apresentei duas sugestões de melhoria: a primeira, dar a conhecer à equipa os níveis de categorização que o enfermeiro gestor utiliza para alocar os enfermeiros aos respetivos setores, ainda que isso possa ferir algumas suscetibilidades; a segunda, estabelecer regras mais criteriosas no que respeita a elaboração de trocas pelos enfermeiros. Os imprevistos que ocorrem durante o turno, como são exemplos a carga de trabalho de determinado setor, a necessidade de transportar um utente para outro hospital, a organização para garantir os horários de refeição dos profissionais obriga, não raramente, a algumas mutações naquele que é o planeamento inicial. Presotto et al. (2014) sublinha que o plano de trabalho é realizado de forma empírica, dependendo da experiência profissional ao avaliar a gravidade e a carga de trabalho exigida pelo utente, com base na sua instabilidade clínica e nos procedimentos terapêuticos de que necessita, de forma a evitar a sobrecarga de trabalho dos enfermeiros e zelar pela qualidade dos cuidados prestados. Apesar da subjetividade que suporta este empirismo, avaliar e trocar informações, de forma constante, sobre o ritmo de trabalho nos diferentes setores do serviço de urgência, permitirá efetuar trocas conforme as mudanças e alterações que surgem ao longo do turno (Santos e Lima, 2011).

Enquanto futura enfermeira especialista, considero a importância de conhecer integralmente a equipa, o nível de formação que cada elemento possui, assim como as competências avançadas e acrescidas atribuídas a cada um: “cada elemento reúne em si potencialidades que o enfermeiro gestor deve saber identificar e explorar, constituindo-se assim uma mais-valia para a equipa e organização” (Alferes, 2020, p. 43). Reconheço que os conhecimentos técnico-científicos e relacionais adquiridos no decorrer do curso de mestrado em enfermagem médico-cirúrgica permitiram o desenvolvimento de habilidades para melhor gerir os recursos humanos.

Relativamente aos horários mensais, não me foi tão oportuno participar na sua elaboração, uma vez que o enfermeiro gestor deste serviço delegou, desde há cerca de um ano, essa atividade a um dos enfermeiros que constituem a equipa. Em diálogo com o enfermeiro gestor, esta necessidade de delegar funções teve por base o aumento e evolução da equipa, assim como das infraestruturas que compõe o serviço de urgência. Para Fernandes et al. (2019), o ato de delegar funções diz respeito à transferência de poder de decisão para a

execução de tarefas específicas, onde se inclui o reconhecimento de capacidades e habilidades do outro.

Na realização de turnos com o enfermeiro chefe, cujo foco se relacionou com as áreas de gestão de cuidados e governação clínica, a comunicação foi um dos maiores desafios sentidos. Na perspetiva de Treviso et al. (2017), identifica-se a comunicação como um instrumento que participa na aproximação das intervenções da equipa de enfermagem e dos demais profissionais envolvidos no cuidado ao utente, permitindo articular todas as esferas deste processo. Apesar de sabermos que a comunicação não-verbal assume um papel muito importante na interação e nas relações humanas, nesta reflexão prefiro restringir-me à comunicação verbal (escrita e oral) para descrever algumas considerações.

A oportunidade de assistir às reuniões do departamento de medicina crítica (DMC) permitiu-me conhecer a abrangência do papel do enfermeiro chefe, enquanto recetor e emissor de conteúdos relevantes para a coesão, o espírito de equipa e um bom ambiente de trabalho. Nestas reuniões, os vários enfermeiros chefes do departamento de medicina crítica expõem problemas e necessidades, apresentam ideias e soluções para a sua resolução, partilham dificuldades e obstáculos, discutem orientações institucionais e definem a sua implementação, tendo em conta as características de cada serviço que compõe o DMC. Entendo que nestas reuniões, o enfermeiro chefe, além de recetor e emissor de informações de e para a sua equipa, é também o veículo de transporte dessas mesmas informações. As atas destas reuniões, enquanto registo escrito dos factos ocorridos e das decisões tomadas, são um ótimo instrumento para transmitir a informação, ou seja, de comunicar. O desinteresse que existe sobre este tipo de documento, tanto da parte de quem o redige como da parte dos seus potenciais interessados, é um ato ameaçador para o trabalho em equipa. O *feedback* que muitas vezes os enfermeiros recebem destas reuniões é pobre, incompleto, desvirtuado, o que fragiliza toda a hierarquia, assim como o desempenho das equipas. A minha participação nestas reuniões, ainda que numa atitude passiva, permitiu-me entender que existem problemáticas que são discutidas, apesar da sua solução não ser imediata. No entanto, é provável que uma grande parte da equipa, por não (querer) ter acesso ao conteúdo destas reuniões, esteja pronta para afirmar e julgar a inexistência de medidas para os problemas identificados. E este, para mim, é um dos principais desafios na comunicação: o julgamento. Mas será a equipa livre de julgar, quando não obtém *feedback* sobre as problemáticas identificadas? Deverá a equipa procurar, de uma forma mais efetiva, esse *feedback*? Ou deverá a chefia construir canais de comunicação que contenham não só as

soluções, mas tudo aquilo que não foi passível de ser resolvido apontando os verdadeiros motivos? É ingrato o desempenho de um enfermeiro chefe que durante vários dias tenta resolver um determinado problema, cuja solução não passa apenas pelo seu nível hierárquico, mas que não soube comunicar à equipa as suas tentativas, as suas derrotas, as suas investidas. No serviço de urgência falta esta abertura, falta o *feedback* e falta muitas vezes o interesse pelo *feedback*.

Ainda assim, o enfermeiro chefe construiu, já há algum tempo, um canal onde coloca informações importantes para a gestão e prestação de cuidados. É constituído por um livro de Excel, onde o enfermeiro chefe coloca as informações e em que cada enfermeiro da equipa, sempre que as lê, coloca a data da sua leitura. Na minha ótica, é um instrumento bem construído, mas nem sempre é explorado na sua totalidade: há uma quantidade de informações importantes e determinantes no dia-a-dia da equipa que não chegam a este canal e então circulam como informações officiosas, muitas vezes adulteradas pelos vários elementos que as vão transmitindo. Para além disto, os enfermeiros não são sinalizados sempre que há novas informações, o que faz com que a equipa seja conhecedora das alterações com um desfasamento temporal importante e significativo. Numa era em que a comunicação acontece em tempo real, em que todos apreciam as potencialidades das tecnologias de informação e comunicação, seria relevante um canal mais interativo que permitisse aos enfermeiros ter acesso, em tempo real, às informações importantes e determinantes quer para o desempenho do seu exercício profissional, quer para a qualidade do ambiente das relações entre profissionais. Também nesse canal deveriam estar espelhadas algumas das intencionalidades e os motivos ou obstáculos que não as tornaram possíveis de concretizar. A título exemplificativo, não me faz sentido, nos dias de hoje, que o enfermeiro saiba a meio do turno que nesse dia não há técnico de ECG, que o computador da unidade de decisão clínica está avariado, mas já foi sinalizado o serviço de informática, que a casa de banho da área laranja está inoperacional a aguardar intervenção por parte do serviço de equipamentos e instalações, que estão esgotadas as batas de pano para vestir os utentes e que em alternativa teremos de utilizar batas descartáveis, que foi colocado um novo desfibrilhador na área laranja cuja formação sobre a sua utilização será dia “x”, etc. As intercorrências que estão na base destas informações são, na maioria das vezes, incontornáveis. O que não é tão admissível, e mais do que isso, torna-se desgastante para as equipas é a desinformação, ou seja, o modo como não se comunica, como não se dá a conhecer, como não se informa. Talvez o insucesso de muitas mudanças e alterações esteja

relacionado com a forma como se estabelece a comunicação, sendo esta realidade partilhada por elementos de um mesmo grupo profissional ou por aqueles que pertencem a diferentes profissões no mesmo contexto.

Não reservando toda a problemática da comunicação ao conteúdo das reuniões do departamento de medicina crítica, este apenas surgiu para a integrar nos diferentes níveis hierárquicos. Também no dia-a-dia, o “corredor” ou o gabinete do enfermeiro chefe são espaços onde a comunicação acontece, nem sempre nos melhores moldes. A imperfeição que surge associada ao ato de comunicar pode simplesmente residir no emissor que está condicionado pelo que sabe e o que pode dizer, ou no recetor que pode não interpretar a mensagem da forma como o emissor quis transmitir, chegando aos seus ouvidos interpretações diferentes e a mensagem ser aceite apenas parcialmente (Devesa, 2016). Por isso, torna-se imperativo um “aperfeiçoamento sistemático dos canais de comunicação, simplificando os circuitos, eliminando os “ruídos” e as interferências, uniformizando atuações, o que será tanto mais fácil quanto mais se desenvolver um discurso coerente com a clarificação dos objetivos a atingir e a concretização das atividades decorrentes dos mesmos” (Loff, 2004, p. 104).

Uma das medidas discutidas com o enfermeiro chefe para otimizar a comunicação e diminuir algumas das interferências foi a retoma das reuniões periódicas de equipa interrompidas pela situação pandémica. Na minha ótica, as reuniões de equipa são momentos de grande reflexão conjunta, de partilha, de discussão, de formação, de confronto, de resolução. Apesar de nunca ser possível a equipa estar toda reunida, permite que um grande número de profissionais tenha acesso à informação com a oportunidade de a questionar e tirar as suas dúvidas. Para Santos et al. (2010, p. 60), “as reuniões são fundamentais pois evitam lapsos através da transmissão formal de informação a todos os membros da equipa, exigem propostas mais refletidas para a resolução de problemas e são momentos de excelência para a promoção do espírito de equipa”. Considero que nem sempre é fácil selecionar os conteúdos e delimitar o tempo para a sua discussão, mas os autores defendem que “o conteúdo das reuniões deve limitar-se à partilha formal de informação, tomada de decisões, delegação de tarefas, avaliação de desempenho e autocorreção, onde se insere a necessidade de discussão sobre as forças e fraquezas da equipa na capacidade de oferecer um desempenho de qualidade e com baixa margem de erro”.

O enfermeiro chefe concordou com o regresso das reuniões, solicitando a minha colaboração na gestão de conteúdos a abordar, assim como na seleção e apresentação de uma temática

inovadora para a equipa. O trabalho desenvolvido na sequência desta proposta encontra-se descrito no terceiro ponto do presente capítulo intitulado “Formação no desenvolvimento: as Competências Não Técnicas”.

A finalizar este tópico, gostaria ainda de abordar o tempo despendido pelo enfermeiro chefe noutra tipo de comunicações: a gestão de reclamações. No regulamento do perfil de competências do enfermeiro gestor, a gestão dos recursos humanos contempla a gestão do processo de reclamação do cliente e família, aceitando a mesma, analisando-a e apresentando proposta de resolução, no que se refere à prática clínica dos enfermeiros. Tendo em conta este critério de avaliação, durante o ENP tive oportunidade de contactar com algumas reclamações a necessitar de resposta. A maioria está relacionada com o desaparecimento de valores, o que tem obrigado a uma análise exaustiva do regulamento de espólios e à iminência de uma provável reestruturação do mesmo. Sempre que uma reclamação chega ao enfermeiro gestor, é lida e analisada, é consultado o episódio de urgência do utente lesado e são chamados os profissionais envolvidos na prestação de cuidados àquele utente, na tentativa de se reunirem depoimentos que possam ajudar a formalizar a resposta à reclamação. É um momento ingrato para todos: na maioria das situações, a distância temporal entre a ocorrência e a análise da queixa não permite aos profissionais algum tipo de memória para relatar o sucedido. Além disso, grande parte dos profissionais assume não cumprir o regulamento de espólios numa perspectiva de gestão de prioridades no cuidado ao utente. Têm sido solicitadas à equipa propostas de melhoria para uma melhor gestão dos espólios e assim reduzir o número de reclamações; sabendo que a proveniência de muitos utentes que recorre ao serviço de urgência não acontece por meios próprios, uma das intervenções passou pela sensibilização dos profissionais responsáveis pelo atendimento e transporte pré-hospitalar (bombeiros voluntários, bombeiros municipais, cruz vermelha portuguesa e INEM) e também dos profissionais das estruturas residenciais para pessoas idosas (ERPI); sensibilizou-se também a equipa de enfermagem e de assistentes operacionais para este assunto, solicitando à equipa que no momento de admissão, caso o utente esteja acompanhado, se entreguem os valores ao acompanhante. Atualmente ainda se está a monitorizar o impacto destas medidas, mas poderão não ser suficientes para a resolução da problemática.

Uma outra parte das reclamações, em minoria, relaciona-se com o atendimento do utente e família no serviço de urgência, nomeadamente: tempos de espera, falta de informação, satisfação de necessidades básicas. Segundo Richard citado por Jólluskin e Silva (2021) um

número considerável de reclamações feitas pelos utentes relativamente aos profissionais de saúde tem que ver com problemas de comunicação e não com as competências técnicas destes. O percurso deste tipo de reclamação é o mesmo que o anterior descrito, a problemática do desfasamento temporal entre a ocorrência e a análise da queixa também se coloca, mas o momento em que os profissionais envolvidos são ouvidos reveste-se de outro tipo de sentimentos, impondo-se outro tipo de responsabilização.

A multiplicidade de personalidades e de situações de incompatibilidade interpessoal, assim como a necessidade de construir a paz nos diferentes âmbitos que abrangem a saúde, apela a que os profissionais desenvolvam competências a nível da comunicação (Cunha et al. citado por Jóluskin e Silva, 2021). Uma comunicação adequada e feita assertivamente pode evitar ou resolver conflitos, diminuindo ou eliminando sentimentos de frustração, medo, ansiedade ou irritabilidade, de modo a aumentar a tolerância e a paciência nos diferentes papéis que os profissionais de saúde têm de assumir (Jóluskin e Silva, 2021).

Tradicionalmente, lidamos com o conflito de uma forma inapropriada, sem nos predispor a retirar o que há de positivo quando este surge. Segundo Gallo (2017), o grande problema dos conflitos não se relaciona com a sua existência, mas sim com a forma como lidamos com eles. Obviamente, lidar com o conflito traz desvantagens, mas também traz benefícios; não lidar com o conflito, ou evitá-lo, pode ser ainda mais destrutivo no seio das organizações. Para a mesma autora, os conflitos podem advir dos relacionamentos (divergências pessoais), das tarefas (discordância quanto aos objetivos), dos processos (desencontro quanto aos meios ou processos de atingir um objetivo) e do *status* (falta de concordância quanto à posição no contexto de um grupo). Da minha leitura, ainda que inexperiente, no serviço onde decorreu o ENP, presenciei estes quatro tipos de conflito, sendo que aqueles que mais impacto têm na equipa e, simultaneamente, os mais difíceis de resolver, são os conflitos de relacionamento e de *status*. Eventualmente, estes acontecem em maior escala, quer pela complexidade das relações humanas onde se inserem as diferenças individuais de cada um, quer pelo esquecimento ou subvalorização dos princípios e valores que norteiam o desempenho de qualquer profissão. Por outro lado, a constante adaptação aos desafios, às pessoas, às mudanças, às ordens, que é exigida aos enfermeiros, sem que haja, muitas vezes, uma participação ativa na tomada de decisão ou mesmo qualquer diálogo construtivo, agrava o risco de conflito (Loff, 2004).

Parece-me importante reter, dos vários momentos potenciadores de conflitos vividos durante o estágio, que o conflito mal gerido pode destruir projetos, danificar relações pessoais e

profissionais entre os envolvidos, e a carga emocional associada pode trazer problemas de saúde tais como eventos cardioembólicos, alteração do sono e alterações metabólicas (Gallo, 2017). No entanto, da (boa) gestão de conflitos podem obter-se resultados muito positivos para as pessoas e, conseqüentemente, para as organizações institucionais. Para Vivar citado por Cunha, Lopes e Monteiro (2021, p. 6), os conflitos “aumentam a criatividade e a inovação, fornecem energia e motivação, oferecem às pessoas a oportunidade de crescimento pessoal e relacionamentos mais saudáveis, incentivam a reflexão pessoal e promovem a reavaliação da situação”.

A corroborar o estudo realizado por Fernandes et al. (2019, p. 26), também no serviço de urgência a gestão de conflitos consome uma importante parte do tempo do enfermeiro gestor e de outros elementos, como são os enfermeiros responsáveis de turno e os chefes de equipa: “o conflito entre a equipe foi considerado o mais desgastante, aquele que gasta mais tempo para a resolução e que, muitas vezes, acaba mal resolvido, uma vez que os envolvidos possuem grande convivência (...) e se encontram desgastados pelos problemas diários”. Para a gestão de conflitos, importa que o enfermeiro gestor assuma o papel de mediador, desenvolvendo habilidades que lhe permitam ouvir, negociar, delegar e comunicar.

No desenrolar do ENP, a gestão de conflitos foi uma área que emergiu da gestão dos recursos e dos cuidados. De forma inesperada, mas simultaneamente agradável, compreendi a sua importância e a sua aplicabilidade diária. Ainda que na teoria, e hierarquicamente, a gestão de conflitos esteja muito associada ao enfermeiro gestor, o enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, enquanto portador de competências técnico-científicas e relacionais, possui uma responsabilidade acrescida neste domínio. O enfermeiro especialista, na ausência do enfermeiro gestor e na qualidade de responsável de turno, é o “profissional melhor preparado e com competências para a área da gestão” (Ordem dos Enfermeiros, 2017, p. 3).

Recursos Materiais

A conhecida e mediática sobrelotação das unidades hospitalares, nomeadamente dos serviços de urgência, traz implicações não só na prestação de cuidados, mas também na sua gestão. Além do crescente consumo e desgaste dos recursos humanos, as equipas debatem-se também com a necessidade de uma gestão cada vez mais cuidada e organizada dos recursos materiais. Desta gestão, não só falo da requisição de materiais e equipamentos,

como também da sua aquisição, da sua acessibilidade, da sua organização, da sua reposição e da sua manutenção. Tal como afirmam Presotto et al. (2014), uma das funções relacionadas com a gestão de recursos materiais visa a previsão e a provisão de recursos para a prestação de cuidados. Também este processo envolve tomada de decisão, procurando a eficiência na utilização dos materiais, respeitando as necessidades dos utentes, assim como os objetivos institucionais (Fernandes e Backes citados por Presotto et al., 2014). Para estes autores, as medidas envolvidas na gestão de recursos materiais incluem: determinação quantitativa e qualitativa do material necessário para a prestação de cuidados, controlo e avaliação do material, participação no processo de aquisição, acompanhamento do perfil de consumo, processo de comunicação com os profissionais da equipa para orientação do uso racional, adequação do custo-benefício, do espaço físico e dos recursos materiais.

O serviço de urgência onde se desenvolveu o estágio dispõe de um *stock* avançado que apoia todo o serviço de urgência com os mais diversos materiais de consumo clínico. Na logística hospitalar, existem diferentes métodos que tornam a gestão de *stocks* mais eficaz e eficiente, nomeadamente: o método tradicional, o método alternativo, o método de dupla caixa, o sistema de troca de carros, o método de reposição por níveis e o método informatizado e robotizado (Castro, 2018). O funcionamento do *stock* do serviço de urgência assenta na metodologia de dupla caixa. Este método preconiza a colocação de duas caixas iguais, equipadas com a mesma quantidade de determinado material. Quando o material da primeira caixa é consumido na totalidade, o utilizador retira a caixa vazia colocando-a em local próprio e coloca a segunda caixa em utilização. A colocação da caixa vazia em local próprio e posterior recolhimento pelo serviço de aprovisionamento identifica a necessidade de repor o material. Além de todos os profissionais de saúde que utilizam o *stock* avançado e possuem responsabilidade na sua correta utilização, o enfermeiro responsável do turno da noite tem o dever de verificar o funcionamento deste *stock* e retirar todas as caixas vazias para local próprio para que no turno da manhã o serviço de aprovisionamento possa recolher as caixas e proceder à sua reposição.

O êxito deste método depende de um acompanhamento e monitorização contínuos que permitam uma reavaliação periódica dos materiais que compõe o *stock*, já que o seu consumo depende sempre das necessidades qualitativas e quantitativas das equipas que prestam cuidados e dos utentes. Também a atualização de procedimentos, a evolução tecnológica e a prática baseada na evidência podem levar à introdução e/ou remoção de materiais, tendo o enfermeiro gestor e o enfermeiro especialista uma responsabilidade acrescida neste

acompanhamento e monitorização. A pandemia provocada pelo vírus SARS-CoV-2 exemplifica este processo, dadas todas as alterações e reestruturações que foram necessárias e implementadas nos serviços hospitalares. Também os *stocks*, no que respeita aos materiais e consumíveis, viram a sua estrutura e composição alteradas devido às diferentes necessidades que se evidenciaram com a pandemia.

Deste modo, tendo em consideração o aumento do consumo de equipamentos de proteção individual (EPIs), uma das atividades planeadas para o ENP consistiu na criação de um espaço para os profissionais de saúde se equiparem com condições de segurança e privacidade e de um *stock* de EPIs. No início do ENP, a coincidir com o aparecimento da terceira vaga pandémica, os EPIs encontravam-se dispostos em caixotes sem qualquer identificação, num pequeno espaço junto do *stock* avançado que se vinha a revelar inadequado para o número de profissionais de saúde que diariamente se equipavam para prestar cuidados nas áreas dedicadas ao doente COVID. A proposta apresentada à coordenação assentava na redefinição da localização deste espaço e na transição dos materiais e EPIs para o novo local. Assim, acondicionar o material de forma organizada para os profissionais de saúde se equiparem, melhorar a gestão do *stock* de EPIs em função das necessidades, minimizar os erros associados ao procedimento vestir/despir o EPI e garantir melhores condições de segurança e privacidade no cumprimento do procedimento vestir/despir o EPI foram os objetivos traçados para esta atividade.

Para a sua concretização, foi necessário discutir algumas considerações com o enfermeiro chefe, nomeadamente: o nome dos EPIs existentes em aprovisionamento, a média dos consumos dos diferentes EPIs gastos em 24 horas e a possibilidade de adquirir alguns equipamentos para harmonizar o novo espaço (bengaleiro, módulo de cacifo, banco/cadeira) e implementar o método de dupla caixa (caixas de arrumação de diferentes tamanhos e estantes).

Para poder quantificar o material necessário para a execução desta atividade, começou-se por definir que o novo local passaria a ser no corredor de acesso à área laranja. Posteriormente, desenhou-se um esboço daquela que viria a ser disposição dos EPIs nas respetivas estantes e acrescentaram-se outros materiais intimamente ligados à pandemia, mas que não tinham ainda o seu lugar totalmente definido. A descrição da atividade encontra-se explanada no **apêndice C**.

A realização desta atividade permitiu-me compreender o papel da gestão de recursos materiais na promoção de ambientes seguros, uma vez que os profissionais passaram a dispor

de um espaço com melhores condições para se equiparem corretamente, diminuindo a margem de erro no procedimento. Para Ferreira et al. (2019), o enfermeiro que participa na gestão dos cuidados é responsável por proporcionar condições desejáveis à execução de atividades, promovendo o bem-estar dos utentes e uma prestação de cuidados segura. Embora as equipas sejam renitentes à mudança, a estratégia de envolver a equipa na tomada de decisão, solicitando continuamente sugestões de melhoria, permitiram que o *feedback* tenha sido positivo e os objetivos supracitados tenham sido cumpridos. Passaram a ser reportadas menos faltas de material, devolveu-se a acessibilidade e a organização ao *stock* avançado, aumentou-se a satisfação dos profissionais e permitiu-se que o enfermeiro gestor ou responsável de turno ficasse mais disponível para outro tipo de solicitações.

As dificuldades prenderam-se sobretudo com a articulação com e entre os diversos serviços envolvidos na realização desta atividade. Por um lado, a filosofia de reutilização e reaproveitamento dos materiais existentes no serviço permitiu que a atividade fosse menos dispendiosa, mas a morosidade associada à aquisição de novos materiais fez com que o resultado final tenha ocorrido muito tempo depois do planeado.

Apesar do impacto positivo desta conquista, reconheço que é uma ínfima parte daquilo que pode ser proposto e desenvolvido no serviço de urgência. Na minha opinião, a agitação, a imprevisibilidade, o caos que caracteriza, em muitos momentos, o serviço de urgência, não permite que os enfermeiros se empenhem no planeamento e desenvolvimento de atividades deste carácter. Infelizmente, o rigor que se pratica na sala de emergência deste serviço de urgência descrito no primeiro ponto do presente capítulo não é ainda transversal aos outros setores, provocando enormes obstáculos na prestação de cuidados, onde destaco a segurança, e na (in)satisfação dos profissionais de saúde.

Também os assistentes operacionais desempenhariam um importante papel neste domínio, uma vez que a reposição de material nos diversos setores é uma das suas funções, mas o défice formativo, a ausência de uniformidade nas práticas e a falta de supervisão ameaçam constantemente a gestão organizacional do serviço. No decorrer da pandemia, com a contratação de novos recursos humanos, alguns sem qualquer tipo de experiência na área da saúde, esta ameaça ganhou maiores contornos. Superou-se com momentos de formação informais e com o empenho e dedicação que caracterizam as equipas de saúde. Ainda assim, a informalidade nem sempre reúne as condições que são necessárias para abordar temas que afetam o desempenho das equipas. Como sugestão, reitero a importância da existência de listas de verificação diárias, assim como da sua supervisão, e um processo formativo que

integre momentos formais e informais, com conteúdos teóricos e teórico-práticos. Tendo em conta as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, mais concretamente aquela que aborda a gestão do risco e do ambiente propício aos cuidados especializados cuja resposta salvaguarda a sua segurança e a da pessoa alvo da sua intervenção, este deverá ter um papel preponderante no desenvolvimento e aplicação de processos formativos, contribuindo para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados.

Ainda no que à gestão de recursos materiais diz respeito, também fruto da simultaneidade do início do ENP e da terceira vaga da pandemia, identificou-se no serviço, mas com extensão a todo o departamento de medicina crítica, uma outra necessidade: a gestão dos equipamentos de ventilação. Desde o início da pandemia, tinham chegado ao hospital, pelas mais variadas formas, vários equipamentos de ventilação que foram sendo colocados ao dispor das equipas e das suas necessidades sem que a sua utilização fosse minimamente controlada. O contexto desta necessidade foi delimitado pela identificação, discussão e análise de algumas intercorrências que foram ocorrendo, tornando-se assim necessária a existência de um espaço físico que acondicionasse devidamente os equipamentos e também a estruturação de procedimentos que operacionalizem a gestão do mesmo.

Foi, então, criado o Parque de Equipamentos do Departamento de Medicina Crítica (PEDMC) e constituído um grupo de trabalho para operacionalizar este projeto, de modo a assegurar a existência, controlo e manutenção dos equipamentos não residentes dos serviços do DMC. Numa primeira fase, o PEDMC destinou-se à operacionalidade de parte dos serviços do DMC, nomeadamente, SUMC, UMC III e UMC II.

Embora o PEDMC contenha, atualmente, equipamento clínico diverso, o foco inicial desta atividade foi a organização dos equipamentos de ventilação, nomeadamente os equipamentos de ventilação não-invasiva, os equipamentos de ventilação invasiva, as cânulas nasais de alto fluxo e os consumíveis. A chefia e coordenação do DMC providenciou um espaço e solicitou ao grupo de trabalho uma resposta rápida e interventiva para gerir a utilização dos materiais de ventilação.

Numa primeira fase, o grupo de trabalho – o qual agradavelmente integrei – solicitou a lista de todos os equipamentos existentes no hospital ao Serviço de Instalações e Equipamentos (SIE) para, posteriormente, proceder à sua localização nos vários serviços do hospital. A lista fornecida continha o nome, a marca, o modelo e o código do equipamento, correspondendo-lhe também um código hospitalar já atribuído pelo SIE. Na etapa seguinte, atribuiu-se a cada equipamento um cartão de identificação (CID) com a designação, marca,

modelo, número de série e código ULSAM e elaboraram-se etiquetas autocolantes semelhantes para colocar em cada equipamento (**apêndice D**). Na presença da lista de equipamentos, dos cartões de identificação e das etiquetas autocolantes, iniciaram-se as visitas pelos vários serviços hospitalares cujo objetivo passou por identificar os equipamentos segundo a lista e etiquetá-los com a etiqueta autocolante criada pelo grupo de trabalho. Foi solicitado aos vários serviços que, à medida que não fossem utilizando os equipamentos, os encaminhassem para o PEDMC. Para localizar, identificar e etiquetar todos os materiais constituintes da lista, foram realizadas, pelo menos, quatro visitas aos serviços.

À medida que o número de utentes a necessitar de ventilação diminuía e os equipamentos iam chegando ao PEDMC, tornava-se necessário discutir e operacionalizar a gestão daquele espaço. O grupo de trabalho optou por criar um procedimento técnico, cujo objetivo foi definir e uniformizar os critérios de funcionamento e acesso ao PEDMC. Nele constam o objetivo, as definições, as responsabilidades e a descrição do procedimento (**apêndice E**).

Atualmente, o PEDMC continua a ser alvo de intervenções que possam melhorar o seu funcionamento. Incorporar este projeto veio validar e reforçar a importância da gestão dos recursos materiais num melhor atendimento à pessoa em situação crítica. Quanto à constituição do grupo de trabalho, o projeto permitiu desenvolver e apreciar o espírito de equipa, verificando que todos, individualmente ou em grupo, podemos contribuir para a promoção de ambientes seguros e fazer parte da satisfação das necessidades que surgem a nível da gestão. Para além disto, a elaboração de um procedimento técnico e a sua submissão ao departamento de qualidade foi uma experiência com a qual nunca tinha contactado, tornando-se útil para futuras intervenções que careçam e beneficiem deste tipo de comunicação escrita.

A aquisição, a organização e a reposição de materiais e equipamentos assume uma grande importância na gestão dos cuidados. Ainda que o conhecimento científico seja uma das maiores armas na prestação de cuidados, se não possuímos os recursos materiais adequados, não cumprimos os planos de cuidados com a mesma essência. Acredito que, se todos os elementos forem envolvidos nesta gestão e todos partilharem essa responsabilidade, podemos otimizar algumas intervenções e, conseqüentemente, desfrutar de melhores condições de trabalho. Não menos importante é a manutenção de todos os equipamentos, quer seja ela periódica ou pontual. Importa lavar, nos nossos serviços, uma cultura de identificação e notificação, salvaguardando a segurança de todos os intervenientes.

O serviço de urgência tem vindo a sofrer alterações estruturais e funcionais que em muito melhoraram a prestação de cuidados e as condições em que ela é feita, mas parece haver uma tendência para desvalorizar a manutenção dos espaços. Em contrapartida, documentos como o plano nacional para a segurança dos doentes, concretamente o já conhecido para os anos 2021-2026, tentam consciencializar as instituições de que o bom desempenho em segurança e saúde no trabalho é decisivo para a rentabilidade da própria instituição, uma vez que reduz os riscos de acidentes, promove a saúde e a satisfação dos trabalhadores, melhora os resultados operacionais e a imagem das organizações perante a sociedade (Oliveira, Oliveira e Almeida citados por Alferes, 2020).

Tendo em conta esta pequena apreciação, mas muito exemplificativa daquilo que são ameaças na prestação e gestão de cuidados, parece que esta é uma área com carências interventivas. Gerir as circunstâncias ambientais que potenciam a ocorrência de eventos adversos associados à administração de processos terapêuticos nos diversos contextos de atuação e promover estratégias inovadoras de prevenção do risco clínico e não clínico, visando a cultura de segurança nos vários contextos de atuação são duas unidades de competência do regulamento do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica que o colocam numa posição eletiva para a resolução desta problemática. Estou certa de que a resolução não se trata de um processo individual e solitário; ainda que a formalização das estratégias seja uma etapa mais recatada, será sempre necessária a sensibilização de todos os elementos da equipa, assim como todos deverão participar na operacionalização. Atualmente, a linha de atuação perante materiais e equipamentos avariados encontra-se mal definida: uns colocam o equipamento/material avariado no gabinete do enfermeiro chefe, outros colocam o equipamento/material num local que acham menos acessível para não ser utilizado, e há ainda quem coloque um papel afixado no equipamento/material com um aviso “avariado”. Uma das ideias que me surgiu para esta questão, teria por base a criação de um circuito para o material a aguardar intervenção. O material notificado seria retirado do espaço da prestação de cuidados, criar-se-iam duas fichas de intervenção (uma para acompanhar o material, outra para arquivar em capa própria) e notificado o sistema de instalações e equipamentos (SIE); em dia fixo do mês, o responsável de turno (ou elemento indicado pelo enfermeiro chefe) teria a responsabilidade de consultar o estado dos equipamentos e materiais em manutenção e contactar o SIE, caso não tivesse sido resolvida a avaria.

Para terminar este tópico, gostaria de destacar que, também fruto das reestruturações decorrentes das necessidades que a pandemia evidenciou, o enfermeiro-gestor com o apoio determinante da equipa, participou de forma afincada e ativa nas obras de melhoria da área dedicada ao doente respiratório (ADR), permitindo que o acompanhasse e desse também o meu contributo. Conhecer outras realidades como me proporcionaram os estágios de enfermagem médico-cirúrgica I e II, reproduzir bons exemplos provenientes de outros serviços e unidades hospitalares, colaborar com outros órgãos de apoio técnico, nomeadamente as comissões de apoio técnico, tornam-se importantes armas para o desenvolvimento e melhoria de novas estruturas.

Recursos Cognitivos e Afetivos

Uma profissão que se pauta pelo cuidado à pessoa nas suas mais diversas fases do ciclo vital, em contextos muitas vezes inesperados, com recurso a intervenções autónomas e interdependentes, possui, certamente, um corpo de conhecimentos único e próprio. Nos parágrafos anteriores foi abordada a importância dos recursos materiais e humanos, recursos estes que se enumeram, que se quantificam e que se contabilizam, que se adquirem com mais ou menos facilidade. Contudo, estes tornam-se insuficientes para responder aos mais diversos desafios que surgem, não só na prestação de cuidados, como também nas áreas de gestão, docência, formação e assessoria. Adquirir, aplicar e alimentar recursos cognitivos e afetivos é a razão de mantermos pessoas a cuidar de pessoas, ainda que a evolução tecnológica, onde se inclui a inteligência artificial, seja cada vez mais aliciante.

A aplicação de teorias, de métodos e da evidência científica caracterizam a enfermagem enquanto ciência. É a investigação, em todas as suas formas de apresentação, que permite o desenvolvimento de evidência científica necessária à fundamentação dos cuidados de enfermagem. O investimento nesta área contribui para o aumento do conhecimento assegurando a qualidade e promovendo a diversidade dos cuidados de enfermagem a que os cidadãos têm direito. Os enfermeiros, ao participarem nos processos de investigação, desenvolvem o corpo de conhecimentos da enfermagem, fazendo com que o conhecimento científico se desenvolva, aperfeiçoe e amplie (Miguel e Caldeira, 2017).

Ainda que o percurso seja desigual, a gestão e a prestação de cuidados partilham múltiplos fins. Garantir que as pessoas são cuidadas de acordo com a melhor prática esperada e assegurar que os cuidados e os tratamentos recebidos têm por base o melhor conhecimento

e o uso eficiente dos recursos são metas nas quais os enfermeiros têm uma significativa responsabilidade. De acordo com o regulamento de competências do enfermeiro especialista (Regulamento nº 140/2019, 2019), preconiza-se que este alicerce os processos de tomada de decisão e as intervenções em conhecimento válido, atual e pertinente, assumindo-se como facilitador nos processos de aprendizagem e agente ativo no campo de investigação.

Para Fernandes et al. (2019), os recursos cognitivos envolvidos na gestão de cuidados permitem uma melhor capacidade de análise, capacidade crítico-reflexiva e capacidade de ação. As respostas às problemáticas decorrentes da gestão de cuidados exigem do enfermeiro gestor um amplo e vasto conjunto de conhecimentos. Ainda que o palco seja partilhado por toda a equipa, a gestão de cuidados implica uma combinação de atividades como planear, analisar, executar, intervir e reavaliar que acontecem, previamente às mudanças e alterações exigidas na prestação de cuidados.

Para que estas mudanças e alterações se revistam de aceitação e envolvimento, além da comunicação (já abordada), a partilha do conhecimento para a subsequente capacitação da equipa assume-se imprescindível no desenvolvimento de cada enfermeiro e, consequentemente, dos serviços e das organizações a que estes pertencem. Para Presotto et al. (2014, p. 768), “a educação dos profissionais da saúde e as iniciativas de capacitação contínua têm sido caracterizadas pela relação com o processo de trabalho institucional, objetivando a transformação da prática”.

Para além do processo auto-formativo a que cada enfermeiro se submete dentro do seu livre-arbítrio, a formação pode ocorrer em contextos mais ou menos informais, contribuindo indubitavelmente para o desenvolvimento global de competências. Na perspetiva mais ou menos imediata a que a gestão de cuidados apela, aprez-me abordar a importância da formação em serviço como linha dinamizadora da equipa.

Atualmente, a oferta de formação nesta instituição, através do departamento de formação e, mais recentemente com o enorme contributo da escola de formação em emergência, está mais próxima de todos os profissionais. No entanto, os critérios estabelecidos e necessários para os processos de seleção se pautarem por valores como a justiça e a equidade, ainda fazem com que a relação procura-oferta seja díspar. A colmatar este desequilíbrio, a formação em serviço ocupa um lugar interessante no seio das equipas, sob a alçada do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, na vertente do cuidado à pessoa em situação crítica, com a inteira colaboração do enfermeiro chefe. Para Alferes (2020), a formação em serviço permite a aquisição de conhecimentos que promovem respostas

focalizadas nos problemas que se identificam no dia-a-dia do exercício profissional, promovendo a interação entre os vários profissionais.

No decorrer do ENP, foram sendo identificadas algumas necessidades formativas com carácter mais imediato, não podendo a sua resposta estar dependente de um plano de formação previamente estabelecido e organizado como acontece no departamento de formação. De entre as múltiplas sinalizações, gostaria de particularizar um dos momentos em que as necessidades formativas se intensificaram: o crescimento da equipa e os recursos materiais e equipamentos mobilizados pela situação pandémica, como por exemplo a nível da ventilação não invasiva e invasiva (ventiladores, cânulas de alto fluxo, *helmet*, etc), objetivaram uma maior heterogeneidade nos comportamentos e nas práticas. Estas circunstâncias provocaram uma reflexão importante para a gestão de cuidados: a aquisição de recursos constitui sempre uma etapa da solução de alguns problemas, mas a etapa seguinte tem que incluir processos formativos para a sua maximização. A gestão reativa, e não pró-ativa, impossibilita esta concretização de etapas porque os recursos chegam sempre muito depois da necessidade identificada.

Os recursos humanos, materiais e cognitivos discutidos até aqui contribuem para que os conceitos que integram o metaparadigma da enfermagem se maximizem e atinjam um equilíbrio inspirador para todos os seus intervenientes. No entanto, outros recursos têm um papel determinante no sucesso da gestão e da prestação de cuidados: “os saberes mobilizados pelos enfermeiros envolvem o saber científico, o saber ético, saber ser, saber estar, saber fazer e o saber estético” (Costa e Gonçalves, 2021, p. 64). Uma boa gestão dos recursos, sejam eles materiais, humanos ou cognitivos, implica a utilização de um conjunto de atitudes, valores e padrões de comportamento que poderão ser transformadores para qualquer contexto da prática clínica, mas sobejamente relevantes num serviço que se caracteriza por instabilidade, imprevisibilidade, dinamismo e, por vezes, insuficiência. Aliar a arte do cuidar à ciência do cuidar, num ciclo simbiótico, implica que o enfermeiro utilize não só o seu raciocínio lógico e científico, mas também as suas competências afetivas, estéticas e reflexivas (Costa e Gonçalves, 2021).

Lidar com as individualidades e particularidades de cada profissional é uma exigência que se acrescenta ao enfermeiro gestor, exigindo deste habilidades pessoais e interpessoais. Importa que os enfermeiros que participam na gestão de cuidados adotem um perfil criativo, crítico e reflexivo para que se possam planear e implementar intervenções voltadas, quer para uma melhor organização e estruturação dos serviços, quer para um sistema de saúde

mais eficiente e eficaz (Santos et al., 2013). Para Alferes (2020, p. 55) “a filosofia da qualidade aplicada às instituições de saúde requer gestores criativos e inovadores”. O aperfeiçoamento de um elemento ou ação já conhecidos é o que se entende por comportamento criativo, enquanto inovação significa encontrar novas alternativas em detrimento das já existentes (Fernandes et al., 2019). A resiliência, ora solicitada, ora sentida pelos profissionais de saúde, cruza-se diretamente com estes dois conceitos na definição apresentada por Barlach et al. citados por Fernandes et al. (2019, p. 31): “construção de soluções criativas diante das adversidades presentes nas condições de trabalho (...) da sociedade atual, da qual resulta um duplo efeito: a resposta ao problema em questão e a renovação das competências e do *élan* vital dos indivíduos”. O uso da resiliência impõe-se para que os profissionais de saúde mantenham a empatia e o positivismo, perante eventos adversos que geram angústia e, conseqüentemente, ansiedade, depressão e *burnout* (Beckwith citado por Correia, 2018).

Na gestão de recursos, com uma maior relevância na gestão dos recursos humanos e subsequente gestão de conflitos, um dos grandes desafios reside no equilíbrio solicitado entre a utilização de valores como idoneidade, imparcialidade e neutralidade e a sensibilidade exigida em cada momento, situação ou problema, respeitando as esferas individual e coletiva dos enfermeiros que compõe a equipa. A sensibilidade é fundamental para fazer uma boa leitura das necessidades e dos problemas que se identificam no dia-a-dia. Acompanhar o enfermeiro chefe na gestão de cuidados fez-me compreender a importância de conhecer a equipa, no seu âmbito individual e coletivo. Curiosamente, a situação pandémica e todos os desafios e ameaças que lhe são inerentes, tem sido uma experiência muito rica para o autoconhecimento e para o hetero-conhecimento da equipa de enfermagem. Vários estudos, uns já terminados, outros a decorrer, têm-se dedicado à compreensão deste fenómeno, nas mais diversas vertentes; seria interessante e enriquecedor desenvolver este estudo no seio de cada equipa, num nível retrospectivo e prospetivo.

Falar de sensibilidade transporta-me para um conceito mais inovador, mas também mais abrangente: a inteligência emocional. No decorrer da (minha) análise crítica e reflexiva, impôs-se também a análise deste conceito como recurso afetivo. Para Goleman citado por Cunha et al. (2015, p. 246), a inteligência emocional inclui o “controlo dos impulsos, a empatia, a autoconsciência, a destreza social, a persistência, o entusiasmo/zelo e a automotivação”. Mayer e Salovey citados por Cunha et al. (2015, p. 246) definem inteligência emocional como “a capacidade para perceber as emoções, para aceder e gerar

emoções que possam auxiliar o pensamento, para compreender as emoções e o conhecimento emocional, e para reflexivamente regular as emoções de tal modo que possam promover o crescimento intelectual e emocional.” Sobre este uso da emoção e da razão, Cunha et al. (2015) referem que a emoção permite pensar com mais inteligência e a inteligência permite pensar e usar as emoções de forma mais apurada. A aquisição da inteligência emocional é certamente complexa e multifactorial, mas importa pensar na importância de nos capacitarmos e de capacitar as equipas para o uso da razão e da emoção de forma simbiótica. A inteligência emocional tem participado cada vez mais nos processos de seleção dos recursos humanos de entidades e organizações que tentam reunir as melhores condições para alcançarem os melhores resultados. Da investigação têm surgido muitos resultados, entre eles a medição da inteligência emocional, onde participam os testes de competências, os questionários de autodescrição e o método dos informadores. Os investigadores portugueses também têm contribuído para este percurso investigativo, tendo desenvolvido e validado um instrumento de medida para a inteligência emocional que abrange seis dimensões: compreensão das emoções próprias, autocontrolo perante as críticas, auto-encorajamento (uso das emoções), autocontrolo emocional, empatia e compreensão das emoções dos outros (Cunha et al., 2015).

Resumindo, as habilidades pessoais e interpessoais, onde se incluem o trabalho em equipa, o pensamento sistémico, a habilidade para trabalhar com informações e tecnologias, a criatividade na solução de problemas, as habilidades de comunicação, a autoconfiança e a autoestima, contribuem para otimizar o nosso desempenho profissional (Fernandes et al., 2019). Tendo em consideração os recursos afetivos descritos nos parágrafos anteriores, entre outros que emergem do exercício profissional diariamente, no meu futuro como enfermeira especialista em enfermagem médico-cirúrgica, terei mais presente a importância que estes possuem na relação com todos os utentes e sua família, com os pares e restantes intervenientes que participam na gestão e prestação de cuidados.

As atividades desenvolvidas ao longo do estágio permitiram consolidar e desenvolver competências na área da gestão de cuidados e dar resposta aos objetivos traçados para este domínio.

5. FORMAÇÃO NO DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL: AS COMPETÊNCIAS NÃO TÉCNICAS

Na enfermagem, a formação inicial permite obter as qualificações necessárias para o desempenho da profissão, mas as novas experiências, a autonomia e a responsabilidade que o enfermeiro experimenta, sugerem a necessidade de aperfeiçoar as competências e de renovar conhecimentos, que possibilitem o acompanhamento do progresso tecnológico e científico, essenciais para garantir uma prestação de cuidados baseada na evidência e, conseqüentemente, mais qualificada.

Como é do senso comum, a formação de qualquer pessoa, independentemente da profissão que escolhe, não termina no contexto da sua formação inicial. A sua prossecução deve ocorrer, sistematicamente, através dos mais diversos modelos formativos que se encontram ao dispor.

A formação permanente, a formação contínua e a formação em serviço constituem modelos formativos que se tem vindo a implementar, de forma crescente, nas instituições de saúde e que em muito contribuem para o desenvolvimento profissional – individual e coletivo – dos enfermeiros. Para Pinho (2012), a formação contínua tornou-se, nas instituições de saúde, o impulso originador de diversas transformações internas, quer a nível das práticas profissionais, quer a nível das sociabilidades coletivas. Independentemente do modelo formativo selecionado, entendamos que o seu grande propósito “é equacionar os aspetos que reputa essenciais para que a intervenção possa criar contextos que facilitem desempenhos adequados” (Simões citado por Pinho, 2012, p. 133).

A participação dos enfermeiros na formação deve ser ativa, uma vez que o seu consumo visa a aquisição de novos conhecimentos e novas competências, assim como o desenvolvimento e consolidação de conceitos e práticas já adquiridas, permitindo-lhes, deste modo, uma maior qualidade na intervenção profissional.

No contexto hospitalar, por si só complexo, entrecruzam-se alunos, enfermeiros, médicos e outros profissionais de saúde com percursos individuais e profissionais diferentes, com ideologias diversas e, obviamente, com racionalidades diferentes, não sendo estas as variáveis que impedem a criação de uma identidade coletiva (Abreu citado por Pinho, 2012).

No contexto do serviço de urgência, pela peculiaridade já descrita e evidenciada, a somar à tecnologia utilizada, à gravidade das situações clínicas e ao alargado corpo de conhecimentos que é necessário mobilizar, evidencia-se uma multiplicidade de carências formativas

correspondentes, não raras vezes, a zonas de insegurança, mas capazes de fomentar a interdependência e solidariedade entre os grupos profissionais existentes, nomeadamente, entre médicos e enfermeiros, promovendo, para além de um crescimento e maturidade pessoais, o desenvolvimento profissional (Abreu citado por Pinho, 2012).

A centralidade do papel dos profissionais no seu processo formativo evidencia-se na capacidade que estes têm de, em colaboração com os responsáveis pela formação, definir os conteúdos ou temas que melhor correspondam às suas necessidades e aos seus interesses, de âmbito profissional ou pessoal. Este diagnóstico de necessidades, seja ele individual ou coletivo, implica um processo reflexivo sobre conteúdos ou situações problemáticas com que os profissionais se confrontam.

Ao enfermeiro especialista, no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, acresce a responsabilidade de ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho. Neste âmbito, o enfermeiro especialista é convidado: 1) a atuar como formador oportuno em contexto de trabalho, b) a diagnosticar necessidades formativas, c) a gerir programas e dispositivos formativos, d) a favorecer a aprendizagem, a destreza nas intervenções e o desenvolvimento de habilidades e competências dos enfermeiros, e e) a avaliar o impacto da formação (Regulamento nº 140/2019, 2019).

A formação, para além de constituir-se um instrumento de gestão, uma vez que se orienta para o alcance das metas organizacionais, através da transmissão de estratégias e modos operatórios com vista a um melhor desempenho funcional, é também um processo (formal ou informal, planeado ou não) através do qual cada profissional aprende novos conhecimentos, capacidades, atitudes e comportamentos relevantes para a realização do seu trabalho (Cunha et al., 2015). A aprendizagem ocorre nos mais diversos contextos e momentos, tais como nas conversas com a chefia, nas reuniões com colegas de trabalho e nas participações em processos coletivos de tomada de decisão (Rego e Cunha citados por Cunha et al., 2015).

Curiosamente, a atividade formativa que veio a desenvolver-se no decorrer do ENP nasceu de vários momentos informais, fruto de conversas com o enfermeiro chefe, com base em algumas problemáticas apresentadas, direta ou indiretamente, por alguns colegas de trabalho. Como disse anteriormente, participar na gestão de cuidados juntamente com o enfermeiro chefe permitiu-me conhecer melhor a equipa, os seus pontos fortes e as suas fragilidades. As fragilidades ameaçam as equipas, interrogam os profissionais e carecem de um plano de intervenção. No entanto, na perspetiva de Oliveira (2021, p. 42), “as melhores organizações

de saúde são as que, de facto, se encaram como motores de florescimento humano e não como locais para promoções indevidas, práticas desajustadas às necessidades dos pacientes e das pessoas, opções por estruturas anquilosadas e visão parcial na identificação dos problemas”.

O departamento de formação desta unidade hospitalar, onde se inclui a escola de formação em emergência, desenvolve os seus planos de formação com base nas necessidades que os serviços e os seus profissionais, oportunamente, lhes fazem chegar. Agradavelmente, enquanto profissionais, somos sempre convidados a fazer parte deste plano. No entanto, os momentos formativos são, quase sempre, de carácter opcional, não garantindo que os profissionais acedem equitativamente às ações de formação. Além disso, a necessidade de criar critérios de seleção limita, obrigatoriamente, o seu acesso. A outra grande limitação deste modelo formativo, dado que é acessível a um grande número de profissionais provenientes de vários serviços, é que a abordagem da temática é sempre feita de uma forma geral, não podendo particularizar as necessidades de cada equipa.

Assim, utilizar as reuniões de serviço para a implementação de processos formativos, cuja presença é de carácter obrigatório, surge como uma estratégia complementar ao plano de formação instituído pelo departamento de formação, com a vantagem de poder transformar as fragilidades da equipa, numa perspetiva mais dirigida. Como foi referido, a pandemia provocada pelo SARS-COV2 e todas as alterações estruturais adjacentes, expuseram as equipas, particularmente a equipa de enfermagem, a um grau de exigência inigualável. A gestão da pandemia implicou grandes mudanças não só na prestação de cuidados, como também na gestão de recursos materiais, físicos e humanos. Passados dois anos, a par de toda a investigação feita na área, é possível analisar que todas estas alterações, que se somam a todas as vivências pessoais, deixaram marcas em todos os profissionais.

Também a equipa de enfermagem do serviço de urgência da ULSAM vivenciou grandes transformações, umas com repercussões positivas, outras menos positivas. Na minha ótica, a “saúde” individual e coletiva das equipas passou para segundo plano, deixou de existir espaço e momento para a resolução de conflitos e, por fim, criou-se uma crise de identidade. Quando, em alguns momentos, a situação pandémica esteve mais controlada, esses conflitos mal resolvidos ganharam novamente espaço, mas de forma exacerbada e descontextualizada, sendo a sua resolução mais exigente.

Do conjunto de competências necessárias para o desempenho profissional, a liderança assume especial destaque, uma vez que está “presente em todas as atividades do enfermeiro,

durante a organização do serviço, na relação com a equipa e a instituição, assim como na tomada de decisão, que, mesmo de forma inerente, ocupa um lugar de extrema importância no perfil do profissional” (Treviso et al., 2017, p. 9). A liderança na enfermagem, além de um fenómeno social complexo, é também um instrumento fundamental para a gestão de cuidados que exige do enfermeiro empenho na melhoria contínua das suas potencialidades e competências (Santos et al., 2013).

A liderança advém de uma boa comunicação, pois possibilita a aproximação da equipa, a compreensão das atividades executadas, um melhor planeamento do trabalho, bem como a criação de interdependências para o desenvolvimento do trabalho por meio da equipa multidisciplinar (Treviso et al., 2017).

Apesar da liderança ser uma competência sobejamente associada ao conteúdo funcional do enfermeiro chefe, as novas dinâmicas impostas às equipas pressupõem uma polivalência e, por conseguinte, uma corresponsabilização por parte dos elementos que as integram. De entre muitas competências necessárias à função de enfermeiro responsável de turno (RT), a liderança tem um papel determinante no seio da equipa. Tendo em conta todas as transformações e exigências a que os serviços e os seus profissionais têm assistido, a figura de enfermeiro RT tem assumido cada vez mais importância na gestão e prestação de cuidados, sendo o enfermeiro especialista o profissional melhor preparado e com competências na área da gestão (Ordem dos Enfermeiros, 2017). No serviço onde decorreu o ENP, foi alvo de discussão o conteúdo funcional do enfermeiro RT, uma vez que este acumula a prestação de cuidados com as funções descritas no manual de funções, como (Unidade Local de Saúde do Alto Minho [ULSAM], 2016):

- Responsabilizar-se pela execução das normas de atuação de enfermagem na equipa que se encontra a orientar;
- Elaborar o plano de trabalho para os enfermeiros no turno que se encontra responsável tendo sempre presente os critérios de continuidade de cuidados e experiência profissional;
- Coordenar as passagens de turno;
- Assegurar a substituição dos enfermeiros em falta;
- Orientar, em conjunto com o chefe de equipa, o elemento da equipa de enfermagem que assegura o transporte do doente crítico, atendendo às normas do serviço;
- Gerir conflitos entre utentes/familiares/enfermeiros;

- Informar o enfermeiro chefe sobre as ocorrências que necessitem de diligência de medidas adequadas, que excedam a sua função;
- Assegurar a quantidade e a qualidade da alimentação para os doentes;
- Requisitar, ao aprovisionamento, produtos indispensáveis no turno para a prestação de cuidados;
- Requisitar, a outros serviços, produtos ou equipamentos indispensáveis para a prestação de cuidados, nomeadamente produtos farmacêuticos;
- Zelar pela correta utilização dos materiais e equipamentos;
- Identificar/registar os materiais em falta e/ou as avarias;
- Confirmar, em cada turno e nas diferentes áreas de trabalho, a reposição dos diferentes materiais necessários;
- Transmitir aos elementos da equipa a informação considerada relevante para o seu desempenho;
- Responsabilizar-se por toda a articulação efetuada com o exterior;

No seio da equipa existe uma certa ambiguidade no que respeita ao papel do enfermeiro RT trazendo esta disfuncionalidade impacto tanto a nível da gestão dos cuidados como a nível da prestação dos mesmos. Atualmente o enfermeiro que desempenha o papel de RT está afeto a um determinado setor sendo responsável também pela prestação de cuidados, mas essa acumulação, quase sempre, impossibilita o desempenho de uma das duas funções. No decorrer do ENP, foram identificadas lacunas a nível deste desempenho, nomeadamente a nível das competências não técnicas necessárias na resolução dos vários conflitos que surgem no dia-a-dia da prática clínica e na gestão de cuidados de um serviço tão exigente e complexo. O diagnóstico de situação que a seguir se apresenta validou esta impressão tornando mais evidente as necessidades formativas a nível das competências não técnicas.

5.1. Diagnóstico de situação

Na sequência do conteúdo funcional anteriormente descrito, na fase inicial do ENP, foram registadas algumas situações e alguns comportamentos que poderiam estar a contribuir para a divergência da equipa e que, em parte, poderiam estar associadas ao papel do enfermeiro RT. Definiu-se que o regresso das reuniões de equipa, entre outros aspetos, deveria ser o mote para debater alguns conflitos da equipa, as necessidades individuais e coletivas dos enfermeiros, o papel do enfermeiro RT, os estilos de liderança e a satisfação com os mesmos,

mas sobretudo para provocar reflexões capazes de gerar mudanças de comportamentos e atitudes. Face ao exposto, optou-se por desenvolver, em conjunto com o enfermeiro-chefe, um questionário destinado à equipa (**apêndice F**), com os seguintes objetivos:

1. Caracterizar a equipa de enfermagem que compõe o serviço de urgência;
2. Identificar as necessidades individuais para a melhoria da prática dos cuidados;
3. Enumerar algumas atividades no âmbito da humanização dos cuidados;

Para responder a estes objetivos construiu-se um questionário que se dividiu em três partes distintas. A primeira parte, composta por nove questões, permitiu a caracterização sociodemográfica e profissional dos enfermeiros; numa segunda parte, constituída por quatro questões, identificaram-se necessidades para a melhoria da prática dos cuidados; por último, uma terceira parte, composta por uma questão, solicitou uma sugestão de realização de atividade no âmbito da humanização dos cuidados;

A construção do questionário decorreu entre 5 e 10 de março de 2021. Foi enviado à equipa a 10 de março, através da plataforma *GoogleForms* para o e-mail institucional de cada enfermeiro, tendo a recolha das respostas terminado a 17 de março. Dos 85 questionários enviados, foram analisadas 60 respostas.

A participação foi voluntária, respeitando sempre o princípio do anonimato e do compromisso da confidencialidade. Por forma a manter estes princípios, especialmente o da confidencialidade, os questionários foram codificados. Foram incluídos os enfermeiros informados, livres e esclarecidos, com relevância para a proteção dos dados e a confidencialidade das informações pessoais fornecidas. Foram respeitados os princípios éticos inerentes a todo o processo de recolha de dados.

Quanto ao tratamento dos dados, o tempo disponível para a realização desta atividade limitou tanto a sua organização como o seu tratamento dos dados, obrigando a uma análise mais superficial dos mesmos. Assim, depois de terminada a submissão dos questionários, procedeu-se à transcrição integral das respostas e, posteriormente, organizou-se o seu conteúdo por categorias (**apêndice G**).

5.1.1 Caracterização da Equipa de Enfermagem

Com base nas questões da primeira parte do questionário, obtivemos alguns dados que caracterizam os participantes, não só a nível sociodemográfico, mas também a nível

profissional. O quadro seguinte contém os dados obtidos relativos a uma parte da equipa, dado que nem todos os enfermeiros responderam ao questionário.

Quadro 1 – Caracterização da equipa de enfermagem do SUMC da ULSAM

IDADE (anos)				
21-30	31-40	41-50	51-60	61-70
14	29	12	4	1
GÉNERO				
FEMININO			MASCULINO	
51			9	
TEMPO DE EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL (anos)				
01-10	11-20	21-30	31-40	
23	24	11	2	
TEMPO DE EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL NO SUMC da ULSAM (anos)				
01-10	11-20	21-30	31-40	
41	13	4	2	
MESTRADO E/OU PÓS-GRADUAÇÃO				
SIM			NÃO	
18			42	
ESPECIALIDADE				
SIM			NÃO	
17			43	
NOME DA ESPECIALIDADE				
EEMC	EESPI		EER	
12	3		1	

Relativamente à idade, a equipa do SUMC compõe-se por 14 enfermeiros com idade compreendida entre os 21 e os 30 anos; 29 enfermeiros com idade compreendida entre os 31 e os 40 anos; 12 enfermeiros com idade compreendida entre os 41 e os 50 anos e 1 enfermeiro com mais de 60 anos.

No que respeita ao género, a equipa é composta maioritariamente por mulheres.

Relativamente ao tempo de experiência profissional, a equipa apresenta um padrão heterogéneo, sendo que o enfermeiro com menos experiência profissional possui 1 ano e o enfermeiro com mais experiência possui 38 anos.

Quanto ao tempo de experiência profissional no SUMC da ULSAM, o panorama altera-se ligeiramente, sendo que a maioria (68%) exerce funções neste serviço há 10 anos ou menos. A minoria (3%), exerce funções neste serviço há 31 anos ou mais. Destes 41 enfermeiros que exercem funções há 10 anos ou menos, é ainda possível concluir que esta é uma equipa com muitos enfermeiros recém-chegados; 30 destes enfermeiros exerce funções no SUMC há menos de 6 anos.

Relativamente à formação profissional, 18 enfermeiros possuem pós-graduação e/ou mestrado. No que respeita ao mestrado, 4 enfermeiros possuem mestrado em enfermagem médico-cirúrgica e 1 enfermeiro possui mestrado em ciências da educação; relativamente às pós-graduações, são várias as áreas em que os enfermeiros possuem formação, como por exemplo: urgência e emergência, emergência e catástrofe, cuidados intensivos, nefrologia, gestão e administração em saúde, saúde familiar, anestesiologia e controlo da dor.

A maioria dos enfermeiros da equipa (72%) não possui qualquer especialização. Os 18 enfermeiros que responderam afirmativamente a esta questão possuem especialidade em: enfermagem médico-cirúrgica, enfermagem de saúde pediátrica e infantil e enfermagem de reabilitação.

Em resposta à última questão da primeira parte do questionário, os enfermeiros enumeraram diversos cursos na área do doente crítico e na área da urgência e emergência, sendo os mais comuns:

- curso de suporte básico de vida (adulto e pediátrico);
- curso de suporte avançado de vida (adulto e pediátrico);
- curso de suporte avançado de vida em queimados;
- curso de viatura médica de emergência e reanimação.

5.1.2 Identificação das necessidades para a melhoria da prática dos cuidados

Na segunda parte do questionário os enfermeiros identificaram algumas necessidades individuais e coletivas determinantes para a melhoria da prática dos cuidados. Relativamente à primeira questão, os enfermeiros elencaram algumas **sugestões para a melhoria do trabalho em equipa e/ou comunicação**, como se pode ver no quadro seguinte:

Quadro 2 – Sugestões para a melhoria da prática dos cuidados

Sugestões	Especificidades
Agendamento de reuniões	Chefia Vs RT Equipa Frequência
Criação de subequipas	Fixas/Rotatividade Tempo de experiência Formação
Criação de grupos de trabalho	Setor Tema
Formação	Plano anual de formação Formação para o RT Revisão dos critérios de seleção
Comunicação	Multidisciplinar Equipa de enfermagem Reformulação da estratégia para transmissão de informação Doente e Família
Discussão de casos	<i>Brainstorming</i> Reflexões em equipa Dinâmicas de grupo <i>Debriefing</i>
Integração	Enfermeiros de referência Combinar equipas com diferentes níveis de experiência/competência
Protocolos e procedimentos	Uniformização de procedimentos Disponibilidade não exclusiva à SE
Recursos humanos	RT em extranumerário Clarificação do papel do RT Ajuste de rácio conforme necessidades
Estrutura física	Melhoria das condições físicas (admissão e pediatria) Melhoria dos recursos materiais

Da segunda questão, relacionada com as **atividades/projetos que os enfermeiros gostariam de ver desenvolvidos no serviço**, obtiveram-se também respostas variadas e dispersas. De uma forma sintética, foram enunciadas sugestões relacionadas com o controlo de infeção, a alta do utente, a segurança do medicamento, a formação dos assistentes operacionais, a integração de novos elementos, o plano anual de formação, a formação de grupos de trabalho, o gabinete de apoio à família, a discussão de casos, a gestão de espólios, a saúde mental em contexto de urgência, a criação de *Kits*, a implementação da técnica *Clean Catch* e a implementação de auditorias.

A formação contínua como fator primordial para o desenvolvimento de competências e subsequente melhoria contínua da prestação de cuidados foi elencada na terceira questão deste questionário. Identificaram-se assim algumas das **necessidades formativas dos enfermeiros nas áreas da prestação e gestão dos cuidados de enfermagem:**

Quadro 3 – Necessidades formativas nas áreas da prestação e gestão dos cuidados de enfermagem

Necessidade	Especificidade
Gestão do risco e segurança do utente	Segurança do medicamento Risco de úlcera de pressão Risco de queda Notificação de eventos adversos Administração de hemoderivados
Controlo de infeção	Higiene das mãos Infeções associadas aos cuidados de saúde
Supervisão clínica	
Processo de enfermagem	Sistemas de informação em saúde (<i>Sclinic</i>) Registos de enfermagem Parametrização de intervenções
Abordagem ao doente crítico	SAV (adulto e pediátrico) SIV Transporte do doente crítico
Vias verdes (VV)	VV AVC VV Sépsis VV Trauma VV Coronária
Tratamento de feridas	

As **necessidades formativas dos enfermeiros nas áreas da comunicação e das relações interpessoais** foram as seguintes:

- Liderança efetiva na gestão de recursos
- Comunicação assertiva
- Comunicação na interação com o utente, cuidador e/ou família
- Gestão de conflitos
- Trabalho em equipa
- Tomada de decisão
- Direito à informação

5.1.3 Atividades no âmbito da humanização dos cuidados

A quarta parte do questionário abordou a humanização. Inicialmente não prevista neste questionário, veio a integrar posteriormente o instrumento, uma vez que a Enfermeira Diretora da ULSAM solicitou aos vários serviços desta unidade hospitalar que apresentassem um plano estratégico no âmbito da **humanização dos cuidados de enfermagem**. Atendendo a que todos os enfermeiros deste serviço deveriam envolver-se na delineação deste plano, foram-lhes solicitadas sugestões de atividades neste âmbito, tendo as respostas integrado:

- Criação do espaço família
- Enfermeiro de referência de apoio à família
- Controlo do ruído
- Melhoria das condições físicas
- Melhor articulação com a equipa de cuidados paliativos
- Diminuição do tempo de permanência no SU
- Dotações seguras
- Sinalética para o circuito do utente
- Satisfação das necessidades básicas do utente
- Avaliação da satisfação dos utentes/familiares
- Educador/animador para o serviço de urgência pediátrica
- Musicoterapia

A análise e discussão destes resultados foi feita, num primeiro momento, com o enfermeiro chefe e, posteriormente com a equipa, aquando da sua divulgação. Aquando da partilha dos resultados, foi também abordada a satisfação com estilo de liderança utilizado pelo enfermeiro que desempenha funções de RT.

A aplicação deste questionário trouxe benefícios quer para os seus autores, quer para a equipa (numa perspetiva individual e coletiva). Além de acederem à opinião e perspetiva de uma grande parte da equipa, os autores experimentaram o diagnóstico de situação de uma forma mais inovadora e arrojada, desenvolvendo competências a vários níveis: construção de instrumentos de colheita de dados (questionário), utilização de plataformas digitais (*GoogleForms*) e ferramentas de software (Excel). A equipa teve oportunidade e espaço para

se expressar, para refletir nas temáticas apresentadas e para se envolver na construção de um ambiente positivo e favorável à prática.

Arrisco dizer que mais importante do que os dados diretos que se extraíram das respostas a este questionário, foram as oportunidades que ele trouxe à equipa de enfermagem.

A nível das **necessidades individuais para a melhoria da prática de cuidados**, as respostas obtidas foram agrupadas e deram origem a um projeto de melhoria contínua intitulado «Deixa a tua marca». O projeto, cuja criação e implementação está agora sob a responsabilidade do enfermeiro chefe, preconiza que cada enfermeiro da equipa desenvolva uma atividade/projeto durante o biénio, sendo a sua concretização um elemento constituinte da avaliação do desempenho de cada enfermeiro. Para Faria citado por Alferes (2020, p. 43) “as pessoas, a todos os níveis, são a essência das organizações. Só quando estão motivadas e envolvidas é possível tirar o melhor partido das suas capacidades em benefício da organização e delas próprias”.

Quanto à **humanização dos cuidados**, registaram-se as sugestões apresentadas, tendo-se otimizado algumas delas. Foram realizadas obras no serviço, nomeadamente nos espaços da ADR e da triagem de prioridades. Todos os enfermeiros tiveram acesso aos projetos, tendo sido dada a oportunidade de propor as alterações que achassem pertinentes para um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos profissionais e dos utentes. Foi revista toda a sinalética do serviço de urgência, tendo-se adquirido um novo *layout* e implementada a sinalética de chão. Foi desenvolvido um estudo intitulado «Impacto do ruído na qualidade de vida e motivação dos enfermeiros do Serviço de Urgência» que, entre outros objetivos, mediu o ruído nas diferentes áreas do SU, em diferentes momentos. Os resultados obtidos foram tidos em conta na obra da triagem de prioridades.

A satisfação com o estilo de liderança do enfermeiro RT foi um tema abordado pela chefia aquando da apresentação dos resultados, tendo sido possível concluir que algumas situações carecem de intervenção, nomeadamente a clarificação do papel do enfermeiro RT e a implementação de processos formativos a nível das competências não técnicas, nomeadamente a liderança. Assim, o enfermeiro chefe realizou uma formação intitulada «Estilos de liderança», onde foram abordados os estilos de liderança numa vertente teórica e teórico-prática.

A divulgação dos resultados ocorreu em três momentos distintos no auditório da ULSAM. A primeira e segunda reuniões ocorreram a 7 e a 13 de abril de 2021. A terceira reunião

ocorreu a 28 de abril e destinou-se exclusivamente a enfermeiros especialistas, o que constitui um marco neste SU. Até à data, as reuniões de serviço não diferenciavam os seus destinatários, mas o aumento progressivo de enfermeiros com especialidade, assim como a responsabilidade acrescida destes no desenvolvimento de projetos de melhoria contínua, evidenciam a necessidade de reunir e discutir o seu papel na equipa, assim como a implementação de estratégias que respondam aos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem definidos pela OE. Nesta reunião, tendo em consideração a pertinência e importância da temática, o enfermeiro chefe protagonizou um momento formativo sobre “Estilos de Liderança”. A apresentação onde consta a divulgação dos resultados pode ser consultada no **apêndice H**. O documento que declara a minha participação, na qualidade de formadora, pode ser consultado no **anexo A**.

A avaliação constitui uma etapa importante da formação, sendo da responsabilidade de todos os intervenientes. A ULSAM possui o seu próprio modelo intitulado «Questionário de Avaliação da Eficácia da Formação: no Final da Ação». No término das reuniões, o questionário foi distribuído por todos os elementos presentes onde avaliaram as expectativas, os conhecimentos adquiridos, os conteúdos programáticos, a documentação, a organização/funcionamento, a qualidade das infraestruturas, a satisfação global e a intervenção do(s) formador(es) (**anexo B**).

6. SÍNTESE DE ATIVIDADES

A definição de objetivos é uma etapa determinante quando traçamos o nosso percurso profissional. Superar esses mesmos objetivos e percebermos que o percurso não se resumiu exclusivamente a isso, é, para mim, uma grande prova de entrega e maturidade profissional. Hoje sou uma enfermeira mais capaz, mais competente e mais sensível.

Relativamente à **prestação de cuidados**, eleger a sala de emergência para esse efeito, revelou-se uma opção ajustada, já que neste setor são admitidos os utentes com maior nível de gravidade, correspondendo, na maioria das situações, à definição da pessoa em situação crítica já abordada neste documento. Entre outras aprendizagens, a multiplicidade de experiências e situações encontradas neste ambiente permitiu prestar cuidados, garantir a administração de protocolos terapêuticos complexos, gerir diferenciadamente a dor e o bem-estar, gerir a comunicação interpessoal e o estabelecimento da relação terapêutica, desenvolvendo uma prática profissional, segura e ética com base no CDE, promovendo o respeito pelos direitos humanos e a responsabilidade profissional. A mobilização de conhecimentos exigida na abordagem à pessoa e família em situação crítica fez-me compreender a importância da prática baseada na evidência e dos processos formativos, nos quais o enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica participa como elemento decisivo.

No âmbito da **gestão de cuidados e da governação clínica**, a “novidade” protagonizou a maioria das atividades desenvolvidas. Enquanto a prestação de cuidados se assumiu como uma continuação – sempre com a perspectiva de prestar cuidados especializados – a gestão de cuidados e da governação clínica corporalizou-se neste estágio. As várias atividades desenvolvidas, entre outros ganhos, permitiram que os objetivos delineados para este domínio fossem completamente atingidos:

- O acompanhamento frequente do enfermeiro chefe, assim como os inúmeros momentos de reflexão, constituíram uma grande alavanca para desenvolver interesse por esta área e, simultaneamente, identificar as necessidades existentes na área da gestão de cuidados e da governação clínica;
- a participação ativa nos problemas do serviço, a criação de um novo espaço para os profissionais de saúde se equiparem com condições de segurança e privacidade e de um *stock* de EPIs, e a integração no grupo de trabalho que criou e tornou operacional o PEDMC, permitiram participar nos programas de melhoria contínua da qualidade

dos cuidados e compreender a importância da gestão de recursos materiais e físicos na promoção de ambientes seguros;

- a construção diária do plano de trabalho da equipa de enfermagem, a gestão de conflitos e a construção de alternativas para melhorar a comunicação intra e interprofissional possibilitou compreender a importância da gestão dos recursos humanos no funcionamento e na dinâmica da equipa.

Em todas estas circunstâncias procurei promover um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/grupo e desenvolver um papel dinamizador na resposta da equipa de enfermagem aos desafios que surgem constantemente.

O desenvolvimento de uma atividade na área da **formação** começou por ser uma exigência do ENP, mas rapidamente revelou a sua importância na construção das competências do enfermeiro especialista. A preparação das reuniões da equipa de enfermagem e a implementação do dispositivo formativo foi uma das atividades mais exigentes que encontrei no decorrer do ENP. Retrospectivamente, admito que me deixei entusiasmar pela temática e pelo impacto desta na equipa, descorando o tempo disponível para a sua concretização. Contudo, os significativos contributos (citados anteriormente) que a atividade trouxe, possibilitaram a participação em atividades/programas de resposta às necessidades identificadas e, indiretamente, a promoção do cumprimento de procedimentos, normas e recomendações de boas práticas. Todo o envolvimento permitiu que fossem identificadas as necessidades formativas e que fosse compreendida a importância da formação no desenvolvimento profissional dos enfermeiros. O momento da divulgação dos resultados à equipa de enfermagem, em contexto de reunião de serviço, possibilitou o desenvolvimento de habilidades e estratégias para a apresentação e discussão do diagnóstico situacional à equipa, enquanto formadora. Alguns dos dados obtidos sustentaram ainda a segunda parte deste relatório, encorajando a exploração da temática “as vivências da família do doente no serviço de urgência na pandemia”.

Este percurso tornou possível o desenvolvimento de uma nova perspetiva dos conceitos que constituem o metaparadigma da enfermagem e o modo como se interrelacionam. Os quatro conceitos ganham uma nova perspetiva, principalmente o ambiente (serviço de urgência), a pessoa (em situação crítica) e os cuidados de enfermagem (especializados).

PARTE II

PERCURSO INVESTIGATIVO: AS VIVÊNCIAS DA FAMÍLIA DO DOENTE NO SERVIÇO DE URGÊNCIA NA PANDEMIA

INTRODUÇÃO

A investigação em enfermagem, como processo sistemático, científico e rigoroso, procura incrementar o conhecimento nesta disciplina, respondendo a questões ou resolvendo problemas para benefício dos utentes, famílias e comunidades. Inclui, por isso, a promoção da saúde, a prevenção da doença, o cuidado à pessoa ao longo do ciclo vital, durante problemas de saúde e processos de vida, ou visando uma morte digna e serena.

O conhecimento resultante da investigação em enfermagem é utilizado para desenvolver uma prática baseada na evidência, melhorar a qualidade dos cuidados e otimizar os resultados em saúde. Num perfil de melhoria, um dos desafios da enfermagem, enquanto disciplina e profissão, passa pela necessidade de promover o desenvolvimento de projetos de investigação em enfermagem. A formação contínua, com destaque para os cursos de mestrado, constitui uma rampa de lançamento para a integração dos profissionais em atividades de carácter investigativo.

Também no ENP, para dar resposta aos seus objetivos (**apêndice A**) foi necessária a identificação de um problema de investigação relacionado com a pessoa/família em situação crítica. Conciliando as motivações pessoais com as respostas obtidas nos questionários realizados à equipa relativamente às necessidades formativas, surgiu a problemática deste estudo: “as vivências da família do doente no serviço de urgência na pandemia”.

Na perspetiva de vários autores citados por (Hanson, 2005), a família é importante para a enfermagem, na medida em que:

- os comportamentos saudáveis e de risco são aprendidos dentro do contexto familiar;
- as unidades familiares são afetadas quando um ou mais membros têm problemas de saúde, sendo as famílias um fator importante no estado de saúde e bem-estar dos indivíduos;
- as famílias afetam a saúde dos seus membros, e os acontecimentos e práticas de saúde de cada indivíduo afetam toda a família;
- a eficácia dos cuidados de saúde é melhorada quando se dá maior ênfase à família, e não apenas ao indivíduo;
- a promoção, a manutenção e restauração da saúde das famílias é importante para a sobrevivência da sociedade.

Para Wright e Leahey (2011), os enfermeiros assumem o compromisso e obrigação de integrar as famílias nos cuidados de saúde. Além disso, os autores consideram que a evidência teórica, prática e investigacional do significado que a família atribui ao bem-estar e à saúde dos seus elementos, bem como a influência sobre a doença, obriga os enfermeiros a considerar o cuidado centrado na família como parte integrante da prática clínica.

Os enfermeiros, como produtores de teorias, condutores de pesquisas e defensores da inclusão da família nos cuidados de saúde, evidenciam a necessidade de aumentar as competências de avaliação e intervenção nas famílias através do estabelecimento da parceria entre os enfermeiros e a família (Wright e Leahey, 2011).

A revisão da literatura explanada no enquadramento teórico deste estudo não permite espaço para dúvidas sobre a inclusão da família nos cuidados a todo e qualquer doente. No entanto, a operacionalização deste princípio não é algo fácil de implementar, principalmente em contextos mais imprevisíveis como é o serviço de urgência. Considero que quando nos colocamos no lugar do outro, passamos a compreender determinados fenómenos, atitudes e comportamentos. Desta forma, definiu-se como objetivo geral deste estudo compreender as vivências da família do doente no serviço de urgência na pandemia. Na sequência deste objetivo, traçaram-se os seguintes objetivos específicos:

- Perceber o significado atribuído pela família à situação de admissão e permanência do seu familiar no serviço de urgência;
- Identificar as necessidades sentidas pela família do doente que recorreu ao serviço de urgência;
- Perceber o impacto para a família, do impedimento de acompanhar o seu familiar no serviço de urgência face à situação pandémica;
- Identificar as intervenções do enfermeiro junto da família aquando da permanência do doente no serviço de urgência;
- Identificar sugestões que possam melhorar o atendimento da família neste contexto.

Para dar resposta a estes objetivos optou-se por um estudo de natureza qualitativa, de carácter exploratório e descritivo. O acesso aos participantes (familiares) ocorreu através de um processo de amostragem não probabilística por conveniência. Para o efeito, a recolha de dados junto da família do doente admitido no serviço de urgência efetuou-se com recurso à realização de entrevistas semiestruturadas. Posteriormente, os dados obtidos foram sujeitos a análise de conteúdo.

CAPÍTULO 1 - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A elaboração de conceitos, a formulação de ideias e a recolha de documentação sobre um determinado tema são etapas determinantes para se chegar a uma conceção clara de um problema (Fortin, 2009).

A revisão da literatura, da qual o enquadramento teórico não dispensa, permite: 1) detetar conceitos-chave, 2) ter ideias relativamente a métodos de colheita e análise de dados para sabermos como foram utilizados anteriormente, 3) sensibilizar para erros cometidos noutros estudos, 4) conhecer diferentes maneiras de pensar e abordar uma problemática e 5) melhorar a compreensão dos dados e aprofundar as interpretações (Hernández Sampieiri, Fernández Collado and Batista Lucio, 2013).

Deste modo, o principal eixo estruturante desta investigação é a família do doente no serviço de urgência. O enquadramento teórico tornou pertinente a abordagem dos seguintes pontos: a contextualização histórica (definição de família e funções da família), os cuidados de saúde à família (o ciclo de saúde e de doença da família, e o quadrângulo terapêutico) e a família no serviço de urgência (o significado, as necessidades e as intervenções).

1. A FAMÍLIA: CONCEITOS E EVOLUÇÃO

A definição de família tem evoluído ao longo dos tempos, tendo o centro das suas definições se concentrado em diferentes aspetos: legais, biológicos, sociológicos e psicológicos. Do ponto de vista legal, abordam-se as relações estabelecidas por laços de sangue, adoção, tutela ou casamento; a perspetiva biológica envolve as redes biológicas existentes entre as pessoas; o aspeto sociológico integra grupos de pessoas que vivem juntas e o aspeto sociológico incorpora grupos de pessoas com fortes laços emocionais (Hanson, 2005).

O conceito evoca diferentes imagens para cada indivíduo e grupo, mas existe um ponto comum e norteador: “a maioria dos indivíduos inicia a sua vida fazendo parte de um grupo que é a família” (King citado por Mendes, 2015, p. 26). Na família, a principal instituição social, o indivíduo inicia as suas relações afetivas, cria vínculos e internaliza valores (Souza e Santo citados por Mendes, 2015).

Até aos anos 80, as definições de família foram sempre mais delimitadas envolvendo frequentemente noções de matrimónio, sanguinidade ou adoção. A definição apresentada por Burgess e Locke citados por Hanson (2005, p. 6) exemplifica-o: “a família é um grupo

de pessoas unidas por laços de matrimônio, sangue, ou adoção, constituindo um único lar; interagindo e comunicando uns com os outros dentro dos seus papéis sociais de marido e mulher, pai e mãe, filho e filha; criando e mantendo uma cultura comum”.

Depois dos anos 80, surgiram definições mais complexas de família, abrangendo outros aspectos que ultrapassam os legais e biológicos. A base das novas definições, traduzidas em mudanças de estrutura, de papéis e de funções, resultou da evolução dos contextos histórico e sociocultural (Martins, Fernandes e Gonçalves, 2012), das influências econômicas, políticas, sociais e culturais (Morgon citado por Ribeiro e Santos, 2008). Neste sentido, Hanson (2005, p. 6) refere que a família se refere “a dois ou mais indivíduos, que dependem um do outro para dar apoio emocional, físico e econômico. Os membros da família são autodefinidos.”

À medida que a definição evoluiu, outros conceitos se foram incorporando e aproximando da mesma. A OMS (Organização Mundial de Saúde) citada pela Ordem dos Enfermeiros (2008) reforçou a necessidade de redefinir o conceito e torná-lo mais abrangente, afirmando que “o conceito de família não pode ser limitado a laços de sangue, casamento, parceria sexual ou adoção. Família é o grupo cujas relações sejam baseadas na confiança, suporte mútuo e um destino comum”. Sampaio e Gameiro citados por Mendes (2015, p. 27) corroboraram esta definição ao afirmar que o termo família envolve “um conjunto de elementos emocionalmente ligados, compreendendo pelo menos três gerações, mas não só: de certo modo consideramos que «fazem parte da família» elementos não ligados por traços biológicos, mas que são significativos no contexto relacional do indivíduo”.

A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) (ICN, 2011) refere-se à família como sendo “composta por pessoas ligadas através da consanguinidade, afinidade, relações emocionais ou legais, sendo a unidade ou o todo considerado como um sistema que é maior que a soma das partes”.

O conceito de família especifica-se numa perspetiva sistémica integrando variáveis relacionadas com a autodeterminação da família e caracterizando-se fundamentalmente por vínculos afetivos (Figueiredo, 2012). Considerando a família como uma unidade, o que a caracteriza são as inter-relações estabelecidas entre os seus membros, tendo em conta o contexto específico de organização, estrutura e funcionalidade (Oliveira et al., 2011).

As várias definições exibem não só uma perspetiva de conjunto, mas também de sistema. Para Relvas citado por Mendes (2015, p. 26), a família “é um sistema social, aberto e auto-

organizado (...), um todo (mais do que a soma dos elementos que a constituem), mas também parte de outros sistemas, de contextos mais vastos nos quais se integra (comunidade, sociedade)”.

Olhando para a família como um sistema social dinâmico, facilmente entendemos a influência de valores, crenças, conhecimentos e práticas que a tornam única. No dia-a-dia “a família integra as influências externas (...) [que gere e regula] pelas forças internas que possui (...) conferindo-lhe uma capacidade auto-organizativa e uma coerência e consistência no jogo de equilíbrios dinâmicos interior-exterior” (Mendes, 2015, p. 28). Na perspectiva de Reis, Bule e Martins (2021, p. 183), “as famílias constituem entidades dinâmicas que se configuram face a diversos fatores (...), onde se redesenham forças de coesão e funcionalidade a que não é indiferente a educação, a relação, a autoridade, o ambiente, a partilha, a situação social e económica, as crenças e as proteções dos membros”.

Fruto de todas estas influências, a diversidade familiar passou a ser uma realidade cada vez mais comum, abrangendo novos tipos de família: “embora a família nuclear tradicional continue a representar o modelo que a maior parte das pessoas deseja ter, são diversas as configurações familiares e diversos os desafios que encerram, particularmente quando se complexificam os laços familiares e se entrecruzam diversas histórias e heranças familiares” (Alarcão, 2015, p. 122). Para Nunes (2015), famílias de pais heterossexuais, de pais do mesmo sexo, monoparentais, com filhos adotivos, com filhos concebidos por procriação medicamente assistida, entre outros, são exemplos dos diferentes padrões de família existentes. Face a esta diversidade, importa que “uma atitude geral de compreensão, respeito e tolerância deve ser a base sobre a qual se edifica o conceito de família nuclear enquanto conjunto de relações intersubjetivas de natureza afetiva com uma forte identidade gregária” (Nunes, 2015). O quadro seguinte identifica os tipos de família e a respetiva composição, de acordo com Bomar citado por Hanson (2005).

Quadro 4 – Diversidade de tipos de família

Tipo de Família	Composição
Díade Nuclear	Casal casado, sem filhos
Nuclear	Marido, mulher, filhos (podem ou não ser legalmente casados)
Binuclear	Duas famílias pós-divorciadas com filhos de ambas
Alargada	Família nuclear e ainda parentes de sangue

Reconstituída	Marido, mulher, e filhos de relações anteriores
Monoparental	Um pai e filho(s)
Comuna	Grupos de homens, mulheres e filhos
Coabitação (parceiros domésticos)	Homens e mulheres solteiros partilhando uma casa
Homossexual	Casal do mesmo sexo
Pessoa celibatária (adulto)	Uma pessoa numa casa

Fonte: Bomar citado por Hanson (2005)

Perspetiva-se, face às novas realidades sociodemográficas e socioeconómicas, que as famílias estejam cada vez mais abertas aos mundos que as cercam, deixando-se aproximar, preencher e influenciar, sem perderem a sua essência e o significado que tem e assume cada um dos seus elementos. Surgirão novos conceitos, novas dinâmicas, novas estruturas (familiares), mas independentemente dessa reforma, importa que a família seja definida como alguém que se considera um membro da família, ao invés de centrar nos tipos de família (Leske citado por Mendes, 2015). Nesta perspetiva, Nunes (2015) afirma que “os laços familiares devem estender-se para além da família genética e incluir aqueles que melhor se identificam com a pessoa, por exemplo um cuidador num lar ou residência de terceira idade”.

De acordo com a análise do conceito de família sustentada na bibliografia, o conceito de família para este estudo assenta no seguinte pressuposto: família pode ser qualquer pessoa de referência sem necessidade de ser um membro familiar, desde que se certifique a existência de laços de amizade e de empatia/afetividade para com este, acabando por assumir uma posição de grande importância para a pessoa portadora de doença.

Para a manutenção da sua integridade, todas as famílias desempenham determinadas funções para que possam dar resposta às suas necessidades enquanto família, às necessidades de cada membro individualmente e às expectativas da sociedade e do meio envolvente (Moreira, 2006). De acordo com Caniço (2014, p. 55), a função familiar “permite que a família mantenha um equilíbrio estável para alcançar os objetivos psicobiológicos, socioculturais, educativos e económicos que requer o grupo familiar”.

À semelhança das várias definições de família, que evoluíram ao longo da história, também as suas funções se foram alterando e adaptando. Considerando a família tradicional, Hanson (2005) atribuiu seis funções à família: 1) assegurar a sobrevivência económica das pessoas,

2) reproduzir a espécie, 3) proporcionar proteção, 4) transmitir a fé religiosa (cultura), 5) educar (socializar) e 6) conferir estatuto. De acordo com o autor, as famílias que concretizassem estas seis funções, eram consideradas saudáveis, ou boas, isto é, “uma família autossuficiente, que não pedia ajuda a ninguém, apoiava as instituições da comunidade, não era marcada pelo fracasso, passava fome antes de recorrer à assistência social, e reunia os critérios de “boa família” determinados pela Igreja e pela comunidade” (Hanson, 2005, p. 28).

A época contemporânea trouxe às famílias uma transformação das suas funções, sendo necessária não só a sua redefinição, mas também uma abertura para a integração de novas funções. Relativamente à primeira função (económica), esta sofreu mudanças significativas com a implementação de apoios governamentais/estatais e com a introdução da mulher no mercado laboral. Assim, as famílias deixaram de ser o principal ingrediente básico da segurança económica. No que respeita à função reprodutora, esta diversificou-se: aceitaram-se novas formas de parentalidade (ter filhos sem casamento ou família), desenvolveram-se técnicas de procriação medicamente assistida, assim como medidas de controlo da natalidade. A função protetora passou a ser uma responsabilidade partilhada entre a família e as instituições oficiais sociais, de assistência social e legais. A função religiosa deixou também de estar exclusivamente a cargo da família, uma vez que “à medida que a sociedade se tem vindo a secularizar, menos valores religiosos e culturais têm sido passados às gerações mais novas” (Hanson, 2005, p. 29). Também a função educativa e de socialização se viu profundamente alterada com a sua transferência para o sistema escolar público/privado. Na ótica dos professores e educadores, esta alteração veio aumentar as suas responsabilidades profissionais e, simultaneamente, fracionar as obrigações das famílias. A função de conferir estatuto foi retirada à família, uma vez que esta provém “da instrução, da profissão, do rendimento e da residência” (Hanson, 2005, p. 29).

A estas alterações, somou-se a introdução de duas novas funções: a função de relação e a função de saúde. Na função de relação, as famílias unem-se por sentimentos e afetos, em busca da intimidade, e não para satisfazer as suas necessidades básicas e/ou de proteção: “as famílias são autodefinidas, usam critérios baseados em relações, e não em genes ou na lei” (Hanson, 2005). Relativamente à função de saúde, a família passou a ser a génese da saúde física e mental de toda uma vida, atribuindo ao grupo familiar a manutenção dos seus elementos saudáveis através da transmissão de atitudes, crenças, hábitos, promoção da saúde, e cuidados aos doentes (*ibidem*). É no seio da família que os seus elementos

desenvolvem o conceito de saúde, adquirem hábitos de saúde e estilos de vida saudáveis, desenvolvendo um sistema de valores, crenças e atitudes face à saúde e doença (Kozier e Stanhope citados por Moreira, 2006).

Com a co-atribuição das diversas funções da família (produção económica, educação e cuidados de saúde) às instituições sociais como escolas e hospitais, foram definidas por Kaakinen et al. citados por Campos (2014) cinco funções: reprodutiva, de socialização, afetiva, económica e prestadora de cuidados.

Noutra perspetiva, elencam-se fatores de força da família, onde o papel da educação, da relação, da autoridade, do ambiente, da partilha, da situação socioeconómica, das crenças e da proteção, assume particular importância. Assim, para Sittner, Hudson e DeFrain citados por Reis, Bule e Martins (2021, p. 183), as qualidades da família são: “i) o compromisso para o bem-estar e felicidade, conseguido através das relações equilibradas, da partilha de responsabilidades e dos objetivos; ii) o apreço e carinho que se verifica no reconhecimento positivo em ambiente positivo que aumente a autoestima; iii) a comunicação positiva que respeite cada um e permita a discussão das questões familiares; iv) o tempo disponível para alicerçar identidades familiares; v) o bem estar espiritual que gera o significado e sentido que orientam as vidas dos membros; vi) a capacidade para lidar com o stress e as crises que é a prova de que a família é capaz de manter a perspetiva, reformulando objetivos e desenhando estratégias à medida das forças e das dificuldades”.

Para Martins citado por Campos (2014), as transformações sociais e económicas que ocorreram nas últimas décadas não inviabilizam que a família continue a exercer sobre as pessoas uma forte atração, uma vez que esta constitui o espaço natural onde se propagam valores éticos, culturais, sociais e cívicos, sendo por isso a sua principal fonte de suporte afetivo, pedagógico e social.

2. CUIDADOS DE SAÚDE À FAMÍLIA

Dando cumprimento à oitava função da família – a função de saúde – importa que os cuidados prestados sejam organizados de acordo com o lugar que cada família e seus elementos ocupam no meio envolvente. Na ótica de Monteiro citado por Reis, Bule e Martins (2021, p. 186) a abordagem à família deve contemplar o “desenvolvimento de competências que ajudem aquela unidade a capacitar-se para enfrentar o seu próprio desenvolvimento, mas também para responder às necessidades de cada um dos seus membros de acordo com a fase

do ciclo vital que experimentam”. Para Hanson (2005), “a abordagem que os enfermeiros utilizam é determinada por muitos fatores, incluindo o contexto dos cuidados de saúde, as circunstâncias familiares, e os recursos do enfermeiro”. Na perspectiva deste autor, os cuidados inerentes à enfermagem de família podem basear-se em quatro abordagens: 1) a família como contexto, 2) a família como cliente, 3) a família como sistema e 4) a família como componente social.

Na primeira abordagem – a família como contexto – o indivíduo ocupa o primeiro plano e a família o segundo, sendo esta o contexto do indivíduo, como um recurso ou um fator de stress para a sua saúde e doença. Na segunda abordagem – a família como cliente – ocorre precisamente o inverso: a família está em primeiro plano e os indivíduos em segundo; observa-se a família como a soma dos seus elementos, e o foco das atenções recai sobre cada indivíduo. Quando abordamos a família como sistema, esta é vista como um sistema interativo no qual o todo vai para além da soma das suas partes, ou seja, a ênfase é colocada nas interações existentes entre os elementos da família. Nesta abordagem importa saber que quando algo ocorre com um dos elementos, os outros são também afetados, ou seja, “se um familiar adoece, a situação afeta todos os outros membros da família”. A quarta abordagem – a família como componente social – encara a família como um todo que interage com outras instituições (p.e. de saúde, de ensino, religiosas ou económicas) com o objetivo de receber, trocar, ou fornecer comunicação e serviços.

2.1. O Ciclo de Saúde e de Doença da Família

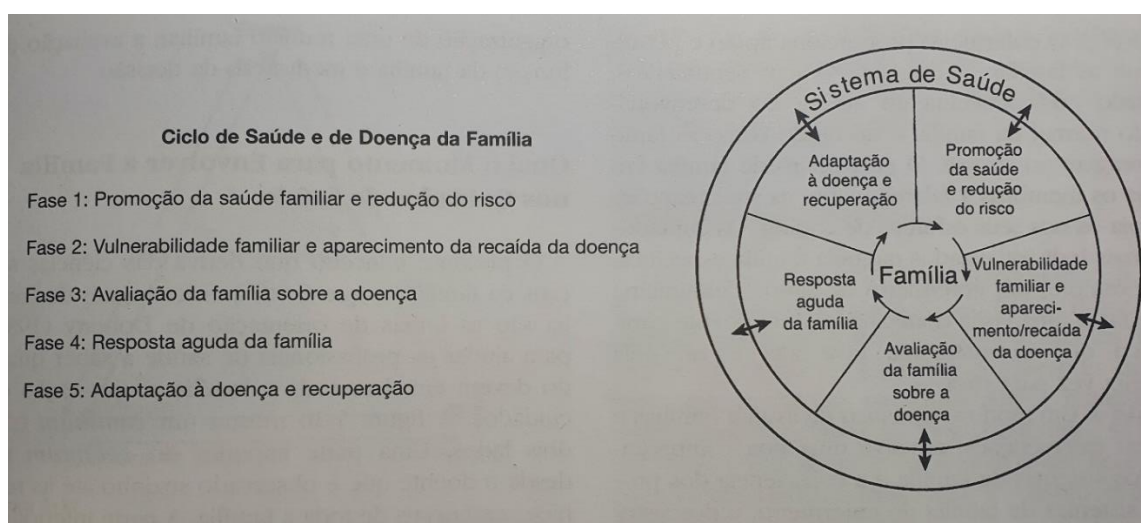
Encontramos na família a base primordial da prestação de cuidados de alimentação, higiene, segurança, confiança, proteção e espaço vivencial de troca de amor e de afetos. Simultaneamente, as aprendizagens das regras básicas de convivência e integração social resultam da tarefa educativa pela qual a família é responsável (Remondes-Costa, 2015). Portanto, ao longo do ciclo vital, é expectável que o indivíduo experimente desafios e mudanças com as quais tem que lidar, recorrendo à mobilização de recursos para a manutenção da sua saúde e bem-estar (Cabete et al., 2019).

Se algumas mudanças se desejam e são previsíveis, uma doença aguda ou um acidente constituem uma transição abrupta, exigindo do utente e da sua família o desenvolvimento de mecanismos de adaptação (Mendes citado por Cabete et al., 2019). Portanto, também nos

acontecimentos adversos, ao longo do ciclo vital, a família elege-se como principal fonte de apoio e suporte social informal (Remondes-Costa, 2015).

Tendo em conta que a existência e vivência da doença é um processo que afeta todo o núcleo familiar, a família organiza os seus esforços para reduzir os riscos da doença, lidar com a fase inicial da doença, e adaptar-se à morte ou à doença. Todo este processo pode ser representado no ciclo de saúde e de doença da família desenvolvido por Doherty e McCubbin (Figura 2).

Figura 2 – Ciclo de Saúde e de Doença da Família



Fonte: Doherty e McCubbin citados por Hanson (2005)

O ciclo de saúde e doença da família identifica, resumidamente, as suas fases e a envolvência e participação da família na tomada de decisão e na procura de ajuda externa (sistema de saúde). Os enfermeiros, enquanto profissionais que prestam cuidados diretos aos indivíduos, representam o sistema de saúde e assumem um papel de destaque na resposta a estas fases. Na primeira fase os enfermeiros identificam fatores ambientais, sociais, psicológicos e interpessoais que rodeiam a família e que interferem na promoção da saúde familiar e na redução do risco. A segunda fase caracteriza-se pela procura de acontecimentos e experiências que tornam os membros da família suscetíveis a novas doenças ou a recidivas de doenças crónicas, como por exemplo, a avaliação das reações familiares ao stress que se relacionaram com recidivas ou agudizações de doenças crónicas. Na terceira fase importa a leitura que as famílias fazem dos sintomas individuais da doença e a sua permeabilidade à intervenção. A quarta fase caracteriza-se pela desorganização que as famílias experimentam

face a um acontecimento extraordinário (p.e. enfarte agudo do miocárdio, neoplasia, etc.) e as consequências imediatas, constituindo uma área de intervenção muito importante para os enfermeiros. Por último, a quinta fase incorpora os efeitos a longo prazo da doença na família, assim como ao papel que esta representa na recuperação dos seus membros (Hanson, 2005).

2.2. O Quadrângulo Terapêutico

Um problema de saúde num dos membros da família, quer se trate de uma situação inaugural ou aguda, quer se trate de uma agudização de algo que já é conhecido e/ou crónico, pode representar um momento de grande instabilidade e afetação da família como um todo, tornando-se relevante a prestação de cuidados à família (Batista et al., 2017).

A doença e a hospitalização são promotoras, na maioria das vezes, do afastamento familiar que leva ao desequilíbrio da capacidade funcional da família que se traduz no aparecimento de conflitos, no distanciamento e em alterações na vida familiar (Pettengill e Angelo citados por Ribeiro e Santos, 2008). No momento da hospitalização, é imperativo que os enfermeiros entendam os significados e as diferentes formas de ver a saúde e a doença para que, nas suas intervenções, considerem os significados culturais de cada indivíduo e sejam coerentes com as necessidades individuais e familiares (Marcon et al. citados por Ruedell et al., 2010). Na ótica de Ruedell et al. (2010), o entendimento sobre saúde, doença e cuidados, quer por parte da família, quer por parte dos enfermeiros, pode divergir, já que as perspetivas culturais de cada pessoa ou grupo exercem uma influência significativa sobre estes aspetos.

Os desequilíbrios, como é exemplo o aparecimento ou agudização de uma doença, geram necessidades caracterizadas por estados de tensão conscientes ou inconscientes e motivadores da satisfação dessa mesma necessidade para a manutenção do equilíbrio. As necessidades não sendo atendidas ou sendo satisfeitas inadequadamente podem traduzir-se em desconfortos que, quando prolongados, podem provocar doença física ou mental (Horta citado por Waidman e Elsen, 2004).

Conhecer as necessidades de cada indivíduo/família permite oferecer-lhes uma assistência que se traduz numa melhoria da qualidade de vida. Por outro lado, cada família pode apresentar várias necessidades, mas estas intensificam-se quando existe uma doença nalgum dos seus elementos (Waidman and Elsen, 2004).

Para uma melhor compreensão e avaliação do impacto da hospitalização nas famílias, nomeadamente na análise das necessidades da família, Rolland citado por Hanson (2005) descreve o quadrângulo terapêutico, composto por quatro elementos: a doença, a família, a equipa de saúde e o doente.

A doença constitui o primeiro elemento do quadrângulo terapêutico; a sua variabilidade caracteriza-se por diferenças no aparecimento, percurso, resultado e grau de incapacidade.

- O aparecimento pode ser súbito (p.e. AVC ou EAM) ou gradual (p.e. artrite ou enfisema). A readaptação familiar necessária pode depender do tipo de aparecimento da doença.
- O percurso pode ser progressivo (p.e. cancro, artrite reumatóide, enfisema), constante (p.e. lesão da espinal-medula) ou recorrente (p.e. esclerose múltipla, asma). O tipo de adaptabilidade da família relaciona-se com o percurso da doença.
- O resultado da doença influencia o grau de sofrimento antecipado da família, ou seja, a expectativa de uma futura perda pode alterar a perceção da família e a capacidade para resolver problemas (p.e. a morte (como resultado) pode ativar reacções de má adaptação, privando o elemento doente de importantes responsabilidades).
- A incapacidade pode ocorrer a vários níveis: cognitivo (p.e. doença de Alzheimer), sensitivo (p.e. cegueira), físico (p.e. AVC com parésia/plegia), de produção de energia (p.e. doenças cardiovasculares e pulmonares). O grau de incapacidade determina os ajustes específicos da família.

A esta variabilidade acrescenta-se ainda “a complexidade, frequência e eficiência do tratamento; a quantidade de cuidados requeridos em casa e em hospitais; e a frequência e intensidade dos sintomas” (Hanson, 2005).

O segundo elemento deste quadrângulo é a família. Algumas das qualidades da família influenciam as relações da família com os outros elementos do quadrângulo terapêutico, como por exemplo: “a flexibilidade, a coesão, a estrutura, a origem cultural, a experiência prévia com a doença, os recursos, a aptidão para resolver problemas, a capacidade para lidar com dificuldades e as perceções da família” (Hanson, 2005). Em relação à doença, Moos citado por Hanson (2005) descreveu um determinado número de funções familiares a ter em consideração: 1) aprender a lidar com a dor, a incapacidade, ou outros sintomas relacionados com a doença do seu elemento doente, 2) aprender os procedimentos de prestação de cuidados e 3) estabelecer relações de “trabalho” com a equipa de saúde.

A equipa de saúde é o terceiro elemento do quadrângulo terapêutico. Hupcey citado por Hanson (2005) expôs as estratégias utilizadas pelos enfermeiros para desenvolver relações com as famílias, nomeadamente: demonstração de empenho, de perseverança e de envolvimento. Para o autor, a despersonalização da família, a manutenção de uma atitude eficiente e a demonstração de falta de confiança na família são estratégias que inibem as relações.

Por último, surge o quarto elemento do quadrângulo: o doente. A identidade da pessoa doente e a forma como esta lida com a doença afetam a adaptação da família. Também a fase do ciclo de vida em que a doença ocorre na pessoa doente é também diferenciador, uma vez que o aparecimento de uma doença não é tão expectável num jovem, sendo mais previsível ocorrer numa idade avançada. A ligação emocional que liga a família à pessoa doente reveste-se de grande importância no comportamento da família perante a doença (Hanson, 2005).

3. A FAMÍLIA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

Os cuidados de saúde primários, enquanto plataforma onde o trabalho transdisciplinar ocorre numa dinâmica constante de acesso e gestão de recursos de acordo com as necessidades das famílias, é o palco de eleição para o desenvolvimento de um cuidar centrado na família (Reis, Bule and Martins, 2021). No entanto, as abordagens à família estudadas anteriormente (a família como contexto, a família como cliente, a família como sistema e a família como componente social) juntamente com vários estudos realizados no contexto hospitalar, realçam a importância dos cuidados à família através da parceria estabelecida para cuidar de um familiar doente (Reis, Bule e Martins, 2021).

De acordo com a OMS citado por Conceição, Santos e Raposo (2021), o contexto hospitalar comporta uma organização complexa cuja principal função passa por complementar e aumentar a efetividade das outras partes que constituem o sistema de saúde, fornecendo disponibilidade contínua para a prestação de cuidados ao nível de condições agudas e complexas, centrando-se nas necessidades das pessoas. Dentro desta organização, os diversos serviços assumem, conforme as suas características e capacidades, cuidados de níveis mais ou menos complexos e diferenciados.

O serviço de urgência, como o rosto e porta de entrada de um hospital, possui características que o diferenciam dos demais serviços hospitalares, conferindo-lhe um ambiente de stress,

desprovido de padronização de cuidados, com imprevisibilidade e em que as ações estão dependentes do tempo (Batista et al., 2017). Cypress (2014) reforça que é neste contexto que se inicia o tratamento dos utentes que apresentam doenças e lesões que se inserem num espectro bastante alargado.

Para a família, a admissão no serviço de urgência é uma experiência ameaçadora, tanto na perspectiva dos familiares, como na dos próprios utentes (Cypress, 2014). Tendo em consideração as características das doenças agudas (início abrupto, evolução e desfecho rápidos), a família, na maioria das vezes, ajusta-se com alguma facilidade a esta ameaça, mas noutras trata-se de um “episódio inaugural de uma condição mórbida individual com repercussões na família, vista como um todo” (Reis, Bule e Martins, 2021).

Na abordagem ao doente que dá entrada no serviço de urgência participam médicos e enfermeiros; os primeiros são responsáveis pelo diagnóstico e tratamento das doenças, os segundos permanecem ao lado do utente e da sua família durante o tempo que estes se encontram no SU (Cypress, 2014). A inclusão das famílias nos cuidados poderá depender de dois aspetos: do conceito que cada um possui sobre família e da consciência de que todos os enfermeiros que trabalham nos mais diversos contextos devem possuir conhecimentos e competências para avaliação e intervenção na família (Fernandes et al., 2015).

Sabe-se que o serviço de urgência foi concebido para a prestação de cuidados de saúde em todas as situações enquadradas nas definições de urgência e emergência, mas a utilização indevida destes serviços é hoje uma realidade a aguardar resolução. A falta de acesso e confiança nos cuidados de saúde primários; as perceções de urgência ou ansiedade que levam as pessoas a sentir a necessidade de tranquilizar-se; as recomendações de amigos, familiares ou profissionais de saúde; a comodidade na disponibilização de serviços com horário de funcionamento ininterrupto e melhor localização; os fatores relacionados com o utente como por exemplo o custo associado ou a falta de transporte, e a perceção da necessidade de tratamento que advém de uma prática baseada em evidência são as seis razões identificadas num estudo realizado por Coster et al. citados por O’Cathain et al. (2020) para o uso indevido dos serviços de urgência.

Para Sá, Botelho e Henriques (2015, p. 33) a experiência “de uma situação limite, associada ao risco de vida, quer pelo doente, quer pela família, é vivida de forma única”. Enquanto o doente, sobretudo aquele que se encontra em situação crítica, só compreende a gravidade da sua situação numa fase mais tardia, a família, por sua vez, vivencia de forma muito intensa e emocional todas as horas e possíveis alterações no estado clínico do seu familiar.

A possibilidade de estar doente, independentemente do foro, é uma condição que reserva, pelo conhecimento, a sensação de risco iminente. Atualmente, uma vigilância acérrima relativamente ao que pode causar um estado de doença não é sobejamente suficiente, já que as doenças advêm, cada vez mais, da influência e fragilidade de diversos fatores (Mendes, 2015). As doenças, principalmente as mais graves e as que determinam algum perigo de vida, provocam alterações emocionais e de comportamento, tais como ansiedade, choque, negação, raiva e isolamento. Neste contexto, a família preocupa-se com a gravidade da doença, com o sofrimento que esta provoca e com a possibilidade de morte (Costa, 2004). Sentimentos de medo, desamparo, vulnerabilidade, insegurança, frustração e depressão são referidos pela família, como resultado das suas preocupações, obrigando “as famílias a alterações profundas no seu modo de viver, nas suas normas e regras, nos seus estilos e rituais, ora redistribuindo os papéis, ora concentrando as suas responsabilidades” (Costa, 2004).

Para Novellas et al. citados por Moreira (2006), na presença de doença mais ou menos grave, o esforço que a família reúne para superar os problemas que surgem, bem como os que já existem, e a adaptação de uma atitude adequada face às circunstâncias podem causar stress a nível familiar e levar à adoção de algumas atitudes, tais como:

- Negação: o medo de reconhecer uma determinada realidade conduz a mecanismos de defesa; a família gasta as suas energias com a ocultação da realidade, evitando pensar nela;
- Conspiração e silêncio: as famílias fragilizadas negam ao doente o direito a ser informado sobre a sua situação e de estar com os próprios membros, reduzindo assim a possibilidade de manifestarem as suas emoções;
- Superproteção: da ansiedade em que estão imersos e, provavelmente, dos sentimentos de culpa, desenvolve-se esta atitude; o doente é tratado com excessiva atenção e como se fosse uma criança, subestimando as suas capacidades;
- Excesso de realismo: a atenção da família está completamente centrada no doente, vivendo uma enorme ansiedade; cansada ou até incapacitada, não atribui importância ao que se faz, nada vale a pena em prol do cansaço e do próprio sentimento de incapacidade;
- Isolamento social: o medo da informação fornecida por agentes externos à família e a diminuição e fragilidade da sua autoestima leva a família a manter relações sociais mais distantes;

- Incerteza: relaciona-se com o desconhecimento da realidade e com o não domínio dos factos;
- Sentimentos de culpa: pelo tempo perdido.

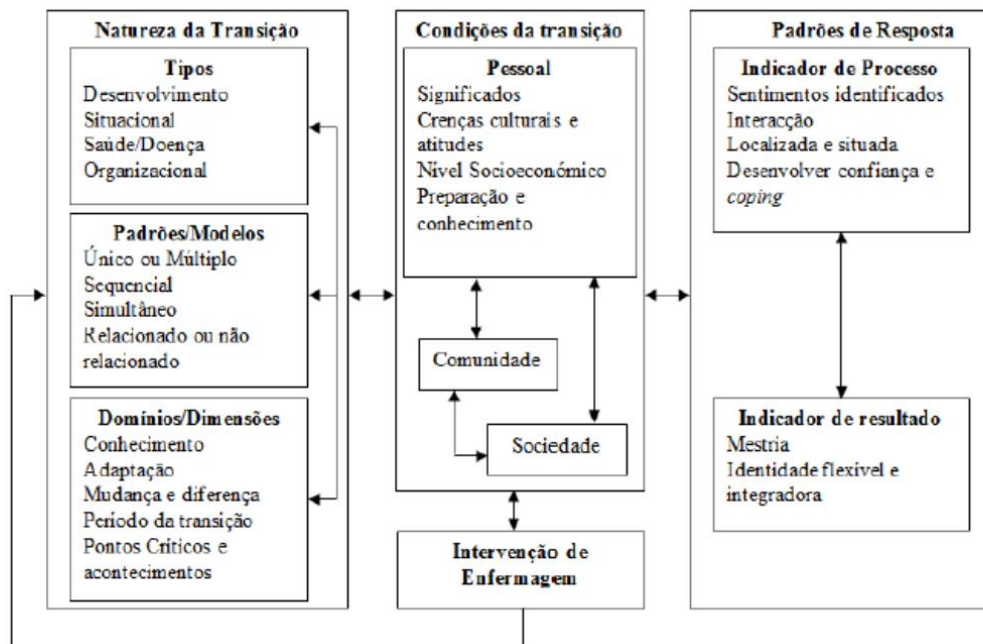
A família que experimenta a doença aguda depara-se com uma “rutura nas dinâmicas familiares com impacto direto no núcleo de pertença do elemento afetado” (Reis, Bule e Martins, 2021). Podendo ocorrer em qualquer fase do ciclo vital das famílias (p.e. doenças infantis, episódios agudos nos adultos e nos idosos), a doença aguda é, muitas vezes, entendida como temporária, finita, criando-se a expectativa de que a recuperação dos equilíbrios relacionais e funcionais ocorre de forma semelhante às experiências anteriores (*ibidem*). Portanto, as vivências anteriores constituem um elemento importante na forma como a família se comporta na presença de uma doença aguda. Caso se trate de uma “doença inaugural, prevalece a surpresa e o desconhecimento quanto à evolução do episódio” assinalando-se “a entrada do doente num mundo até então visto como improvável” (Reis, Bule e Martins, 2021). Por outro lado, na agudização de uma condição crónica, a família tende a ajustar-se a uma doença já conhecida, não esquecendo a associação desta a um processo de involução. Importa referir que a doença ou lesão que implique a hospitalização é vista como um evento inesperado ou imprevisível, traduzindo-se na interrupção de rotinas domésticas e na reorganização das funções familiares, passando alguns elementos da família a assumir responsabilidades que nunca tiveram (Hanson, 2005).

No largo espectro que as doenças podem ocupar, a doença crítica reveste-se de uma enorme fragilidade na medida em que traz à família “uma intrépida experiência de sofrimento físico e emocional” (Mendes, 2019, p. 164). A vulnerabilidade que decorre da instalação de uma doença crítica, seja para o doente, seja para a sua família, é designado por transição (Meleis et al., 2000). De acordo com Chick e Meleis citados por Mendes (2019, p. 164), a transição refere-se “a um período ou experiência vivida entre dois momentos estáveis envolvendo momentos de continuidade e descontinuidade do processo de vida da pessoa”. Para a autora, as transições podem assumir quatro tipos: 1) transição saúde-doença, que corresponde a mudança do estado de saúde; 2) transição situacional, que se relaciona com acontecimentos que originam mudança de papéis; 3) transição de desenvolvimento (individual ou familiar), associada a mudanças do ciclo vital; 4) transição organizacional, que decorre das alterações na estrutura e dinâmica da organização.

A Teoria das Transições, da autoria de Meleis, permite uma melhor compreensão do processo de transição e define os principais conceitos relevantes para o domínio da

enfermagem. Como se pode observar na figura 3, esta teoria integra a natureza da transição (tipos, padrões, propriedades de experiência/domínio/dimensões), as condições de transição (pessoais, comunidade e sociedade), os padrões de resposta (indicadores de processo e indicadores de resultado) e por fim, as intervenções de enfermagem.

Figura 3 – Modelo das Transições: Teoria de Médio Alcance



Fonte: tradução adaptada de Meleis (2010)

Para a autora e colaboradores, compreender inteiramente o processo de transição exige desvendar as condições pessoais e ambientais que facilitam ou dificultam o progresso que o mesmo envolve (Meleis et al., 2000). Nesta linha de pensamento, na transição que a família vivencia no momento de admissão e permanência num serviço de urgência, torna-se relevante também conhecer o significado da experiência, as necessidades sentidas, os padrões de resposta adotados e as intervenções de enfermagem, entre outros elementos importantes que possam surgir da narrativa.

Na experiência contínua do exercício saúde-doença de um dos seus elementos, a família vive uma situação de transição que revela o significado da doença e quais as implicações que daí resultam (Mendes, 2019). O significado atribuído pelas pessoas a determinada experiência possibilitará conhecer as necessidades que daí emergem, assim como as respostas para a sua satisfação (Cohen citado por Mendes, 2015)

3.1. Das Necessidades à Intervenção

O crescimento, desenvolvimento e sobrevivência do ser humano estão intimamente relacionados com a satisfação de um conjunto de necessidades (Moreira, 2006). No senso comum, o conceito de necessidade reporta-nos para “um desejo, uma aspiração, algo de que precisamos e nos é imprescindível” (*ibidem*, p. 49). Na perspectiva de Chalifour citado por Mendes (2015), o termo remete para algo que se procura, do que se deseja, e que “o encontro com a necessidade é o ponto de partida ou razão para a interação”.

Maslow, autor da teoria da motivação humana, definiu cinco categorias de necessidades humanas: fisiológicas, segurança, afeto, estima e as de autorrealização (Cavalcanti et al., 2019). As cinco necessidades são representadas por uma pirâmide, cuja base contempla as mais básicas (por exemplo as necessidades fisiológicas) e estas possuem maior prevalência no início do desenvolvimento do que aquelas que se encontram no topo da pirâmide (por exemplo, autorrealização); quando as necessidades de nível inferior se satisfazem, o ser humano “salta” para o patamar imediatamente a seguir para satisfazer as necessidades de nível superior (*ibidem*). Para o autor, as necessidades fisiológicas e de segurança são necessidades que se situam no campo da sobrevivência, enquanto as necessidades de afeto, estima e de autorrealização estão relacionadas com a esfera da vida social (Moreira, 2006).

As necessidades fisiológicas, na perspectiva de Toarmina e Gao citados por Cavalcanti et al., (2019) definem-se pela ausência de substâncias químicas e nutrientes para o organismo, ou pela forma como as condições ambientais adversas podem colocar o corpo em risco, como por exemplo o frio extremo.

A falta de proteção define as necessidades de segurança, fundamentais para garantir a sobrevivência dos indivíduos (Cavalcanti et al., 2019). São exemplos deste tipo de necessidades ter uma casa segura, dispor de uma figura protetora, viver num sistema jurídico confiável e sentir estabilidade na vida (Toarmina e Gao citados por Cavalcanti et al., 2019).

As necessidades de afeto, situadas num nível intermédio, referem-se às relações interpessoais, ao sentimento de pertencer a grupos sociais e às díades íntimas em que existe a preocupação afetiva mútua (Cavalcanti et al., 2019).

Quanto às necessidades de estima, Maslow citado por Cavalcanti et al. (2019) dividiu esta necessidade em dois componentes: a autoestima e a estima recebida dos outros. A autoestima tem a ver com o respeito que a pessoa detém de si mesmo, o mérito das suas conquistas e a

dignidade da sua vida; a estima recebida dos outros relaciona-se com o desejo de uma boa reputação, *status*, dominância e louvor a partir dos outros (*ibidem*).

As necessidades de autorrealização constituem o nível mais elevado da hierarquia das necessidades, ou seja, correspondem ao topo da pirâmide. Representam a tendência das pessoas se tornarem naquilo que potencialmente estão destinadas a ser, implicam a realização das suas capacidades e dos seus talentos, cumprindo com as suas vocações (*ibidem*).

No que à enfermagem diz respeito, Virginia Henderson destacou-se pelos vários contributos na área da investigação, nomeadamente a definição de enfermagem e a identificação de 14 necessidades básicas do doente, que se iniciam com as necessidades de ordem física, progredindo para as necessidades psicossociais (Tomey, 2004):

1. Respirar normalmente;
2. Comer e beber de forma adequada;
3. Eliminar os resíduos corporais;
4. Movimentar-se e manter a postura correta;
5. Dormir e descansar;
6. Escolher roupa – vestir-se e despir-se;
7. Manter a temperatura corporal dentro dos valores normais mediante a seleção de roupa e a modificação do ambiente;
8. Manter o corpo limpo e cuidado e os tegumentos protegidos;
9. Evitar os riscos do ambiente e evitar lesar outros;
10. Comunicar-se com os demais, expressando emoções, necessidades, temores e opiniões;
11. Realizar práticas religiosas segundo a fé de cada um;
12. Trabalhar de modo a sentir-se realizado;
13. Jogar ou participar em diversas formas de recreação;
14. Aprender, descobrir ou satisfazer a curiosidade de modo a conduzir a um desenvolvimento e a uma saúde normais e utilizar os recursos de saúde disponíveis.

As necessidades básicas subsistem ao longo do ciclo vital da família numa homeostasia que envolve padrões de relacionamento e comportamento. A doença de um elemento da família representa uma rutura dessa mesma homeostasia e “todos os outros elementos do grupo familiar vão ser afetados em grau variado, de acordo com o papel familiar do indivíduo que adoece, a idade, o sexo, com a própria estrutura social e a doença” (Moreira, 2006). Nesta

perspetiva, também as necessidades, quer do indivíduo, quer do seu núcleo familiar, vão sofrer alterações significativas.

A existência de uma, ou mais, necessidade pauta-se por “uma condição não satisfeita, necessária para lhe permitir viver e funcionar nas condições normais, realizar-se ou atingir os seus objetivos” (D’Hainaut citado por Moreira, 2006) e revela-se do encontro, na experiência com o que faz falta, com o que condiciona o bem-estar ou compromete a habitual e saudável resposta face ao que se apresenta (Mendes, 2015). No entanto, existe alguma subjetividade no processo de identificação das necessidades de cada indivíduo, uma vez que neste participam diversos fatores que se relacionam com a própria fisiologia, com o ambiente onde se vive, ou com questões de ordem cultural de cada ser humano/família (Waidman and Elsen, 2004).

Também a complexidade do contexto clínico onde “tudo” acontece é mais ou menos determinante na identificação e comunicação das necessidades sentidas pela família. Neste fator incluem-se o desconhecimento que se pode ter acerca do mesmo, a dificuldade na compreensão dos cuidados, bem como a interação da tríade enfermeiro-doente-família (Reis, Bule e Martins, 2021). Distintos estudos realizados em contexto hospitalar, nos diversos serviços que o compõe, destacam a importância dos cuidados à família numa lógica de parceria. A diversidade na tipologia de doentes admitidos no serviço de urgência não pode alhear-se aos diversos trabalhos desenvolvidos, no entanto confirma a carência de investigação a este nível, neste contexto.

Num contexto de doença terminal, Schaerer et al. citados por Moreira (2006) colocou as necessidades da família em dois níveis: 1) de escuta e expressão e 2) de informação médica, psicológica e de cuidados. Mais tarde, Lamau citado por Moreira (2006) apontou como necessidades da família do doente terminal as seguintes:

- Estar e sentir-se acolhido a fim de reencontrar o seu lugar “de acompanhante natural”;
- Estar sossegado sobre a qualidade de cuidados, sobre a atenção ao alívio dos sintomas, em particular da dor;
- Estar sempre informado sobre a evolução dos sintomas e sobre os tratamentos instituídos, permitindo-lhe compreender e adaptar-se;
- Ser consultado sobre os hábitos e sobre as decisões a tomar;
- Estar orientado para se envolver na participação dos cuidados;

- Estar apoiado e poder exprimir cansaço, agonia e tristeza.

No âmbito do internamento hospitalar por situações agudas, um estudo exploratório da autoria de Moyle et al. identificou quatro categorias de necessidades expressas pelos familiares: 1) informação; 2) valorização; 3) apoio psicológico e 4) envolvimento efetivo nos cuidados (Reis, Bule e Martins, 2021).

Numa revisão bibliográfica, realizada por Belio e Vivar (2012), sobre as necessidades da família de doentes internados em unidades de cuidados intensivos foi possível identificar quatro grupos de necessidades: cognitivas, emocionais, sociais e práticas. As necessidades cognitivas dizem respeito ao conhecimento dos familiares sobre o paciente (os sinais vitais, o cuidado, o conforto e o descanso do paciente, assim como o tratamento) e as particularidades da Unidade de Cuidados Intensivos (o equipamento tecnológico, o contacto telefónico e a equipa de profissionais que trabalham na unidade). As necessidades emocionais referem-se aos sentimentos que os familiares experimentam logo que o utente é admitido na Unidade de Cuidados Intensivos que podem ser emoções positivas (relacionadas com a esperança de melhoria do seu familiar) e emoções negativas (relacionadas com o medo de perder o seu familiar); também é referida pelos familiares a importância da proximidade física com o utente. As necessidades sociais têm que ver com as relações das famílias com outras pessoas do seu quotidiano, onde se podem incluir família alargada e/ou amigos: a família considera importante o apoio emocional de outras pessoas. Sobre as necessidades práticas, embora sejam consideradas pelos familiares menos importantes, englobam tudo aquilo que permite o conforto da família, nomeadamente: as salas de espera, os contactos telefónicos, os refeitórios disponíveis e a proximidade física entre a Unidade de Cuidados Intensivos e a sala de espera.

Nos estudos desenvolvidos por Stefano et al. e Masa'Deh et al. citados por Barreto et al. (2019) as famílias de doentes em situações críticas e de emergência demonstraram necessidades de informação, apoio, conforto e proximidade para ver e tocar o seu familiar.

Consideram-se estes alguns exemplos da investigação realizada a nível das necessidades descritas pela família dos utentes que experimentam uma transição de saúde-doença. O contexto muda, mas algumas das necessidades são manifestamente transversais. Contudo a incerteza que se associa à instalação de uma doença e à hospitalização, impulsiona a realização de outros estudos que explorem esta temática. A Teoria da Incerteza na Doença, da autoria de Merle Mishel, define a incerteza como “a incapacidade para determinar o

sentido dos eventos relacionados com a doença que ocorrem quando quem toma decisões é incapaz de atribuir valor definitivo a objetos ou eventos e/ou é incapaz de prever resultados com precisão” (Bailey e Stewart, 2004). De acordo com vários autores citados por Bailey e Stewart (2004), a incerteza tem um impacto negativo em determinados estados psicológicos (ansiedade, depressão, desespero e angústia psicológica), na qualidade de vida, nas relações familiares, na satisfação com os cuidados de saúde e respetivos serviços e na manutenção das atividades de autocuidado dos próprios prestadores de cuidados.

Em suma, “a identificação das necessidades individuais de cada ser humano possibilita oferecer-lhe uma assistência que lhe proporcione melhoria da qualidade de vida, principalmente se estiverem envolvidos nessa assistência profissionais de diferentes áreas do saber” (Waidman e Elsen, 2004, p. 150). Para os enfermeiros, identificar e compreender as necessidades torna-se importante, na medida em que quando a família encontra respostas para estas, desenvolve uma enorme capacidade de gerir as situações que surgem, nomeadamente com estratégias de *coping* (Mitchell et al. citados por Mendes, 2015)

A operacionalização da abordagem à família, seja no seio de cada grupo, seja no seio da enfermagem em particular, não é uma questão unânime (Blomqvist et al. citados por Reis, Bule e Martins, 2021). No entanto, a família, na assunção da sua centralidade, é o elemento que responde e cuida, direta ou indiretamente, dos seus membros e sobre a qual se deve intervir (Conselho de Enfermagem, 2001).

Nesta perspetiva, se toda a unidade familiar for tomada por alvo no processo de cuidados, as intervenções de enfermagem podem, por um lado, “facilitar a mudança de comportamentos, tendo em vista a adoção de estilos de vida compatíveis com a promoção da saúde” (Conselho de Enfermagem, 2001), mas também focar-se nos “processos e nas experiências dos seres humanos durante o percurso das transições, no qual a saúde e a perceção do bem-estar são os resultados/ganhos” (Meleis et al. citados por Mendes, 2015).

As intervenções desenvolvidas pelos enfermeiros ajudam, quer o utente, quer a família, a gerir as tensões que resultam da hospitalização e/ou do processo de internamento (Costa, 2004). Os enfermeiros especialistas em enfermagem médico-cirúrgica devem intervir junto das famílias em todas as fases da doença (Hanson, 2005). As suas intervenções “ajudam as famílias e os seus membros a promover, obter, ou manter uma boa saúde e funcionamento ou a ter uma morte tranquila” (Craft e Willadsen citados por Hanson, 2005).

Revela-se tranquilizador, para a família, saber que o enfermeiro se preocupa com o utente e com os seus problemas, analisa e procura estratégias que se constituem referenciais para a continuidade dos cuidados. Importa que os enfermeiros conheçam o modo de funcionamento das famílias dos doentes, identifiquem a estrutura familiar que suporta o utente e suas redes de apoio e diagnostiquem as necessidades e potencialidades de cada família. Para a consecução destes princípios e para uma melhor interação da tríade enfermeiro-doente-família, contribui o diálogo com os familiares, a procura dos seus sentimentos, a identificação dos gostos do seu familiar e o que os preocupa (Costa, 2004).

Na perspetiva de Craft e Willadsen citados por Hanson (2005), em contexto hospitalar, são nove as categorias de intervenções de enfermagem dirigidas à família: 1) apoio familiar, 2) manutenção do processo familiar, 3) promoção da integridade da família, 4) envolvimento da família, 5) mobilização da família, 6) apoio dado pelo profissional de saúde, 7) terapia familiar, 8) apoio a irmãos e 9) formação paternal.

Na avaliação e diagnóstico de necessidades e respetivo planeamento das intervenções, os enfermeiros não podem descartar a natureza da doença, as características da família, a filosofia da equipa em que estão inseridos e as características do doente. Dar segurança, aumentar a proximidade entre o doente e a família, tratar da informação, facilitar o conforto e reforçar o apoio são intervenções de enfermagem oportunas durante a fase aguda da doença. Em contexto de doença crónica, as preocupações expressas pela família (culpa, medo, incerteza, raiva, falta de conhecimento sobre a doença, os requisitos de cuidados ou de recursos) poderão ser o principal alvo das intervenções de enfermagem. Em fases terminais de doença, o principal desafio é ajudar a família a ultrapassar as várias fases de adaptação que surgem como resposta na progressão da doença (Hanson, 2005).

A literatura disponibiliza-nos alguns instrumentos importantes na avaliação e intervenção na família, úteis na definição de ideias, noções e conceitos e na consciencialização dos mesmos. O Modelo Calgary de Avaliação na Família (MCAF) é uma estrutura que permite avaliar a família incluindo três dimensões: estrutural, de desenvolvimento e funcional. O Modelo Calgary de Intervenção na Família (MCIF) orienta as intervenções de enfermagem para três domínios: cognitivo, afetivo e comportamental; não sendo uma lista de intervenções de enfermagem ou de funcionamentos familiares, ele ajuda “a determinar o domínio do funcionamento familiar que predominantemente necessita de mudança e a intervenção mais adequada para efetuar a mudança naquele domínio” (Wright e Leahey, 2011).

As intervenções inseridas no domínio cognitivo apoiam a família na tomada de decisão ou simplesmente a lidar com a saúde, a doença ou com a dependência; apresentam-se “sob a forma de informação facultada às famílias sobre comportamentos de saúde, doença, o tratamento e potenciais reações, assim como os recursos disponíveis na comunidade” (Reis, Bule e Martins, 2021). Na perspectiva de Wright e Leahey (2011), estas intervenções “oferecem novas ideias, opiniões, crenças, informações ou educação sobre um problema ou risco de saúde em particular”.

Na vertente afetiva, as intervenções de enfermagem canalizam-se para: 1) gerir as emoções intensas como a culpa ou a raiva; 2) compreender as reações emocionais e 3) reduzir o isolamento social (Reis, Bule e Martins, 2021). Validar ou normalizar as respostas emocionais da família, incentivar as narrativas de doenças e estimular o apoio da família são exemplos de intervenções que se destinam a reduzir ou a aumentar determinadas emoções responsáveis pela incapacidade da família no desenvolvimento de soluções para os problemas (Wright e Leahey, 2011).

O domínio comportamental inclui intervenções que facilitam os elementos da família a interagir e a comportarem-se de modo diferente na relação mútua (Wright e Leahey, 2011). Reis, Bule e Martins (2021) salientam a redistribuição das tarefas no seio familiar, o ensino e treino de cuidados e tratamentos, a gestão da terapêutica, entre outras.

Considerando o contexto de atuação multiprofissional onde o exercício profissional dos enfermeiros se insere, distinguem-se dois tipos de intervenções de enfermagem: as intervenções interdependentes (iniciadas por outros profissionais da equipa) e as intervenções autónomas (iniciadas pela prescrição do enfermeiro) (Conselho de Enfermagem, 2001). Nesta linha de pensamento, são inúmeras as intervenções autónomas cujo foco é a família e cuja responsabilidade – quer pela prescrição, quer pela sua implementação – é do enfermeiro. As intervenções neste âmbito devem ter como foco “a manutenção de famílias saudáveis, isto é, de um grupo de pessoas que convivem e que possuem reservas biológicas, mentais, socioculturais e ambientais para se manterem em equilíbrio” (Reis, Bule e Martins, 2021). No entanto, uma outra responsabilidade está intrinsecamente ligada aos enfermeiros: o debate por “mudanças dentro de políticas e procedimentos hospitalares” que reflitam o seu corpo de conhecimentos e a atualização que resulta dos estudos investigação (Hanson, 2005).

CAPÍTULO 2 - PERCURSO METODOLÓGICO

Na construção da fase metodológica, a escolha de um método e de uma técnica de recolha e análise de dados são decisões importantes. Objetiva-se a elaboração de um desenho para a investigação onde se integre a questão de investigação e se planeiem as atividades a realizar (Fortin, 2009).

O desenho de investigação assume uma das partes mais nobres do estudo, permitindo dar resposta à questão de investigação, recolher a informação necessária, do modo apropriado, com os procedimentos apropriados, identificar e exaltar os aspetos mais importantes da investigação (Ribeiro, 2010). Para Fortin (2009), o desenho de investigação “é um plano que permite responder às questões u verificar hipóteses e que define mecanismos de controlo, tendo por objeto minimizar os riscos de erro”.

O percurso metodológico que norteou o desenvolvimento deste estudo de investigação, tal como a problemática e os objetivos de estudo, o tipo de estudo, o seu contexto e os seus participantes, os procedimentos de recolha e análise de dados e as considerações éticas, encontram-se descritas neste capítulo.

4. DA PROBLEMÁTICA AOS OBJETIVOS DO ESTUDO

De entre muitos fenómenos inquietantes e suscetíveis de serem estudados no serviço de urgência, aquele que com frequência me inquieta, indubitavelmente, está relacionado com a experiência que a família do doente vive quando este é admitido neste contexto. Da revisão da literatura já realizada, foram vários os investigadores que estudaram este fenómeno em diferentes contextos.

Previamente ao contexto pandémico, o desempenho da equipa de enfermagem relativamente a esta questão era já uma preocupação. Os meios de comunicação de norte a sul do país davam a conhecer, com alguma frequência, o aumento da afluência aos serviços de urgência, sem que o número de recursos humanos e físicos sofresse a atualização que provavelmente necessitaria. A pandemia e todas as suas consequências, nomeadamente a interrupção das visitas/acompanhamento dos doentes em instituições hospitalares, vieram agravar algumas das lacunas que já existiam no acolhimento da família. Todos os regulamentos de visitas e acompanhantes das unidades de saúde hospitalares do nosso país viram a sua integridade afetada com a instalação da pandemia COVID-19. Num primeiro instante foram necessárias

medidas extremas para controlar a transmissibilidade do SARS-CoV-2. Embora o controlo desta transmissibilidade ainda seja algo instável, as unidades hospitalares apresentam, atualmente, uma organização modificada das suas estruturas e recursos para que os cuidados prestados sejam o mais seguros possível. As instituições de saúde e as equipas que nelas desempenham a sua atividade fizeram por cumprir esta e outras medidas estratégicas, mas não foram planeadas novas formas de manter o envolvimento da família na hospitalização do doente. As equipas de profissionais de saúde, nomeadamente as equipas de enfermagem, de forma autónoma, mas muito pouco organizada, foram criando linhas de atuação que mostram sensibilidade para a temática do estudo.

Voltar a permitir a presença/acompanhamento de familiares no serviço de urgência é uma ambição para muitos dos profissionais, familiares e doentes, mas não pode ainda ser uma realidade. Compreender a experiência que a família vive quando o seu familiar doente é admitido no serviço de urgência permitirá a criação e implementação de novas estratégias para que o processo de comunicação com a família aconteça de forma humanizada, organizada e assídua.

No decorrer do ENP, percebi que esta preocupação era partilhada por alguns elementos da equipa de enfermagem, assim como pelo enfermeiro que chefia esta equipa. Algumas das reclamações que chegam ao serviço de urgência são feitas pelos familiares e estão intimamente relacionadas com o atendimento do doente e família e com a má comunicação entre os profissionais de saúde e a família.

Nesta perspetiva, é preocupante que diariamente se utilize o termo “holístico” e na verdade não se consiga assimilar que o indivíduo é parte integrante de vários contextos, nomeadamente familiar. Da minha prática clínica diária, intriga-me o desencontro que se percebe entre os enfermeiros e familiares, e vice-versa, podendo este aspeto ser uma lacuna no estabelecimento da relação empática: “(...) as perguntas de uns são respondidas pelos pensamentos dos outros, mas a interligação é pouca” (Sousa, Almeida e Simões, 2011, p. 203).

Os enfermeiros são os profissionais de saúde mais capazes para avaliar e intervir nas necessidades evidenciadas pela família, uma vez que a sua presença junto do doente é constante e a relação que criam com o doente e família no exercício da sua atividade profissional é única (Kaakinen et al. citados por Sá, Botelho e Henriques, 2015).

O artigo 80.º do CDE enuncia que é dever do enfermeiro “conhecer as necessidades da população e da comunidade onde está inserido”, assim como orientar a comunidade, encontrar soluções para os problemas de saúde identificados e integrar programas que respondam a essas mesmas necessidades. Da humanização dos cuidados (artigo 89.º), é dever do enfermeiro quando presta cuidados, dar atenção à pessoa com uma totalidade única não esquecendo que esta se insere numa família e numa comunidade.

O acompanhamento do doente no serviço de urgência esteve durante muito tempo marginalizado. Em 2014, a Lei nº 15/2014 (2014) veio permitir aos doentes admitidos nos serviços de urgência do SNS, o reconhecimento e a garantia do direito de acompanhamento por uma pessoa por si indicada, devendo essa informação ser prestada pelo serviço no momento de admissão. Os hospitais e as equipas de profissionais de saúde iniciaram, gradualmente, um percurso de permeabilidade à presença das famílias, observando-se também uma maior preocupação com a humanização dos cuidados de saúde e, por conseguinte, a facilitação do acesso de familiares aos cuidados hospitalares (Dibai e Cade citados por Fernandes et al., 2015). No entanto, a cultura baseada no modelo biomédico, cujo indivíduo é o centro de todo o cuidado, constituíram sempre uma ameaça a este percurso (Martins, Fernandes e Gonçalves, 2012 e Oliveira et al., 2011).

A 31 de dezembro de 2019, a China reportou à OMS um cluster de pneumonia de etiologia desconhecida em trabalhadores e frequentadores de um mercado de peixe, mariscos vivos e aves na cidade de Wuhan, província de Hubei na China. A 9 de janeiro de 2020 as autoridades chinesas identificaram um novo vírus da família dos coronavírus (2019-nCoV) como agente causador da doença. A sequenciação genómica do novo vírus foi feita em tempo recorde e partilhada a nível internacional (Portugal, 2020).

Confirmou-se a transmissão de pessoa para pessoa através de gotículas, mas nesta altura, a inexistência de evidência ainda não permitia avaliar a dimensão do que veio a confirmar-se a maior pandemia do século XXI. Ainda que muitas questões estivessem por responder, neste momento já o impacto potencial de epidemia por SARS CoV 2 era elevado, sendo expectável que o vírus se viesse a propagar globalmente (*Ibidem*).

A doença por novo coronavírus foi decretada a 30 de janeiro de 2020, pelo Diretor Geral da OMS, como uma Emergência de Saúde Pública de Âmbito Internacional (*Ibidem*).

A 02 de março de 2020 foram diagnosticados os primeiros dois casos de Covid-19 em Portugal. Neste mesmo mês, a DGS elaborou o Plano Nacional de Preparação e Resposta à

Doença por novo coronavírus (COVID-19) dando a conhecer as primeiras orientações estratégicas necessárias ao setor da Saúde face a esta ameaça em Saúde Pública. Entre as medidas adotadas para o controlo da transmissibilidade, incluíram-se restrições a acompanhantes e visitas a utentes internados (*Ibidem*).

A orientação nº 038/2020 elaborada pela DGS (2020), a 17 de dezembro, esclarece que a adequada reorganização dos circuitos de utentes nas unidades hospitalares e a implementação efetiva das medidas de prevenção e controlo de infeção, permitem respeitar o direito ao acompanhamento dos doentes nos serviços do SNS, em contexto de internamento, de ambulatório e urgência. Admite-se assim que esta temática é uma preocupação comum e transversal a várias pessoas e entidades.

Na perspetiva de vários autores citados por Hanson (2005), a família é importante para a enfermagem, na medida em que:

- os comportamentos saudáveis e de risco são aprendidos dentro do contexto familiar;
- as unidades familiares são afetadas quando um ou mais membros têm problemas de saúde, sendo as famílias um fator importante no estado de saúde e bem-estar dos indivíduos;
- as famílias afetam a saúde dos seus membros, e os acontecimentos e práticas de saúde de cada indivíduo afetam toda a família;
- a eficácia dos cuidados de saúde é melhorada quando se dá maior ênfase à família, e não apenas ao indivíduo;
- a promoção, a manutenção e restauração da saúde das famílias é importante para a sobrevivência da sociedade.

Para Wright e Leahey (2011), os enfermeiros assumem o compromisso e obrigação de integrar as famílias nos cuidados de saúde. Além disso, os autores consideram que a evidência teórica, prática e investigacional do significado que a família atribui ao bem-estar e à saúde dos seus elementos, bem como a influência sobre a doença, obriga os enfermeiros a considerar o cuidado centrado na família como parte integrante da prática clínica.

Os enfermeiros, como produtores de teorias, condutores de pesquisas e defensores da inclusão da família nos cuidados de saúde, evidenciam a necessidade de aumentar as competências de avaliação e intervenção nas famílias através do estabelecimento da parceria entre os enfermeiros e a família (Wright and Leahey, 2011).

Dos muitos obstáculos na interação do enfermeiro com a família, os enfermeiros salientam o desconhecimento das necessidades da família da pessoa em situação crítica (Sá, Botelho e Henriques, 2015). Assumindo que o papel da família é parte integrante da unidade de cuidados, existem poucos dados empíricos sobre as suas necessidades durante este período de cuidados (Sousa, Almeida e Simões, 2011), nomeadamente nos serviços de urgência.

Na sucessão exposto, considera-se a seguinte questão: quais as vivências da família do doente no serviço de urgência durante a pandemia?

Uma questão de investigação é uma interrogação muito precisa e deve incluir os conceitos em estudo; além disto, deve ter a capacidade de indicar claramente a direção que se entende tomar. Para Hulley et al. (2008), a questão de investigação emerge “da incerteza que o investigador pretende resolver sobre algo na população realizando aferições nos sujeitos do estudo”.

Apresentada a questão de investigação que orientará o estudo, importa definir a principal intenção desta investigação. Denomina-se de objetivo geral o que “corresponde ao produto final que o projeto quer atingir” (Sousa e Baptista, 2014). Para Fortin (2009), o enunciado do objetivo especifica as variáveis-chave, a população do estudo e o verbo da ação que irá orientar toda a investigação e deve indicar, clara e limpidamente, o fim que o investigador pretende. O objetivo fundamental e único ao qual se propõe este estudo é compreender as vivências da família do doente no serviço de urgência durante a pandemia.

O acesso gradual e progressivo aos resultados finais do estudo é permitido através da elaboração de objetivos específicos (Sousa e Baptista, 2014), tendo-se delineado os seguintes:

- Perceber o significado atribuído pela família à situação de admissão e permanência do seu familiar no serviço de urgência;
- Identificar as necessidades sentidas pela família do doente que recorreu ao serviço de urgência;
- Perceber o impacto para a família, do impedimento de acompanhar o seu familiar no serviço de urgência face à situação pandémica;
- Identificar as intervenções do enfermeiro junto da família aquando da permanência do doente no serviço de urgência;
- Identificar sugestões que possam melhorar o atendimento da família neste contexto.

5. TIPO DE ESTUDO

Para a realização desta investigação, optou-se por um estudo de natureza qualitativa, de carácter exploratório e descritivo. A escolha desta metodologia está vinculada com alguns princípios que parecem coerentes com o objetivo deste estudo de investigação, uma vez que interessa sobretudo a observação de um fenómeno único e não previsível.

Para Parse citado por Fortin (2009, p. 27), a investigação qualitativa caracteriza-se pela “descrição de modos ou de tendências e visa fornecer uma descrição e uma compreensão alargada de um fenómeno”. Seleciona-se esta abordagem quando se procura “compreender a perspetiva dos participantes (...) sobre fenómenos que os rodeiam, aprofundar as suas experiências, pontos de vista, opinião e significados, isto é, aforma como os participantes percebem subjetivamente a sua realidade” (Hernández Sampieiri, Fernández Collado e Batista Lucio, 2013).

A metodologia qualitativa procura compreender os fenómenos de forma alargada, tal como eles se apresentam no seu meio natural (Fortin, 2009). Duas grandes características que esta metodologia sustenta são a indução e a descrição. Por um lado, o carácter descritivo relaciona-se com a produção de dados descritivos a partir de documentos, entrevistas e da observação; por outro lado, a sua natureza indutiva prende-se pelo desenvolvimento de conceitos, chegando à compreensão dos fenómenos a partir de padrões resultantes da recolha de dados (Sousa e Baptista, 2014).

Sobre este método, Denzin e Lincoln citados por Fortin (2009) acrescenta que a interpretação dos fenómenos é feita de acordo com o significado que os participantes dão a estes mesmos fenómenos. O significado reveste-se de grande importância neste tipo de metodologia, já que “o investigador tenta compreender os sujeitos de investigação a partir dos quadros de referência, dos significados que são atribuídos aos acontecimentos, às palavras e aos objetos” (Sousa e Baptista, 2014).

Os estudos descritivos descrevem de forma rigorosa e clara um determinado objeto de estudo na sua estrutura e funcionamento (Sousa e Baptista, 2014). Para Fortin (2009), estes tipos de estudos têm como objetivos a compreensão de fenómenos vividos por pessoas, a categorização de uma população ou ainda a concetualização de uma determinada situação.

O carácter exploratório do estudo revela-se na necessidade de se “proceder ao reconhecimento de uma dada realidade pouco ou deficientemente estudada” (Sousa e Baptista, 2014), sendo

que a sua principal finalidade é aproximar o investigador de um determinado fenómeno para a obtenção de uma nova perceção e para a descoberta de novos ideais (Fortin, 2009).

6. DO CONTEXTO AOS PARTICIPANTES

A seleção e caracterização do contexto, bem como dos participantes deste estudo, são os elementos abordados neste ponto.

O presente estudo denomina-se estudo em meio natural, uma vez que é conduzido fora dos laboratórios. Apesar dos estudos realizados em meio natural não darem lugar a um controlo rigoroso, quando se trata de um estudo qualitativo, “o meio onde os participantes vivem ou trabalham reveste-se de grande importância” (Fortin, 2009).

A recolha dos dados desta investigação realizou-se no mesmo serviço onde decorreu o ENP (SUMC da ULSAM), cuja descrição e caracterização se encontram explanadas na primeira parte deste documento. Uma vez que a investigadora desenvolve a sua atividade profissional neste serviço, a seleção deste contexto prende-se, principalmente, com dois motivos: por um lado, a facilidade no acesso à colheita de dados, por outro lado, a possibilidade de obter contributos que integrem programas de melhoria contínua e promovam uma melhoria das boas práticas de cuidados.

Os participantes do estudo são elementos que fornecem grande parte da informação que há-de dar resposta à questão de investigação e, conseqüentemente, aos objetivos do estudo. Por isso, a sua seleção é uma etapa revelante no processo de investigação.

Segundo Polit e Beck (2011), a população de um estudo consiste na agregação total de casos que visa o interesse do estudo. Para Kerlinger e Lee citados por Fortin (2009), a população agrega indivíduos ou objetos com características comuns. Da população de um estudo podem constar “pessoas singulares, famílias, empresas ou qualquer outro tipo de entidade para o qual o investigador pretende retirar conclusões a partir da informação fornecida” (Sousa e Baptista, 2014).

A população alvo integra os “elementos que satisfazem os critérios de seleção definidos antecipadamente e para os quais o investigador deseja fazer generalizações” (Fortin, 2009). Uma vez que o estudo da população alvo na sua totalidade é, por vários motivos, impraticável, impõe-se a seleção de um grupo de pessoas sobre o qual faremos a colheita de

dados, “sem que necessariamente seja representativo do universo ou população que estudamos” (Hernández Sampieiri, Fernández Collado e Batista Lucio, 2013).

A definição da amostra implica a escolha de um método de amostragem, ou seja, o processo pelo qual a amostra é escolhida de maneira a representar um grupo de pessoas ou uma porção da população inteira (*Ibidem*). Para a concretização desta etapa, e tendo em conta as características deste estudo, optou-se por um processo de amostragem não probabilística por conveniência.

Na vertente não probabilística deste tipo de amostragem, segundo Polit e Beck (2011), os investigadores selecionam elementos através de um processo não randômico, o que, segundo Fortin (2009), “não dá a todos os elementos da população a mesma possibilidade de ser escolhido para formar a amostra”.

Por sua vez, a amostragem por conveniência, também denominada de acidental, como o próprio nome designa, envolve a “utilização” de pessoas que se encontram mais convenientemente disponíveis como participantes (Polit and Beck, 2011). Fortin (2009) acrescenta que a amostragem por conveniência faz-se constituir por elementos facilmente acessíveis e capazes de se incluírem em critérios de inclusão precisos. Desta forma, escolhem-se elementos que se encontram no local certo e no momento certo.

Admitida a impossibilidade de estudar todos os familiares do doente admitido no serviço de urgência durante a pandemia, foi necessário estabelecer critérios de inclusão para os participantes deste estudo. Os critérios de inclusão permitem homogeneizar a amostra e assim obter dados menos enviesados (Fortin, 2009). Estabeleceram-se então os seguintes critérios de inclusão:

- Ter idade superior a 18 anos;
- Compreender português;
- Aceitar a participação voluntária no estudo (através do consentimento informado);
- Ser familiar de um doente que foi admitido no serviço de urgência há 6 horas ou mais;

O número de participantes, nos estudos de abordagem qualitativa, não é relevante do ponto de vista probabilístico, uma vez que não interessa generalizar os resultados do estudo para uma população mais ampla, mas antes compreender o fenómeno do estudo e dar resposta às questões de investigação (Hernández Sampieiri, Fernández Collado and Batista Lucio, 2013). A determinação do número de participantes depende de três fatores: 1) a capacidade

operacional da colheita e análise (exequibilidade e disponibilidade de recursos), a compreensão do fenômeno (a relacionar com a saturação de dados) e a natureza do fenômeno em análise (frequência, acessibilidade e dimensão temporal) (*Ibidem*).

Para Norwood citado por Fortin (2009), nos estudos qualitativos, o número de participantes tem um efeito sobre a credibilidade e a qualidade da análise dos testemunhos. Não tendo sido estabelecido este número *à priori*, como defende Neuman citado por Hernández Sampieri, Fernández Collado e Batista Lucio (2013), participaram neste estudo 12 familiares, cujas características sociodemográficas e profissionais se apresentam no quadro 5.

Quadro 5 – Caracterização sociodemográfica e profissional dos familiares participantes

Código da entrevista	Gênero	Idade	Nível de escolaridade	Profissão	Proveniência	Grau de Parentesco
E01	F	67	4º ano	Reformada	Meio rural	Irmã
E02	F	56	4º ano	Doméstica	Meio rural	Esposa
E03	F	52	12º ano	Doméstica	Meio urbano	Filha
E04	M	76	3º ano	Reformado	Meio rural	Marido
E05	F	43	6º ano	Operadora de supermercado	Meio rural	Filha
E06	F	30	Ensino superior	Enfermeira	Meio rural	Neta
E07	M	51	Ensino superior	Operador de loja	Meio rural	Filho
E08	F	58	Ensino superior	Técnica superior de gestão	Meio rural	Filha
E09	F	64	4º ano	Desempregada	Meio rural	Esposa
E10	F	39	6º ano	Desempregada	Meio rural	Filha
E11	F	34	9º ano	Operária fabril	Meio rural	Neta
E12	F	48	9º ano	Comerciante	Meio urbano	Nora

F – Feminino; M – Masculino

As características sociodemográficas e profissionais (quadro 5) permitem verificar que, dos doze participantes deste estudo, dez são do género feminino e dois são do género masculino; têm idades compreendidas os 30 e os 76 anos, situando-se a média de idades nos 51,1 anos.

O nível de escolaridade dos participantes é diversificado, constatando-se que três participantes concluíram o ensino primário, um participante possui o nível secundário de escolaridade e três participantes possuem o nível superior de escolaridade. Os restantes participantes possuem o 3º ano (um participante), o 6º ano (dois participantes) e o 9º ano (dois participantes). Quanto à atividade profissional, dois participantes encontram-se numa situação profissional inativa (reformados), dois participantes encontram-se desempregados e os restantes em situação ativa com um padrão muito heterogéneo.

A maioria dos participantes deste estudo provém de um meio rural (83%) e a minoria provém de um meio urbano (17%). O grau de parentesco é diversificado sendo o mais prevalente filho/a (5 participantes); os restantes, em decrescendo, são esposa/marido, neta, irmã e nora.

7. PROCEDIMENTOS DE RECOLHA DE DADOS

Para Fortin (2009), a investigação pode incidir sobre uma variedade de fenómenos, motivando assim o acesso a diversos métodos de colheita de dados. Este é um processo através do qual se objetiva a recolha de informação sobre determinadas variáveis, junto dos participantes envolvidos no estudo.

Neste estudo, para a recolha de dados junto da família do doente admitido no serviço de urgência, optou-se por eleger a entrevista semiestruturada, uma vez que se pretende que o participante responda a um conjunto de questões abertas, permitindo-lhe ressaltar os seus pontos de vista e descrever a sua experiência de uma forma mais precisa (Fortin, 2009).

A entrevista é um método que permite examinar conceitos e compreender o sentido de um fenómeno tal como é percebido pelos participantes, servir como instrumento de medida e complementar outros métodos de colheita de dados (*Ibidem*). A mesma autora refere ainda que a entrevista semiestruturada combina características da entrevista estruturada (aquela em que o entrevistador controla o conteúdo da entrevista) e da entrevista não estruturada (aquela em que o entrevistado controla o conteúdo da entrevista).

Para este estudo, foi elaborado um guião de entrevista (**apêndice I**) com questões abertas e orientadas para os tópicos, com base nos objetivos de estudo, na pesquisa bibliográfica e no

conhecimento sobre a temática, permitindo aos participantes a possibilidade de se expressarem livremente sobre as questões colocadas. Para facilitar a sua concretização, optou-se por estruturar a entrevista do seguinte modo: 1ª parte (acolhimento), 2ª parte (caracterização do entrevistado), 3ª parte (objetivos/questões orientadoras) e 4ª parte (término da entrevista).

Com a intenção de validar a pertinência e a compreensão das questões, assim como se estas davam resposta aos objetivos propostos, o guião foi submetido a um pré-teste. O mesmo foi realizado a familiares com características semelhantes às dos participantes, não se tendo verificado a necessidade de qualquer alteração.

A estratégia para abordar os participantes deste estudo passou por identificar, através do sistema informático, os utentes que se encontravam no serviço de urgência há 6 horas ou mais. Depois dessa identificação, o investigador dirigiu-se ao exterior do serviço de urgência, onde os familiares aguardavam, identificando esses mesmos familiares, identificando-se a si e solicitando autorização verbal para a participação no estudo. Seguidamente, os participantes foram conduzidos para um espaço disponibilizado para o efeito com condições permeáveis a um ambiente de privacidade e de confiança para que os participantes se sentissem à vontade para se expressarem devidamente e livremente, salvaguardando todas as medidas de segurança que no momento eram exigidas para o controlo da transmissibilidade do SARS-CoV2. As entrevistas foram realizadas entre 6 de maio de 2021 e 2 de junho 2021. Foi solicitada autorização, através do consentimento informado, a cada participante quer para a realização da entrevista, quer para a gravação da mesma de forma a facilitar a análise e o tratamento de dados recolhidos sem risco de perda de informação. A cada participante foi entregue o protocolo do estudo com todas as informações pertinentes.

As entrevistas foram então realizadas a doze participantes que reuniam todos os critérios de inclusão deste estudo, após autorização da Comissão de Ética da instituição.

8. PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DE DADOS

Na análise de dados, é objetivo do investigador “implementar procedimentos que possibilitem assegurar a fidedignidade e validade desses dados, colocando questões que permitam aferir o registo de frequência da ocorrência, as suas características e a inter-relação

(...)” (Magalhães e Paul, 2021). O tratamento de dados deve caracterizar-se pela sua pertinência, validade e fiabilidade.

A análise de dados, correspondente à análise de conteúdo, é uma técnica que permite, de forma sistemática e replicável, comprimir muitas palavras de texto em poucas categorias de conteúdo, com base em regras explícitas de codificação (Magalhães e Paul, 2021). A sua utilização “permite-nos ficar com uma perspetiva sobre os comportamentos, as crenças, as opiniões, as emoções e as relações de um indivíduo” (Mack et al. citados por Magalhães e Paul, 2021).

Assim, para analisar e sistematizar a informação, recorreu-se à técnica de análise de conteúdo, seguindo os pressupostos de Laurence Bardin. Para a autora, a análise de conteúdo é um “conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/receção (variáveis inferidas) destas mensagens” (Bardin, 2018, p. 44).

Nesta etapa, as entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas para um documento de texto, com o objetivo de se proceder ao tratamento sistematizado da informação recolhida na sua totalidade. Para Bardin (2018), a análise de conteúdo inclui quatro as operações que permitem assegurar a fiabilidade e a validade do estudo: organização da análise, codificação, categorização e inferência.

A organização da análise concretiza-se em três momentos: “1) a pré-análise; 2) a exploração do material; 3) o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação” (*Ibidem*, p. 121).

- O primeiro momento – a pré-análise – corresponde à organização das primeiras ideias; operacionalizam-se e sistematizam-se as ideias iniciais para delinear um esquema preciso do desenvolvimento das operações sucessivas, podendo este sofrer alterações. Para a concretização desta etapa, procedeu-se à transcrição (na íntegra) das entrevistas, tendo em conta não só as palavras, mas também o sentido das mesmas, de modo a não enviesar o significado do conteúdo.
- O segundo momento – a exploração do material – consiste “essencialmente em operações de codificação, decomposição ou enumeração (...)” (*Ibidem*, p. 127). Nesta fase identificaram-se as várias unidades de codificação – unidades de registo e unidades de contexto, simplificando os dados para uma melhor compreensão do conteúdo das respostas.

- O terceiro momento – o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação – pretende dar um significado às unidades de registo e de contexto. A fase do tratamento dos resultados obtidos e a interpretação consiste em tratar os resultados em bruto de modo a serem significativos e válidos. Com resultados significativos e fiéis, podem-se “propor inferências e adiantar interpretações a propósito dos objetivos previstos – ou que digam respeito a outras descobertas inesperadas (*Ibidem*, p. 127).

A codificação é a segunda operação da análise de conteúdo. Para Bardin (2018) “tratar o material é codificá-lo”. A codificação corresponde a uma transformação dos dados em bruto do texto que vai permitir atingir uma representação do conteúdo, ou da sua expressão, e descrever de forma exata as características pertinentes do conteúdo. A transformação dos dados pode ocorrer por recorte (escolha das unidades), por enumeração (escolha das regras de contagem), por classificação e agregação (escolha das categorias) (*Ibidem*).

Para a codificação, é necessária a distinção de dois conceitos importantes: unidade de registo e unidade de contexto. A unidade de registo “é a unidade de significação a codificar e corresponde ao segmento de conteúdo a considerar como unidade de base, visando a categorização e a contagem frequencial” (Bardin, 2018). A unidade de contexto “serve de unidade de compreensão para codificar a unidade de registo e corresponde ao segmento da mensagem cujas dimensões (superiores às da unidade de registo) são ótimas para que se possa compreender a significação exata da unidade de registo” (*Ibidem*, p. 133).

A categorização é a etapa seguinte da análise de conteúdo. Consiste numa “operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto por diferenciação (...) e por reagrupamento segundo o género (analogia), com critérios previamente definidos” (*Ibidem*, p. 145). As categorias são rubricas ou classes que reúnem unidades de registo sob um título genérico, realizado em função de características comuns destes elementos. Neste estudo, adotou-se o critério de categorização semântico, isto é, os dados foram agrupados por categorias temáticas (*Ibidem*).

Na inferência, quarta e última fase da análise de conteúdo, pretende-se, de uma forma explícita e controlada, passar da fase da descrição (características do texto resumidas após o tratamento) à interpretação (significado atribuído a estas características).

A concretização destas etapas permitiu a descrição, em síntese, dos significados essenciais das vivências dos participantes. O conjunto de áreas temáticas, categorias, subcategorias e

respetivas unidades de registo, deu origem a uma matriz de redução de dados que nos permitiu uma visão global sobre as vivências da família do doente no serviço de urgência durante a pandemia (**apêndice J**).

9. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Para Lo citado por Hulley et al. (2008), as pesquisas que envolvem os seres humanos são alvo de preocupações éticas, uma vez que os participantes que se voluntariam aceitam riscos e inconveniências em benefício dos outros, com o propósito de promover e desenvolver o conhecimento científico. Assim, o investigador deve ter presente as implicações éticas decorrentes da sua investigação e analisar todos os procedimentos de modo a proteger os direitos dos participantes.

O autor defende que são três os princípios éticos que regem a investigação com seres humanos: princípio do respeito à pessoa, princípio da beneficência e princípio da justiça.

Para atender ao princípio do respeito à pessoa, foi obtido o consentimento informado de cada participante, assegurando a sua participação livre e esclarecida (**apêndice K**). O princípio do respeito à pessoa exige que os investigadores protejam os participantes com capacidade de decisão reduzida e mantenham a confidencialidade, respeitando e preservando os direitos e o bem-estar de cada participante.

O princípio da beneficência “exige que o delineamento da pesquisa seja fundamentado cientificamente e que seja possível aceitar os riscos considerando-se os prováveis benefícios” (*Ibidem*, p. 243). Para cumprir este princípio, foi elaborado um pequeno documento onde constam algumas informações relevantes, nomeadamente o problema de investigação e o seu objetivo, que foi entregue a cada participante (**apêndice L**).

O princípio da justiça preconiza que “os benefícios e ônus da pesquisa sejam distribuídos de forma justa” (*Ibidem*, p. 244). Além disto, este princípio preconiza que o acesso aos benefícios da pesquisa seja equitativo. No sentido de respeitar este princípio foi adotado um comportamento personalizado para cada participante, foram retiradas todas as dúvidas apresentadas pelos participantes e esclarecidos todos os aspetos solicitados.

Além do supracitado, foi formalizado um pedido de autorização para a realização do estudo de investigação ao Conselho de Administração, ao diretor do Departamento de Medicina Crítica, ao Diretor Clínico do Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico e ao Enfermeiro Chefe

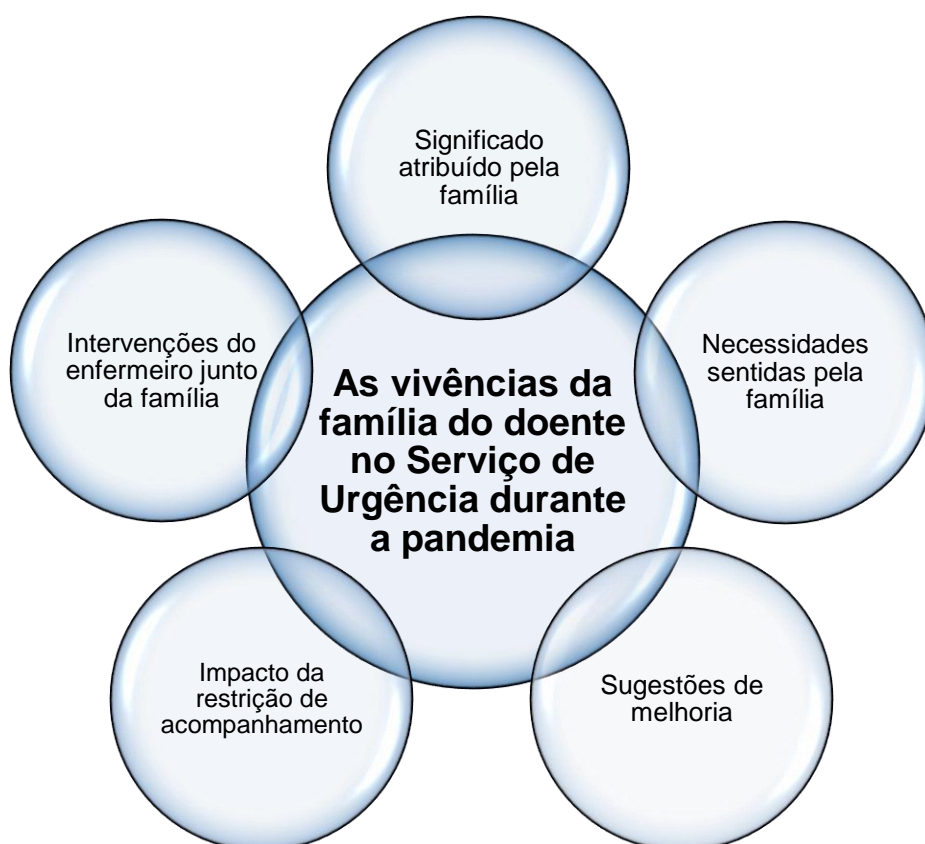
do mesmo serviço. Reunidas estas autorizações, cumpriram-se as regras institucionais, tendo sido submetido o pedido de autorização para a realização do estudo de investigação à Comissão Ética que, por sua vez, emitiu um parecer favorável à sua realização (**anexo C**).

A fundamentação do percurso metodológico, assim como a descrição do planeamento e implementação das várias fases do processo de investigação e dos procedimentos inerentes à recolha e análise dos dados, antecedem a próximas etapas deste estudo: a apresentação, a análise e a discussão dos dados obtidos.

CAPÍTULO 3 – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Terminada a exposição do percurso metodológico que sustenta este estudo, pretende-se neste capítulo apresentar e analisar os dados obtidos através da realização das entrevistas aos participantes do estudo. Da análise de conteúdo dos discursos emergiram um conjunto de dados que se organizaram em torno de cinco áreas temáticas, como se pode verificar na imagem seguinte (figura 4), e que nos permite ter um olhar global sobre as vivências da família do doente no serviço de urgência durante a pandemia.

Figura 4 – As Vivências da Família do Doente no Serviço de Urgência durante a Pandemia: Áreas Temáticas

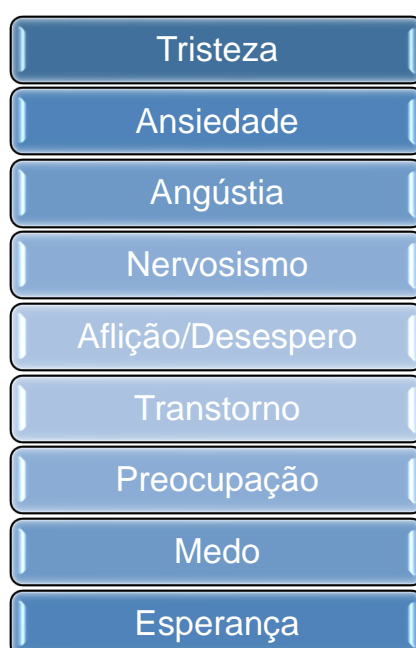


Para uma melhor organização e compreensão da descrição e análise dos dados, a apresentação será por áreas temáticas, com recurso a figuras representativas das respetivas categorias e subcategorias. Na descrição dos dados estas surgem a negrito e a itálico respetivamente e ilustradas por alguns dos excertos que emergiram dos discursos dos participantes.

1. Significado atribuído pela família à admissão e permanência no serviço de urgência.

Dos discursos produzidos pelos familiares entrevistados, foi possível identificar um conjunto de diversos significados atribuídos pela família à situação de admissão e permanência do seu familiar no serviço de urgência: Tristeza, Ansiedade, Angústia, Nervosismo/Stress, Aflição/Desespero, Transtorno, Preocupação, Medo, Esperança (Figura 5).

Figura 5 – Significados Atribuídos pela Família à Admissão e Permanência no Serviço de Urgência: categorias



Quando questionados sobre o significado da admissão e permanência do seu familiar no serviço de urgência, os familiares identificaram os sentimentos e emoções vivenciadas com este evento.

Dos doze familiares entrevistados, três identificaram a **tristeza**, expressando-o da seguinte forma:

“Significou tristeza e não queria que ela viesse...” (E01)

“(...) uma tristeza muito grande” (E08)

“(...) para mim é uma dor, uma tristeza (...)” (E09)

Para cinco dos entrevistados, a admissão e permanência no serviço de urgência significou **ansiedade**:

“A gente está ansiosa (...)” (E04)

“assim tipo ansiosa por saber notícias.”; “...o familiar que está lá fora ansioso por...” (E05)

“(...) foi uma ansiedade não saber nada (...)” (E06)

“Uma ansiedade (...)”; “E estou muito ansiosa (...)” (E08)

“Sim, essa ansiedade, é stress (...)” (E11)

O sentimento de **angústia** foi verbalizado por um dos familiares entrevistados, do seguinte modo:

“Acho que é uma angústia.” (E05)

O **nervosismo** foi identificado por quatro dos entrevistados, tendo-o expressado assim:

“Fico nervosa.” (E03)

“Ai fiquei muito nervosa, mãe só temos uma.” (E05)

“...estou aqui numa pilha de nervos (...)” (E08)

“(...) é nervos, é tudo um pouco.” (E11)

Para três dos familiares entrevistados, a **aflição** e o **desespero** estiveram presentes na vivência desta experiência:

“Estive aflita.” (E03)

“estava super aflita, fiquei mesmo desesperada.” (E05)

“O que senti foi mesmo desespero.”; “ter de estar lá fora, o desespero é outro... de resto...” (E11)

Um dos entrevistados referiu que a admissão e permanência do seu familiar no serviço de urgência lhe causou **transtorno**:

“Muito transtorno, mesmo.” (E12)

A **preocupação** foi um sentimento descrito por quatro dos entrevistados, através dos seguintes discursos:

“...toda preocupada com a situação (...); “...a gente já fica preocupada (...)” (E04)

“Fiquei mais preocupado um bocadinho (...); “...e eu estava mesmo muito, muito preocupado com ela...” (E07)

“...e depois nós lá fora ficamos preocupados porque não sabemos o que nos espera do lado daqui de dentro...” (E11)

“(...) a gente está lá fora está sempre... preocupada.” (E12)

Dois dos familiares entrevistados identificaram o **medo** nesta vivência:

“Medo (...)” (E03)

“A gente (...) está com medo (...)” (E04)

Para quatro dos familiares entrevistados, a **esperança** esteve presente quando o seu familiar foi admitido e permaneceu no serviço de urgência, como é possível verificar nos seguintes extratos:

“...acho que foi uma grande ajuda para a minha mãe, sobretudo. Acho que não estava a conseguir resolver o problema...” (E07)

“Pode ser que seja a solução... sim, sim, sim. (E09)

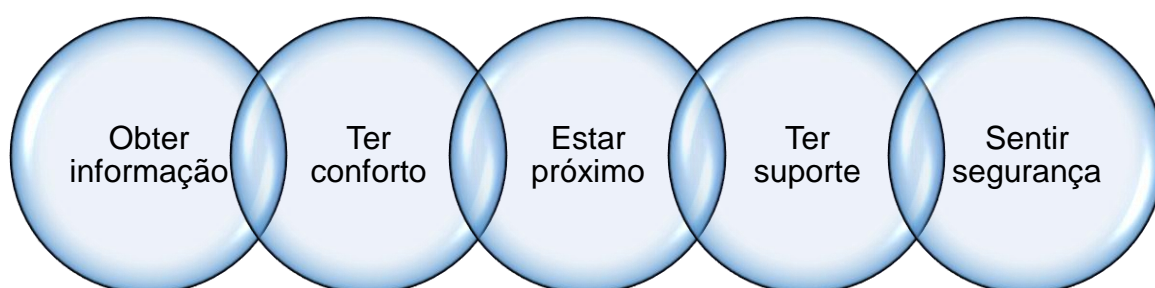
“Importante, desde que façam a avaliação adequada.” (E10)

“Que ele fosse bom para casa, que graças a Deus, nunca cá ficou.” (E11)

2. Necessidades sentidas pela família durante a admissão e permanência no serviço de urgência

Relativamente às necessidades sentidas pela família durante a admissão e permanência do seu familiar no serviço de urgência, as respostas dos participantes deste estudo permitiram identificar cinco categorias de necessidades (figura 6). Estas relacionam-se, sobretudo, com a obtenção de informação, com o conforto, com a proximidade, com o suporte e com a segurança.

Figura 6 – Necessidades Sentidas pela Família durante a Admissão e Permanência no Serviço de Urgência: categorias



A obtenção de **informação**, essencialmente sobre o estado de saúde do seu familiar, foi uma das necessidades mais sentidas no seio dos participantes deste estudo. Os familiares entrevistados expressaram-no através do seu discurso:

“O que faltou foi saber algum resultado ou alguma coisa que...”; “Falta ali uma informaçãozinha (...)” (E04)

“Saber notícias. (...) De informações. (...) Sim, sobre o estado dela.”; “...gostava de ter tido informações mais cedo (...)” (E05)

“(...) a maior necessidade que eu tenho é de informação.” (E08)

Alguns dos familiares entrevistados deram importância ao **conforto**, incluindo este nas necessidades sentidas. No presente contexto, o conforto relacionou-se sobretudo com a satisfação das suas necessidades básicas e também com as condições físicas do espaço destinado à família:

“Não, estamos lá fora ao frio. Ainda há bocado fui lá para dentro para aquela salinha que está ali...fui comer qualquer coisa; estava lá uma senhora que cheirava muito a xixi, muito mal e eu tive que sair para fora. E estamos ali fora ao frio.” (E02)

“(...) a salinha que está lá fora é muito pequenina e em tempos de pandemia...”; “lá fora não há sítio para sentar, está frio, está vento... e se calhar um sítio mais acolhedor para aguardar seria melhor.” (E06)

“As condições são más.”; “É assim: o hall, o espaço de entrada é muito frio, muito desagradável, ninguém consegue estar ali... sai-se daquele espaço que é coberto e tem-se vento ou tem-se muito sol, ou tem-se frio. E a sala que criaram agora (sei que aquilo é relativamente recente) é desconfortável.” (E08)

“...têm que estar cá fora, porque lá dentro só cabe... cinco... cinco pessoas, salvo o erro. As pessoas cá fora, se é sol é sol, se é chuva é chuva...”; “...não é um espaço que seja confortável nem agradável...” (E09)

“Muito frio.”; “(...) as cadeiras são poucas, muito poucas...”; “...também é um pouco desagradável.” (E11)

“O frio...está um frio... (...) desconforto!”; “Não há onde a gente se sentar... estava ali fora... as pessoas mais idosas, a gente cedeu os lugares e está-se aqui fora e... é mais o desconforto...” (E12)

Estar próximo do seu familiar também se revelou uma necessidade identificada pelos familiares entrevistados, tendo-o expressado nos seguintes excertos:

“Senti falta da companhia dela. Faltou-me a companhia e estava sempre a pensar nela.” (E01)

“Sim, e estar ao lado dele.” (E02)

“De falar com ela. (...) Claro.” (E05)

“...e o não poder estar com ele, porque...” (E08)

“...vou-lhe ser sincera, no tempo em que estamos não sou a favor que permaneçam, mas vir dar uma visitinha, dar um apoio...”; “Acho que em termos de nós virmos, ou estarmos ali um minuto ou dois, só para ver como é que está a correr e vir para fora...”; “Sim, nem que eu viesse 5 minutos, saísse dez ou vinte ou trinta...” (E10)

“Vê-lo... (...) Entrar [para dentro], acompanhá-lo aqui neste processo.”; “...uma pessoa gosta de estar a par da situação, sentir o conforto de o poder confrontar...”
(E11)

Três dos familiares entrevistados evidenciaram a necessidade de **ter suporte**, dando ênfase especial à possibilidade de estar acompanhado enquanto aguarda e de poder falar das suas emoções/sentimentos relativamente à situação que se encontram a vivenciar:

“As poucas palavras valem muito para a pessoa que está a acompanhar o doente, um carinho, uma atenção, sim.” (E2)

“Importantíssimo, se eu viesse sozinha, a parecer que não, da uma e meia até esta hora ainda são um bom par de horas.” (E11)

“Agora sim, é melhor do que a gente estar sozinha... pelo menos não pensa no que é que se estará a passar cá dentro... se ela estará bem, se ela não estará bem...”
(E12)

Sentir segurança foi uma necessidade identificada por três dos participantes deste estudo. Dentro desta categoria, saber o prognóstico, obter respostas sinceras/honestas às questões colocadas, conhecer dados específicos relativos à evolução e receber informações passíveis de serem compreendidas foram os aspetos focados pelos familiares:

“...pois, mas eu não sei agora se vou esperar, se vou embora...” (E04)

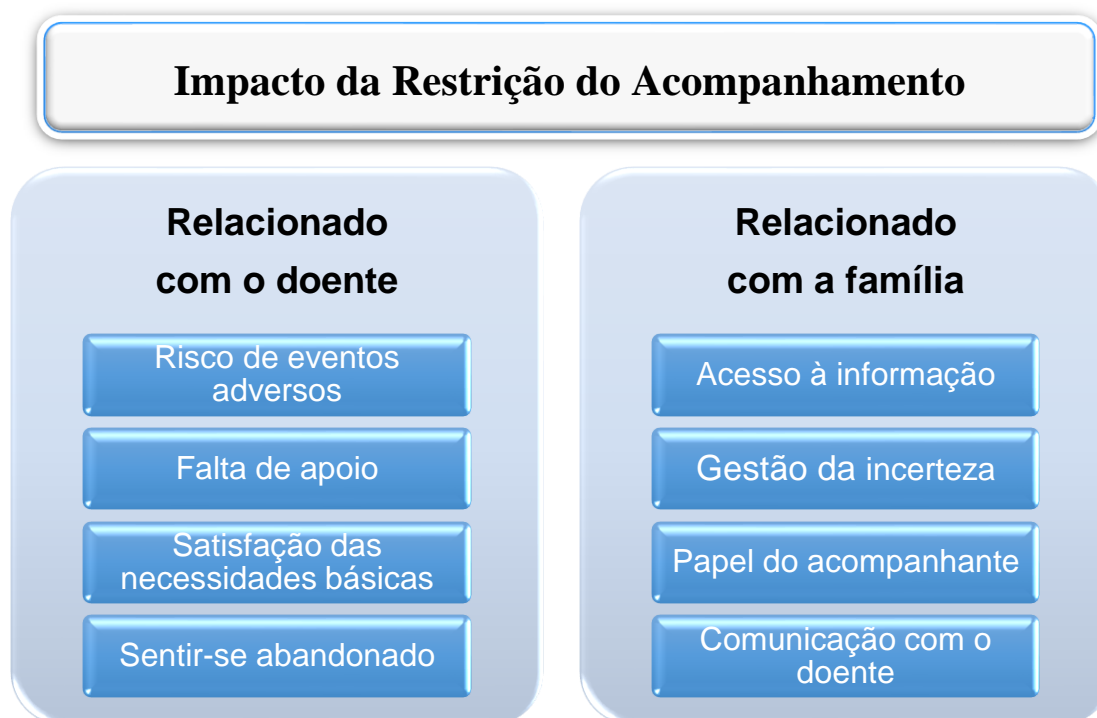
“não fiquei bem bem, porque eles por vezes aplicam certas palavras que eu com a minha 4ª classe mal feita naquele tempo, a gente não sabe o que se sabe agora certas palavras que aplicam, não é? Se fosse assim traduzido mais à nossa... ao nosso jeito um bocadinho, a gente era capaz de compreender melhor.” (E09)

“...e nem sabe se vai embora, se não vai... são pessoas de longe, porque imagine: nós vamos embora ainda a minha mãe estava aqui, daqui a bocado ligavam-me... não pode ser... é um bocado falta de... isso é muito mau.” (E10)

3. Impacto da Restrição do Acompanhamento

Perceber o impacto do impedimento de acompanhar o seu familiar no serviço de urgência face à situação pandémica vivida foi um dos objetivos específicos delineados para este estudo. No entanto, quando questionados, os familiares reconheceram que esta medida teve impacto tanto para o doente, como para a família, como se pode ver na figura 7:

Figura 7 – Impacto da Restrição do Acompanhamento: categorias e subcategorias



Os discursos dos participantes deste estudo evidenciaram que a restrição do acompanhamento como medida implementada no período pandémico teve impacto para o doente a vários níveis: risco de eventos adversos, falta de apoio, satisfação das necessidades básicas, sentir-se abandonado.

Relativamente à primeira subcategoria, cinco dos entrevistados revelaram que o facto de não poder acompanhar o seu familiar pôde representar, em algum momento, um maior **risco de eventos adversos**, relacionados com a consciência/capacidade cognitiva, com o risco de fuga, com o risco de aspiração, com o risco de queda e com o regime terapêutico, como se pode ler nos seguintes excertos:

“É muito mau. É mau porque ele não ouve, não percebe nada, porque ele tem um aparelho. Eu tinha que ir sempre com ele. E tem 83 anos.” (E03)

“Mas o que me custou mais, no caso da minha mãe, ela não estar, para já ela não estar... ter problemas de demência e assim...” (E07)

“não devia saber muito bem onde é que estava e como é que estava e ele disse que queria ir para casa... (E08)

“É assim, foi chocante, porque ela não ia dizer a verdade.”; “Às vezes tenho, porque ela foge... até o segurança de manhã presenciou... ela entrou numa cadeirinha de rodas e depois já estava aqui com a cadeira aqui fora e queria fugir. Se ele tivesse distraído, lá fugia.” (E10)

“...ela engasga-se (...) Porque ela em casa cai-me frequentemente, ela vai sempre agarrada às coisas...”; “...ponha a mão, aquilo parava de pingar o soro, eu punha-lhe a mão direita naquele jeitinho para aquilo voltar a correr...” (E12)

A restrição do acompanhamento causou também constrangimentos que se relacionaram com a **falta de apoio** a que o doente ficou sujeito. Cinco dos familiares entrevistados evidenciaram-no da seguinte forma:

“não sei se ele vai aguentar a estar muito tempo assim sem mim. E ele é muito agarrado a mim, além de... ele sem mim não é nada.” (E02)

“eu sei que ele, quando está uma pessoa de família, principalmente eu, que ele está mais calmo, que está mais sereno, e que não está tão preocupado e...” (E06)

“Ele gosta de se sentir acompanhado... por exemplo, estamos aqui, estou à beira dele, uma pessoa está sempre a dizer “calma avô, vai correr bem”. Acha que a presença tranquiliza? Sim, muito, nele muito.” (E11)

“ela esconde as coisas, ela não diz se não tiver confiança com a pessoa, ela não fala... não fala... é capaz de estar em sofrimento, mas dizer que está bem. E eu basta olhar para ela, que já sei se ela está bem ou não. Se ela não estiver confortável, eu sei ver quando ela não está.” (E12)

Na perspetiva da família, a **satisfação das necessidades básicas do doente**, nomeadamente daquele que é mais dependente, ficou comprometida por este não estar acompanhado. Este aspeto foi mencionado por três dos participantes nos seguintes excertos:

“Sempre, chama sempre por mim. Eu tenho que... às vezes para ele comer alguma coisa (...) Eu dizia assim: - Não comes? Vou-me embora. Vou-te deixar sozinho, ficas com os filhos. Ele, com o medo... ele com o próprio medo que eu... Eu faço aquilo que é para o bem dele, eu sei lidar com ele... depois ele come, e pronto...” (E02)

“...se calhar já podia ter comido alguma coisa, não dizem se pode comer, se não pode, se não dão aqui no hospital, nós podíamos... (...) isto é muito mau e ela é uma pessoa que é diabética, está aí sem comer, está sem nada, isso é muito mau... ela emagreceu muito.” (E10)

“...eu não sei se comeu alguma coisa aqui dentro, mas ela desde o meio-dia que está sem comer nada... não sei se lhe deram de lanchar, se não, também é uma coisa que me está a preocupar...”; “ela bebe muita água, a garrafa de água ficou comigo, que ela não ficou com o... ficou no saco, que ela não a podia trazer com ela... e eu fiquei com tudo comigo. Fiquei com a gelatina, fiquei com a água... e ela engasga-se constantemente, tem que estar sempre a molhar a garganta para refrescar...”; “porque ela precisa de ajuda para ir à casa de banho, ela precisa de (...) o levá-la à casa de banho, o ajudar, o... por exemplo, eu trouxe-lhe um penso, trouxe-lhe uma cueca ou assim caso necessitasse...” (E12)

Na última subcategoria, os participantes deste estudo defenderam que a restrição do acompanhamento deu lugar ao **sentimento de abandono** por parte do doente, considerando este um dos impactos que a medida implementada para o controlo pandémico causou. Metade dos entrevistados evidenciou-o da seguinte forma:

“porque ela não tem mais ninguém...” (E01)

“...porque ficou ali como um cão, ficou ali sozinho na urgência como um cão até o chamarem e depois ele, não sei se foi ele que o levou para a triagem...” (E02)

“A minha mãe estava completamente isolada; só por uma vez é que me deixaram falar com ela ao telefone...” (E07)

“O meu pai quando esteve cá em agosto, sentiu-se abandonado.”; “tive aqui o meu sogro também já na época de pandemia, que também foi operado, que ele sentiu-se abandonado. (...) não só o familiar, como o próprio doente sentir que não está ali abandonado e não ter essa experiência tao marcante negativa... é horrível.” (E08)

“...ele já vinha pelo caminho, vinha a dizer “vou ficar lá” e eu assim “não, vô” “oh, mas tu não vais entrar comigo”. Ele, se calhar, se se sentir aqui sozinho, de facto nós também não o podemos ver como é ele está, porque ele nessa parte... não sei... é um pouco também medroso, como eu.” (E11)

“eu liguei para ela, que ela tem telemóvel e eu liguei para ela “oh mãe...” “estou aqui encostada, estou aqui encostada... digo assim “pronto, tenha calma” (...) Saber que estava gente lá fora à espera dela, porque ela tinha medo, tem medo... de ficar, é obvio.” (E12)

Para os familiares entrevistados, a restrição do acompanhamento causou impacto não só na vivência do doente, como também na da própria família. Dos discursos dos participantes foi possível identificar quatro subcategorias: acesso à informação, gestão da incerteza, papel do acompanhante e comunicação com o doente.

Relativamente ao **acesso à informação**, quatro dos participantes referiram que a restrição do acompanhamento dificultou o acesso à informação, não só a que a família necessita de obter, como também aquela que os profissionais de saúde necessitam para completar a sua anamnese:

“embora que não se sabe nada, mas ao menos vê o que se está a passar as coisas... e é mais fácil (...) Tem outra visão da situação, está a acompanhar a situação.” (E04)

“...o enfermeiro não sabia, teve que ligar para mim...” (E07)

“se tem o acompanhamento de alguém, ao falarem connosco, ao nós falarmos com ele, tinha resolvido aquela situação...” (E08)

“É assim... se estivesse com ele, ao ele estar a fazer os exames, ou qualquer coisa, se estivesse a acompanhar, a gente podia fazer alguma pergunta a quem lhe estivesse a fazer os exames, sobre o que era, o que podia vir a ser ou o que poderá vir a ser...”

(...) acabo por não ter acesso... só tarde e, entre aspas, mal é que uma pessoa chega a saber, como chega a saber na totalidade o que se passa.” (E09)

Sete dos familiares entrevistados afirmaram que a impossibilidade de acompanhar o doente causa também impacto na **gestão da incerteza** que caracteriza a transição saúde-doença:

“Porque eu não sei o tempo que ele está.”; “não sei se ele vai aguentar a estar muito tempo assim sem mim.” (E02)

“a gente atira a pessoa para ali e não sabe mais nada e isso é que é o mais difícil. (...) pois, mas eu não sei agora se vou esperar, se vou embora... porque se tu ficas aí, eu não vou ficar aqui fora.” (E04)

“depois, ah, será que correu tudo bem? Será que não correu? Como estará? Será que piorou?” (E05)

“mas tem muito impacto, quer para ele, quer para nós... é muito complicado estar ali fora sem saber nada.” (E06)

“porque não sabia qual era o seu verdadeiro estado porque uma coisa é ver mesmo, e outra coisa é telefonar e às vezes...” (E07)

“...estava sempre a pensar: o que será, o que é que não será? Será bom, será mau? Será que ele vai ficar internado? Será que vai embora?” (E09)

“...será que ela está bem? Será que ela não está?” (E12)

Para dois dos familiares, a restrição do acompanhamento pôs em causa o **papel do acompanhante**, como se pode ver nos seguintes excertos:

“Que aqui não, aqui não estamos a acompanhar absolutamente nada. Estamos postos à parte, estamos ali fora, podemos ir para onde quisermos, acabou... (E04)

“...assim, lá fora, não há hipótese (...)” (E09)

Do discurso dos participantes foi também possível aferir que a impossibilidade de acompanhar o seu familiar colocou obstáculos importantes na **comunicação com o doente**:

“...não conseguir comunicar com ela porque ela não sabe utilizar o telemóvel nem nada e... pronto, aquelas pessoas... outras pessoas normais podem ter outros problemas de saúde, mas conseguem, com um telemóvel...”; “...a coisa que me custou mais foi a comunicação...” (E07)

“deixou de utilizar o telemóvel, ele não traz telemóvel com ele. Portanto, eu nem isso conseguia... e quando algum enfermeiro ou médico lhe colocavam o telefone, ele não entendia metade, não percebia metade do que a gente lhes dizia.” (E08)

4. Intervenções do Enfermeiro junto da Família

Foi também um dos objetivos específicos deste estudo identificar as intervenções do enfermeiro junto da família aquando da permanência do doente no serviço de urgência. Um número significativo dos entrevistados, não tendo contacto com nenhum enfermeiro no decorrer da experiência, não conseguiu descrever qualquer intervenção realizada por este grupo profissional, como foi possível depreender nos seguintes discursos:

“Não. Que eu saiba não.” (E01)

“Ninguém veio ter comigo, ninguém falou nada.” (E04)

“Não. (...) Não, nada.” (E05)

“Não. (...) Não.” (E06)

“Não, só estive com o doutor.” (E07)

“Não... nada, nada. (...) dizem-me sempre que o senhor doutor e o senhor enfermeiro não podem falar comigo, para esperar, para esperar...” (E08)

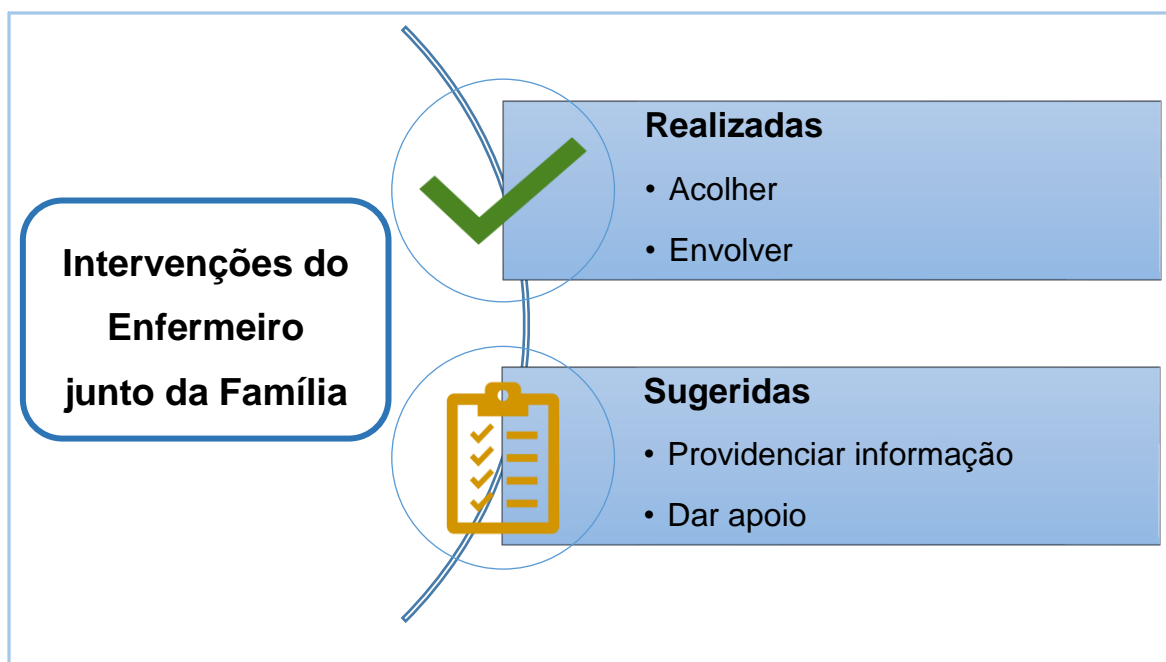
“Não. A única coisa que falou para mim... ah, penso que fosse o médico, penso que fosse médico... não sei se era médico ou enfermeiro, não é. Foi o que falou comigo. (...) Eu chamei-lhe doutor, não sei se era, se não era, não é... sei que era de bata verde e pronto (...)” (E09)

“Não. (...) Nada, nadinha.” (E10)

“Eu não sei... devia ser enfermeiro, assim auxiliar. (...) Não sei se era enfermeiro... eu para mim acho que era doutor, não sei, foi ele que lhe deu alta, de certeza que devia ser. (E11)

Apesar de nove dos entrevistados ter manifestado que não teve qualquer contacto com a equipa de enfermagem no decorrer da admissão e permanência do seu familiar no SU, do seu discurso foi possível identificar algumas intervenções que se encontram expressas na figura 9.

Figura 8 – Intervenções do Enfermeiro junto da Família: categorias e subcategorias



Relativamente às intervenções realizadas, uma minoria dos entrevistados referiu ter tido contacto com um enfermeiro no momento de **acolhimento**, embora a intervenção não tenha sido descrita. Os três entrevistados elegeram o momento da Triagem de Prioridades como o de maior contacto com os enfermeiros:

“...preocupou-se logo, mandou vir já uma maca, pô-lo já na cama. Gostei da atitude dele hoje, a maneira que recebeu o meu marido porque é assim que tem que ser, é assim que tem que lidar com essas pessoas que têm essas doenças graves.” (E02)

“...na triagem, do enfermeiro, eu entrei com ele, e expliquei o que é que se passava e depois na triagem...” (E08)

“Tive, foi a enfermeira e depois disse-me “a partir daqui você vai embora, que eu levo-a para dentro.” (E12)

Um dos familiares entrevistados enfatizou o seu **envolvimento** no processo de cuidados em, pelo menos, dois momentos: num telefonema realizado pela equipa de enfermagem em que o familiar destacou o interesse do enfermeiro em conhecer o estado prévio do doente e num momento em que o enfermeiro permitiu a presença do familiar durante a prestação dos cuidados:

“O senhor enfermeiro teve a ideia de ligar para saber como, pronto, para tentar lidar melhor com a minha mãe. (...) ...recebi uma chamada do enfermeiro que me perguntou como é que ela era, digamos assim, porque ela tem dificuldades em se movimentar e então eu tive de lhe explicar que já não se deita na cama, e sozinha, que precisa de ajuda para se levantar da cama e para ir à casa de banho, mas consegue dar uns passinhos assim, se for apoiada, devagarinho, consegue andar sozinha. (...) Tive, sim, sim. Tive porque assisti um bocadinho ao tratamento que lhe fizeram, não totalmente, mas entubaram... colocaram-lhe uma sonda... colocaram-lhe uma sonda no nariz e, pronto, assisti um bocadinho ao tirarem-lhe a roupa e assim... (...) Os enfermeiros sempre trataram bem a minha mãe.” (E07)

Dos discursos dos participantes deste estudo, foi possível enumerar algumas das intervenções a que estes dão relevância, estando estas relacionadas com a informação e com o apoio.

Proporcionar informação foi a intervenção mais explorada pelos entrevistados. Nove dos entrevistados sugeriram algumas intervenções neste âmbito, como se pode ver nos seguintes depoimentos:

“...iam lá dizer: “olhe, fiz/fez isto, está tudo bem, e agora estamos a fazer exames ou assim” (E03)

“podem vir por exemplo cá fora dizer “olhe, Sr. fulano, a sua esposa está a fazer isto, está a fazer aquilo...” era o que devia de ser feito, era o que se devia fazer. (...) As pessoas que estão lá fora ficariam satisfeitas se houvesse um enfermeiro ou uma pessoa qualquer que viesse dar uma informaçãozinha de vez enquanto.” (E04)

“Só dar mesmo essa informação, que ela que estava bem, que estava a correr tudo bem, que estava a fazer exames.” (E05)

“Eu continuo a dizer que era informar-nos. Bastava chegar ali e dizer: “olhe, o seu pai está bem ou está mal, está-se a passar isto, está-se a passar aquilo... e a gente ficava mais serena, mais tranquila, mesmo que as notícias não fossem boas.” (E08)

“Aí está: dar mais um bocado de informação. Ir lá fora e falar e dizer: “olhe, está-se a passar isto, está-se a passar aquilo, aguardem... ou esperem ou... mais uma hora, ou meia hora, ou assim... teremos mais informações”, conforme o desenvolvimento cá dentro...de vez enquanto ir lá fora transmitir à pessoa.” (E09)

“Talvez dar mais informação, ir lá fora de vez enquanto e dizer: “olhe, familiar de fulano, ela foi fazer isto, foi fazer isto, estamos à espera disto, talvez por aí...” (E12)

Três dos entrevistados evidenciaram a importância de **dar apoio** à família, como se evidencia nos seguintes excertos:

“Sei lá, explicar, não sei, umas pequeninas palavras. As poucas palavras valem muito para a pessoa que está a acompanhar o doente, um carinho, uma atenção, sim.” (E02)

“ter ali uma pessoa de referência que realmente dê ali um bocadinho de conforto e nos descansa um bocadinho, não é? Porque uma coisa é não saber o que é que se passa aqui dentro, outra coisa é saber que pelo menos está um bocadinho melhor...” (E06)

“se calhar também um bocadinho iniciativa de eles irem ter connosco também a nos tranquilizar. (...) por exemplo, chamar nem que fosse cinco minutinhos e dizer “olhe, o seu avô está bom, estamos-lhe a fazer análises e assim, para ver como isto vai correr, tranquilize um bocadinho”. (E11)

5. Sugestões de Melhoria

Da presente área temática, emergiram quatro categorias que traduzem as sugestões apresentadas pelos familiares entrevistados para melhorar o atendimento da família no contexto de serviço de urgência e, conseqüentemente, a sua experiência enquanto acompanhantes para que esta se torne mais positiva e mais valorizada. As sugestões situam-se, nomeadamente, a nível da comunicação, do contacto com os familiares, das condições físicas e do regulamento de visitas e acompanhantes (figura 9).

Figura 9 – Sugestões de Melhoria: categorias

Sugestões de Melhoria			
Otimizar a comunicação	Estabelecer maior contacto com os familiares	Criar um espaço próprio para os familiares	Adequar o Regulamento de visitas e acompanhantes

Ainda que no decorrer das várias entrevistas os participantes tenham debatido a importância de **otimizar a comunicação**, voltaram a frisá-lo quando lhes foram solicitadas sugestões de melhoria. Os seguintes excertos centram-se sobretudo na necessidade de criar novas estratégias de comunicar numa realidade em que a presença física e o acompanhamento não são possíveis.

“Só telefonei à tarde 4 vezes e ninguém me atendeu, é isso.” (E01)

“Essa é que se podia ali melhorar alguma coisa para tranquilizar a pessoa, um bocado a pessoa que está à espera, que está ali cheia de... toda preocupada com a situação, porque é uma situação muito difícil. (...) Falta ali uma informaçãozinha que ajudava bem e que, ao meu ver, não seria muito difícil fazer.” (E04)

“Eu acho que poderia-se tentar encontrar estratégias... claro que não tem de se ir lá fora de meia em meia hora, mas se calhar, por exemplo, ao final de uma hora de o utente entrar... tentar ir lá fora e ver se está a família ou... (...) pelo menos aquelas pessoas que têm família lá fora, não deixar um espaço tão grande até dar notícias, porque... eu sei, eu compreendo que às vezes não há notícias nenhuma para dar, mas pelo menos dizer que ele que está bem ou alguma coisa para, pelo menos, sossegar. Não digo ir todas as horas, mas pelo menos ali num período curto desde o momento em que ele entra, não deixar tantas horas sem saber nada.” (E06)

“...isto é como em tudo, a comunicação é fundamental, e numa situação destas, eu acho que é ainda mais necessária.” (E08)

“..., mas acho que ainda fazia falta mais um pouquinho de informação, principalmente, na quadra que estamos agora com esta pandemia.” (E09)

“...aqui só o que eu achava um pouco é, pronto, é só ter mais contacto com os familiares.” (E11)

“mas eu... é mais a comunicação. O facto de a comunicação... de a gente poder deixar um número de telemóvel ou darem um contacto cá de dentro... “olhe, qualquer coisa ligue para aqui” (E12)

Outras sugestões de melhoria relacionaram-se com o estabelecimento de um **maior contacto com os familiares** por parte dos profissionais de saúde, sendo este de extrema importância na transição saúde-doença que a família vivencia:

“...eu só sugeria que vocês fossem, prontos, mais vezes aonde o familiar que está lá fora ansioso por... (...) e no meu ver, estavam pessoas, senhoras ali fora, que estavam há mais tempo, que ali também não tinham grandes informações...” (E05)

“...o médico dizer alguma coisa ou a enfermeira ir lá fora e dizer “olha, já foi visto pelo médico, vai fazer exames, ele está estável, ou já não tem dor, qualquer coisa que nos tranquilize.” (E06)

“mas acho que uma enfermeira se vai 5 minutos ao doente e vier um minuto... se não tem tempo, “olhe pode ficar aqui 5 minutos, daqui a bocado sai”. (E10)

A **criação de um espaço próprio para os familiares**, onde possam ser acolhidos e onde lhes possa ser providenciado algum conforto durante o período de tempo em que esperam por informações e decisões sobre o doente assumiu algum destaque nas sugestões de melhoria. Dois dos participantes evidenciaram-no da seguinte forma:

“Podiam fazer uma sala para ter... (...) Sim, sim, que isso está mal. Já que não se pode entrar para dentro, podiam fazer uma salinha... prontos, arranjavam uma sala ou... (...) Um espaço para ter as pessoas ali para não apanhar tanto frio...” (E03)

“...um espaço maior, sim, principalmente para os dias mais... pronto, dias de inverno... se está um dia de inverno as pessoas estão ali, não podem estar na entrada porque estão os carros e as ambulâncias a chegar. Onde tem que estar? À chuva. E ao menos ter um espaço onde as pessoas, com distância umas das outras, pudessem estar abrigadas, não é?” (E09)

Para metade dos participantes deste estudo, **regulamento de visitas e acompanhantes** necessita de ser ajustado às necessidades dos doentes e seus familiares para que as medidas preconizadas para o controlo da transmissibilidade do SARSCOV-2 tenham um menor impacto para o doente e para a família:

“...isso aí havia de melhorar: deixar estar as pessoas. Ao menos eu não digo todos! Ao menos um por família, estar ali dentro.” (E02)

“...podia ser diferente, prontos... e uma pessoa com o doente. (...) Sim, ao menos uma pessoa com o doente, para saber, porque senão não se sabe nada.” (E03)

“Antigamente, como a senhora falou há bocado, podia-se entrar com o doente e tal, e via-se como estava a situação a correr. Agora como a gente fica lá fora é como tudo, é muito complicado, passa-se um dia mau.” (E04)

“...porque eu sei que há outros hospitais que têm acompanhamento e que têm visitas, pouco tempo, mas têm e... eu acho q sim... pouco tempo, acho que sim. (...) Mas pelo menos uma vez por dia... eu diria quinze minutos... é o suficiente... é o suficiente 15 minutos... para falar com um profissional de saúde e para falar com o familiar.” (E08)

“Acho que em termos de nós virmos, ou estarmos ali um minuto ou dois, só para ver como é que está a correr e vir para fora...” (E10)

A apresentação e análise dos dados que emergiram do discurso dos participantes permitiram um olhar abrangente sobre as vivências da família do doente no serviço de urgência durante a pandemia. Este é, indubitavelmente, um campo de intervenção onde se podem multiplicar projetos de melhoria contínua com vista a um melhor atendimento, a uma intervenção mais holística, a uma maior satisfação por parte de todos os intervenientes, entre outros resultados. Terminada esta etapa, estão reunidas as condições para se proceder à discussão dos resultados, apresentada no capítulo que se segue.

CAPÍTULO 4 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Segundo Bardin (2018), nesta fase da investigação, o investigador dispõe de resultados significativos e fiáveis capazes de enunciar interpretações a propósito dos objetivos previstos ou que digam respeito a outras descobertas inesperadas.

Assim, esta etapa resulta do confronto dos dados com os encontrados na literatura científica, comparando-os com o quadro conceptual que deu suporte à investigação, assim como com os objetivos e questões de investigação enunciadas. Do envolvimento com a problemática surgiram também reflexões que acompanharam a discussão dos resultados.

De modo a permitir uma melhor visão da globalidade dos resultados obtidos e uma análise refletida e articulada dos mesmos, a discussão seguirá uma linha de apresentação similar ao capítulo anterior, seguindo sequencialmente as diversas áreas temáticas.

Significado atribuído pela família à admissão e permanência no serviço de urgência

Quando questionados sobre o significado da admissão e permanência no serviço de urgência, as respostas dos familiares integraram, sobretudo, algumas das emoções de que se tinham apropriado no momento. Como diz Fernández-Abascal (2021), as emoções funcionam como um “eco”, ou seja, uma ressonância do que sentimos com o meio que nos envolve, com as circunstâncias factuais e relacionais que se dão num determinado período de tempo ou na própria história de vida.

Na perspetiva dos entrevistados, as emoções percecionadas permitiram atribuir à experiência um significado que se revestiu essencialmente de tons negativos. Esta constatação vai de encontro com a maioria da literatura encontrada que vê no aparecimento da doença uma ameaça. Para Barreto et al. (2019, p. 1767), perante uma situação de doença grave e/ou inesperada num dos membros da família, “a relação de proximidade e afeto também é responsável por desencadear intenso sofrimento” que se caracteriza pela vivência de sentimentos como angústia, tristeza, preocupação, pesar e medo. Um estudo realizado por Mendes (2018) acerca do impacto da notícia de doença crítica na vivência da família, acrescenta que os familiares revelaram que as emoções experienciadas lhes acrescentavam debilidade, fragilidade e vulnerabilidade físicas.

Sentimentos de ansiedade, negação, depressão, fadiga, sensação de impotência e medo de perder os seus familiares foram descritos em estudos realizados por Al-Mutair et al. e Warren

citados por Hsiao et al. (2017). Na ótica de Hanson (2005) emoções como o medo, a ira e a culpa são agravados pela separação a que fica sujeita a família e o seu familiar doente no momento de admissão hospitalar. Também as condições ambientais, nomeadamente o ambiente desconhecido, impressionante e altamente técnico associado à real possibilidade de perderem os seus familiares foram descritos como potenciadores de sentimentos de sofrimento como tristeza, preocupação e incerteza nas famílias (Barreto, Marcon e Garcia-Vivar, 2016). O mesmo estudo revela que os medos e as incertezas sentidas pelos familiares não têm relação com a gravidade da condição do utente, o que se coaduna com o espectro bastante alargado de doenças e lesões que motivam as admissões no serviço de urgência.

Frizon et al. citados por Azevêdo, Crepaldi e More (2016) acrescentam que sentimentos relacionados com tristeza, medo e desespero se associam, em contrapartida, à expectativa de alta hospitalar. A dualidade existente entre o desespero e a esperança aquando do aparecimento de uma doença grave e aguda na família é também descrita no estudo realizado por Verhaeghe et al. citados por Barreto, Marcon e Garcia-Vivar (2016); os autores consideram que a esperança alimenta o impulso para manter os membros da família e capacitá-los a cumprir a sua tarefa principal, que é proteger. Noutra perspetiva, Costa (2004) refere que é possível encontrar inúmeras famílias que sentem no hospital o espaço de alívio para a sua carga ou então o espaço para resolver um problema e se desresponsabilizarem de uma carga. Estas justificações – expectativa da alta, manutenção da função de proteção, alívio da carga ou desresponsabilização da mesma – podem estar na base do sentimento de esperança evidenciado por quatro dos familiares entrevistados no nosso estudo.

As emoções descritas pelos participantes do nosso estudo são validadas por um trabalho realizado por Barreto, Marcon e Garcia-Vivar (2016) cujo método assentou na observação participante juntamente com conversas informais numa sala de espera de um serviço de urgência. Nos seus resultados objetivaram-se a “vivência de sentimentos negativos como tristeza, ansiedade, preocupação e incerteza” (Ibidem, p. 637).

Na revisão sistemática da literatura (RSL) realizada por Jorge e Madureira (2020, p. 6), a admissão de um familiar no SU é considerada “uma experiência única, intensa, dotada de uma forte carga emocional e repleta de incertezas, dúvidas, sofrimento intenso, ansiedade, confusão, tristeza, angústia, preocupação e medo de perder o seu familiar”. No decorrer desta experiência a família pode vivenciar um conflito nos seus papéis e nas suas dinâmicas, uma descontinuidade da rotina e uma influência (negativa) na capacidade de iniciar o seu processo de *coping*.

Falando das emoções como “processos adaptativos que se ativam quando ocorre uma alteração nas condições em que nos encontramos”, a sua funcionalidade constitui-se um grande instrumento para o ser humano (Fernández-Abascal, 2021). Tornar-nos conscientes de que algo importante está a acontecer e comunicar aos outros os seus próprios estados emocionais para que as relações sociais se modulem e adaptem são funções atribuídas às emoções. Neste construto, importa que os enfermeiros, por um lado, estabeleçam relações mais diretas com a família para que exista espaço para a expressão das emoções e, por outro lado, saibam diagnosticar e intervir atempadamente contribuindo para o equilíbrio da tríade enfermeiro-doente-família.

Necessidades sentidas pela família durante a admissão e permanência no serviço de urgência

Reconhecer as necessidades quer dos utentes, quer dos familiares é fundamental para uma prestação de cuidados eficaz (Hsiao et al., 2017). As necessidades sentidas pelos familiares deste estudo centraram-se em obter informação, ter conforto, estar próximo, ter suporte e sentir segurança.

Estes resultados vão de encontro às necessidades evidenciadas por vários estudos citados na obra de Hanson (2005): responder honestamente às perguntas; saber qual é o problema do doente; ser informado sobre o progresso do doente, resultado, e hipótese de recuperação; receber chamadas em casa que informem sobre a mudança na situação do doente; receber explicações claras; receber informações uma vez ao dia; ter esperança; acreditar que o pessoal do hospital se preocupa com o doente; obter a confirmação de que o doente está a receber os melhores cuidados possíveis; ver o doente com frequência.

Uma pesquisa realizada por Belio e Vivar (2012), em contexto de unidades de cuidados intensivos (UCI), permitiu categorizar as necessidades da família em quatro domínios: cognitivo, emocional, social e prático que, numa outra abordagem, também se assemelham às apresentadas e analisadas no nosso estudo.

A problemática das necessidades sentidas pela família encontra-se maioritariamente desenvolvida em UCI, sendo menor a quantidade de estudos realizados em contexto de SU. Ainda assim, os primeiros trazem grande utilidade a este percurso investigativo na medida em que o SU admite pessoas em situação crítica, muitas das vezes, não estabilizada. Na perspetiva de Hsiao et al. (2017), a espera e a incerteza que se vive num ou noutro contexto

pode ser partilhada entre os familiares, tendo uma série de estudos identificado padrões comuns nas necessidades da família. No entanto, a existência de diferenças estruturais e conceptuais entre SU e UCI motivaram alguns autores a preocupar-se com a revisão e a adaptação de instrumentos de avaliação das necessidades familiares validados para UCI (Redley e Beanland, 2004).

O *Critical Care Family Needs Inventory* (CCFNI), da autoria de Molter e Leske, é um instrumento, tipo questionário, que aborda um conjunto de necessidades específicas da família do doente internado em UCI, às quais a família atribui diferentes graus de importância (Campos, 2014). O CCFNI tem sido utilizado em muitos estudos internacionais para investigar as necessidades da família de doentes críticos, numa grande variedade de contextos (Hsiao et al., 2017). Redley e Beanland (2004) criaram uma versão deste instrumento adaptada para a realidade contextual dos serviços de urgência, denominando-a de *Critical Care Family Needs Inventory – Emergency Department* (CCFNI-ED). Enquanto o CCFNI contempla cinco categorias de necessidades (suporte, conforto, informação, proximidade e segurança), o CCFNI-ED divide-se em quatro categorias: informação, proximidade, conforto e suporte (Redley e Beanland, 2004).

Na pesquisa realizada por Jorge e Madureira (2020), utilizando os instrumentos acima descritos (CCFNI E CCFNI-ED), consideraram-se as categorias de necessidades de segurança e informação como as mais significativas, seguindo-se a categoria de proximidade e, por último, com menor valor, as categorias de conforto e suporte.

Na ótica de Ocak e Avsarogullari (2019), esta hierarquização das necessidades da família, cujo primeiro lugar é ocupado pelas categorias “segurança” e “informação” pode estar relacionada com o facto da família não ser autorizada a permanecer com a pessoa, em situação crítica, aquando da realização de determinados procedimentos. Na sequência desta explicação, também as medidas difundidas pela situação pandémica, onde a restrição de visitas e acompanhantes ocupou um lugar de grande destaque, pode ter contribuído para um agravamento na satisfação das necessidades da família do doente no serviço de urgência.

A **obtenção de informação** foi das necessidades mais sentidas e expressas pelos familiares do nosso estudo, que é validado pelo estudo realizado por Alonso-Olivies et al. citados por Fernández-Martínez et al., (2021). De acordo com Wright e Leahey (2011), a obtenção de informações revelou-se como prioridade máxima para as famílias com um dos seus membros hospitalizados. Para os participantes do nosso estudo, esta também foi uma necessidade bastante debatida, sendo que, na sua perspectiva, a sua satisfação permitiria atenuar o

descontrole emocional associado à experiência, equilibrar o significado com emoções e sentimentos mais positivos e otimizar a organização das suas rotinas e da sua vida pessoal.

Ao serem inibidos de acompanhar o seu familiar doente, **estar próximo** torna-se uma necessidade mais significativa. Ao validar esta necessidade, os participantes do nosso estudo acreditam que a proximidade não é apenas um fim, mas também um meio para alcançar a satisfação das outras necessidades, sobretudo a de obter informação. De acordo com Sucu, Cebeci e Karazeybek citados por Jorge e Madureira (2020, p. 9) estar próximo, emocional e fisicamente, “proporciona à família sentimentos de segurança e conforto, alívio do desespero e perda de controlo, ajudando-a a compreender a gravidade da situação”. Já a separação física traz um aumento da ansiedade da família. Os autores Jorge e Madureira (2020) relacionaram a necessidade de estar próximo com as limitações impostas pelos horários de visita existentes. Na perspetiva de Barreto, Marcon e Garcia-Vivar (2016), a necessidade e o desejo de estar com o familiar e poder oferecer-lhe conforto físico e suporte emocional foi observada como a principal motivação para encontrar e manter o equilíbrio entre o sofrimento e a tranquilidade.

A necessidade de **ter conforto** enquanto aguardam pela decisão clínica foi descrita no nosso estudo e prendeu-se essencialmente com as condições físicas do espaço (tamanho, clima, limpeza) e com a possibilidade de se poderem alimentar. Na nossa ótica, o valor atribuído a esta categoria de necessidades está intimamente ligado à importância que se passou a atribuir ao distanciamento social motivado pela situação pandémica. A população em geral está agora mais informada, mais desperta para as medidas que podem contribuir para a transmissão e controlo das mais variadas infeções. Além disso, os participantes que agora experimentam a sala de espera são, possivelmente, aqueles que antes estariam a acompanhar integralmente o seu familiar nos diversos setores que compõem o serviço de urgência, não tendo grande contacto com o ambiente da sala de espera. Do estudo de Jorge e Madureira, 2020, p. 10) concluiu-se que “as condições das áreas de espera, no serviço de urgência, podem ter uma influência considerável no conforto da família.”

Quanto à categoria do **suporte**, com menor expressão no nosso estudo, o que foi mais valorizado pelos participantes foi a possibilidade de estarem acompanhados por alguém que lhes é significativo e receberem apoio. Na literatura não é consensual esta necessidade, revelando-se o contexto sociocultural de cada população uma possível justificação.

Embora não seja objetivo deste estudo relacionar as características sociodemográficas com os resultados, não se desconsidera que os entrevistados são maioritariamente do género

feminino e com baixa escolaridade, o que se assemelha ao estudo realizado por Ocak e Avsarogullari (2019). Para o autor esta particularidade explica que tais familiares apresentam mais incerteza e ansiedade e, portanto, sentem mais necessidade de apoio, compreensão e confiança por parte da equipe de saúde.

Se estas eram necessidades identificadas antes da situação pandémica, a problemática agravou-se com o distanciamento e com a restrição das visitas e do acompanhamento na grande maioria dos hospitais, cujo objetivo foi a diminuição do fluxo de pessoas dentro dos ambientes hospitalares para um maior controlo da cadeia de transmissão da doença (Fernández-Martínez et al., 2021).

A avaliação das necessidades da família e o desenvolvimento de intervenções para a sua satisfação e resolução reduz o stresse e a ansiedade dos familiares e tem impacto na recuperação do doente e na avaliação da satisfação (Carlson et al., Jabre et al. e Browning e Warren citados por Hsiao et al., 2017).

Ainda que cada família possua a sua própria identidade, com características bio-psico-sociais simultaneamente únicas e variadas, identificar um padrão de necessidades é um avanço para encarar a família como parceira dos cuidados que prestamos. Os enfermeiros, num papel privilegiado para abordar e envolver a família no seu plano, devem ser agentes promotores da satisfação dos familiares do doente no serviço de urgência, não esquecendo que esta é uma abordagem que, comumente, satisfaz não só a família como o doente. Portanto, a investigação sobre esta temática, na perspetiva de Jorge e Madureira (2020, p. 11) torna-se fulcral para “incentivar os profissionais a exercerem, na sua prática, envolvendo-a e promovendo um ambiente favorável que possibilite o melhor atendimento possível da pessoa em situação crítica e sua família.”

Impacto da Restrição do Acompanhamento

A situação excecional motivada pela pandemia envolveu toda a população nos seus mais diversos contextos. Até à data, o acompanhamento dos doentes nos serviços de urgência estava previsto de acordo com um enquadramento legal já abordado neste trabalho. Assim, a restrição do acompanhamento foi, por um lado uma medida necessária para controlar a transmissão, mas por outro, um sinónimo de retrocesso como dizem Correia, Martins e Barroso (2021, p. 54): “verifica-se que esta restrição das visitas ao doente hospitalizado limita os cuidados de enfermagem à família e promove um retrocesso no nível de

envolvimento em que os enfermeiros prestam cuidados à família”. A medida exigiu adaptação e flexibilidade por parte de todos os intervenientes: profissionais de saúde, doentes e famílias.

No decorrer da pandemia, conforme evolução da mesma, o plano estratégico foi sofrendo alterações. Também a população, fruto de todas as mudanças decorrentes da situação, apresentou padrões comportamentais variáveis. Se por um lado, na fase inicial o medo juntamente com a diminuição da atividade da maioria dos diversos setores levou a uma redução significativa dos episódios de urgência nos hospitais do SNS, por outro lado, nas épocas festivas o saudosismo, a nostalgia e um maior contacto com toda a experiência juntou famílias no mesmo espaço aumentando, à *posteriori*, o número de doentes infetados e, conseqüentemente, o número de admissões no SU.

Estudos prévios à pandemia abordaram a importância da presença da família no contexto hospitalar, não se podendo “negar a complexidade dos contextos clínicos que causam constrangimento aos utilizadores, pelo desconhecimento e dificuldade na compreensão dos cuidados, bem como na interação com os profissionais que pensam e se expressam em linguagem técnica específica” (Reis, Bule e Martins, 2021). Ainda assim, a presença foi descrita como a primeira de cinco categorias (presença, receber resposta a cuidados/necessidades, comunicação/obtenção de informações, participação na tomada de decisões e participação nos cuidados) de um contínuo delimitado entre a atividade e passividade relativamente ao envolvimento e participação da família em UCI ou em situações agudas (Olding et al. citados por Reis, Bule e Martins, 2021).

Dos discursos analisados no nosso estudo, a família confirmou o impacto negativo da restrição do acompanhamento do doente no serviço de urgência, tendo-o dividido em dois eixos: um eixo relacionado com a sua própria vivência e outro eixo relacionado com a vivência do doente.

Quanto ao impacto da restrição do acompanhamento **relacionado com o doente**, os familiares identificaram quatro aspetos: **risco de eventos adversos**, **falta de apoio**, **satisfação das necessidades básicas** e o **sentimento de abandono**.

Não subestimando as várias condições físicas e cognitivas, hipotéticas, que o doente admitido no SU pode ter, importa que estas quatro subcategorias se contextualizem num paradigma abordado por Hanson (2005): “os familiares que cuidam da família podem ser peritos em cuidar do doente, devido aos muitos anos de experiência com a doença crónica”.

Pode ainda verificar-se na família a sensação de obrigação de cuidar que decorre do “contexto que estão inseridos, quando já realizam esta atividade, rotineiramente no seu domicílio ou porque almejam retribuir aquilo de positivo” que o familiar doente tem realizado pela família durante o seu ciclo vital (Barreto et al., 2019, p. 1768). Constatou-se no estudo realizado por Auslander citado por Azevêdo, Crepaldi e More (2016) que uma das motivações da família para o acompanhamento do seu familiar doente está relacionada com a garantia dos cuidados necessários. Segundo Engstrom, Uusitalo e Engstrom citados por Sá, Botelho e Henriques (2015), a família é fonte de apoio emocional, carinho, esperança e promotora da orientação na pessoa, tempo e espaço.

Verificou-se, nos excertos dos discursos analisados, que o impacto da restrição do acompanhamento relacionado com o doente na perspectiva da família está intimamente ligado ao aumento de **eventos adversos** durante a permanência no serviço de urgência. Uma maior probabilidade de ocorrências relacionadas com o estado de consciência e/ou capacidade cognitiva, com o risco de fuga, com o risco de aspiração, com o risco de queda e com a adesão ao regime terapêutico foi descrita pelos participantes. Esta perspectiva é apoiada pelo trabalho desenvolvido por Schenk et al. citados por Correia, Martins e Barroso (2020) que concluiu que a presença da família aumenta a segurança nos cuidados de saúde e que o envolvimento ativo dos doentes e família pode ser considerado uma oportunidade para reduzir riscos e danos, sendo esta opinião partilhada pela família, pelos doentes e pelos profissionais de saúde.

No entanto, um estudo recente concluiu que, na ótica dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação, a família tanto pode ser considerada potencializadora de falhas de segurança como uma barreira de segurança (Correia, Martins e Barroso, 2021). Para os autores, tais resultados poderão ter sido influenciados pela visão da família como potencial disseminadora de infeção. A propósito da temática, a OMS publicou recentemente o *Global Patient Safety Action Plan 2021-2030* onde está contemplado o envolvimento dos doentes e familiares como parceiros em cuidados seguros (OMS, 2021). O discurso dos participantes do nosso estudo parece integrar-se nas linhas orientadoras deste documento uma vez que nele a “família é considerada insubstituível no contexto dos cuidados, é quem melhor conhece a história de saúde do doente, pode contribuir na observação e vigilância do doente, alertar para necessidades que surjam de novo e podem ser os olhos e os ouvidos do sistema” (Correia, Martins e Barroso, 2021, p. 54).

Na pesquisa desenvolvida por Mendes (2019), a família é merecedora de uma atenção especial por parte da equipa de enfermagem, uma vez que é considerada uma fonte inesgotável de conhecimento sobre a pessoa doente e um cuidado ao cliente. Este “estatuto” também se verificou nos excertos apresentados no nosso estudo dando relevância às capacidades que a família detém na satisfação de necessidades básicas. O mesmo é percebido pelos enfermeiros num trabalho realizado por Szareski, Beuter e Brondani citados por Azevêdo, Crepaldi e More (2016, p. 786) onde “relacionam a importância da presença do familiar, as funções desenvolvidas no ambiente hospitalar e a necessidade de cuidados básicos para facilitar a recuperação do paciente, por exemplo, quando o familiar oferece água ao paciente e fica atento às alterações comportamentais”.

Para Ocak e Avsarogullari (2019), a família constitui uma fonte de suporte social na manutenção e no cuidado na recuperação de doentes em situação crítica. Para a família, os benefícios descritos acerca da sua presença junto do doente incluem: diminuição do medo através da manutenção do contacto visual e/ou físico com o familiar e da oferta de apoio emocional, calma e conforto; aumento da qualidade no cuidado prestado; e aumento da segurança que decorre da vigilância por parte da família, o que é entendido como algo que ultrapassa a companhia dos familiares ((Barreto et al., 2019).

Os familiares entrevistados no nosso estudo revelaram que a restrição do acompanhamento promoveu a falta de apoio na transição saúde-doença do seu familiar doente e potenciou sentimentos de abandono, o que é testemunhado pelo estudo de Barreto et al. (2019, p. 1767) quando refere que a aprovação da presença da família permite-lhes “exercer atividades menos complexas e demonstrar ao paciente que não lhe abandonou, proporcionando carinho e suporte emocional”.

Apesar de não haver referência por parte dos participantes do nosso estudo ao impacto da restrição do acompanhamento relacionado com os profissionais de saúde, o estudo realizado por Barreto et al. (2019) refere que ter o doente acompanhado pelo familiar pode diminuir a carga de trabalho da equipa através da execução de atividades simples, garantir uma anamnese mais completa explorando, por exemplo, antecedentes pessoais e regime terapêutico, e contribuir para um reconhecimento e valorização do trabalho realizado pelos profissionais, independentemente do desfecho.

Relativamente à sua **própria vivência**, os familiares referiram que a medida teve impacto no **acesso à informação, na gestão da incerteza, no papel de acompanhante e na**

comunicação com o doente, podendo estabelecer-se alguma relação entre as quatro subcategorias.

A propósito da relação existente entre a primeira e a segunda subcategorias, McKiernan e McCarthy citados por Mendes (2019, p. 167) confirmam que a família estabelece “uma relação direta entre ser informada e saber como lidar com a situação”. Para Azevêdo, Crepaldi e More (2016), os problemas que se relacionam com a ausência de informações refletem-se nas dificuldades de comunicação entre a família e a equipa de enfermagem, nomeadamente no grau de satisfação com o atendimento.

Dos discursos foi possível depreender que a restrição do acompanhamento afeta não só o acesso à informação por parte da família, como também o acesso dos profissionais de saúde às informações necessárias e importantes para a compreensão da situação. Sobre este aspeto, Barreto et al. (2019, p. 1768) afirmam que a gravidade do quadro clínico, a idade, o nível de escolaridade e a capacidade de compreensão podem dificultar a comunicação do utente com os profissionais de saúde para “fornecer informações referentes às suas experiências de doenças e tratamentos”.

A **gestão da incerteza** torna-se mais complexa quando se está afastado do “hipocentro” do cuidado. A pesquisa realizada por Barreto et al. (2019) afirma que os familiares, ao estarem afastados do local onde o doente é atendido, tornam-se mais stressados e angustiados e que a espera por informações promove a sensação, por parte dos familiares, de que o tempo passa a um ritmo mais lento.

Não acompanhar o doente no SU põe em causa o **papel de acompanhante**, potenciando na família sentimentos de impotência e de inutilidade. O mesmo é referido num estudo realizado por Anderson e White citados por Reis, Bule e Martins (2021) da seguinte forma: “os familiares sentem que não são tidos em consideração e que os seus papéis nem são reconhecidos nos cuidados que prestam, razão para não se sentirem apoiados”, vivendo o stress e a invisibilidade do seu papel no processo assistencial.

A **comunicação** entre a família e o doente fica completamente afetada com a restrição do acompanhamento. Alguns dos entrevistados do nosso estudo referiram ter recorrido ao telemóvel para poder comunicar com o seu familiar e, desta forma, obter algumas informações importantes. No entanto, nos discursos também há referência a situações cuja consciência do doente não permitiu o uso de qualquer dispositivo que permitisse a comunicação entre o doente e a família. Na perspetiva de Hanson (2005), situações de

hospitalização mais complexas podem afetar negativamente os laços emocionais que os membros possuem entre si.

Intervenções do Enfermeiro junto da Família

A família, como elemento que responde e cuida, direta ou indiretamente, dos seus membros, deverá ser também foco de atenção e de cuidados para que a sua estrutura, funcionalidade e desenvolvimento possam ser mantidos harmoniosamente. Nesta linha de pensamento, “as intervenções de enfermagem são frequentemente otimizadas se toda a unidade familiar for tomada por alvo do processo de cuidados” (Conselho de Enfermagem, 2001, p. 11) não esquecendo que a “intervenção está sempre a acontecer, mas toma particular relevo quando são apresentadas propostas e alternativas em resposta ao problemas de saúde” (Reis, Bule e Martins, 2021).

A intervenção na saúde familiar acontece sempre que um enfermeiro potencia espaço de crescimento da família independentemente do contexto onde se prestam cuidados. Na verdade, “desde que haja o contacto com a família, há potencialmente uma intervenção, nem que seja sob a simples forma de informação” (Reis, Bule e Martins, 2021, p. 187) que, como temos constatado no nosso estudo, é uma das maiores necessidades expressas e com maior repercussão na vivência da família do doente no serviço de urgência.

Com foi possível verificar na apresentação e análise dos dados, a grande maioria dos entrevistados não descreveu qualquer intervenção realizada pela equipa de enfermagem alegando que não teve qualquer tipo de contacto com este grupo profissional. Na perspetiva de Fortes et al. (2011, p. 234), “a superlotação nos serviços de urgência e emergência e a escassez de funcionários capacitados para o atendimento humanizado contribuem de certa forma para a falta de contacto e cuidado com os familiares pela equipa médica e de enfermagem”.

Importa, nas implicações para a prática clínica, referir que dois dos participantes afirmaram não ter ficado esclarecidos quanto à identificação do profissional de saúde que os abordou, sendo este um aspeto partilhado pelo estudo de Fortes et al. (2011, p. 234): “ficou explícito que as pessoas não sabem diferenciar a categoria profissional da enfermagem, não conseguindo relatar se era enfermeiro, auxiliar de enfermagem (...) que havia oferecido o atendimento”.

Alguns estudos abordam a operacionalização da abordagem à família nos diversos contextos, identificando as limitações e os impedimentos na consecução da mesma. Enquanto Reis, Bule e Martins (2021, p. 191) defendem que “a escassez de recursos humanos e a falta de disponibilidade são frequentemente tidos como obstáculos aos modelos organizacionais integrativos da família”, Predebon et al. e Blommer et al. citados por Barreto, Marcon e Garcia-Vivar (2016) concluíram que a falta de infraestruturas para acolher os familiares nos serviços de urgência, as condições de trabalho pautadas por cargas horárias excessivas e stresse, a multiplicidade de funções, o ritmo excessivo de trabalho e esforço físico e a falta de formação qualificada para atender às necessidades de cada família poderão contribuir para o desenvolvimento de estratégias defensivas por parte dos enfermeiros, sendo o contacto com a família evitado por estes.

Da RSL desenvolvida por Sá, Botelho e Henriques (2015, p. 44) foram identificados como obstáculos na interação do enfermeiro com a família “a falta de tempo (reduzido ratio enfermeiro/doente, a ausência de recursos físicos (sala para reunir com a família), receio da aproximação emocional ao sofrimento da família (mecanismo de *coping*), priorização constante dos cuidados à pessoa em situação crítica, reduzida formação na área, conflitos intrapessoais na resposta a elevadas expectativas e desconhecimento das necessidades da família da pessoa em situação crítica”.

Não sendo objetivo deste estudo explorar os motivos pelos quais a família não foi alvo de intervenção para a maioria dos participantes, os trabalhos desenvolvidos pelos autores supracitados sugerem algumas das razões para a inoperacionalização da abordagem à família como foco de atenção no processo de enfermagem.

Não se tratando de uma maioria, mas de interesse relevante para este estudo, alguns dos participantes valorizaram o papel do enfermeiro na admissão e acolhimento ao serviço de urgência, nomeadamente no momento em que o doente é triado. Este constitui o primeiro contacto entre a tríade enfermeiro-doente-família e pode ser altamente diferenciador se os profissionais de saúde, multidisciplinarmente, o pensarem e praticarem de forma organizada e metódica. O mesmo é sustentado por Cardoso e Pinto citados por Paiva (2011, p. 21) quando afirmam que “a permanência do doente no serviço de urgência e a sua atitude em relação aos profissionais de saúde, serão profundamente condicionadas pelo processo de acolhimento, pois as primeiras impressões são as que mais perduram”. Na perspetiva dos autores, o acolhimento “pode ser facilitador da adaptação ao meio hospitalar, o qual consideram ser de extrema importância na diminuição de sentimentos gerados pela incerteza

da sua situação aquando da entrada do cliente no hospital” (*Ibidem*, p. 21). Para Azevêdo, Crepaldi e More (2016) o acolhimento através de uma escuta qualificada e de uma relação empática, a atenção às necessidades e preocupações de cada familiar, a abertura para o diálogo e transmissão de informações úteis, assim como o envolvimento do familiar nos grupos terapêuticos constituem recursos importantes na preservação da saúde da família.

O **acolhimento** pode revelar-se um momento determinante no estabelecimento da relação com a família, mas não é um exclusivo. Na impossibilidade de estar a acompanhar a pessoa doente, os familiares deram relevância às estratégias desenvolvidas pelos profissionais de saúde, nomeadamente as chamadas telefónicas, para envolver a família em todo o processo. Também o trabalho desenvolvido por Fernández-Martínez et al. (2021, p. 9) reforça este aspeto dizendo que “os sistemas de telecomunicações são descritos como o modo de comunicação mais utilizado e difundido” não sendo, no entanto, um recurso uniforme em todos os hospitais. Para os autores, a utilizar este tipo de sistemas carece de profissionais treinados neste tipo de comunicação; a utilização de listas de verificação para garantir uma abordagem abrangente no contacto com a família integra a lista de sugestões para uma comunicação mais eficaz.

Numa outra ótica, Khalaila citado por Mendes (2018) refere que o **envolvimento** dos membros da família na dinâmica de cuidados não só permite a sua capacitação, como também o alívio da carga emocional negativa associada a toda a experiência. O estudo desenvolvido por Barreto et al. (2019) acrescenta que o envolvimento dos familiares permite que todas as informações que estes detêm sobre os doentes (antecedentes pessoais, circunstâncias e motivos de admissão, etc.) contribuem para uma forma de participar e, consequentemente, apoiam na tomada de decisão dos profissionais de saúde. Na perspectiva de Cabete et al. (2019, p. 136), “é fulcral que o enfermeiro estabeleça uma relação com a família, promova um ambiente confortável e privado, forneça informações reais e completas e demonstre empatia, respeito e sensibilidade, incluindo a família nos cuidados prestados”.

Quando questionados sobre que outras intervenções poderiam ter sido realizadas pelos enfermeiros, os familiares sugeriram intervenções relacionadas com a informação e com o apoio. Da análise realizada e da literatura existente, parecer existir uma estreita relação entre a identificação das necessidades e o planeamento e execução das intervenções, ou seja, a cada necessidade corresponde, por norma, um feixe de intervenções que podem integrar os diferentes domínios (cognitivo, afetivo, comportamental).

Fruto da enorme carência de informações revelada ao longo dos discursos dos participantes deste estudo, as intervenções relacionadas com a **obtenção de informação** foram as mais manifestadas. De uma série de intervenções elencadas na RSL realizada por Cabete et al. (2019, p. 136), no domínio cognitivo inclui-se a intervenção “fornecer informações reais, completas e honestas, contactando a família sempre que haja alterações na situação clínica do utente”. Na obra de Wright e Leahey (2011) a obtenção de informações foi classificada como prioridade máxima nas famílias com um dos seus membros hospitalizados, existindo uma frustração associada à impossibilidade de receber, com facilidade, informações ou opiniões dos profissionais de saúde. Para Mendes (2018, p. 185) “a informação, sempre que transmitida em tempo útil e de conteúdo perceptível, assumiu um significado importante na vivência” permitindo uma melhor compreensão dos acontecimentos e das etapas que, minimamente, integram a admissão e permanência do doente no serviço de urgência. Importa salientar que o direito do cliente e família a informação atualizada, clara e honesta, relacionada com o estado clínico, prognóstico e estratégias de cuidados, se encontra previsto no artigo 84º do CDE (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

Por sua vez, as intervenções relacionadas com o **apoio** inserem-se no domínio afetivo, sendo estas que permitem dar resposta às necessidades de apoio emocional, onde se inclui a expressão de sentimentos e a inclusão da esperança de forma realista (Cabete et al., 2019). A demonstração de empatia, respeito e sensibilidade, bem como de disponibilidade para facultar apoio emocional e espiritual à família são apresentados como intervenções de grande relevo capazes de responder às necessidades de carácter emocional/afetivo (Ibidem). Validar ou normalizar as respostas emocionais, incentivar as narrativas de doenças e estimular o apoio familiar são exemplos de intervenções apresentadas por Wright e Leahey (2011) passíveis de transformar o domínio afetivo em todo o funcionamento familiar. Os três participantes deste estudo que sugeriram intervenções neste domínio deram destaque ao apoio emocional, ao enfermeiro como pessoa de referência e à iniciativa por parte dos profissionais. Sobre este último ponto, Cabete et al. (2019, p. 136) revela que “se a iniciativa de informar partir do profissional de saúde, o familiar sente-se mais confiante e compreendido, com margem para expressar os seus sentimentos e dificuldades”. O suporte dado pelos enfermeiros à família contribui para um melhor ajuste à situação, para o alívio da tensão experimentada e para um sentimento de amparo (Khalaila citado por Mendes, 2018).

Embora não tão claramente explícito pelos familiares entrevistados, ao longo dos discursos foi sendo atribuída alguma relevância ao seu próprio conforto contribuindo este para um significado mais positivo da experiência. Mendes (2018) descreve uma certa alienação do “cuidar de si” quando a família enfrenta a notícia de uma doença crítica, havendo uma certa negligência para atividades como a alimentação, o repouso e o sono ou a higiene e conforto. Incentivar os membros da família a ser cuidadores e apoiá-los, incentivar o descanso e planejar rituais são exemplos de intervenções dadas na obra de Wright e Leahey (2011) relacionadas com o domínio comportamental. De certa forma, os discursos dos participantes do nosso estudo criam o alerta de que os familiares, quando alheios a todo o processo de atendimento do seu familiar, experimentam também necessidades do foro básico como são exemplo o descanso e a alimentação/hidratação. Além disto, o seu papel familiar pode ser bem mais alargado, tendo outros membros à sua responsabilidade (filhos, p.e.) ou outras funções familiares que, na sua ausência fiquem completamente comprometidas. Se os profissionais de saúde compreenderem a singularidade, a individualidade e as particularidades de cada pessoa, rapidamente percebem o impacto das suas intervenções na manutenção de famílias mais funcionais.

Em suma, a RSL realizada por Cabete et al. (2019, p. 136) integra as seguintes intervenções dirigidas à família:

- ✓ Estabelecer uma relação com a família, promovendo a esperança, comunicando não só de forma clara e acessível como também adaptada ao nível sociocultural da mesma;
- ✓ Promover um ambiente confortável e privado durante a visita, assegurando o bem-estar da família;
- ✓ Utilizar os recursos de forma a incluir os familiares nos cuidados, guiando-os durante todo o processo e referenciando-os, quando apropriado, para outros profissionais de saúde;
- ✓ Fornecer informações reais, completas e honestas, contactando a família sempre que haja alterações na situação clínica do doente;
- ✓ Demonstrar empatia, respeito e sensibilidade, bem como facultar apoio emocional e espiritual à família;
- ✓ Ajustar o horário de visita.

Sugestões de Melhoria

Enquanto utilizadores de serviços, todos nós temos um papel ativo na melhoria do seu funcionamento. Os serviços de saúde, mais concretamente os serviços de urgência, pesem embora todas as suas especificidades, poderão crescer a partir das experiências narradas. A experiência vivida por cada um destes familiares não é exceção e muito pode contribuir para uma otimização dos recursos e, conseqüentemente, um melhor atendimento. As sugestões dadas pelos participantes do nosso estudo assentam em quatro grandes eixos: otimização da comunicação, estabelecimento de contacto com a família, criação de um espaço próprio para a família e adequação do regulamento de visitas e acompanhantes.

Parte das sugestões apresentadas encontram-se debatidas no estudo realizado por Fernández-Martínez et al. (2021), cuja análise temática evidenciou os seguintes temas: o uso de sistemas de comunicação, as intervenções multidisciplinares, a promoção do envolvimento familiar e o apoio familiar.

Tanto na vertente verbal, como na vertente não verbal, considera-se que a **comunicação** é um instrumento básico na abordagem à família (Reis, Bule e Martins, 2021). Apreciar e contextualizar elementos como o contacto visual, o toque, a distância interpessoal, os gestos, a postura e o tom de voz são atos que podem valorizar todo o processo de comunicação (Schub e Schub citados por Reis, Bule e Martins, 2021). Para Ocak e Avsarogullari (2019), a forma como os profissionais de saúde comunicam pode facilitar os processos de recuperação, promovendo uma maior colaboração por parte das famílias nos cuidados prestados. Para os autores, uma interação positiva baseada na confiança e a promoção de um ambiente de saúde onde as expectativas e necessidades dos familiares sejam fonte de preocupação deve integrar as principais prioridades das equipas que prestam cuidados nos serviços de urgência e emergência e que cuidam da pessoa em situação crítica. Pelo contrário, uma comunicação ineficaz, com informações vagas ou de difícil perceção, potencia a ansiedade e o sofrimento na família, podendo estes dar lugar a comportamentos verbais agressivos e hostis (Wong et al. citados por Reis, Bule e Martins, 2021).

No estudo realizado por Schub e Balderama citados por Reis, Bule e Martins (2021) os familiares entrevistados identificaram a complexidade dos contextos clínicos e a falta de atenção que lhes é dada como constrangimentos, enquanto que os profissionais de saúde apontaram como barreiras a organização das instituições e dos cuidados, impeditivos do desenvolvimento de processos formativos com a família, e também a iliteracia, a indisponibilidade e a não recetividade por parte da família.

O desenvolvimento de estratégias de comunicação entre os profissionais de saúde e a família para atenuar o impacto da restrição de visitas e acompanhantes durante a pandemia foi uma das sugestões mais verbalizadas pelos participantes do nosso estudo. Destacaram, por exemplo, a frequência com que a informação é dada, a abertura de um canal de comunicação exclusivo para a transmissão de informações, a seleção de momentos-chave para incluir a família como foco dos cuidados. Nesta mesma linha de pensamento, Mistraletti et al. citados por Fernández-Martínez et al. (2021) apresentam como sugestão o uso de *checklists* para que, quando os profissionais de saúde contactam a família, por telefone ou vídeo, garantam um determinado padrão de informações.

Otimizar a comunicação, definida como a primeira categoria, relaciona-se diretamente com a segunda – **estabelecer maior contacto com os familiares** –, na medida em que estes participam ativamente no processo de comunicação, acumulando funções de emissor e recetor da informação. Na perspetiva de Silva, Mendes e Antunes, (2021, p. 357) uma “comunicação continuada e profícua com o enfermeiro, num registo de análise de probabilidades e de informação consistente é considerada como um fator facilitador na experiência vivida”. Os participantes do nosso estudo reconhecem o papel dos profissionais de saúde, nomeadamente da equipa de enfermagem, na sua vivência enquanto familiares do doente no serviço de urgência. Sobre os recursos humanos, Mendes (2018, p. 187) afirma que tanto os internos (a equipa dos profissionais de saúde) como os externos (a restante família/rede social) “são fundamentais para lidar com a situação de internamento em cuidados críticos, sendo a capacitação intimamente relacionada com a confiança, humanidade e profissionalismo que encontraram nos profissionais de saúde”. Apesar disto não podemos ocultar que “cuidar da pessoa em situação crítica requer dos profissionais de saúde, nomeadamente dos enfermeiros, o desenvolvimento de competências comportamentais e relacionais que respondam de forma adequada às necessidades identificadas” (Cabete et al., 2019, p. 135).

Relativamente à sugestão de **criar um espaço próprio para os familiares**, sabe-se que um dos principais problemas dos serviços de urgência reside (não só, mas também) numa inadequabilidade dos espaços, alguns devido à sua antiguidade, não projetados para dar resposta às necessidades atuais, face a um nível de exigência requerido cada vez maior que é fruto do crescimento e do envelhecimento populacional (Kee et al. citados por Brazão et al., 2016). A agravar esta realidade, a reestruturação emergente de alguns serviços imposta pela situação pandémica acabou por diminuir ainda mais os espaços dedicados a áreas de

espera, marginalizando o papel da família do doente no serviço de urgência. Os participantes do nosso estudo reconhecem uma grande controvérsia nas medidas adotadas: por um lado, destaca-se a evidência do distanciamento social como sendo uma das medidas com maior impacto no controlo da transmissão do vírus SARS-COV2, mas, por outro lado, as áreas de espera são cada vez mais insuficientes. Certo é que o carácter emergente de todas as decisões e medidas adotadas não permitiu, na maioria dos casos, o estudo e planeamento dos espaços. No entanto, este poderá ser um ponto de reflexão a iniciar pelas equipas que prestam cuidados com necessidade de ecoar em toda a pirâmide hierárquica.

A este item, pode ainda acrescentar-se que más condições estruturais e ambientais de trabalho contribuem para a insatisfação dos utentes e para índices mais elevados de stress nos profissionais e, conseqüentemente, maiores taxas de desmotivação e absentismo.

As medidas de exceção implementadas ao abrigo da situação pandémica incluíram também uma grande revolução nos **regulamentos de visitas e acompanhantes das unidades hospitalares**. Parte dos familiares entrevistados no decorrer do nosso estudo compreendem que as várias mudanças foram necessárias, mas reclamaram de uma certa inflexibilidade. O facto de cada unidade hospitalar ter ajustado o seu regulamento de visitas e acompanhantes aguçou algum descontentamento, referido também no discurso dos participantes. No entanto, sabemos que a pandemia teve um comportamento dinâmico, variando sempre o número de casos numa determinada região em relação a outra.

Na literatura não há revisões que avaliem ou comparem a satisfação da família nas mais diversas fases da pandemia, nem nas diferentes abordagens que se experimentaram. Todavia o estudo realizado por Barreto, Marcon e Garcia-Vivar (2016) refere que horários de visita mais flexíveis e abertos devem ser proporcionados à família nos serviços de urgência. Esta dinâmica permite que a família colabore mais na satisfação contínua das necessidades do utente (Carlsson et al. citados por Barreto, Marcon e Garcia-Vivar, 2016), otimizando o controlo da dor, da segurança e do bem-estar geral (Fry et al. citados por Barreto, Marcon e Garcia-Vivar, 2016).

Concluída a discussão de dados onde foi possível confrontar com diversos estudos e ideias de autores que se debruçaram sobre a temática, o próximo capítulo apresenta as principais conclusões obtidas e as perspectivas que se futuram e que poderão ter forte impacto na prestação e gestão de cuidados, na construção de dispositivos formativos e na realização de novos estudos de investigação.

CAPÍTULO 5 - CONCLUSÕES E PERSPECTIVAS FUTURAS

A realização deste trabalho de investigação contempla o atingimento dos objetivos para ele delineados, mas também o aparecimento de novas inquietações decorrentes das limitações encontradas. É satisfatório avaliar positivamente todo o enriquecimento resultante da sua elaboração, particularmente a forma como a aquisição de conhecimento incorpora a responsabilidade profissional, ética e legal. Saber mais incita-nos a fazer melhor.

Os vários autores e trabalhos citados ao longo desta investigação fornecem a evidência que nos permite atualizar o corpo de conhecimentos. Todas as referências assumem que o cuidado à família é parte integrante de uma abordagem mais completa e mais holística. A junção das evidências encontradas com os discursos dos participantes permitiu também compreender as vivências da família do doente no serviço de urgência numa era tão desafiante como a que se experimentou ao longo da pandemia.

O percurso metodológico deste trabalho foi-se construindo assim com as opções que melhor poderiam responder às questões de investigação. Estas foram elaboradas para que pudéssemos compreender as vivências da família do doente no SU durante a pandemia. Neste sentido, realizámos um estudo de natureza qualitativa, de carácter exploratório e descritivo, tendo-se recorrido, para a colheita de dados, à entrevista semiestruturada aos familiares eleitos para participarem no estudo.

Da análise de resultados, foi possível compreender que a admissão e permanência de um familiar no serviço de urgência revestem-se de alguma complexidade, tendo a situação pandémica agravado algo que já antes representava uma grande instabilidade na família. Neste sentido, é fundamental que os enfermeiros estejam permeáveis à variabilidade de expressões, sentimentos e emoções que condicionam determinadas ações e comportamentos por parte da família. Incentivar a expressão desses sentimentos e validar a sua existência contribui para o início de uma relação entre a família e os profissionais que, multidisciplinarmente, cuidam do seu familiar doente.

De uma forma geral, os familiares entrevistados priorizaram a obtenção de informação na sua lista de necessidades, tendo a revisão da literatura permitido acrescentar que uma família informada é uma família muito mais colaborante, mais participativa e com outra capacidade de adaptação a este tipo de transição. No entanto, outras necessidades foram evidenciadas: ter conforto, estar próximo, ter suporte e sentir segurança. A instabilidade e imprevisibilidade do contexto estudado não permite uma abordagem uniforme e

padronizada, podendo esta desigualdade influenciar a priorização das necessidades. Considera-se a sua correta avaliação e identificação uma etapa fundamental para que todo o processo decorra com mais personalização, mais individualidade, podendo assim concretizar-se a humanização dos cuidados. Contribuir para a satisfação destas necessidades é uma intervenção duplamente vantajosa, uma vez que otimiza todo o processo de *coping* das famílias podendo as equipas de enfermagem escalar as intervenções para um limiar mais integrativo.

Os discursos dos participantes demonstram que o impacto da restrição do acompanhamento do seu familiar nos serviços de urgência foi negativo. Apesar da questão ter sido dirigida à sua vivência, os entrevistados alargaram a sua perspetiva afirmando que a medida teve impacto na família, mas também no doente. Restringir o acompanhamento, para a família, criou barreiras no acesso à informação, dificultou a gestão da incerteza, inviabilizou o papel do acompanhante e impediu a comunicação com o seu familiar doente. Para o doente, a família refere que não estar a acompanhar aumenta o risco de eventos adversos, intensifica a falta de apoio, compromete a satisfação das necessidades básicas e adjudica o sentimento de abandono. No decorrer das entrevistas e posteriormente na sua leitura, os familiares evidenciam que estar a acompanhar permite-lhes vivenciar a experiência de uma forma mais apaziguadora, isto porque todo o sistema sensorial está conectado para captar e receber estímulos provenientes do espaço e dos profissionais que, por sua vez, lhes permitem informação mais atualizada. Alguns dos entrevistados referem que não necessitariam de estar a acompanhar 24h/dia, mas sim por pequenos períodos, podendo este ser um contributo para a reestruturação do regulamento de visitas e acompanhantes em situações de exceção.

Foi simultaneamente perturbador e encorajador o discurso dos participantes no que respeita a intervenção do enfermeiro. Entrevistar doze familiares e apenas uma pequena parte ser capaz de referenciar o papel do enfermeiro é comprometedor. No entanto, consideramos que este é o lado mais gratificante dos processos de investigação: a necessidade da mudança. Reconhecemos a possibilidade desta área temática constituir-se um gatilho para a sensibilização dos profissionais, para a criação de diferentes estratégias e metodologias, para a adoção de comportamentos mais inclusivos. Importa que os profissionais se identifiquem e apresentem e que no seu aspeto existam características que possibilitem a sua distinção relativamente ao grupo profissional a que pertencem. Posteriormente, seria interessante que a intervenção dirigida à família se sistematizasse de forma que todos os intervenientes (médicos, enfermeiros, assistentes operacionais, assistentes técnicos, psicólogos, etc.)

participassem numa abordagem com objetivos comuns. A constituição de um grupo de trabalho multidisciplinar poderá ser um produto a integrar num projeto de melhoria contínua no serviço.

Quanto às sugestões de melhoria, do discurso dos participantes emergiram quatro categorias: otimizar a comunicação, estabelecer maior contacto com os familiares, criar um espaço próprio para os familiares e adequar o regulamento de visitas e acompanhantes. Os familiares, quer na qualidade de recetores, quer na qualidade de emissores, destacaram a necessidade de melhorar a comunicação. Numa era cuja tecnologia é um recurso utilizado diariamente por uma grande parte da população, a criação de novos canais de comunicação impõe-se. Ainda assim, numa área tão sensível como a da saúde, isso não poderá substituir os profissionais de saúde. Por isso, poderá equacionar-se a necessidade de aumentar os recursos humanos, nomeadamente de enfermeiros, e a implementação de programas formativos que contemplem a importância das competências não técnicas, nomeadamente técnicas de comunicação, comunicação de más notícias, gestão de conflitos, entre outros. Estas são competências essenciais para melhorar os processos de comunicação e devem ser extensíveis a todo e qualquer profissional cuja função implique o estabelecimento de relações com o doente e família. Nada disto resultará sem que estruturas hierárquicas superiores, desde a gestão intermédia até ao topo da pirâmide, estejam sensíveis e permeáveis à importância de utilizadores mais informados, mais colaborantes e mais satisfeitos. Paralelamente, a melhoria das condições ambientais do serviço e das infraestruturas poderá apoiar a inclusão da família; as áreas de espera não podem ser espaços com menor grau de importância do que as áreas assistenciais; a existência de um espaço que garanta a privacidade, o conforto, o ambiente para comunicar com a família traz benefícios à família e aos profissionais de saúde. Neste sentido, convocar os enfermeiros e demais profissionais à discussão quando se planeiam reestruturações nos espaços pode contribuir para a melhoria contínua dos serviços. O conjunto de mudanças e alterações provocará, certamente, a atualização dos regulamentos de visitas e acompanhantes, não podendo a sua apresentação e divulgação ficar-se pelo comum prospeto “abandonado” nas áreas de admissão ao serviço de urgência. Ainda que atualmente não seja uma realidade diária, envolver os profissionais da área da comunicação, nomeadamente os que integram os gabinetes de comunicação, nesta apresentação e divulgação pode contribuir para mudanças comportamentais e serviços mais organizados no que à presença da família respeita.

Todas estas sugestões trazem múltiplos desafios em vários domínios, mais concretamente na prática clínica, na gestão de cuidados, na formação profissional e na investigação. Em todos eles, o enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica é, pelo seu core de conhecimentos e competências, um elemento cuja presença é obrigatória.

Apesar de concluída, esta é para mim uma obra inacabada. Está pendente a divulgação dos resultados “in loco”, a criação de estratégias para uma abordagem mais humanizada da tríade enfermeiro-doente-família nomeadamente o desenvolvimento de programas formativos, a conceção/implementação e gestão de projetos que tragam mudanças nas políticas e procedimentos hospitalares, a identificação de oportunidades de melhoria, assim como a implementação de programas de melhoria contínua da qualidade, entre outros desafios que possam vir a ser propostos. Importa também que seja dada continuidade a este percurso investigativo. Por isso, a realização deste estudo com maior abrangência, noutras contextos e com recursos a outras estratégias de recolha de dados, nomeadamente a observação direta, é uma das sugestões apresentada. Também seria aliciante incluir num estudo de investigação a perspetiva dos enfermeiros e de outros profissionais de saúde, face à problemática analisada, e assim confrontar as diversas perspetivas e opiniões.

Da retrospectiva possível, coexistiram limitações internas e externas. Optando por não fazer a sua distinção, até porque algumas podem ser um pouco transversais, destacam-se a gestão e otimização de tempo, considerando o estatuto de trabalhador-estudante, a inexperiência associada ao papel de entrevistador, e alguma dificuldade em lidar com a exequibilidade face ao limite temporal existente. Dificuldades relacionadas com o próprio contexto do estudo também estiveram presentes, não sendo fácil, por exemplo, a utilização de mais do que uma técnica de recolha de dados.

CONCLUSÃO FINAL

Terminar este documento traduz o corte da meta para um atleta cansado, mas cuja paixão pelo atletismo lhe faz querer continuar. A par da fadiga há também a certeza de que amanhã haverá vontade, disposição e necessidade de mais competições. Chegar aqui é sempre uma vitória, mas simultaneamente uma inquietude que se relaciona com a impossibilidade de descrever tudo o que este percurso representou para mim enquanto pessoa e enquanto enfermeira.

Reconheço agora, com outra maturidade, a importância de nos propormos à formação contínua e sermos agentes ativos na construção e melhoria de uma profissão que carece de investimento e atualização sucessivos. Este percurso, pela sua longevidade, proporcionou-me momentos e experiências de uma riqueza incalculável, tendo contribuído para o desenvolvimento de uma atitude crítica e reflexiva. Houve espaço para encontros e desencontros, perguntas e respostas, aprovações e reprovações; houve vontade de crescer, ainda que isso represente mais responsabilidade; houve fragilidades que me fizeram abrandar, refletir e depois retomar.

De uma forma geral, a primeira afinidade dos enfermeiros relaciona-se com a prestação de cuidados. Ao longo do ENP, esta decorreu com a naturalidade e suavidade de quem já o tinha experimentado e, ao mesmo tempo, com a curiosidade de quem está a especializar-se numa área tão específica e abrangente. A experiência de quem partilhou este caminho no papel de orientador proporcionou-me um “renascimento”. As situações referentes à prestação de cuidados e explanadas no desenvolvimento deste relatório são uma ínfima parte da complexidade de cuidados que o enfermeiro especialista presta. As suas intervenções são, por isso, diferenciadoras no que respeita às necessidades das pessoas e famílias alvos dos seus cuidados, objetivando-se a deteção precoce, a estabilização, manutenção e a recuperação quando surgem situações carentes de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica, prevenindo complicações e eventos adversos. O elevado core de conhecimentos e competências do enfermeiro especialista aprimora a exigência da conceção, implementação e avaliação dos planos de intervenção que o mesmo é responsável por desenvolver. Nestes planos incluem-se habilidades e competências que abraçam os domínios técnico, científico e relacional que se articulam entre si, de forma simbiótica. Destaco o enorme contributo que o domínio relacional tem nesta equação, sendo este um fator essencial no sucesso de muitas intervenções planeadas e executadas pelo enfermeiro especialista. Neste sentido, a prestação de cuidados num ambiente tão complexo e

imprevisível como a sala de emergência permitiu-me atingir os objetivos delineados por mim e, simultaneamente, desenvolver as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica. A pessoa em situação crítica e família requerem dos profissionais de saúde, especialmente dos enfermeiros especialistas, uma prática baseada nas mais recentes evidências em consonância com uma enorme sensibilidade.

Relativamente à gestão e assessoria, a experiência revelou-se interessante, mas com menos agilidade. Foi necessária a familiarização com conceitos que, até à data, eram um pouco mais abstratos. Ainda assim, não é possível dissociar a gestão e assessoria da prestação, da formação ou da investigação. Todas elas se maximizam quando as pensamos de forma interdependente. Considero que esta é uma área de *background*, mas com enorme impacto naquele que é o ato de cuidar. A gestão de cuidados implica, por um lado, uma articulação multi e interdisciplinar constante de modo a garantir a segurança e a qualidade das intervenções e, por outro lado, uma liderança e gestão dos recursos adequada às necessidades dos cuidados. As atividades desenvolvidas neste domínio permitiram desenvolver competências na gestão de recursos humanos, materiais, cognitivos e afetivos; juntamente com a chefia e com os pares refletimos sobre o trabalho em equipa, a importância e o impacto da delegação de tarefas, a utilização de recursos cognitivos na tomada de decisão e ainda o estilo de liderança utilizado pelos enfermeiros que desempenham o papel de RT. A reflexão e discussão deu lugar a um desempenho mais consistente e seguro, mas também a uma autoconsciência de que esta é uma área à qual ainda devo muito investimento. No serviço de urgência a gestão de cuidados é agravada pelo carácter imprevisível dos cuidados, pela cultura de gestão reativa e não proativa/preventiva e pelo enorme (mas insuficiente) número de recursos.

O desenvolvimento das aprendizagens profissionais, designadamente os programas e dispositivos formativos contribuem, indubitavelmente, para a melhoria contínua dos cuidados e dos contextos onde são prestados. O enfermeiro especialista ocupa um lugar de destaque enquanto promotor e facilitador da aprendizagem, da destreza nas intervenções e do desenvolvimento de habilidades e competências dos seus pares. Neste domínio, o meu maior contributo teve por base a elaboração de um questionário onde os elementos da equipa de enfermagem tiveram oportunidade de dar sugestões para a melhoria da prática dos cuidados, enumerar atividades/projetos que os enfermeiros gostassem de ver desenvolvidos no serviço, identificar as necessidades formativas nas áreas da prestação e gestão de cuidados e da comunicação e das relações interpessoais e ainda apresentar algumas atividades no

âmbito da humanização dos cuidados. Das respostas obtidas e apresentadas e discutidas em reunião foi possível criar um projeto intitulado “Deixa a tua marca” em que cada elemento estruturou a atividade que gostava de ver desenvolvida no serviço estando, atualmente, em implementação muitas dessas atividades. Nas respostas obtidas uma agradável percentagem da equipa enalteceu a importância do desenvolvimento de competências não técnicas, tendo-se assim desenvolvido uma formação ministrada pelo enfermeiro chefe sobre “estilos de liderança”. De entre muitas CNT optou-se por abordar a liderança uma vez que uma parte da equipa identificou como problema a despersonalização/desapropriação do papel do enfermeiro RT. A maior vantagem de desenvolver o ENP no próprio local de trabalho assumiu nova visibilidade no que à formação respeita, podendo agora estar a usufruir dos resultados e manter o contributo na melhoria contínua do serviço. Com estas atividades foram desenvolvidas competências no desenvolvimento do autoconhecimento e da assertividade, no diagnóstico das necessidades formativas e na gestão de programas e dispositivos formativos.

Também na sequência dos vários apontamentos sobre a abordagem à família nos questionários dirigidos à equipa de enfermagem, foi partilhado pela equipa uma necessidade interventiva neste campo. A somar ao interesse pessoal pela temática e a todas as alterações decorrentes da situação pandémica, o desenvolvimento do estudo “as vivências da família do doente no serviço de urgência na pandemia” ganhou mais e melhores alicerces. A pesquisa bibliográfica e o estudo de investigação realizado tornou possível, no decorrer do ENP, a elaboração de um procedimento técnico intitulado “Informação à família/pessoa de referência durante a permanência no SU” com as linhas de orientação na abordagem à família do doente admitido no SU. O percurso investigativo realizado no decorrer do ENP permitiu atingir todos os objetivos delineados para este domínio e assim desenvolver competências na prática de investigação em enfermagem. Concretamente, o estudo realizado deu um novo sentido à articulação dos quatro domínios de intervenção deste estágio (prestação de cuidados, gestão, formação e investigação): por um lado, o conhecimento retirado permite uma melhor abordagem à família envolvendo-a sempre na gestão dos cuidados; por outro lado, uma abordagem uniformizada em que não se retira a individualidade de cada caso exige da equipa de enfermagem momentos de reflexão e formação. Ainda assim, ficou em aberto a concretização de um projeto mais ambicioso relacionado com esta temática: a criação de um gabinete de apoio à família da pessoa em situação crítica, onde seja possível com as devidas condições realizar a anamnese, informar sobre o estado clínico/prognóstico, preparar

a alta ou o internamento do utente, concretizar a reconciliação terapêutica, abordar o suporte social e as dificuldades deste, entre outras funções.

A condição simultânea de ser enfermeiro e de desenvolver um ENP exige de nós, acima de tudo, uma grande gestão de tempo e de emoções. Idealmente, as reflexões provenientes das experiências vivenciadas no decorrer do ENP e a sua transcrição deveriam articular-se, temporalmente, com a construção deste documento, mas a carga horária impossibilitou essa realidade. Ainda assim este desfasamento temporal permitiu que a elaboração do relatório de ENP constituísse um momento de entrega à reflexão e à consciencialização da importância que este percurso teve no desenvolvimento de competências especializadas, como mestranda em enfermagem médico-cirúrgica.

A reflexão sobre as experiências e o percurso realizado assume-se essencial para o desenvolvimento pessoal e profissional, na medida em que permite um estudo mais aprofundado da nossa individualidade e reitera a ideia de que a formação é uma exigência que deve ser tão nossa como dos serviços dos quais somos e fazemos parte. O desenvolvimento de competências, na prestação e gestão de cuidados de enfermagem, advém da aquisição de novos conhecimentos, bem como da capacidade de olhar, analisar, discutir e avaliar a nossa prática, ou seja, a capacidade de nos questionarmos a nós próprios.

Não seria possível terminar sem referir que, apesar do ENP ter decorrido simultaneamente com a terceira vaga da pandemia e isso ter interferido, inevitavelmente, na concretização de algumas atividades, senti um enorme apoio de todos os intervenientes: docentes, chefia, profissionais orientadores e pares. Sem isso, este caminho teria sido muito menos prazeroso, não se obtendo os mesmos resultados. A situação pandémica vulnerabilizou muitos recursos mostrando muitas das fragilidades existentes, mas trouxe também uma enchente de desafios que precisam urgentemente de ser abraçados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADMINISTRAÇÃO CENTRAL DO SISTEMA DE SAÚDE - **Recomendações Técnicas para Serviços de Urgências: RT 11/2015**. [Em linha]. Lisboa: ACSS, 2015. [Consultado em 13 nov. 2021]. Disponível na WWW: https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/Recomendacoes_Tecnicas_Urgencias_11_2015.pdf

ALARCÃO, Madalena - Família e sistemas envolventes. In MAIA, Carla, FERNANDES, Otilia Monteiro - **A Família portuguesa no século XXI**. Lisboa: Edições Parsifal, 2015. ISBN 978-989-8760-07-4. p. 121–132.

ALFERES, Rui Paulo Asseiro - **Atividades dos enfermeiros gestores em unidades de saúde mental e psiquiatria**. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto, 2020. Dissertação de mestrado

ASSIS, Luan Ribeiro dos Santos [et al.] - Atendimento humanizado no serviço de urgência e emergência: uma revisão sistemática. **Revista UNINGÁ Review**. [Em linha]. 25:1 (2016) 131–135. [Consultado em 10 jan. 2018]. Disponível na WWW: <https://revista.uninga.br/uningareviews/article/view/1750>

AZEVÊDO, Adriano Valério dos Santos; CREPALDI, Maria Aparecida; MORE, Carmen Leontina Ojeda Ocampo - A família no contexto da hospitalização: revisão sistemática. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**. [Em linha]. 16:3 (2016) 772–799. doi: 10.12957/epp.2016.31464

BAILEY, JR Donald E.; STEWART, Janet L. - Merle Mishel: incerteza na doença. In TOMEY, Ann Marriner; ALLIGOOD, Martha Raile - **Teóricas de enfermagem e a sua obra**. 5ª ed. Loures: Lusociência, 2004. ISBN 972-8383-74-6. p. 629–654.

BARDIN, Laurence - **Análise de Conteúdo**. 4ª ed. Lisboa: Edições 70, 2018. ISBN 978-972-44-1154-5.

BARRETO, Mayckel da Silva [et al.] - Significados atribuídos por familiares e pacientes à presença da família em emergências. **Rev Bras Enferm**. [Em linha]. 72:6 (2019) 1764–1771. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0814>

BARRETO, Mayckel da Silva; MARCON, Sonia Silva; GARCIA-VIVAR, Cristina - Patterns of behaviour in families of critically ill patients in the emergency room: a focused ethnography. **Journal of Advanced Nursing**. [Em linha]. 73:3 (2016) 633–642. doi: <https://doi.org/10.1111/jan.13156>

BATISTA, Marco Jacob [et al.] - Presença de familiares durante situações de emergência: a opinião dos enfermeiros do serviço de urgência de adultos. **Revista de Enfermagem Referência**. [Em linha]. IV:13(2017), 83–92. <https://doi.org/10.12707/RIV16085>

BELIO, M. I. Pardavila; VIVAR, C. G. - Necesidades de la familia en las unidades de cuidados intensivos: revisión de la literatura. **Enfermería Intensiva**. [Em linha]. 23:2 (2012), 51–67. Doi: 10.1016/j.enfi.2011.06.001

BRANCO, Joana - Sépsis. In COIMBRA, Nelson (coord.) - **Enfermagem de urgência e emergência**. Lisboa: Lidel, 2021. ISBN 978-989-752-574-2. p. 213–224.

BRAZÃO, Maria da Luz [et al.] - Atividade dos serviços de urgência hospitalares. **Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna**. [Em linha]. 23:3 (2016), 8–14. [Consultado em 04 dez 2020]. Disponível na WWW: https://www.spmi.pt/revista/vol23/vol23_n3_2016_08_14.pdf

BRYKCZYNSKI, Karen A. - Patricia Benner: de principiante a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem. In TOMEY, Ann Marriner; ALLIGOOD, Martha Raile - **Teóricas de enfermagem e a sua obra**. Loures: Lusociência, 2004. ISBN 927-8383-74-6. p. 185–207.

CABETE, Dulce dos Santos Gaspar [et al.] - Apoio emocional à família da pessoa em situação crítica: intervenções de enfermagem. **Revista de Enfermagem Referência**. [Em linha]. IV:20 (2019) 129–138. <https://doi.org/10.12707/RIV18062>

CAMPOS, Sara - **Necessidades da família em cuidados intensivos: tradução, adaptação e validação do instrumento critical care family needs inventory**. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, 2014. Dissertação de mestrado

CANIÇO, Hernâni Pombas - **Os novos tipos de família e novo método de avaliação em saúde da pessoa: apgar saudável**. Coimbra: Universidade de Coimbra, 2014. Tese de doutoramento

CASTRO, Catarina Isabel Pires Almeida - **Reorganização logística e gestão da farmácia de ambulatório da ULSM**. Porto: Instituto Superior de Engenharia do Porto, 2018. Dissertação de mestrado

CAVALCANTI, Thiago Medeiros [et al.] - Hierarquia das necessidades de Maslow: validação de um instrumento. **Psicologia: Ciência e Profissão**. [Em linha]. 39 (2019), p. 1–13. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003183408>

CENTRO HOSPITALAR DE ENTRE O DOURO E VOUGA, E.P.E – **Urgências**: serviços de urgência médico-cirúrgica do Hospital de São Sebastião. [Em linha], Lisboa: Serviço Nacional de Saúde, 2022. [Consultado em 17 nov. 2021]. Disponível na WWW: <http://www.chedv.min-saude.pt/urgencias/urgencia-hospital-de-sao-sebastiao/>

COMISSÃO PARA A REAVALIAÇÃO DA REDE NACIONAL DE EMERGÊNCIA E URGÊNCIA - **Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência - Relatório CRRNEU**. Lisboa, 2012. p. 1 - 123.

CONCEIÇÃO, Andreia; SANTOS, Diana; RAPOSO, Vitor - A gestão do conhecimento em contexto hospitalar: uma scoping review. **Revista de Investigação e Inovação em Saúde**. [Em linha]. 4:2 (2021) 99–110. <https://doi.org/10.37914/riis.v4i2.172>

CONSELHO DE ENFERMAGEM - Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: enquadramento conceptual: enunciados descritivos. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2001.

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIRAS - **CIPE. Versão 2: classificação internacional para a prática de enfermagem**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2011. ISBN 978-92-95094-35-2.

CORREIA, Sidonie Antunes - **Resiliência em profissionais de saúde**. Coimbra: Instituto Politécnico de Coimbra, 2018. Trabalho de projeto

CORREIA, Tânia Sofia Pereira; MARTINS, Manuela Ferreira Pereira da Silva; BARROSO, Fernando Fausto Margalho - The family and safety of the hospitalized patient: an integrative literature review. **Portuguese Journal of Public Health**. [Em linha]. 38:2 (2020), p. 129–140. doi: 10.1159/000511855.

CORREIA, Tânia; MARTINS, Maria Manuela; BARROSO, Fernando - A presença da família nos Hospitais em tempos de pandemia e o paradoxo da segurança do doente. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação**. [Em linha]. 4:2 (2021), p. 47–56. <https://doi.org/10.33194/rper.2021.176>

COSTA, Maria Arminda - Relação enfermeiro-doente. In NEVES, Maria do Céu Patrão; PACHECO, Susana (Coords.) - **Para uma ética de enfermagem: desafios**. Coimbra: G. C. Gráfica de Coimbra, Lda., em colaboração com o Centro de Estudos de Bioética/Pólo Açores, 2004. ISBN 972-603-326-8. p. 63–80.

COSTA, Mónica; GONÇALVES, Dulce Cachata - O equilíbrio entre a arte do cuidar e a enfermagem como ciência: uma perspetiva histórica. **Lusíadas Scientific Journal**. 2:2 (2021), p. 62–64.

COSTA, Paulo - Abordagem sistematizada ao doente crítico. In COIMBRA, Nelson (Coord.) - **Enfermagem de urgência e emergência**. Lisboa: Lidel, 2021. ISBN 978-989-752-574-2. p. 53–59.

CUNHA, Miguel Pina [et al.] - **Manual de gestão de pessoas e do capital humano**. Lisboa: Sílabo, 2015. ISBN 978-972-618-813-1.

CUNHA, Pedro; LOPES, Carla; MONTEIRO, Ana Paula - Uma abordagem global sobre conflitos em contexto de saúde. In CUNHA, Pedro; MONTEIRO, Ana Paula - **Gestão de conflitos na saúde**. Lisboa: ed. Lit, 2021. ISBN 978-989-693-103-2. p. 1–15.

CYPRESS, Brigitte S. - The emergency department: experiences of patients, families and their nurses. **Advanced emergency nursing journal**. 36:2 (2014), p. 164–176. doi: 10.1097/TME.000000000000017.

DECRETO-LEI n.º 161/96. **DR I Série A**. 205 (1996/09/04) 2959–2962.

DEODATO, Sérgio - Palavras de abertura. **Revista Ordem dos Enfermeiros**. Lisboa. ISSN 1646-2629. N.º 31 (2008), p. 4-8.

DEODATO, Sérgio; MARTINS, Conceição; CARNEIRO, Teresa - Desenhando o sentido, perspectivando o futuro. **Revista Ordem dos Enfermeiros**. Lisboa. ISSN 1646-2629. N.º 31 (2008), p. 46–48.

DESPACHO n.º 10319/2014. **DR, 2ª Série**. 153. (2014/08/11) 20673–20678.

DESPACHO n.º 18459/2006. **DR, 2ª Série**. 176(2006/09/12) 18611–18612.

DESPACHO NORMATIVO n.º 11/2002. **DR, I Série-B**.55. (2002/03/06) 1865–1866.

DEVESA, Laura Moura - **A importância da comunicação no contexto organizacional**: a comunicação organizacional como ferramenta de desenvolvimento e eficácia de uma organização. Setúbal: Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior de Ciências Empresariais, 2016. Dissertação de mestrado

DIAS, António Osvaldo - Justiça e integridade. In NEVES, Maria do Céu Patrão; PACHECO, Susana (Coords.) - **Para uma ética de enfermagem: desafios**. Coimbra: G.

C. Gráfica de Coimbra, Lda., em colaboração com o Centro de Estudos de Bioética/Pólo Açores, 2004. ISBN 972-603-326-8. p. 305-319

ESTEVES, Larissa Sapucaia Ferreira [et al.] - O Estágio curricular supervisionado na graduação em enfermagem: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**. [Em linha]. 71: suppl 4 (2018), p. 1842–1853. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0340>

FERNANDES, C. [et al.] - A importância das famílias nos cuidados de enfermagem: atitudes dos enfermeiros em meio hospitalar. **Revista de Enfermagem Referência**. [Em linha]. IV:7 (2015), 21-30. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=388243209002>.

FERNANDES, Josieli Cano [et al.] - Competências necessárias ao gestor de unidade de saúde da família: um recorte da prática do enfermeiro. **Saúde em Debate**. [em linha]. 43:6 (2019), p. 22–35. <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S602>

FERNÁNDEZ-ABASCAL, Enrique G. – **Emoções: o que aquece as nossas vidas**. Espanha: Prisanoticias Colecciones e EMSE EDAPP, SL, 2021. ISBN 978-989-786-308-0.

FERNÁNDEZ-MARTÍNEZ, Elena [et al.] - Family-centred care of patients admitted to the intensive care unit in times of COVID-19: a systematic review. **Intensive e Critical Care Nursing**. [Em linha]. 70 (2021), p. 1-13. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2022.103223>

FERREIRA, Maria Teresa [et al.] - Abordagem na sala de emergência: dotação adequada de recursos de enfermagem. **Revista de Enfermagem Referência**. [Em linha]. V:1 (2020), e19086. Doi: 10.12707/RIV19086.

FERREIRA, Victor Hugo Souto [et al.] - Contribuições e desafios do gerenciamento de enfermagem hospitalar: evidências científicas. **Rev Gaúcha Enferm**. [Em linha]. 40 (2019), p. 1–11. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180291>

FIGUEIREDO, Maria Henriqueta - **Modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar: uma abordagem colaborativa em enfermagem de família**. Loures: Lusociência, 2012. ISBN 978-972-8930-83-7.

FILIPPE, Firmino - Autonomia e respeito. In NEVES, Maria do Céu Patrão; PACHECO, Susana (Coords.) - **Para Uma Ética de Enfermagem: desafios**. Coimbra: G. C. Gráfica de Coimbra, Lda., em colaboração com o Centro de Estudos de Bioética/Pólo Açores, 2004. ISBN 972-603-326-8. p. 237–248.

FORTIN, Marie-Fabienne - **Fundamentos e etapas do processo de investigação**. Loures: Lusodidacta, 2009. ISBN 978-989-8075-18-5.

GALLO, Amy - **Lidar com o conflito**. Coimbra: Conjuntura Actual Editora, 2017. ISBN 978-989-694-319-6.

GRUPO DE TRABALHO SERVIÇO DE URGÊNCIA - **Relatório do Grupo de Trabalho Serviços de Urgências**. [Em linha]. Lisboa, 2019. [Consultado em 19 out 2021]. Disponível em WWW: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2019/11/RELATORIO-GT-Urg%C3%A0ncias.pdf>

HANSON, Shirley May Harmon - **Enfermagem de cuidados de saúde à família: teoria, prática e investigação**. 2ª ed. Loures: Lusociência, 2005. ISBN 972-8383-83-5.

HERNÁNDEZ SAMPIEIRI, Roberto; FERNÁNDEZ COLLADO, Carlos; BAPTISTA LUCIO, Maria del Pilar - **Metodologia de pesquisa**. 5ª ed. Porto Alegre: Penso Editora, 2013. ISBN 9786071502919.

HSIAO, P. [et al.] - Family needs of critically ill patients in the emergency department. **International Emergency Nursing**. [Em linha]. 30 (2017), p. 3–8. doi: 10.1016/j.ienj.2016.05.002.

HULLEY, Stephen B. [et al.] - **Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica**. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2008. ISBN 978-85-363-1361-0.

INSTITUTO NACIONAL DE EMERGÊNCIA MÉDICA. Departamento de Formação em Emergência Médica - **Manual de suporte avançado de vida**. Lisboa: INEM, 2020.

JÓLLUSKIN, Gloria; SILVA, Isabel - A comunicação como prevenção de conflitos em contextos de prestação de cuidados de saúde. In CUNHA, Pedro, MONTEIRO, Ana Paula, (Coords.) **Gestão de conflitos na saúde**. Lisboa: Pactor, 2021. ISBN 978-989-693-103-2. p. 17–39.

JORGE, Sara Graça; MADUREIRA, Manuela - Necessidades da família da pessoa em situação crítica no serviço de urgência: revisão sistemática da literatura. **Cadernos de Saúde**. [Em linha]. 12:2 (2020), p. 5–11. <https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2020.8646>

LEI n.º 15/2014. **DR. 1ª Série 57**. (2014/03/21) 2127–2131.

LOFF, Ana - Relações inter-profissionais. In NEVES, Maria do Céu Patrão; PACHECO, Susana (Coords.) - **Para uma ética de enfermagem: desafios**. Coimbra: G. C. Gráfica de Coimbra, Lda., em colaboração com o Centro de Estudos de Bioética/Pólo Açores, 2004. ISBN 972-603-326-8. p. 95–108.

LOPES, José Carlos - Relação enfermeiro-instituição. In NEVES, Maria do Céu Patrão; PACHECO, Susana (Coords.) - **Para uma ética de enfermagem: desafios**. Coimbra: G. C. Gráfica de Coimbra, Lda., em colaboração com o Centro de Estudos de Bioética/Pólo Açores, 2004. ISBN 972-603-326-8. p. 109–125.

LOPES, Mário Amorim; GOMES, Sofia Cruz; ALMADA-LOBO, Bernardo - Os cuidados de enfermagem especializados como resposta à evolução das necessidades em cuidados de saúde. **Inesctec**. 2018. Porto: Ordem do Enfermeiros, 2018.

MAGALHÃES, José; PAUL, Victoria - Entrevista. In GONÇALVES, Sónia P. [et. al.], - **Manual de investigação qualitativa: conceção, análise e aplicações**. Lisboa: Pactor, 2021. ISBN 978-989-693-114-8. p. 63–85.

MARQUES, Joana Mendes; CHAREPE, Zaida; FIRMINO, Cristiana Furtado - Transição saúde/doença: capacitar a família da criança com doença aguda para uma parceria efetiva de cuidados. In VIEIRA, Cristina Marques; SOUSA, Luís; BAIXINHO, Cristina Lavareda, (Coords.) - **Cuidados de enfermagem à pessoa com doença aguda**. Sintra: Sabooks Editora, 2021. ISBN 978-989-53006-1-7. p. 313–319.

MARQUES, Sandra; LINO, Paula - Protocolo de triagem de Manchester. In COIMBRA, Nelson (Coord.) - **Enfermagem de urgência e emergência**. Lisboa: Lidel, 2021. ISBN 978-989-752-574-2. p. 25–30.

MARQUES-VIEIRA, Cristina; GONÇALVES, Tânia - A tomada de decisão em enfermagem. In VIEIRA, Cristina Marques; SOUSA, Luís; BAIXINHO, Cristina Lavareda (Coords.) - **Cuidados de enfermagem à pessoa com doença aguda**. Sintra: Sabooks Editora, 2021. ISBN 978-989-53006-1-7. p. 51–60.

MARTINS, Lurdes - Beneficência e não-maleficência. In NEVES, Maria do Céu Patrão; PACHECO, Susana (Coords.) - **Para uma ética de enfermagem: desafios**. Coimbra: G. C. Gráfica de Coimbra, Lda., em colaboração com o Centro de Estudos de Bioética/Pólo Açores, 2004. ISBN 972-603-326-8. p. 229–235.

MARTINS, Maria Manuela; FERNANDES, Carla Sílvia; GONÇALVES, Lucia Hisako Takase - A família como foco dos cuidados de enfermagem em meio hospitalar: um programa educativo. **Revista Brasileira de Enfermagem**. [Em linha]. 65:4 (2012), p. 685–690. Doi: 10.1590/s0034-71672012000400020.

MATEUS, David; SERRA, Sérgio - **Gestão em saúde: liderança e comportamento organizacional para enfermeiros gestores**. Loures: Lusodidacta, 2017. ISBN 978-989-8075-72-7.

MELEIS, Afaf Ibrahim - **Transitions theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice**. New York: Springer Publishing Company, 2010. ISBN 978-0-82-610534-9.

MELEIS, Afaf Ibrahim [et al.] - Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. **Advances in Nursing Science**. [Em linha]. 23:1 (2000), p. 12–38. Doi: 10.1097/00012272-200009000-00006.

MENDES, Anabela - **A informação à família na unidade de cuidados intensivos - desalojar o desassossego que vive em Si**. Loures: Lusodidacta, 2015. ISBN 978-989-8075-50-5.

MENDES, Anabela - Impacto da notícia de doença-crítica na vivência da família: estudo fenomenológico hermenêutico. **Revista Brasileira de Enfermagem**. [Em linha]. 71:1 (2018), p. 182–189. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0163>.

MENDES, Anabela Pereira - Critical health-disease transition in the family: nursing intervention in the lived experience. **Revista Brasileira de Enfermagem**. [Em linha]. 72:1 (2019), p. 163–170. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0616>

MENDES, João João - Abordagem geral do doente vítima de doença súbita. In **Manual de urgências e emergências**. Lisboa: Lidel, 2019. ISBN 978-989-752-407-3. p. 3–7.

MIGUEL, Susana; CALDEIRA, Sílvia - A metodologia Q na investigação em enfermagem: fundamentos, adequação e oportunidades. **CuidArte Enferm**. 11:2 (2017), p. 193–197.

MOREIRA, Isabel Maria Pinheiro Borges - **O doente terminal em contexto familiar: uma análise da experiência de cuidar vivenciada pela família**. Coimbra: Formasau, 2006. ISBN 972-8485-64-6.

NASCIMENTO, Carla; PIRES, Ricardo - Gestão da emergência à pessoa em contexto hospitalar. In VIEIRA, Cristina Marques; SOUSA, Luís; BAIXINHO, Cristina Lavareda,

(Coords.) - **Cuidados de enfermagem à pessoa com doença aguda**. Sintra: Sabooks Editora, 2021. ISBN 978-989-53006-1-7. p. 211–223.

NEVES, Maria Do Céu Patrão - Ética, moral, deontologia e bioética: conceitos que pensam a ação. In NEVES, Maria do Céu Patrão; PACHECO, Susana (Coords.) - **Para uma ética de enfermagem: desafios**. Coimbra: G. C. Gráfica de Coimbra, Lda., em colaboração com o Centro de Estudos de Bioética/Pólo Açores, 2004. ISBN 972-603-326-8. p. 145–157.

NORA, Carlise Rigon Dalla [et al.] - Elementos e estratégias para a tomada de decisão ética em enfermagem. **Texto contexto enferm.** [Em linha]. 25:2 (2016), p. 1–9. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072016004500014>

NUNES, Lucília - A especificidade da enfermagem. In NEVES, Maria do Céu Patrão; PACHECO, Susana (Coords.) - **Para uma ética de enfermagem: desafios**. Coimbra: G. C. Gráfica de Coimbra, Lda., em colaboração com o Centro de Estudos de Bioética/Pólo Açores, 2004. ISBN 972-603-326-8. p. 33–48.

NUNES, Lucília - Decisão autónoma em desafios da tomada de decisão autónoma em enfermagem. In **Workshop da área de urgência geral e cuidados intensivos - unidade de cuidados intensivos neurocríticos**. Centro Hospitalar de Lisboa Central. (2016)

NUNES, Lucília - **E quando eu não puder decidir?** Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos, 2016. ISBN 978-989-8838-69-8.

NUNES, Lucília - Problemas éticos identificados por enfermeiros na relação com usuários em situação crítica. **Revista Bioética**. 23:1 (2015), p. 187–199.

NUNES, Rui - Ética e família. In MAIA, Carla, FERNANDES, Otilia Monteiro - **A família portuguesa no século XXI**. Lisboa: Edições Parsifal, 2015. ISBN 978-989-8760-07-4. p. 39–50.

O’CATHAIN, Alicia [et al.] - ‘Clinically unnecessary’ use of emergency and urgent care: a realist review of patients’ decision making. **Health Expectations**. [Em linha] 23:1 (2020), p. 19–40. doi: 10.1111/hex.12995.

OCAK, Umut; AVSAROGULLARI, Levent - Expectations and needs of relatives of critically ill patients in the emergency department. **Hong Kong Journal of Emergency Medicine**. [Em linha]. 26:6 (2019) 328–335. doi: 10.1177/1024907918802737.

OLIVEIRA, Manuel Cardoso de - O papel dos líderes na resolução de conflitos na área da saúde. In. CUNHA, Pedro, MONTEIRO, Ana Paula (Coords.) - **Gestão de conflitos na saúde**. Lisboa: Pactor, 2021. ISBN 978-989-693-103-2. p. 41–60.

OLIVEIRA, Palmira da Conceição M. [et al.] - Atitudes dos enfermeiros face à família: validação da escala families' importance in nursing care - nurse attitudes. **Rev Esc Enfermagem USP**. [Em linha]. 45:6 (2011), p. 1331–1337. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342011000600008>

ORDEM DOS ENFERMEIROS - **Deontologia profissional de enfermagem**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2015. ISBN 9788578110796.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - **Dia internacional da família: enfermeiros e famílias em parceria na construção da saúde para todos**. [Em linha]. Lisboa: O.E., 2008. [Consultado em 07 nov. 2019]. Disponível na WWW: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo-de-p%C3%A1ginas-antigas/dia-internacional-da-fam%C3%ADlia-enfermeiros-e-fam%C3%ADlias-em-parceria-na-constru%C3%A7%C3%A3o-da-sa%C3%BAde-para-todos/>

ORDEM DOS ENFERMEIROS. Mesa do colégio da especialidade em enfermagem médico-cirúrgica - **Parecer nº 10/2017: Diferenciação das intervenções de enfermagem do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica em relação ao enfermeiro generalista num serviço de urgência**. [Em linha]. Lisboa: O.E, 2017. [Consultado em 10 nov. 2021]. Disponível na WWW: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer_10_2017_MC_EEMC_DiferenciacaoIntervencoesEnfermagemServicoUrgencia.pdf

ORDEM DOS ENFERMEIROS. Mesa do colégio da especialidade em enfermagem médico-cirúrgica - **Parecer conjunto nº 01/2017: Atribuição de responsável de turno**. [Em linha]. Lisboa: O.E, 2017. [Consultado em 21 nov. 2021]. Disponível na WWW: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8246/parecerconjuntoce_mceemc_01-2017_atribuicaoresponsavelturno_.pdf

ORDEM DOS ENFERMEIROS. Mesa do colégio da especialidade em enfermagem médico-cirúrgica - **Parecer nº 14/2018: Alocação do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na sala de reanimação – posto de trabalho nos serviços de urgência/emergência**. [Em linha]. Lisboa: O.E, 2018. [Consultado em 23 set. 2021].

Disponível na WWW: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8287/parecer-n%C2%BA-14_2018_rectificado.pdf

PINHO, Carla - **Qualidade em saúde: que trajetos de formação dos enfermeiros?** Aveiro: Universidade de Aveiro, 2012. Tese de doutoramento

POLIT, Denise F.; BECK, Cheryl T. - **Fundamentos de pesquisa e enfermagem: avaliação de evidências para a prática de enfermagem.** 7ª ed. Porto Alegre: Artmed editora, 2011. ISBN 9780781781534.

PORTUGAL. Direção-Geral da Saúde - **Norma nº 001/2017: comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde.** Lisboa: DGS, 2017

PORTUGAL. Direção-Geral da Saúde – Orientação nº. 038/2020: **Covid 19: acompanhantes e visitas nas unidades hospitalares.** Lisboa: DGS, 2022.

PORTUGAL. Direção-Geral da Saúde - **Plano Nacional de preparação e resposta à doença por novo coronavírus (COVID-19).** Lisboa: DGS, 2020.

PRESOTTO, Giovanna Valim [et al.] - Dimensões do trabalho do enfermeiro no contexto hospitalar. **Rev Rene.** [Em linha]. 15:5 (2014), p. 760–770. doi: 10.15253/2175-6783.2014000500005

REDLEY, B.; BEANLAND, C. - Revising the critical care family needs inventory for the emergency department. **Journal of Advanced Nursing.** [Em linha]. 45:1 (2004), p. 95–104. doi: 10.1046/j.1365-2648.2003.02865.x.

REGULAMENTO nº 101/2015. **DR, 2ª Série.** 48 (2015/03/10) 5948–5952.

REGULAMENTO nº 140/2019 - **DR, 2ª Série.** 26 (2019/02/06) 4744–4750.

REGULAMENTO nº 366/2018 - **DR, 2ª Série.** 113 (2018/06/14) 16656–16663.

REGULAMENTO nº 429/2018 - **DR, 2ª Série.** 135 (2018/07/16) 19359–19370.

REGULAMENTO nº 558/2017 - **DR, 2ª Série.** 200 (2017/10/17) 23640–23642.

REIS, Gorete; BULE, Maria José; MARTINS, Maria Manuela - Refletir sobre os cuidados às famílias em situação de doença aguda. In VIEIRA, Cristina Marques; SOUSA, Luís; BAIXINHO, Cristina Lavareda (Coords.) - **Cuidados de enfermagem à pessoa com doença aguda.** Sintra: Sabooks Editora, 2021. ISBN 978-989-53006-1-7. p. 183–196.

REMONDES-COSTA, Sónia - O cancro no seio da família. In MAIA, Carla, FERNANDES, Otilia Monteiro - **A família portuguesa no século XXI**. Lisboa: Edições Parsifal, 2015. ISBN 978-989-8760-07-4. p. 231–243.

RIBEIRO, José Luis Pais - **Metodologia de investigação em psicologia e saúde**. 3^a ed. Oliveira de Azeméis: Bukprint, 2010. ISBN 978-989-8148-46-9.

RIBEIRO, Juciara Almeida; SANTOS, Maria da Soledade Simeão dos - Diagnóstico de necessidades da família de clientes adultos na unidade de terapia intensiva: revisão de literatura. **Cogitare enferm.** [Em linha] 13:3 (2008), p. 437–442. <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v13i3.13041>

ROSA, Isabel; PAIS, Diogo; CONSCIÊNCIA, J. Guimarães - Os princípios da bioética aplicados em urgência hospitalar. **Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna**. [Em linha] 23:1 (2016), p. 18–23. [Consultado em 23 set 2021]. Disponível na WWW: https://www.spmi.pt/revista/vol23/vol23_n1_2016_18_23.pdf

RUEDELL, Lissandra Maicá [et al.] - Relações interpessoais entre profissionais de enfermagem e familiares em unidade de tratamento intensivo: estudo bibliográfico. **Cogitare Enfermagem**. [Em linha]. 15:1 (2010), p. 147–152. <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v15i1.17186>.

SÁ, Florinda Galinha de; BOTELHO, Maria Antónia Rebelo; HENRIQUES, Adriana - Cuidar da família da pessoa em situação crítica: a experiência do enfermeiro. **Pensar Enfermagem**. [Em linha]. 19:1 (2015), p. 31–46. [Consultado em 10 out 2019]. Disponível em [WWW: https://www.researchgate.net/publication/302914687_Cuidar_da_Familia_da_Pessoa_em_Situacao_Critica_A_Experiencia_do_Enfermeiro_Caring_for_the_Family_of_the_Critically_Ill_Person_The_Experience_of_Nurses](https://www.researchgate.net/publication/302914687_Cuidar_da_Familia_da_Pessoa_em_Situacao_Critica_A_Experiencia_do_Enfermeiro_Caring_for_the_Family_of_the_Critically_Ill_Person_The_Experience_of_Nurses)

SANTOS, José Luís Guedes dos [et al.] - Desafios para a gerência do cuidado em emergência na perspetiva de enfermeiros. **ACTA Paulista de Enfermagem**. [Em linha] 26:2 (2013), p. 136–143. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002013000200006>

SANTOS, José Luís Guedes dos; LIMA, Maria Alice Dias da Silva - Gerenciamento do cuidado: ações dos enfermeiros em um serviço hospitalar de emergência. **Rev Gaúcha Enferm**. [Em linha] 32:4 (2011), p. 695–702. <https://doi.org/10.1590/S1983-14472011000400009>

SANTOS, Margarida Custódia [et al.] - Comunicação em saúde e segurança do doente: problemas e desafios. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**. IV:10 (2010). 47–57. [Consultado em 25 jan 2022]. Disponível na WWW: <https://www.elsevier.es/en-revista-revista-portuguesa-saude-publica-323-articulo-comunicacao-em-saude-e-seguranca-X0870902510898583>

SILVA, Paula Martinho da - Responsabilidade legal dos profissionais de saúde. In NEVES, Maria do Céu Patrão; PACHECO, Susana, (Coords.) - **Para uma ética de enfermagem: desafios**. Coimbra: G. C. Gráfica de Coimbra, Lda., em colaboração com o Centro de Estudos de Bioética/Pólo Açores, 2004. ISBN 972-603-326-8. p. 467–474.

SOUSA, Liliana; ALMEIDA, Assunção; SIMÕES, Carlos Jorge - Vivências em serviço de urgências: o papel dos acompanhantes dos doentes. **Saúde e Sociedade**. [Em linha] 20:1 (2011) <https://doi.org/10.1590/S0104-12902011000100021>.

SOUSA, Maria Augusta - Enfermagem e direitos humanos. **Revista Ordem dos Enfermeiros**. Lisboa. ISSN 1646-2629. Nº 31 (2008), p. 9–11.

SOUSA, Maria José; BAPTISTA, Cristina Sales - **Como fazer investigação, dissertações, teses e relatórios: segundo bolonha**. 5ª ed ed. Lisboa: Lidel, 2014. ISBN 978-989-693-001-1.

TEIXEIRA, Abílio Cardoso - Enfermagem baseada na evidência. In COIMBRA, Nelson (Coord.) - **Enfermagem de urgência e emergência**. Lisboa: Lidel, 2021. ISBN 978-989-752-574-2. p. 19–24.

TOMEY, Ann Marriner - Virginia Henderson: definição de enfermagem. In TOMEY, Ann Marriner; ALLIGOOD, Martha Raile - **Teóricas de enfermagem e a sua obra**. 5ª ed. Loures: Lusociência, 2004. ISBN 972-8383-74-6. p. 111–125.

TREVISÓ, Patrícia [et al.] - Competências do enfermeiro na gestão do cuidado: artigo de revisão. **Rev Adm Saúde**. [Em linha]. 17:69 (2017). <http://dx.doi.org/10.23973/ras.69.59>

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ALTO MINHO, EPE - **Manual de funções do serviço de urgência**. Viana do Castelo: ULSAM, 2016

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ALTO MINHO, EPE - **Missão, atribuições e legislação**. [Em linha]. Viana do Castelo: ULSAM, atual. 2021. [Consultado em 10 out. 2021] Disponível em WWW: <URL:<http://www.ulsam.min-saude.pt/category/institucional/missao/>>.

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ALTO MINHO, EPE - **Serviço de urgência** [Em linha], atual. 2021. Disponível em WWW: <URL:<http://www.ulsam.min-saude.pt/category/servicos-clinicos/#tabe28-panel>>.

VARKEY, Basil - Principles of clinical ethics and their application to practice. **Medical Principles and Practice**. [Em linha] 30:1 (2021), p. 17–28. <https://doi.org/10.1159/000509119>

VIEIRA, Margarida - **Ser enfermeiro: da compaixão à proeficiência**. Lisboa: Universidade Católica Editora, 2017. ISBN 9789725405659.

VIEIRA, Margarida - solidariedade e responsabilidade. In NEVES, Maria do Céu Patrão; PACHECO, Susana (Coords.) - **Para uma ética de enfermagem: desafios**. Coimbra: G. C. Gráfica de Coimbra, Lda., em colaboração com o Centro de Estudos de Bioética/Pólo Açores, 2004. ISBN 972-603-326-8. p. 291–303.

WAIDMAN, Maria Angélica Pagliarini; ELSSEN, Ingrid - Família e necessidades... revendo estudos. **Acta Scientiarum. Health Science**. [Em linha] 26:1 (2004), p. 147–157. DOI: 10.4025/actascihealthsci.v26i1.1643.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - **Global patient safety action plan 2021-2030: towards eliminating avoidable harm in health care**. Geneva: WHO, 2021. [Consultado em 09 dez. 2021]. Disponível na WWW: <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety/policy/global-patient-safety-action-plan>

WRIGHT, Lorraine M.; LEAHEY, Maureen - **Enfermeiras e famílias: guia para avaliação e intervenção na família**. 5ª ed. São Paulo: Editora Roca, 2011. ISBN 978-85-4120-003-5.

APÊNDICES E ANEXOS

APÊNDICE A – Objetivos do ENP

Quadro 6 – Objetivos do ENP

PRESTAÇÃO DE CUIDADOS	
Objetivo geral	Desenvolver competências em enfermagem médico-cirúrgica na área da prestação de cuidados de enfermagem à pessoa/família em situação crítica
Objetivos específicos	<p>Prestar cuidados à pessoa/família em situação crítica admitida na sala de emergência;</p> <p>Garantir a administração de protocolos terapêuticos complexos à pessoa/família em situação crítica admitida na sala de emergência;</p> <p>Gerir diferenciadamente a dor e o bem-estar da pessoa/família em situação crítica admitida na sala de emergência com otimização de respostas;</p> <p>Gerir a comunicação interpessoal e o estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa/família em situação crítica admitida na sala de emergência;</p> <p>Desenvolver uma prática profissional, segura e ética com base no Código Deontológico do Enfermeiro (CDE), promovendo o respeito pelos direitos humanos e a responsabilidade profissional.</p>
GESTÃO DE CUIDADOS	
Objetivo geral	Desenvolver competências em enfermagem médico-cirúrgica na área da gestão dos cuidados visando a otimização da qualidade dos cuidados de enfermagem especializados à pessoa/família em situação crítica.
Objetivos específicos	<p>Identificar as necessidades existentes na área da gestão de cuidados e da governação clínica;</p> <p>Participar nos programas de melhoria contínua da qualidade dos cuidados;</p> <p>Compreender a importância da gestão dos recursos materiais e físicos na promoção de ambientes seguros;</p> <p>Compreender a importância da gestão dos recursos humanos no funcionamento e na dinâmica da equipa;</p> <p>Promover um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/grupo.</p>
FORMAÇÃO	
Objetivo geral	Desenvolver competências em enfermagem médico-cirúrgica na área da formação e gestão de programas formativos no âmbito da pessoa/família em situação crítica.
Objetivos específicos	<p>Identificar as necessidades formativas existentes na equipa de enfermagem;</p> <p>Promover o cumprimento de procedimentos, normas e recomendações de boas práticas;</p> <p>Compreender a importância da formação no desenvolvimento de habilidades dos enfermeiros;</p> <p>Desenvolver habilidades e estratégias para a apresentação e discussão do diagnóstico de necessidades formativas à equipa;</p> <p>Participar em atividades/programas de resposta às necessidades identificadas.</p>
INVESTIGAÇÃO	
Objetivo geral	Desenvolver competências em enfermagem médico-cirúrgica na área de investigação no âmbito da pessoa/família em situação crítica.
	<p>Identificar um problema de investigação relacionado com a pessoa/família em situação crítica;</p> <p>Proceder à revisão da literatura sobre a temática identificada;</p> <p>Desenvolver competências relacionadas com a(s) metodologia(s) de investigação, no papel de investigadora;</p> <p>Interpretar os resultados do trabalho de investigação desenvolvido para apresentação de sugestões de melhoria da qualidade dos cuidados prestados;</p> <p>Compreender a impacto da investigação na adoção de melhores intervenções junto da pessoa/família em situação crítica.</p>

APÊNDICE B – Organização Cronológica dos Serviços de Urgência

Quadro 7 – Organização Cronológica dos Serviços de Urgência

1996	Criação da 1ª Comissão Nacional de Reestruturação das Urgências que definiu os princípios precursores da Rede de Referência das Urgências	
2001	Consagração da 1ª Comissão Nacional de Reestruturação das Urgências; Nomeação de um grupo de acompanhamento da reforma das urgências com a recomendação dos objetivos para o desenvolvimento da referida rede.	
2002	Despacho Normativo nº11/2002	Criação do serviço de urgência hospitalar
2005	Despacho nº 19123/2005	Publicação da triagem de prioridades no SU
2006	Despacho nº 17736/2006	Criação da comissão técnica de apoio ao processo de requalificação da rede de urgência geral (CTAPRU)
2007	Proposta de níveis, critérios e condições de acesso e localização de pontos de rede de urgência pela CTAPRU;	
	Despacho nº 727/2007	Atualização e complementação do despacho nº 18459/2006 sobre as características da rede de SU, bem como nos níveis de resposta que a integram
2008	Despacho nº 5414/2008	Definição dos SU que constituem os pontos de rede de referência de urgência/emergência
2011	Despacho nº 13377/2011	Criação da Comissão para a Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência (CRRNEU)
	Despacho nº 10601/2011	Criação do grupo técnico para a reforma hospitalar com emissão do seu parecer sobre os serviços de urgência
2012	Emissão do relatório da CRRNEU	
2014	Despacho nº 10319/2014	Definição da rede de urgências em níveis de atendimento, estrutura física, logística com base no relatório da CRRNEU
2015	Despacho nº 1057/2015	Triagem de Manchester torna-se obrigatória
	Despacho nº 3762/2015	(Sobre a triagem pediátrica) Recomendação da utilização da versão mais recente do sistema de

		Triagem de Manchester ou do <i>Canadian Paediatric Triage and Acuity Scale</i>
	Despacho nº 13427/2015	Definição da rede pública de urgência/emergência atualmente em vigor, corrigido pela Declaração de Retificação nº1032-A/2015
2016	Despacho nº 199/2016	Reforma do SNS na área dos cuidados de saúde hospitalar, nomeadamente sobre os modelos de funcionamento do SU
2016	Despacho nº 10438/2016	Alteração ao Despacho nº 13427/2015 e à Declaração de Retificação nº1032-A/2015

Fonte: Adaptado de (Grupo de Trabalho Serviço de Urgência, 2019)

APÊNDICE C – Atividade: *stock* de EPIs

Identificação da atividade/Necessidade: criação de um espaço para os profissionais de saúde se equiparem com condições de segurança e privacidade e de um stock de EPIs

Problemática/Fundamentação: atualmente, os EPIs encontram-se dispostos em caixotes sem qualquer identificação, num pequeno espaço junto do stock avançado que se tem vindo a revelar inadequado para o número de profissionais de saúde que diariamente se equipam para prestar cuidados nas áreas dedicadas ao doente COVID. Esta situação conduz a uma maior probabilidade de erro no cumprimento do procedimento vestir/despir o EPI, assim como a uma gestão inoperacional de todos os EPIs.

Proposta: redefinição da localização do espaço atual e respetiva transição dos materiais e EPIs para o novo local.

Objetivos:

- acondicionar o material de forma organizada para os profissionais de saúde se equiparem;
- melhorar a gestão do stock de EPIs em função das necessidades;
- minimizar os erros associados ao procedimento vestir/despir o EPI;
- garantir melhores condições de segurança e privacidade no cumprimento do procedimento vestir/despir o EPI.

Data da proposta: 05/03/2022

Data de implementação: 05/04/2022

Data da avaliação: 05/05/2022

Responsável: Luísa Barbosa

Planeamento da Atividade

Recursos Necessários:

- ✓ 2 cartazes com informação sobre o procedimento vestir/despir EPI;
- ✓ 1 caixote de lixo;
- ✓ 1 bengaleiro;
- ✓ 2 estantes com as seguintes medidas: 1m x 0,40m;

- ✓ 1 espelho;
- ✓ 1 módulo cacifo para armazenamento das máscaras cirúrgicas/P2;
- ✓ 3 bancos/cadeiras;
- ✓ 1 mesa de apoio para colocação de tesoura, marcador e adesivo;
- ✓ 4 caixas de arrumação tamanho B para:
 - (2 caixas) toucas;
 - (2 caixas) protetor de sapatos plástico;
- ✓ 18 caixas de arrumação tamanho C para:
 - (2 caixas) câmaras expansoras;
 - (6 caixas) máscaras faciais (tamanhos nº3, nº4, nº5);
 - (6 caixas) luvas com canhão (tamanhos S, M, L);
 - (2 caixas) óculos de proteção;
 - (2 caixas) *kits* de zaragatoa;
- ✓ 18 caixas de arrumação tamanho D para:
 - (2 caixas) material para realização de *kits* de zaragatoa;
 - (2 caixas) cobre-pés;
 - (2 caixas) bata-visita;
 - (2 caixas) bata descartável impermeável;
 - (2 caixas) bata impermeável reutilizável (microfibra);
 - (2 caixas) cogulas;
 - (4 caixas) fatos de proteção integral (tamanho L);
 - (2 caixas) fatos de proteção integral (tamanho XL);
- ✓ 1 caixa para viseiras.

Serviços Hospitalares Envolvidos: serviço de urgência, serviço de aprovisionamento, serviço de instalações e equipamentos

Estratégias:

- o material consumível deve ser repostado diariamente pelo serviço de aprovisionamento, exceto o material proveniente de outros serviços (esterilização e lavanderia) como são as câmaras expansoras, os óculos, as viseiras, as batas impermeáveis reutilizáveis (microfibra) e os kits de zaragatoa.
- A sua localização deve ser concordante com o esquema que se apresenta na terceira deste documento.
- A verificação e reposição destes materiais fica a cargo do RT dos assistentes operacionais do turno da manhã; o RT dos enfermeiros do turno da manhã fica responsável pela verificação total do *stock* para as 24 horas seguintes, com especial atenção para a sexta-feira, em que a reposição para o fim-de-semana é feita neste dia.



Legenda:

B1 – Touca

B2 – Touca

C1 – Luva Nitrilo Canhão S

C2 – Luva Nitrilo Canhão S

C3 – Luva Nitrilo Canhão M

C4 – Luva Nitrilo Canhão M

C5 – Luva Nitrilo Canhão L

C6 – Luva Nitrilo Canhão L

C7 – Óculos de Proteção

C8 – Óculos de Proteção

C9 – Câmaras Expansoras

C10 – Câmaras Expansoras

C11 – Máscaras Faciais

C12 – Máscaras Faciais

C13 – Kits Zaragatoa SARS-CoV2

C14 – Kits Zaragatoa SARS-CoV2

D1 – Bata Microfibra Reutilizável

D2 – Bata Descartável Impermeável

D3 – Bata Visita

D4 – Bata Microfibra Reutilizável

D5 – Bata Descartável Impermeável

D6 – Bata Visita

D7 – Fato de Proteção Integral

D8 – Fato de Proteção Integral

D9 – Fato de Proteção Integral

D10 – Fato de Proteção Integral

D11 – Fato de Proteção Integral

D12 – Fato de Proteção Integral

D13 – Cógulas

D14 – Cobre-pés

D15 – Material Zaragatoa SARS-CoV2

D16 - Cógulas


D17 – Cobre-Pés

D18 – Material Zaragatoa SARS-CoV2

APÊNDICE D – Cartão de Identificação



APÊNDICE E – Procedimento Técnico: funcionamento do Parque de Equipamentos

	Procedimento Técnico	
		Pág. 1 de 4
Identificação do documento: Funcionamento do Parque de Equipamentos		
Âmbito: Departamento de Medicina Crítica (DMC)		

OBJETIVO:

Definir e uniformizar critérios de funcionamento e acesso ao Parque de Equipamento do Departamento de Medicina Crítica, adiante designado por PEDMC.

DEFINIÇÕES:

Departamento de Medicina Crítica (DMC), criado em 2015 com objetivo de otimizar a gestão e o atendimento do doente crítico, é constituído pelos seguintes serviços: Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica (SMUC); Unidade de Medicina Crítica III (UMCIII); Unidade de Medicina Crítica II (UMCII); Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER); Serviço de Urgência Básica de Ponte de Lima (SUBPL) e Serviço de Urgência Básica de Monção (SUBM).

Os serviços do DMC encontram-se apetrechados de equipamento clínico diverso, fundamental ao desenvolvimento da sua atividade assistencial, sendo que parte deste equipamento não faz parte do atendimento de primeira linha ao doente crítico, considerado, portanto, como equipamento não residente, podendo ser emprestado aos vários serviços do departamento. Neste sentido, torna-se imperativo a existência de um espaço físico que acondicione devidamente estes equipamentos e de procedimentos que operacionalizem a gestão do mesmo. É, então, criado o PEDMC e constituído um grupo de trabalho para operacionalizar este projeto, de modo a assegurar a existência, controlo e manutenção dos equipamentos não residentes dos serviços do DMC. Numa primeira fase, o PEDMC destina-se à operacionalidade de parte dos serviços do DMC, nomeadamente, SUMC, UMCIII e UMCII.


RESPONSABILIDADES

Compete à direção dos serviços do DMC dar conhecimento deste procedimento a todos os profissionais do departamento e assegurar o seu cumprimento.

É da responsabilidade do grupo de trabalho do PEDMC dar cumprimento deste procedimento e atualizá-lo sempre que se justifique.

Elaborado:		Aprovado:		Próxima Revisão
Data:	Assinatura:	Data:	Assinatura:	

Mod. Q002.0 Fev/2012

	Procedimento Técnico	
		Pág. 2 de 4
Identificação do documento: Funcionamento do Parque de Equipamentos		
Âmbito: Departamento de Medicina Crítica (DMC)		

É da responsabilidade do enfermeiro Responsável de Turno (RT) do serviço que acede ao PEDMC, o conhecimento e cumprimento do presente procedimento.

DESCRIÇÃO

Os equipamentos que pertencem aos serviços do DMC, que sejam considerados não residentes, serão devidamente alocados ao PEDMC. Este encontra-se fisicamente localizado no piso 3 em frente aos serviços farmacêuticos.

É disponibilizado aos serviços do DMC um ficheiro em formato Excel, na pasta partilhada "DMC", com o inventário dos equipamentos existentes no PEDMC.

Todos os equipamentos alocados ao PEDMC detêm anexado:

- Cartão de identificação (CID) com a designação, marca, modelo e número de série e inventário;
- Fluxograma explicativo de utilização e desinfeção do equipamento;
- Check-list dos acessórios (juntos ao equipamento) e consumíveis necessários ao seu bom funcionamento.

O equipamento pode ser requisitado pelos seguintes serviços:

- Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica;
- Unidades Medicina Crítica II e III.


Necessidades de outros serviços do DMC ou ULSAM, o empréstimo é validado pelos responsáveis do DMC, e na ausência destes, pelos seus representantes.

Critérios para o empréstimo de equipamentos:

- Necessidade fundamentada para o empréstimo do mesmo;
- Disponibilidade do equipamento;

Elaborado:		Aprovado:		Próxima Revisão
Data:	Assinatura:	Data:	Assinatura:	

Mod. Q002.0 Fev/2012

	Procedimento Técnico	
		Pág. 3 de 4
Identificação do documento: Funcionamento do Parque de Equipamentos		
Âmbito: Departamento de Medicina Crítica (DMC)		

- Cumprimento do procedimento e responsabilização pelo bom uso do equipamento por parte do serviço requisitante.

Procedimentos para o pedido de empréstimo de equipamento:

O acesso ao PEDMC deverá ser efetuado pelo enfermeiro RT do serviço requisitante, que deve atender aos seguintes passos:


- 1 – Consultar na plataforma Excel a disponibilidade do equipamento no PEDMC;
- 2 - Aceder à chave do PEDMC, existente no seu serviço;
- 3 – No momento do levantamento do equipamento, confirmar a existência de todos os acessórios;
- 4 – Colocação do CID do equipamento no quadro referente ao serviço requisitante, que se encontra localizado à saída do PEDMC.

Obrigações do serviço requisitante:

- 1 – São obrigações do serviço que beneficia do empréstimo do equipamento:
 - a) Assegurar a correta e adequada utilização e conservação do equipamento;
 - b) Assegurar os consumíveis indispensáveis para o uso dos diversos equipamentos;
 - c) Garantir limpeza e desinfeção do equipamento após o uso, de acordo com as indicações anexas ao equipamento;
- 2 – Qualquer dano/avaria sofrido pelos equipamentos objetos de empréstimo, bem como acessórios, é da inteira responsabilidade do serviço requisitante, sendo da competência do mesmo, o respetivo pedido de reparação ou substituição de acessórios. Deve ser informado o DMC e a Assistente técnica afeta ao PEDMC.

Elaborado:		Aprovado:		Próxima Revisão
Data:	Assinatura:	Data:	Assinatura:	

Mod. Q002.0 Fev/2012

	Procedimento Técnico	
		Pág. 4 de 4
Identificação do documento: Funcionamento do Parque de Equipamentos		
Âmbito: Departamento de Medicina Crítica (DMC)		

Devolução do equipamento:

O equipamento deve ser devolvido ao PEDMC pelo enfermeiro RT do serviço beneficiário de empréstimo, que deve atender ao seguinte:

- 1 - Assegurar-se que o equipamento se encontra operacional, sem danos e desinfetado;
- 3 – Deixar o equipamento na “Área de Devolução” do PEDMC e conectá-lo à corrente elétrica conforme cartão de identificação;
- 4 – Retirar o CID referente ao equipamento devolvido que se encontra no quadro e colocá-lo no respetivo equipamento.

Compete à Assistente técnica:

- 1 – Monitorizar diariamente a atividade do PEDMC, no que diz respeito ao empréstimo, localização e devolução dos equipamentos;
- 2 – Atualizar a Plataforma Excel com o estado e localização do equipamento.

Manutenção dos equipamentos:

A manutenção dos equipamentos é assegurada pelo SIE.

Documento foi elaborado por:

Elaborado:		Aprovado:		Próxima Revisão
Data:	Assinatura:	Data:	Assinatura:	

Mod. Q002.0 Fev/2012

APÊNDICE F – Questionário

Serviço de Urgência

A melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem está intrinsecamente relacionada com as condições de trabalho em que as equipas desempenham as suas funções. A alteração destas condições depende, em parte, da análise crítico-reflexiva de cada profissional.

A equipa do serviço de urgência tem sofrido alterações no que respeita ao número de profissionais e ao tempo de experiência profissional de cada um. Estas e outras mudanças colocam novos desafios na gestão de recursos humanos/materiais, na formação profissional e na prestação de cuidados, assim como no papel que cada enfermeiro assume na equipa.

É nosso objetivo caracterizar a equipa de enfermagem e conhecer a sua opinião relativamente a situações resultantes da prática de cuidados e a necessidades de formação em serviço. O questionário que se segue é confidencial e permitirá contribuir para uma melhor gestão da equipa e para a melhoria das nossas práticas. Os dados obtidos serão tratados e apresentados à equipa de forma faseada, em local e data a designar.

Agradecemos, desde já, a vossa colaboração.

***Obrigatório**

I. CARACTERIZAÇÃO DA EQUIPA DE ENFERMAGEM

1. Idade *

2. Sexo *

Marcar apenas uma oval.

Masculino

Feminino

3. Tempo de experiência profissional (em anos) *

4. Tempo de experiência profissional no serviço de urgência médico-cirúrgica da ULSAM (em anos) *

5. Tem alguma pós-graduação e/ou mestrado? *

Marque todas que se aplicam.

Sim

Não

6. Se sim, especifique qual:

7. Tem alguma especialidade em enfermagem? *

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

8. Se sim, especifique qual:

9. Outros cursos na área da enfermagem/saúde:

II. IDENTIFICAÇÃO DE NECESSIDADES PARA A MELHORIA DA PRÁTICA DE CUIDADOS

1 – Apresente duas sugestões com vista á melhoria do trabalho em equipa e/ou comunicação*

2 – No sentido de contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados no serviço de urgência, indique duas atividades/projetos que gostaria de ver desenvolvidos no serviço*

3 – A formação contínua assume-se como fator primordial para o desenvolvimento de competências e para a melhoria contínua da prestação de cuidados. Perante isto, enumere duas formações, relacionadas com:

3.1 • Prestação/Gestão Cuidados de Enfermagem*

3.2 • Comunicação/Relações Interpessoais *

III. HUMANIZAÇÃO DOS CUIDADOS

1 – Atualmente, um dos grandes objetivos no processo de saúde é a humanização dos cuidados, e cada vez mais, existe esta necessidade e exigência na nossa sociedade. Desta forma, e por determinação da Exma. Sr. Enfermeira Diretora, o serviço de urgência deverá apresentar um plano estratégico no âmbito da humanização dos cuidados de enfermagem. Apresenta uma sugestão de atividades neste âmbito. *

APÊNDICE G – Síntese da Análise das Respostas ao Questionário

SUGESTÕES PARA A MELHORIA DO TRABALHO EM EQUIPA E/OU COMUNICAÇÃO:

- Criação de subequipas
- Reuniões entre chefia e responsáveis de equipa/responsáveis de turno
- Sessões de apresentação de cada elemento
- Grupos de trabalho || Reflexões em equipa || Estudos de Caso || Brainstorming || Discussão de casos || Dinâmicas de grupo
- Enfermeiros de referência para integração de novos elementos || Elementos mais novos como 2ª ou 3ª elemento na SE || Integração progressiva e gradual em todas as áreas do SU
- Reforço positivo || Equidade || Valorização profissional
- Promover diálogo || Fomentar espírito de ajuda || Escuta ativa || Transparência
- Melhorar comunicação multidisciplinar (en^o - médico - AO) || Treino de comunicação em equipa || técnicas de comunicação interpessoais
- Protocolos terapêuticos || Disponibilização dos PT em todas as áreas (evitar uso abusivo da SE) || Uniformização de procedimentos
- Papel do RT (definição clara da sua competência e responsabilidade) || RT em extranumerário || Formação para o RT: comunicação e envolvimento da equipa
- Formação: TM, *SClinic* || Igualdade de critérios de seleção na formação
- Comunicação entre chefia-equipa, equipa-equipa, chefia – RT – equipa || utilização do e-mail institucional como complemento da pasta “informações para enfermeiros” || Criação de plataforma de denúncia anónima || criação de plataforma on-line || Conhecer objetivos do serviço, da equipa e dos seus elementos
- Enfermeiros especialistas desenvolverem prestação de cuidados nos diversos setores do SU || Maior rotatividade nos postos de trabalho
- Igualar SE ADR/SE
- Criar sala de reuniões para os enfermeiros || espaços de convívio/partilha
- Melhoria das condições físicas do SU || Melhoria dos recursos materiais/equipamentos (monitorização, vigilância, informáticos)
- Igualdade de horários
- Aumento de rácios (3º Elemento na área laranja) || Gestão de recursos humanos conforme necessidade em cada turno

ATIVIDADES/PROJETOS A DESENVOLVER NO SERVIÇO:

- Apresentação de trabalhos ou estudos realizados || Produção/divulgação de evidência científica sobre controlo de infeção || Lista de indicadores de qualidade para o controlo de infeção (verificação da higienização das superfícies, materiais, macas/camas, cadeiras, cortinas, etc)
- Autoscopia das equipas na abordagem do doente crítico para *debriefing* posterior || *Debriefing* semanal para discussão de casos (discutir competências técnicas e não técnicas) || Sessões de treino de técnicas e gestão de trabalho || Discussão de temas || Discussão de casos clínicos || Tertúlias multidisciplinares para discussão de eventos adversos ou eventos de risco
- Padrão documental (processo de enfermagem no SU)
- Supervisão clínica
- Processo de alta || Ensinos de enfermagem || Continuidade de cuidados || Carta de alta/esquema de tratamento na pequena cirurgia
- Formação para AO: dever sigilo e confidencialidade, material de consumo clínico || Criação do posto de trabalho “AO volante” para entrega sistematizada de colheitas e encaminhamento a MCDTs || Normas de higienização/desinfecção do espaço e dos equipamentos
- Segurança do medicamento || Criação de *Pyxis* central || Revisão da composição dos *Pyxis* || Revisão da terapêutica na ADR
- Reformulação do perfil *SClinic*
- Circuito do doente || Doentes em maca com >12h (internamento/alta) || Definição clara e objetiva dos critérios de doentes de nível 2 e internamento que não deveriam permanecer no SU
- Comunicação de más notícias || Comunicação com a família e sua integração no processo terapêutico do doente || O doente e a sua família em tempos de pandemia
- Melhoria das condições do SU || Nova urgência pediátrica || Separação da triagem de prioridades adultos/crianças || Criação de uma sala para a equipa de enfermagem || Promoção de privacidade para o doente e melhores condições de trabalho para os profissionais || Remodelação da estratégia de admissão de doente na UDC || Reorganização da UDC (lotação e espaçamento entre macas) || Reestruturação/Maximização estrutural da admissão

- Plano de formação || Formação para os enfermeiros: TM, organização dos cuidados, equipamentos médicos
- Organização na reposição de material || Melhoria na gestão de stock || Mapeamento, identificação e nº mínimo de material de consumo clínico || Verificação diária de materiais, como pijamas, cuecas descartáveis, almofadas, materiais de prevenção de UPs, cobertores, etc. || Composição de novos *kits* (PL, toracocentese e paracenteses). Uniformização das macas
- Protocolo de integração de novos elementos || Imagem do profissional (identificação, fardas)
- Grupo de trabalho por áreas do SU ou por temas || Elementos responsáveis por áreas
- Desenvolvimento de competências/capacidades relacionais e de comunicação
- Saúde mental em contexto de SU || Cuidar do doente psiquiátrico no SU || O doente com alteração do estado de consciência
- Transporte do doente crítico || parcerias com entidades transportadoras (INEM, CVP, BV)
- Gestão de espólios || Sensibilização da população
- Satisfação de necessidades básicas do doente no SU: alimentação, apoio psicológico, apoio espiritual
- Risco de UP
- Criação de um espaço/gabinete de apoio à família
- Maior rácio enfermeiro/doente
- Cuidados de conforto no SU
- Implementação da técnica de *Clean Catch*
- Criação de uma App com protocolos terapêuticos, informações pertinentes, listagem de profissionais a trabalhar em determinado dia, apoio e horas das especialidades.

NECESSIDADES FORMATIVAS NO ÂMBITO DA PRESTAÇÃO/GESTÃO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM

- Avaliação inicial e sistematização de intervenções || Registos de enfermagem || Planos de trabalho e mapa de cuidados || Processo de enfermagem || Prioridades na prestação de cuidados || S. Clinic - parametrização
- Supervisão clínica
- Gestão de Risco e Segurança do doente || Medidas para diminuição do erro clínico
- Protocolo das várias Vias Verdes || Atualização de fluxogramas relativos às Vias Verdes || Protocolos de serviço
- Gestão de equipas de alto rendimento
- Feridas || Úlceras de pressão
- Abordagem do doente adulto e pediátrico em urgência || SAV adulto e pediátrico || Formação com recurso a simulação || SIV
- Lavagem das mãos || Higienização das mãos || IACs || Prevenção e controlo de infeção || Assepsia
- Preparação e administração de terapêutica || Farmacologia no SU || Farmacologia em emergência
- Formação para AO
- Comunicação e trabalho em equipa || Comunicação com o doente e família || Comunicação de más notícias || Gestão de conflitos com o utente || Técnicas de resolução de problemas
- Gestão do tempo || Gestão de stress || Gestão e liderança em situações de emergência
- Acolhimento do doente no SU
- Cuidados ao doente cirúrgico e ortopédico || Colocação de trações cutâneas e pesos || Prevenção de UPs no doente com tração cutânea
- Trauma
- Triagem de Manchester
- VNI || CNAF || Cuidados ao doente ventilado
- Transporte do doente crítico
- O papel do RT || Tarefas do RT
- Administração de hemoderivados – boas práticas
- Humanização dos cuidados de enfermagem || Avaliação holística no SU
- Teste de deglutição

- Sedação e analgesia || *Delirium* no SU – intervir precocemente || Cuidar da pessoa com doença mental no SU
- Resíduos hospitalares
- Notificação de eventos adversos
- Eletrocardiografia
- Padrões de qualidade dos cuidados – análise da metodologia de construção de um projeto de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem

NECESSIDADES FORMATIVAS NO ÂMBITO DA COMUNICAÇÃO/RELAÇÕES INTERPESSOAIS

- Liderança efetiva na gestão de recursos || O papel do RT na equipa || Clarificação dos papéis dos diferentes profissionais do SU
- Comunicação assertiva || Empatia || Assertividade || Escuta ativa
- Comunicação via telefónica com os familiares || Direito à informação – Dilemas bioéticos
- Prevenção, gestão de conflitos e técnicas de negociação com utente e família || Gestão de agressividade
- Curso prático de comunicação em contextos de resistência à mudança
- Curso de técnicas de apoio à decisão || Tomada de decisão – exercícios práticos
- Gestão de conflitos || Trabalho em equipa || Trabalho em equipa multidisciplinar
- Comunicação – tipos de discurso || Comunicação interdisciplinar e interpessoal
- Uniformização de registos e comunicação de informação do doente
- Comunicação de más notícias || Comunicação com familiares em contexto de pandemia e óbito
- Comunicação em cuidados paliativos
- Interajuda em equipa (enfermeiros – AO)
- Processo de enfermagem
- Motivação profissional
- Atividades/Jogos com pequenos grupos
- Prevenção da síndrome de *burnout*
- O uso de diminutivos aplicados ao doente
- Estratégias de comunicação no cuidado à pessoa em situação crítica
- Comunicação com o doente mental
- Comunicação verbal e não verbal
- Comunicação na interação com o utente cuidador e ou família

SUGESTÕES DE ATIVIDADES NO ÂMBITO DA HUMANIZAÇÃO

- Criação do espaço família || Sala de acolhimento aos familiares de doentes críticos ou em fase terminal || Gabinete para comunicação de más notícias
- Criação do enfermeiro de referência de apoio à família no SU || Melhoria do acolhimento/atendimento ao doente do SU || Criação de norma de acolhimento ao serviço de urgência adaptado à nova realidade pediátrica
- Respeitar a privacidade e descanso do doente >> disponibilização de biombos/divisórias || Controlo de sinais sonoros e luminosos, redução do ruído
- Melhoria das condições físicas || Adaptação dos espaços para assegurar privacidade (tanto áreas de trabalho como gabinetes médicos) || Decoração do SU com imagens/frases tranquilizadoras
- Melhoria na comunicação || Formação sobre comunicação, relação com o utente e família || Aquisição de competências psicossociais
- Permitir o acompanhamento do doente com necessidades especiais || Permitir a entrada de familiares de forma organizada, sem simultaneidade de visitas e com o acompanhamento de algum profissional
- Permitir ao doente o contacto com a família || Uso das novas tecnologias para os doentes verem os seus familiares e vice-versa || Aproximação da família/cuidadores do doente no SU em tempos de pandemia
- Criação de um grupo multidisciplinar de estudo de satisfação dos utentes/familiares, avaliação das necessidades e expectativas dos utentes quando recorrem ao SU || Conhecer a opinião do utente e família relativamente aos cuidados prestados e suas expectativas
- Criação de linha de apoio ao doente em contexto de urgência
- Comunicação/Parceria com enfermeiro de família || Transmissão de informação à família: Ensinos à família
- Protocolos de segurança
- Apoio/colaboração da equipa de cuidados paliativos
- Diminuição do tempo de permanência no SU
- Informação junto do doente: nome, médico e enfermeiro || Apresentação do profissional ao doente
- Dotações seguras nas diversas áreas || Aumento de rácios || Diminuição da lotação de doentes na UDC para 15 camas || Aumentar espaço entre as unidades na UDC

- Espaços adequados para abordar um doente || Melhorar a privacidade nos cuidados
- Definição de critérios para imobilização em utentes agitados e desorientados com a envolvimento da equipa médica || Protocolos que evitem a imobilização mecânica dos doentes
- Criação de uma plataforma de acesso ao diário clínico do utente
- Criação de um grupo de trabalho que poderá fazer um levantamento de necessidades a transmitir à equipa estratégias para conciliar os melhores cuidados técnicos com os melhores cuidados relacionais
- Melhoria da sinalética que permita aos doentes deslocarem-se de forma autónoma no SU
- Controlo da dor
- Prescrição de dieta – evicção de jejuns prolongados
- Envolver o utente no seu processo – mantê-lo informado sobre o seu plano de tratamento || Informar o utente sobre o seu percurso no SU
- Passagem de turno à cabeceira do doente
- Dias especiais no SU (aniversário) || Apoio psicológico || Apoio religioso/espiritual || O dia da urgência aberta – sensibilizar a população/dignificar a profissão.
- Grupo de “animadores” para o serviço de urgência pediátrica
- Musicoterapia nas áreas que o permitam (UDC e SUP)
- Assegurar condições de alta (assegurar autocuidados: alimentar, vestir/despir, uso do sanitário)
- Aquisição de materiais que contribuem para o conforto do doente (almofadas, pijamas)

APÊNDICE H – Apresentação

SERVIÇO DE URGÊNCIA

MELHORIA CONTÍNUA DOS CUIDADOS



OBJETIVOS

- Conhecer a opinião da equipa de enfermagem relativamente a situações resultantes da prática de cuidados
- Identificar as necessidades de formação em serviço

15/02/2022

ANÁLISE DOS INQUÉRITOS

Enfª Cláudia Azevedo
Enfª Luísa Barbosa

2



Foram enviados **85** questionários via email a 10/03/2021



Foram obtidas e analisadas **60** respostas (até 17/03/2021)

15/02/2022

ANÁLISE DOS INQUÉRITOS

Enfª Cláudia Azevedo
Enfª Luísa Barbosa

3

ANÁLISE DOS INQUÉRITOS

▶ MELHORIA DO TRABALHO EM EQUIPA E/OU COMUNICAÇÃO

Reuniões

- ChefiaVs RT || Equipa || Frequência

Subequipas

- Fixas/Rotatividade || Tempo de experiência || Formação

Grupos de Trabalho

- Setor || Tema

Formação

- Plano anual de formação || Formação para o RT || Revisão dos critérios de seleção

15/02/2022

4

ANÁLISE DOS INQUÉRITOS

▶ MELHORIA DO TRABALHO EM EQUIPA E/OU COMUNICAÇÃO

Comunicação

- Multidisciplinar || Equipa de enfermagem
- Reformulação da estratégia para transmissão de informação
- Doente e Família

Discussão de Casos

- *Brainstorming* || Reflexões em equipa || Dinâmicas de grupo || *Debriefing*

Integração

- Enfermeiros de referência || Combinar equipas com diferentes níveis de experiência/competência

15/02/2022

5

ANÁLISE DOS INQUÉRITOS

▶ MELHORIA DO TRABALHO EM EQUIPA E/OU COMUNICAÇÃO

Protocolos e Procedimentos

- Uniformização de procedimentos || Disponibilidade não exclusiva à SE

Recursos Humanos

- RT em extranumerário || Clarificação do papel do RT || Ajuste de rácio conforme necessidades

Estrutura Física

- Melhoria das condições físicas (admissão e pediatria) || Melhoria dos recursos materiais

15/02/2022

6

ANÁLISE DOS INQUÉRITOS

▶ ATIVIDADES/PROJETOS A DESENVOLVER NO SERVIÇO

Controlo de infeção	Alta do utente	Segurança do medicamento	Formação dos assistentes operacionais
Integração de novos elementos	Plano anual de formação	Formação de grupos de trabalho	Gabinete de apoio à família
Discussão de casos	Gestão de espólios	Saúde mental em contexto de urgência	Criação de Kits
	Implementação da técnica <i>Clean Catch</i>	Auditorias	

15/02/2022

7

ANÁLISE DOS INQUÉRITOS

▶ NECESSIDADES FORMATIVAS: PRESTAÇÃO/GESTÃO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM



Gestão do Risco e Segurança do Utente

- Segurança do medicamento
- Risco de Úlcera de pressão
- Risco de Queda
- Notificação de eventos adversos
- Administração de hemoderivados



Processo de enfermagem

- Sistemas de informação em saúde (S. Clinic)
- Registos de enfermagem
- Sistematização de intervenções (parametrização)



Controlo de Infeção

- Higiene das mãos
- IACs
- Resíduos Hospitalares



Abordagem ao Doente Crítico

- SAV adulto e pediátrico
- SJV
- Transporte do doente crítico



Vias Verdes



Supervisão Clínica



Tratamento de feridas

15/02/2022

8

ANÁLISE DOS INQUÉRITOS

▶ NECESSIDADES FORMATIVAS: COMUNICAÇÃO/RELAÇÕES INTERPESSOAIS



Liderança efetiva na gestão de recursos



Comunicação assertiva



Comunicação na interação com o utente, cuidador e/ou família



Gestão de conflitos



Trabalho em equipa



Tomada de decisão



Direito à informação

15/02/2022

9

ANÁLISE DOS INQUÉRITOS

▶ ATIVIDADES NO ÂMBITO DA HUMANIZAÇÃO

Criação do espaço família	Enfermeiro de referência de apoio à família	Controlo do ruído	Melhoria das condições físicas
Melhor articulação com a equipa de cuidados paliativos	Diminuição do tempo de permanência no SU	Dotações seguras	Sinalética para o circuito do doente
Satisfação de necessidades básicas do utente	Grupo de trabalho para avaliação da satisfação dos utentes/familiares	Educador/animador para serviço de urgência pediátrica	Musicoterapia

15/02/2022

10



15/02/2022

SATISFAÇÃO COM O ESTILO DE LIDERANÇA

11

“LIDERANÇA NÃO É SOBRE TÍTULOS, CARGOS OU HIERARQUIAS. TRATA -SE DE UMA VIDA QUE INFLUENCIA OUTRA”

JOHN C. MAXWELL

15/02/2022

32

APÊNDICE I – Guião de Entrevista

Parte I – Acolhimento	
Objetivo: Informar o entrevistado	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar a investigadora; • Informar acerca do tema, pertinência e dos objetivos do estudo; • Garantir a confidencialidade e anonimato; • Solicitar autorização para a participação no estudo e gravação da entrevista (Declaração do Consentimento Informado).
Parte II – Caracterização do entrevistado	
Objetivo: Caracterizar o entrevistado	<ul style="list-style-type: none"> • Idade _____ • Género <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino • Nível de escolaridade <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Ensino primário <input type="checkbox"/> Ensino secundário <input type="checkbox"/> Ensino Superior • Profissão _____ • Meio onde reside <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/> Urbano • Relação/grau de parentesco com o doente _____ • Já tinha tido alguma experiência anterior neste serviço de urgência? <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não • Se sim, quando? _____ • Qual o motivo que trouxe o seu familiar a este serviço? _____

Parte III – Objetivos/questões orientadoras	
Objetivos Específicos	Questões orientadoras
Perceber o significado atribuído pela família à situação de admissão e permanência do seu familiar no serviço de urgência;	<ul style="list-style-type: none"> • O que significou para si a admissão e permanência do seu familiar no serviço de urgência?
Identificar as necessidades sentidas pela família do doente que recorreu ao serviço de urgência;	<ul style="list-style-type: none"> • Que necessidades sentiu durante o tempo em que o seu familiar permaneceu no serviço de urgência? • Na sua opinião, o que poderia ter sido feito para colmatar essas necessidades?
Perceber o impacto para a família, do impedimento de acompanhar o seu familiar no serviço de urgência face à situação pandémica;	<ul style="list-style-type: none"> • Qual o impacto de não poder acompanhar o seu familiar durante a permanência no serviço de urgência?
Identificar as intervenções do enfermeiro junto da família aquando da permanência do doente no serviço de urgência;	<ul style="list-style-type: none"> • Quais foram as intervenções do enfermeiro junto de si durante a permanência do seu familiar no serviço de urgência? • Na sua opinião que outras intervenções poderiam ter sido realizadas por estes profissionais?
Identificar sugestões que possam melhorar o atendimento da família neste contexto.	<ul style="list-style-type: none"> • Que sugestões gostaria de dar para poder melhorar o atendimento à família neste contexto?
	<ul style="list-style-type: none"> • Existe mais algum aspeto que gostasse de referir em relação a esta temática?
Parte IV – Término da Entrevista	
<ul style="list-style-type: none"> • Resumir os aspetos essenciais abordados durante a entrevista; • Agradecer a colaboração do entrevistado e referir a importância da sua participação no estudo; 	

APÊNDICE J – Matriz de Redução de Dados

Áreas Temáticas	Categorias	Unidades de Registo
Significado atribuído pela Família	Tristeza	“Significou tristeza e não queria que ela viesse...” (E01) “Uma ansiedade, uma tristeza muito grande” (E08) “... para mim é uma dor, uma tristeza , porque...” (E09)
	Ansiedade	“A gente está ansiosa (...)” (E04) “assim tipo ansiosa por saber notícias.”; “...o familiar que está lá fora ansioso por...” (E05) “... foi uma ansiedade não saber nada ...” (E06) “Uma ansiedade (...)”; “E estou muito ansiosa (...)” (E08) “Sim, essa ansiedade , é stress (...)” (E11)
	Angústia	“Acho que é uma angústia.” (E05)
	Nervosismo	“Fico nervosa .” (E03) “Ai fiquei muito nervosa , mãe só temos uma.” (E05) “...estou aqui numa pilha de nervos (...)” (E08) “(...) é nervos , é tudo um pouco.” (E11)
	Aflição/Desespero	“Estive afлита .” (E03) “estava super afлита , fiquei mesmo desesperada .” (E05) “O que senti foi mesmo desespero .”; “ter de estar lá fora, o desespero é outro... de resto...” (E11)
	Transtorno	“Muito transtorno , mesmo.” (E12)
	Preocupação	“...toda preocupada com a situação (...)”; “...a gente já fica preocupada (...)” (E04) “Fiquei mais preocupado um bocadinho...”; “...e eu estava mesmo muito, muito preocupado com ela...” (E07) “ Ficou preocupada? Claro que fiquei.” (E12) “...e depois nós lá fora ficamos preocupados porque não sabemos o que nos espera do lado daqui de dentro...” (E11) “Que a gente está lá fora está sempre... preocupada .” (E12)
	Medo	“ Medo , prontos, uma pessoa está sempre assustada porque...” (E03) “A gente (...) está com medo , está...” (E04)
	Esperança	“...acho que foi uma grande ajuda para a minha mãe, sobretudo. Acho que não estava a conseguir resolver o problema...” (E07) “Pode ser que seja a solução... sim, sim, sim. (E09) “Importante, desde que façam a avaliação adequada.” (E10) “Que ele fosse bom para casa, que graças a Deus, nunca cá ficou.” (E11)

Áreas Temáticas	Categorias	Unidades de Registo
Necessidades sentidas pela Família	Obter informação	<p>“O que faltou foi saber algum resultado ou alguma coisa que... “Falta ali uma informaçãozinha (...)” (E04)</p> <p>“Saber notícias. (...) De informações. (...) Sim, sobre o estado dela.”; “...gostava de ter tido informações mais cedo...” (E05)</p> <p>“...e mesmo eu estava lá fora e ouvia pessoas a dizer “estou aqui há 4 horas ou há cinco horas e não sei nada”.” (E06)</p> <p>“Eu estou aqui desde as 11h da manhã e a maior necessidade que eu tenho é de informação.” (E08)</p> <p>“Sim, não... quer se dizer, senti um bocado porque eram 4 horas ou 4 e tal já e ainda ninguém me tinha dito nada.”; “...mas acho que ainda fazia falta mais um pouquinho de informação, principalmente, na quadra que estamos agora...” (E09)</p> <p>“Notícias...” (E10)</p> <p>“...e a falta de informação que a gente não pode estar com ela e, não é...” (E12)</p>
	Ter conforto	<p>“Não, estamos lá fora ao frio. Ainda há bocado fui lá para dentro para aquela salinha que está ali...fui comer qualquer coisa; estava lá uma senhora que cheirava muito a xixi, muito mal e eu tive que sair para fora. E estamos ali fora ao frio.” (E02)</p> <p>“Ah, estava frio naquelas salinhas lá não tem muitas condições. Mas prontos, é o que temos.” (E05)</p> <p>“Eu acho que é mesmo um espaço talvez mais acolhedor, porque a salinha que está lá fora é muito pequenina e em tempos de pandemia...”; “lá fora não há sítio para sentar, está frio, está vento... e se calhar um sítio mais acolhedor para aguardar seria melhor.” (E06)</p> <p>“...estou aqui numa pilha de nervos, não comi...”; “As condições são más.”; “É assim: o hall, o espaço de entrada é muito frio, muito desagradável, ninguém consegue estar ali... sai-se daquele espaço que é coberto e tem-se vento ou tem-se muito sol, ou tem-se frio. E a sala que criaram agora (sei que aquilo é relativamente recente) é desconfortável.”; “Não tem conforto; tem lá uns aquecedores, mas aquilo não aquece nada.”; (E08)</p> <p>“...têm que estar cá fora, porque lá dentro só cabe... cinco... cinco pessoas, salvo o erro. As pessoas cá fora, se é sol é sol, se é chuva é chuva...”; “...não é um espaço que seja confortável nem agradável... principalmente assim como hoje, toda a gente se está a queixar que está cheia de frio, é... e as pessoas não podem estar todas lá dentro.” (E09)</p> <p>“Condições, também... prontos... há o básico, mas acho que...” (E10)</p> <p>“Muito frio. É assim, no verão ainda vá que não vá...”; “Pouquinho, porque as cadeiras são poucas, muito poucas...”; “...também é um pouco desagradável.” (E11)</p> <p>“O frio...está um frio... (...) desconforto!”; “Não há onde a gente se sentar... estava ali fora... as pessoas mais idosas, a gente cedeu os lugares e está-se aqui fora e... é mais o desconforto...” (E12)</p>

	Estar próximo do familiar	<p>“Senti falta da companhia dela. Faltou-me a companhia e estava sempre a pensar nela.” (E01)</p> <p>“Sim, e estar ao lado dele.” (E02)</p> <p>“De falar com ela. (...) Claro.” (E05)</p> <p>“...permitir às pessoas mais fácil acesso aos familiares, sobretudo agora nesta altura de pandemia...”; “...não conseguir falar com ela e não conseguir vê-la.” (E07)</p> <p>“...e o não poder estar com ele, porque...” (E08)</p> <p>“...vou-lhe ser sincera, no tempo em que estamos não sou a favor que permaneçam, mas vir dar uma visitinha, dar um apoio...”; “Acho que em termos de nós virmos, ou estarmos ali um minuto ou dois, só para ver como é que está a correr e vir para fora...”; “Sim, nem que eu viesse 5 minutos, saísse dez ou vinte ou trinta...” (E10)</p> <p>“Vê-lo... (...) Entrar para dentro, acompanhá-lo aqui neste processo”; “...uma pessoa gosta de estar a par da situação, sentir o conforto de o poder confrontar...” (E11)</p>
	Ter suporte	<p>“As poucas palavras valem muito para a pessoa que está a acompanhar o doente, um carinho, uma atenção, sim.” (E2)</p> <p>“Importantíssimo, se eu viesse sozinha, a parecer que não, da uma e meia até esta hora ainda são um bom par de horas.” (E11)</p> <p>“Agora sim, é melhor do que a gente estar sozinha... pelo menos não pensa no que é que se estará a passar cá dentro... se ela estará bem, se ela não estará bem...” (E12)</p>
	Sentir segurança	<p>“...pois, mas eu não sei agora se vou esperar, se vou embora...” (E04)</p> <p>“não fiquei bem bem, porque eles por vezes aplicam certas palavras que eu com a minha 4ª classe mal feita naquele tempo, a gente não sabe o que se sabe agora certas palavras que aplicam, não é? Se fosse assim traduzido mais à nossa... ao nosso jeito um bocadinho, a gente era capaz de compreender melhor.” (E09)</p> <p>“...e nem sabe se vai embora, se não vai... são pessoas de longe, porque imagine: nós vamos embora ainda a minha mãe estava aqui, daqui a bocado ligavam-me... não pode ser... é um bocado falta de... isso é muito mau.” (E10)</p>

Áreas Temáticas	Categorias	Subcategorias	Unidades de Registo
Impacto da restrição do acompanhamento	Relacionado com o doente	Risco de eventos adversos	<p>“É muito mau. É mau porque ele não ouve, não percebe nada, porque ele tem um aparelho. Eu tinha que ir sempre com ele. E tem 83 anos.” (E03)</p> <p>“Mas o que me custou mais, no caso da minha mãe, ela não estar, para já ela não estar... ter problemas de demência e assim...” (E07)</p> <p>“não devia saber muito bem onde é que estava e como é que estava e ele disse que queria ir para casa...” (E08)</p> <p>“É assim, foi chocante, porque ela não ia dizer a verdade.”; “Às vezes tenho, porque ela foge... até o segurança de manhã presenciou... ela entrou numa cadeirinha de rodas e depois já estava aqui com a cadeira aqui fora e queria fugir. Se ele tivesse distraído, lá fugia.” (E10)</p> <p>“...ela engasga-se... (...) Porque ela em casa cai-me frequentemente, ela vai sempre agarrada às coisas...”; “...ponha a mão, aquilo parava de pingar o soro, eu punha-lhe a mão direita naquele jeitinho para aquilo voltar a correr...” (E12)</p>
		Falta de apoio	<p>“não sei se ele vai aguentar a estar muito tempo assim sem mim. E ele é muito agarrado a mim, além de... ele sem mim não é nada.” (E02)</p> <p>“eu sei que ele, quando está uma pessoa de família, principalmente eu, que ele está mais calmo, que está mais sereno, e que não está tão preocupado e...” (E06)</p> <p>“Eu já pedi ao segurança: “posso ir só à minha mãe dar um apoio?” não deixam, isso é mau.” (E10)</p> <p>“Ele gosta de se sentir acompanhado... por exemplo, estamos aqui, estou à beira dele, uma pessoa está sempre a dizer “calma avô, vai correr bem”. Acha que a presença tranquiliza? Sim, muito, nele muito.” (E11)</p> <p>“ela esconde as coisas, ela não diz se não tiver confiança com a pessoa, ela não fala... não fala... é capaz de estar em sofrimento, mas dizer que está bem. E eu basta olhar para ela, que já sei se ela está bem ou não. Se ela não estiver confortável, eu sei ver quando ela não está.” (E12)</p>
		Satisfação das necessidades básicas	<p>“Sempre, chama sempre por mim. Eu tenho que... às vezes para ele comer alguma coisa (...) Eu dizia assim: - Não comes? Vou-me embora. Vou-te deixar sozinho, ficas com os filhos. Ele, com o medo... ele com o próprio medo que eu... Eu faço aquilo que é para o bem dele, eu sei lidar com ele... depois ele come, e pronto...” (E02)</p> <p>“... se calhar já podia ter comido alguma coisa, não dizem se pode comer, se não pode, se não dão aqui no hospital, nós podíamos... (...) isto é muito mau e ela é uma pessoa que é diabética, está aí sem comer, está sem nada, isso é muito mau... ela emagreceu muito.” (E10)</p>

		<p>“...eu não sei se comeu alguma coisa aqui dentro, mas ela desde o meio-dia que está sem comer nada... não sei se lhe deram de lanchar, se não, também é uma coisa que me está a preocupar...”; “ela bebe muita água, a garrafa de água ficou comigo, que ela não ficou com o... ficou no saco, que ela não a podia trazer com ela... e eu fiquei com tudo comigo. Fiquei com a gelatina, fiquei com a água... e ela engasga-se constantemente, tem que estar sempre a molhar a garganta para refrescar...”; “porque ela precisa de ajuda para ir à casa de banho, ela precisa de (...) o levá-la à casa de banho, o ajudar, o... por exemplo, eu trouxe-lhe um penso, trouxe-lhe uma cueca ou assim caso necessitasse...” (E12)</p>
	Sentir-se abandonado	<p>“porque ela não tem mais ninguém...” (E01) “...porque ficou ali como um cão, ficou ali sozinho na urgência como um cão até o chamarem e depois ele, não sei se foi ele que o levou para a triagem...” (E02) “A minha mãe estava completamente isolada; só por uma vez é que me deixaram falar com ela ao telefone...” (E07) “O meu pai quando esteve cá em agosto, sentiu-se abandonado.”; “tive aqui o meu sogro também já na época de pandemia, que também foi operado, que ele sentiu-se abandonado. (...) não só o familiar, como o próprio doente sentir que não está ali abandonado e não ter essa experiência tao marcante negativa... é horrível.” (E08) “...ele já vinha pelo caminho, vinha a dizer “vou ficar lá” e eu assim “não, vô” “oh, mas tu não vais entrar comigo”. Ele, se calhar, se se sentir aqui sozinho, de facto nós também não o podermos ver como é ele está, porque ele nessa parte... não sei... é um pouco também medroso, como eu.” (E11) “eu liguei para ela, que ela tem telemóvel e eu liguei para ela “oh mãe...” “estou aqui encostada, estou aqui encostada... digo assim “pronto, tenha calma” (...) Saber que estava gente lá fora à espera dela, porque ela tinha medo, tem medo... de ficar, é obvio. (E12)</p>
Relacionado com a família	Acesso à informação	<p>“embora que não se sabe nada, mas ao menos vê o que se está a passar as coisas... e é mais fácil (...) Tem outra visão da situação, está a acompanhar a situação.” (E04) “...o enfermeiro não sabia, teve que ligar para mim...” (E07) “se tem o acompanhamento de alguém, ao falarem connosco, ao nós falarmos com ele, tinha resolvido aquela situação...” (E08) “É assim... se estivesse com ele, ao ele estar a fazer os exames, ou qualquer coisa, se estivesse a acompanhar, a gente podia fazer alguma pergunta a quem lhe estivesse a fazer os exames, sobre o que era, o que podia vir a ser ou o que poderá vir a ser... (...) acabo</p>

			por não ter acesso... só tarde e, entre aspas, mal é que uma pessoa chega a saber, como chega a saber na totalidade o que se passa. (E09)
		Gestão da Incerteza	<p>“Porque eu não sei o tempo que ele está.”; “não sei se ele vai aguentar a estar muito tempo assim sem mim” (E02)</p> <p>“a gente atira a pessoa para ali e não sabe mais nada e isso é que é o mais difícil. (...) pois, mas eu não sei agora se vou esperar, se vou embora... porque se tu ficas aí, eu não vou ficar aqui fora.” (E04)</p> <p>“depois, ah, será que correu tudo bem? Será que não correu? Como estará? Será que piorou?” (E05)</p> <p>“mas tem muito impacto, quer para ele, quer para nós... é muito complicado estar ali fora sem saber nada.” (E06)</p> <p>“porque não sabia qual era o seu verdadeiro estado porque uma coisa é ver mesmo, e outra coisa é telefonar e às vezes...” (E07)</p> <p>“...estava sempre a pensar: o que será, o que é que não será? Será bom, será mau? Será que ele vai ficar internado? Será que vai embora?” (E09)</p> <p>“...será que ela está bem? Será que ela não está?” (E12)</p>
		Papel do acompanhante	<p>“Que aqui não, aqui não estamos a acompanhar absolutamente nada. Estamos postos à parte, estamos ali fora, podemos ir para onde quisermos, acabou... (E04)</p> <p>“...assim, lá fora, não há hipótese (...)” (E09)</p>
		Comunicação com o doente	<p>“...não conseguir comunicar com ela porque ela não sabe utilizar o telemóvel nem nada e... pronto, aquelas pessoas... outras pessoas normais podem ter outros problemas de saúde, mas conseguem, com um telemóvel...”; “...a coisa que me custou mais foi a comunicação...” (E07)</p> <p>“deixou de utilizar o telemóvel, ele não traz telemóvel com ele. Portanto, eu nem isso conseguia... e quando algum enfermeiro ou médico lhe colocavam o telefone, ele não entendia metade, não percebia metade do que a gente lhes dizia.” (E08)</p>

Áreas Temáticas	Categorias	Subcategorias	Unidades de Registo
Intervenções do Enfermeiro junto da Família	Realizadas	Acolher	<p>“...preocupou-se logo, mandou vir já uma maca, pô-lo já na cama. Gostei da atitude dele hoje, a maneira que recebeu o meu marido porque é assim que tem que ser, é assim que tem que lidar com essas pessoas que têm essas doenças graves.” (E02)</p> <p>“...na triagem, do enfermeiro, eu entrei com ele, e expliquei o que é que se passava e depois na triagem...” (E08)</p> <p>“Tive, foi a enfermeira e depois disse-me “a partir daqui você vai embora, que eu levo-a para dentro.” (E12)</p>
		Envolver	<p>“O senhor enfermeiro teve a ideia de ligar para saber como, pronto, para tentar lidar melhor com a minha mãe.”; “...recebi uma chamada do enfermeiro que me perguntou como é que ela era, digamos assim, porque ela tem dificuldades em se movimentar e então eu tive de lhe explicar que já não se deita na cama, e sozinha, que precisa de ajuda para se levantar da cama e para ir à casa de banho, mas consegue dar uns passinhos assim, se for apoiada, devagarinho, consegue andar sozinha.”; “Tive, sim, sim. Tive porque assisti um bocadinho ao tratamento que lhe fizeram, não totalmente, mas entubaram... colocaram-lhe uma sonda... colocaram-lhe uma sonda no nariz e, pronto, assisti um bocadinho ao tirarem-lhe a roupa e assim...”; “Os enfermeiros sempre trataram bem a minha mãe.” (E07)</p>
	Não realizadas		<p>“Não. Que eu saiba não.” (E01)</p> <p>“Ninguém veio ter comigo, ninguém falou nada.” (E04)</p> <p>“Não. (...) Não, nada.” (E05)</p> <p>“Não. (...) Não.” (E06)</p> <p>“Não, só estive com o doutor.” (E07)</p> <p>“Não... nada, nada. (...) dizem-me sempre que o senhor doutor e o senhor enfermeiro não podem falar comigo, para esperar, para esperar...” (E08)</p> <p>“Não. A única coisa que falou para mim... ah, penso que fosse o médico, penso que fosse médico... não sei se era médico ou enfermeiro, não é. Foi o que falou comigo. (...) Eu chamei-lhe doutor, não sei se era, se não era, não é... sei que era de bata verde e pronto, disse-me que...” (E09)</p> <p>“Não. (...) Nada, nadinha.” (E10)</p> <p>“Eu não sei... devia ser enfermeiro, assim auxiliar. (...) Não sei se era enfermeiro... eu para mim acho que era doutor, não sei, foi ele que lhe deu alta, de certeza que devia ser. (E11)</p>
		Proporcionar informação	<p>“... iam lá dizer: “olhe, fiz/fez isto, está tudo bem, e agora estamos a fazer exames ou assim” (E03)</p> <p>“podem vir por exemplo cá fora dizer “olhe, Sr. fulano, a sua esposa está a fazer isto, está a fazer aquilo...” era o que devia de ser feito, era o que se devia fazer. (...) As pessoas que estão lá fora</p>
	Sugeridas		

			<p>ficariam satisfeitas se houvesse um enfermeiro ou uma pessoa qualquer que viesse dar uma informaçãozinha de vez enquanto.” (E04)</p> <p>“Só dar mesmo essa informação, que ela que estava bem, que estava a corre tudo bem, que estava a fazer exames.” (E05)</p> <p>mas deveria, pelo menos, tentar ir lá fora e dizer “está melhor, está mais calmo, ou os valores estão estáveis...”, alguma coisa. (E06)</p> <p>“Eu continuo a dizer que era informar-nos. Bastava chegar ali e dizer: “olhe, o seu pai está bem ou está mal, está-se a passar isto, está-se a passar aquilo... e a gente ficava mais serena, mais tranquila, mesmo que as notícias não fossem boas.” (E08)</p> <p>“Aí está: dar mais um bocado de informação. Ir lá fora e falar e dizer: “olhe, está-se a passar isto, está-se a passar aquilo, aguardem... ou esperem ou... mais uma hora, ou meia hora, ou assim... teremos mais informações”, conforme o desenvolvimento cá dentro...de vez enquanto ir lá fora transmitir à pessoa.” (E09)</p> <p>“...vir dar notícias: “olhe, a sua mãe fez exames, daqui a uma hora ou duas, estão prontos...” (E10)</p> <p>“Sei lá... poder até dizer, chamar a pessoa, dizer: “olha o seu avô vai fazer análises, esteja tranquila, vamos ver o que podemos fazer” (E11)</p> <p>“Talvez dar mais informação, ir lá fora de vez enquanto e dizer: “olhe, familiar de fulano, ela foi fazer isto, foi fazer isto, estamos à espera disto, talvez por aí...” (E12)</p>
		Dar Apoio	<p>“Sei lá, explicar, não sei, umas pequeninas palavras. As poucas palavras valem muito para a pessoa que está a acompanhar o doente, um carinho, uma atenção, sim.” (E02)</p> <p>“ter ali uma pessoa de referência que realmente dê ali um bocadinho de conforto e nos descansa um bocadinho, não é? Porque uma coisa é não saber o que é que se passa aqui dentro, outra coisa é saber que pelo menos está um bocadinho melhor e “tá a fazer exames”, claro...” (E06)</p> <p>“se calhar também um bocadinho iniciativa de eles irem ter connosco também a nos tranquilizar. (...) por exemplo, chamar nem que fosse cinco minutinhos e dizer “olhe, o seu avô está bom, estamos-lhe a fazer análises e assim, para ver como isto vai correr, tranquilize um bocadinho”. (E11)</p>

Áreas Temáticas	Categorias	Unidades de Registo
Sugestões de Melhoria	Otimizar a comunicação	<p>“Só telefonei à tarde 4 vezes e ninguém me atendeu, é isso.” (E01)</p> <p>“Essa é que se podia ali melhorar alguma coisa para tranquilizar a pessoa, um bocado a pessoa que está à espera, que está ali cheia de... toda preocupada com a situação, porque é uma situação muito difícil. (...) Falta ali uma informaçãozinha que ajudava bem e que, ao meu ver, não seria muito difícil fazer.” (E04)</p> <p>“Eu acho que poderia-se tentar encontrar estratégias... claro que não tem de se ir lá fora de meia em meia hora, mas se calhar, por exemplo, ao final de uma hora de o utente entrar... tentar ir lá fora e ver se está a família ou... (...) pelo menos aquelas pessoas que têm família lá fora, não deixar um espaço tão grande até dar notícias, porque... eu sei, eu compreendo que às vezes não há notícias nenhuma para dar, mas pelo menos dizer que ele que está bem ou alguma coisa para, pelo menos, sossegar. Não digo ir todas as horas, mas pelo menos ali num período curto desde o momento em que ele entra, não deixar tantas horas sem saber nada.” (E06)</p> <p>“...isto é como em tudo, a comunicação é fundamental, e numa situação destas, eu acho que é ainda mais necessária.” (E08)</p> <p>“...mas acho que ainda fazia falta mais um pouquinho de informação, principalmente, na quadra que estamos agora com esta pandemia.” (E09)</p> <p>“...aqui só o que eu achava um pouco é, pronto, é só ter mais contacto com os familiares.” (E11)</p> <p>“mas eu... é mais a comunicação. O facto de a comunicação... de a gente poder deixar um número de telemóvel ou darem um contacto cá de dentro... “olhe, qualquer coisa ligue para aqui”...” (E12)</p>
	Estabelecer maior contacto com os familiares	<p>“...eu só sugeria que vocês fossem, prontos, mais vezes aonde o familiar que está lá fora ansioso por... (...) e no meu ver, estavam pessoas, senhoras ali fora, que estavam há mais tempo, que ali também não tinham grandes informações...” (E05)</p> <p>“...o médico dizer alguma coisa ou a enfermeira ir lá fora e dizer “olha, já foi visto pelo médico, vai fazer exames, ele está estável, ou já não tem dor, qualquer coisa que nos tranquilize.” (E06)</p> <p>“mas acho que uma enfermeira se vai 5 minutos ao doente e vier um minuto... se não tem tempo, “olhe pode ficar aqui 5 minutos, daqui a bocado sai”. (E10)</p>
	Criar um espaço próprio para os familiares	<p>“Podiam fazer uma sala para ter... (...) Sim, sim, que isso está mal. Já que não se pode entrar para dentro, podiam fazer uma salinha... prontos, arranjavam uma sala ou... (...) Um espaço para ter as pessoas ali para não apanhar tanto frio...” (E03)</p> <p>“...um espaço maior, sim, principalmente para os dias mais... pronto, dias de inverno... se está um dia de inverno as pessoas estão ali, não podem estar na entrada porque estão os carros e as ambulâncias a chegar. Onde tem que estar? À chuva. E ao menos ter um espaço onde as pessoas, com distância umas das outras, pudessem estar abrigadas, não é?” (E09)</p>

	Adequar o regulamento de visitas e acompanhantes	<p>“...isso aí havia de melhorar: deixar estar as pessoas. Ao menos eu não digo todos! Ao menos um por família, estar ali dentro. isso aí havia de melhorar: deixar estar as pessoas. Ao menos eu não digo todos! Ao menos um por família, estar ali dentro.” (E02)</p> <p>“...podia ser diferente, prontos... e uma pessoa com o doente. (...) Sim, ao menos uma pessoa com o doente, para saber, porque senão não se sabe nada.” (E03)</p> <p>“Antigamente, como a senhora falou há bocado, podia-se entrar com o doente e tal, e via-se como estava a situação a correr. Agora como a gente fica lá fora é como tudo, é muito complicado, passa-se um dia mau.” (E04)</p> <p>“...porque eu sei que há outros hospitais que têm acompanhamento e que têm visitas, pouco tempo, mas têm e... eu acho q sim... pouco tempo, acho que sim. (...) Mas pelo menos uma vez por dia... eu diria quinze minutos... é o suficiente... é o suficiente 15 minutos... para falar com um profissional de saúde e para falar com o familiar.” (E08)</p> <p>“E se tivesse um acompanhante cá dentro ajudaria o doente a ir a uma casa de banho ou a levantar-se numa maca ou a levantar-se um bocadinho numa cadeira... eu acho que é sempre uma ajuda, é sempre uma ajuda.” (E09)</p> <p>“Acho que em termos de nós virmos, ou estarmos ali um minuto ou dois, só para ver como é que está a correr e vir para fora...” (E10)</p>
--	--	---

APÊNDICE K – Consentimento Informado

CONSENTIMENTO INFORMADO

Considerando a “Declaração de Helsínquia” da Associação Médica Mundial (Helsínquia 1964; Tóquio 1975; Veneza 1983; Hong Kong 1989; Somerset West 1996 e Edimburgo 2000)

Designação do Estudo: “As Vivências da Família do Doente no Serviço de Urgência durante a Pandemia”

Caro(a) participante

No âmbito de um trabalho de investigação, eu, Luísa Maria da Costa Amorim Barbosa, estudante do Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, pretendo realizar um estudo com o objetivo de compreender as vivências dos familiares do doente no serviço de urgência durante a pandemia.

Para participar, deverá responder a algumas questões e permitir que as suas respostas sejam gravadas em suporte digital. Se por qualquer razão não quiser participar, tem todo o direito de o fazer. A sua participação é voluntária e pode ser interrompida a qualquer momento sem que para isso lhe seja imposto qualquer prejuízo ou penalização. As suas respostas serão tratadas de forma anónima e a análise dos dados será apresentada como um todo, salvaguardando a confidencialidade da informação. De referir também que a utilização dos dados recolhidos se destina exclusivamente para fins de investigação.

Os meus agradecimentos pela atenção dispensada. A investigadora:

Luísa Maria da Costa Amorim Barbosa

Eu, abaixo-assinado, tomei conhecimento do objetivo da investigação e das condições para participar no estudo. Compreendi que tenho a possibilidade de recusar participar no estudo de investigação, sem que para isso precise de justificar a minha escolha. A informação dada para o estudo será apenas a que eu entender dar, com a garantia de que será respeitada a confidencialidade dos dados no momento da divulgação dos resultados. Além disso, foi-me transmitido que tenho o direito de interromper a minha participação a qualquer momento, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo pessoal. Por isso, consinto que me seja aplicado o método e instrumentos propostos pela investigadora, para a realização do respetivo estudo.

APÊNDICE L – Documento Informativo sobre o Estudo

Designação do Estudo: “As Vivências da Família do Doente no Serviço de Urgência durante a Pandemia”

Caro(a) Participante

No âmbito do Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, eu, Luísa Maria da Costa Amorim Barbosa, enfermeira do serviço de urgência da Unidade Local de Saúde do Alto Minho, pretendo realizar um estudo sobre as vivências da família do doente no serviço de urgência durante a pandemia.

O estudo supracitado tem como objetivo primordial compreender as vivências dos familiares do doente no serviço de urgência durante a pandemia, podendo o seu resultado final contribuir para um melhor atendimento ao doente e família, aumentando assim a qualidade dos cuidados prestados.

Para o efeito, será realizada uma entrevista semiestruturada que contém questões inerentes à temática. A entrevista será gravada para posteriormente proceder-se à análise dos dados obtidos.

O seu contributo é fundamental para este estudo, uma vez que a sua experiência como familiar de um doente num serviço de urgência poderá revestir-se de aspetos importantes e representativos no que a este assunto diz respeito.

Para o esclarecimento de qualquer dúvida, poderá contactar-me da seguinte forma:

Telemóvel: 965244440

Correio eletrónico: luisabarbosa@ipvc.pt

Agradeço a atenção dispensada,

Luísa Barbosa

ANEXOS

ANEXO A – Declaração de Formação em Serviço



DECLARAÇÃO

Para os devidos efeitos se declara que "LUIZA MARIA DA COSTA AMORIM BARBOSA", esteve presente na(s) ação/ações de formação em serviço, na qualidade de Formador(a), onde foi/foram tratado(s) o(s) seguinte(s) assunto(s):

Tema	Data de realização	Duração
SERVIÇO DE URGÊNCIA - MELHORIA CONTÍNUA DE CUIDADOS	07-04-2021	04:30 h
SERVIÇO DE URGÊNCIA: MELHORIA CONTÍNUA DOS CUIDADOS	13-04-2021	04:00 h
SERVIÇO DE URGÊNCIA - MELHORIA CONTÍNUA DOS CUIDADOS	28-04-2021	04:00 h

A(s) atividade(s) supracitada(s) perfaz(em) um total de **12:30 horas**.

Viana do Castelo, 25 de fevereiro de 2022

O Serviço de Gestão de Recursos Humanos - Formação

LUIS MIGUEL ALVES GARCIA

Chefe da Unidade de Formação

ULSAM, EPE

Estrada de Santa Luzia – 4901-858 VIANA DO CASTELO - Telf: 258 802 100 Fax: 258 802 511 – Linha Azul: 258 828 888

N.I.P.C. 508 786 193 Capital Estatutário: 57 270 523,00 €

ANEXO B – Questionário de Avaliação da eficácia da formação



Questionário de Avaliação da Eficácia da Formação: no Final da Ação

Curso:

Data:

Duração:

Avaliação da Ação

A sua opinião sobre esta ação de formação reveste-se da maior importância para melhorar a eficácia de futuras ações desta natureza. Agradecemos o seu contributo respondendo a este questionário.

1. EXPECTATIVAS

Reduzida

Elevada

A ação correspondeu às suas necessidades e expectativas

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

2. CONHECIMENTOS ADQUIRIDOS

Os conhecimentos que esperava vir a adquirir foram obtidos

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

3. CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS

Pertinência e interesse dos conteúdos abordados

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

4. DOCUMENTAÇÃO

Qualidade da documentação distribuída

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

5. ORGANIZAÇÃO / FUNCIONAMENTO

Acolhimento / Cortesia

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Disponibilidade

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Horário

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

SUGESTÕES:

6. QUALIDADE DAS INFRAESTRUTURAS

Meios Audiovisuais

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Iluminação

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Temperatura

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Instalações

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

7. SATISFAÇÃO GLOBAL

Reduzida

Elevada

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---



Questionário de Avaliação da Eficácia da Formação: no Final da Ação

8. INTERVENÇÃO DO FORMADOR:

Despertou o interesse	1	2	3	4	5
Expressou-se com clareza	1	2	3	4	5
Prestou os esclarecimentos solicitados	1	2	3	4	5
Estabeleceu boa relação com o grupo	1	2	3	4	5
Utilizou metodologia facilitadora da aprendizagem	1	2	3	4	5
Contribuiu em termos de formação	1	2	3	4	5



9. INTERVENÇÃO DO FORMADOR:

Despertou o interesse	1	2	3	4	5
Expressou-se com clareza	1	2	3	4	5
Prestou os esclarecimentos solicitados	1	2	3	4	5
Estabeleceu boa relação com o grupo	1	2	3	4	5
Utilizou metodologia facilitadora da aprendizagem	1	2	3	4	5
Contribuiu em termos de formação	1	2	3	4	5

10. INTERVENÇÃO DO FORMADOR:

Despertou o interesse	1	2	3	4	5
Expressou-se com clareza	1	2	3	4	5
Prestou os esclarecimentos solicitados	1	2	3	4	5
Estabeleceu boa relação com o grupo	1	2	3	4	5
Utilizou metodologia facilitadora da aprendizagem	1	2	3	4	5
Contribuiu em termos de formação	1	2	3	4	5

ANEXO C – Autorização para a Realização do Estudo

	Realização de Projeto de Investigação Clínica Parecer nº 24/2021 -CES	 Pág. 1 de 2
---	--	--

Comissão de Ética para a Saúde (CES)

<p>Data de Entrada no Secretariado da CES: Nº22 - 05/03/2021</p> <p style="text-align: center;">Assunto:</p> <p>Estudo de investigação no âmbito do mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, subordinado ao tema: "As Vivências da Família do Doente no Serviço de Urgência durante a Pandemia".</p>	<p>Solicitado pelo Conselho de Administração</p> <p style="text-align: center;">Em nome do(s) investigador(es):</p> <p>Luísa Maria da Costa Amorim Barbosa, Enfermeira a exercer funções no Serviço de Urgência da ULSAM e a frequentar o VII Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo</p>
---	---

1. A(s) questão(ões) colocada(s)

Solicita autorização para recolha de dados com aplicação de uma entrevista semi-estruturada aos familiares dos doentes admitidos no Serviço de Urgência entre os dias 26 de abril e 31 de maio de 2021.

A estratégia para abordar os participantes deste estudo passa por identificar, através do sistema informático, os utentes que se encontram no serviço de urgência há 6 horas ou mais. Depois dessa identificação, o investigador dirige-se ao exterior do serviço de urgência, onde atualmente os familiares aguardam, identifica esses mesmos familiares, identifica-se a si e solicita autorização verbal para a participação no estudo. O serviço de urgência possui um espaço com condições e disponibiliza-o para a realização destas entrevistas, garantindo todas as medidas de segurança que neste momento são exigidas para o controlo da transmissibilidade do SARS-CoV2



2. Fundamentação

"Na maioria das situações a família vivencia de forma muito intensa e emocional a admissão/permanência dos doentes nos serviços que acolhem doentes críticos enquanto que doente, por diversos motivos, só compreende a gravidade da situação na fase de recuperação. [...] a evidência teórica, prática e investigacional do significado que a família dá para o bem estar e a saúde dos seus membros, bem como a influência sobre a doença, obriga as enfermeiras a considerar o cuidado centrado na família como parte integrante do cuidado. [...] Dos muitos obstáculos da interação do enfermeiro com a família, os enfermeiros salientam o desconhecimento das necessidades da família da pessoa em situação crítica."

3. Conclusão/parecer

Não foi encontrado qualquer obstáculo à emissão de um parecer favorável para a prossecução deste estudo, contanto que a entrevista seja realizada pela equipa/enfermeiro cuidador da pessoa doente respetiva.

Nota: Referências bibliográficas:

	Realização de Projeto de Investigação Clínica Parecer nº 24/2021 -CES	
		Pág. 2 de 2

Relator(es)	Fábio Carvalho
Ratificado em reunião do dia	15/04/2021
Enviado parecer:	

15/04/2021

O Presidente da CES


 ANTÓNIO RODRIGUES, DR
 PRESIDENTE DA CES


 Rosário Barros
 Enfermeira Chefe
 01/05/2021